

# Buurtgerichte hulp en zorg te Brussel

## Inhoud

I.	Preambule .....	2
II.	Aanleiding.....	3
III.	De opdracht en werkwijze.....	4
IV.	Voorafgaandelijke duiding van gebruikte concepten .....	5
V.	Neerslag van de focusgroepen.....	6
1.1	De Brusselse context .....	7
1.2	De focusgroepen.....	7
1.3	Ouder worden.....	8
1.4	Wat is buurtgerichte zorg in Brussel?.....	8
1.4.1	Zorg voor een aangename buurt.....	8
1.4.2	De krachten bundelen .....	8
1.4.3	Gepaste ondersteuning en zorg voor elke buurtbewoner.....	9
1.4.4	Buurtbewoner centraal .....	10
1.4.5	Kwaliteitsvolle woningen in een aangename en toegankelijke buurt.....	11
1.4.6	Dialogo tussen buurt en architecten, stadsplanners, lokale beleidsmakers. ....	12
1.4.7	Nood aan een sociale kaart van de buurt .....	12
1.4.8	Iedereen in de buurt is verantwoordelijk .....	13
1.4.9	Informele hulp en ondersteuning .....	14
1.4.10	De formele dienst- en zorgverleners.....	14
1.4.11	Rol van de Ziekenhuizen.....	15
1.4.12	De rol van het Woonzorgcentrum.....	15
1.4.13	De Medische huizen (Wijkgezondheidscentra) en huisartsen.....	16
1.4.14	De « buurtzorgreferent » .....	16
1.4.15	Apothekers .....	17
1.4.16	Een gevarieerd aanbod met een eigen dynamiek .....	17
1.5	Beheer van een model van buurtgerichte zorg.....	18
1.5.1	De buurtzorgreferent .....	19
1.5.2	De opdrachtgever.....	21
1.6	Hoe vindt een cliënt de juiste hulp en zorg? .....	22
1.6.1	Detectie van hulp- en zorgvragen .....	22
1.6.2	De steun en toeverlaat.....	22

1.7	Welke rol kan ICT spelen? .....	23
1.8	Financiering .....	24
1.8.1	Verschuiving van middelen .....	24
1.8.2	Budget: Hoeveel kost het? .....	25
1.8.3	Kosten – baten .....	25
1.9	Regelgeving.....	26

## I. Preambule

Buurtgerichte hulp en zorg in Brussel kadert in de heroriëntering van hulp en zorg naar aanleiding van de 6de staatshervorming. De 6de staatshervorming brengt met zich mee dat rond hulp en zorg niet alleen bevoegdheden maar ook verantwoordelijkheden overgegaan zijn van de federale overheid naar de gewesten en gemeenschappen.

Binnen deze achtergrond moet buurtgerichte hulp en zorg gezien worden als een nieuw holistisch model om samenwerking tussen alle actoren in de buurt te organiseren. Dit holistisch model heeft tot doel om een maximale samenwerking te realiseren tussen alle capaciteit uit de buurt.

Die capaciteit bestaat in de eerste plaats uit alle mantelzorgers die de belangrijkste hulpverstrekkers zijn voor de Brusselaar die hulp of zorg behoeft. Omdat de persoon die hulp of zorg behoeft centraal staat, dient ook voldoende aandacht te gaan naar het wonen en de woonomgeving, als basisvoorwaarde voor ontmoeting en leefkwaliteit. In dit perspectief zijn twee belangrijke uitdagingen voor Brussel van groot belang, met name de diversiteit en precariteit van belangrijke groepen binnen de Brusselse populatie.

In dit holistisch model is het belangrijk om, ondanks de grote verschillen tussen de buurten onderling, een sterk netwerk te realiseren met alle sleutelfiguren referentiefiguren in de buurt. Het kan hier gaan om bv. de partner, de mantelzorger, de buur, de politie, de apotheker, de lokale winkelier, ...

Buurtgerichte hulp en zorg in Brussel richt zich naast de sterke focus op mantelzorgers en het totale informele netwerk ook tot het verbinden van alle hulp- en zorgprofessionele actoren.

De verbinding tussen deze drie actoren - mantelzorger, informele en formele hulp- en zorgverstrekkers - moet tot doel hebben om alle lokale capaciteit maximaal te kunnen inzetten. Het is dan ook noodzakelijk om deze verbinding op een structurele wijze plaats te laten vinden.

Buurtgerichte hulp en zorg in Brussel moet vooral op zoek naar het verbinden van alle reeds bestaande positieve initiatieven in de buurt om ze gericht te kunnen inzetten voor alle buurtbewoners. Want uit onderzoek blijkt in Brussel dat ondanks de kwaliteit en de omvang van de bestaande initiatieven toch heel wat Brusselaars die hulp of zorg nodig hebben deze niet vinden of niet krijgen. Vandaar dat een holistisch model als buurtgerichte hulp en zorg te Brussel zijn belangrijke meerwaarde vindt in het proactief detecteren van de Brusselaar die hulp of zorg nodig heeft om deze vervolgens door te verwijzen naar de hulpverlener of zorgverstrekker van zijn keuze.

Om enerzijds de focus op de Brusselaar en zijn of haar mantelzorger te kunnen houden, het informele netwerk actief in kaart te brengen en te verbinden, de professionele actoren en alle initiatieven omtrent hulp en zorg uit de buurt actief te maximaliseren en anderzijds zowel de detectie van hulp- en zorgvragen als de toeleiding naar adequate hulp en zorg te stroomlijnen, dient een intermediaire functie ontwikkeld te worden. Hoewel de terminologie nog niet optimaal is, zal voor deze functie in het vervolg van voorliggende nota de term “buurtzorgreferent” gebruikt worden.

Naast de bovenbeschreven functies die vooral gericht zijn op verbinding en het optimaal functioneren van alle initiatieven in de buurt, speelt de buurtzorgreferent ook een belangrijke rol in de verbinding tussen ziekenhuis, woonzorgcentra en de buurt in het algemeen, en de Brusselaar in het bijzonder.

De dispatcher dient ook lacunes in de buurt met betrekking tot hulp en zorg in kaart te brengen, vast te stellen en kenbaar te maken.

Een holistisch model van buurtgerichte hulp en zorg in Brussel zal op termijn evenzeer implicaties hebben voor zowel tewerkstelling als opleiding.

## II. Aanleiding

Dit project heeft een voorgeschiedenis. In 2012 werd een programmatiestudie voor Brussel gepubliceerd<sup>1</sup> en voorgesteld inzake structuren die het mogelijk maken ouderen zo lang mogelijk thuis te houden, en daar te blijven wonen. Deze studie kwam er op vraag van de GGC-ministers voor Bijstand aan personen, in een samenwerking tussen de Vlaamse gemeenschap en de Franse gemeenschapscommissie. De studie werd uitgevoerd onder het voorzitterschap van professor Dominique Verté, in samenwerking met onderzoekers van de VUB, het Kenniscentrum Woonzorg Brussel, en Marc Bernard en Marc Glorieux, de toenmalige afgevaardigden van de ministers van Gezondheid.

Einde 2014 was er omwille van de regeringwissel aan deze studie nog geen gevolg gegeven. Conectar, de bicommunautaire Geïntegreerde dienst voor thuisverzorging (GDT) die nauw betrokken was bij de voornoemde studie, stelde toen voor om deze over te maken aan het ‘Begeleidingscomité van het Overlegplatform ter ondersteuning van de eerstelijnszorg’ (). Conectar organiseerde een voorstelling van deze studie uit 2012 ten behoeve van de nieuwe kabinetten Bijstand aan Personen en Gezondheid, die na de verkiezingen van 2014 net waren geïnstalleerd.

Er werd een begeleidingscomité geïnstalleerd. Dit begeleidingscomité omvatte in het begin de kabinetten en administraties in Brussel van de Hulp aan Personen en de Gezondheid, het CMDC, het Observatorium voor de Gezondheid en Welzijn Brussel Hoofdstad en Conectar. Nadien werd het comité uitgebreid met professor Dominique Verté (VUB), die de werkzaamheden in 2012 had voorgezeten, evenals het Kenniscentrum Woonzorg Brussel, het kabinet van de minister-president en de voorzitters van de OCMW-Conferentie.

Dit uitgebreide comité kwam in 2015 geregeld samen voor een gesprek over de gevolgen die op basis van de studie konden worden getrokken. Er werd besloten dat de kabinetten van de

---

<sup>1</sup> De Donder, L., Verté, E. e.a., Programmatiestudie Brussel. Onderzoek naar het opzetten van de programmatie inzake structuren voor het thuishouden en huisvesten van ouderen, VUB en Kenniscentrum Woonzorg Brussel, 2012, 319 p

GGC belast zouden worden met het opstellen van een politieke nota waarin duidelijk zou worden gemaakt welke richting men in Brussel moet uitgaan inzake de organisatie van hulp en buurtzorg. Deze politieke nota werd opgesteld en door het Verenigd College goedgekeurd in maart 2016. Als basis wordt in deze nota vertrokken van een benadering van de burger/patiënt midden zijn dagelijks leven en zijn behoeften, evenals van de noodzaak om in Brussel een geïntegreerde benadering van buurtzorg te organiseren. Bij de constructie van dit model moet ook rekening worden gehouden met projecten die gelanceerd zullen worden vanuit andere overheden zoals bijvoorbeeld: het plan 'Chronische ziekten', dat door het Federale niveau wordt gecoördineerd, en waaraan de GGC actief deelneemt. Op dit moment wordt ook een eerstelijnsconferentie voorbereid door de Vlaamse Gemeenschap. Ook met de besluiten die zullen voortkomen uit deze conferentie zal waar mogelijk rekening worden gehouden.

Ondertussen heeft de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC) er een pak bevoegdheden bijgekregen. Door deze bevoegdheidsoverdracht komen er middelen bij, hetgeen kansen biedt om het zorgaanbod in Brussel nog beter af te stellen op de noden van de Brusselse patiënt. Daarom wordt er aan een gezondheidsplan voor Brussel gewerkt. De opgebouwde inzichten van deze opdracht zullen mede dienstig zijn voor dit gezondheidsplan.

### III. De opdracht en werkwijze

Op basis van bovengenoemde goedgekeurde nota door het Verenigd College, werd het voorstel van Prof. D. Verté, om aan de hand van focusgroepen input te verzamelen t.b.v. de toekomstige oproepen tot pilootprojecten, goedgekeurd.

Er werd voorgesteld om als volgt tewerk te gaan:

- Het samenbrengen van een 15-tal betrokken Brusselse sleutelfiguren gedurende 5 tot 6 vergaderingen.
- Vertrekkend van de nota van de kabinetten (zie bijlage) wordt de context geschetst. Er zal gewerkt worden rond de volgende thema's: burgergerichte hulp en zorg, diversiteit en kwetsbaarheid, holistische en collaboratieve benadering en transsectorieel.
- Er wordt gewerkt met open vraagstelling met volgende vragen als voorbeeld: wat is de situatie vandaag, hoe kan het beter, welke rol (kan) eenieder hierin spelen, ... (interviewgids in bijlage)
- Wanneer verzadiging in de antwoorden is bekomen zal de weerslag van deze focusgroepen voorgelegd worden voor commentaar aan experts.
- De commentaren en inzichten die dan verzameld worden, worden in de tekst ingezaaid. Deze tekst wordt vóór het opmaken van de definitieve tekst een laatste keer voorgelegd aan de initiële focusgroep.

De tekst werd bovendien "ingezaaid" met materiaal dat voortkomt uit voorgaande en lopende studies en focusgroepen met in het bijzonder deze met een groot aantal ouderen. Obv een voortschrijdend inzicht werden de aandachtspunten voor de uitwerking van een

nieuw model van buurtzorg op een rijtje gezet. We werkten ook met een nota die sessie na sessie verder werd verdiept.

Er werd gevraagd rekening te houden met de volgende criteria bij de keuze van de leden van de focusgroep:

- Personen kiezen die vertrouwd zijn met de sector van de eerstelijnszorg te Brussel,
- die in de mogelijkheid zijn om deel te nemen, los van het eigen werkdomein en organisatie (out-of-the-box)
- die gedurfd, innoverend maar onderbouwd uit de hoek kunnen komen
- voor een mix van personen actief in welzijn en gezondheidzorg.

De tekst die nu voorligt is het bekomen resultaat van het proces zoals hierboven beschreven dat voor de finale commentaar zal voorgelegd worden aan de laatste focusgroep.

#### IV. Voorafgaandelijke duiding van gebruikte concepten

Voor een beter begrip van de rapportering uit de focusgroepen, geven we hierna de volgende info:

- Hetgeen volgt dient gelezen te worden als een situering van een organisatiemodel waarbinnen taken en rollen worden verduidelijkt. Er wordt geenszins bepaald wie deze taken en rollen dient te vervullen. Deze definitie moet blijken uit het lokale gegeven, de bestaande organisaties, de gevoerde politiek, ...
- Buurtgerichte hulp en 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.
- De stijgende vraag naar hulp en zorg kan enkel beantwoord worden als alle betrokkenen in een buurt actief samenwerken: gezinsleden, burens, vrijwilligers, mantelzorgers, lokale verenigingen, algemene zorg- en dienstverleners, gespecialiseerde hulp- en zorgverstrekkers, voorzieningen, welzijnsorganisaties, ...
- Voor buurtgerichte hulp en zorg is lokale samenwerking met alle partners noodzakelijk, hetgeen een andere manier van kijken vergt, eventueel een ander organisatiemodel, inzet extra expertise, ...
- Er dient in dit model een juiste match gevonden te worden tussen de vraag en het aanbod. Hiervoor heeft men een procesbegeleider, buurtzorgreferent, nodig om alle partners in de buurt zo goed mogelijk te laten samenwerken. Deze buurtzorgreferent verleent geen individuele hulpverlening, maar verbindt detectie met toeleiding naar de door het individu gewenste zorg of ondersteuning.
- Veel zorgnoden worden spontaan gedetecteerd. Dat kan door iedereen gebeuren: familie, burens, huisarts, thuisverpleegkundige, ...
- Niet alle zorgen worden spontaan gedetecteerd. 27 procent van de ouderen vindt niet zelf de weg naar de hulpverlening. Deze mensen moeten actief opgezocht worden. De integratieve buurtzorgreferent bevordert dit proces.

Tot zover de summiere beschrijving van het Buurtgericht hulp- en zorgnetwerk waarbij een aantal taken en rollen worden geschetst binnen een nieuw organisatiemodel.

Het behoort niet tot de opdracht van onderzoeksgroep, noch aan de deelnemers van de focusgroepen om zich uit te spreken over wie de beschreven taken en/of rollen op zich moet nemen.

## V. Neerslag van de focusgroepen

Deze neerslag is als volgt tot stand gekomen: de onderzoekers hebben woordelijk neergeschreven wat er tijdens de focusgroepen werd gezegd. Vervolgens werd van deze verslagen 1 document gemaakt. Dit document werd omgezet in het Nederlands en het Frans.

Hierna kregen elke deelnemer en experts deze versies om hierop commentaar te geven.

De binnengekomen commentaren werden verwerkt in de oorspronkelijke tekst, die hierna wordt weergegeven. De hiernavolgende tekst probeert zo dicht mogelijk te blijven bij hetgeen in de focusgroepen werd verwoord. Wij zijn er ons van bewust dat dit niet altijd de leesbaarheid ten goede komt, doch wij zijn als onderzoekers verplicht een zo natuurgetrouwe mogelijke weergave te geven van hetgeen gezegd werd. Ook werd de wetenschappelijke onderbouw van hetgeen verwoord werd niet door ons gecontroleerd.

Vele Brusselaars maken zich zorgen over hun oude dag. Zullen zij in Brussel op waardige manier oud kunnen worden? En wat indien ze hulp nodig hebben? Wie gaat er dan voor hen zorgen? Zal er voldoende en betaalbare zorg en ondersteuning zijn? Bij wie kan ik terecht met mijn vragen? Deze vragen worden vaak gesteld: door de hulp- en zorgvragers zelf, maar ook door hun familie, burens en mantelzorgers. Ook huisartsen, wijkgezondheidscentra, apothekers, thuisverpleging, poetsdiensten, huishoudhulp of gezinszorg, buurtwerkers, dagverzorgingscentra, dienstencentra, woonzorgcentra en ziekenhuizen stellen zich vragen in verband met de huidige en toekomstige organisatie van de zorg en ondersteuning van de Brusselaar. Vandaag beseffen ook architecten en stadsplanners dat zij een belangrijke rol hebben bij het ontwikkelen van leefbare en toegankelijke buurten.

Zonder ingrijpende herschikking van het Brusselse zorglandschap zullen veel zorg- en hulpvragen niet worden ingelost.

Onderzoek en praktijk leren dat de organisatie van de zorg en ondersteuning best zo dicht mogelijk bij de mensen gebeurt. Het Model van Buurtgerichte Zorg (hierna Buurtgerichte Zorg) speelt daarop in door de inzet van alle lokaal beschikbare capaciteit te maximaliseren. Het doel is dat mensen de nodige zorg en ondersteuning dicht bij huis vinden en dat deze toegankelijk en kwaliteitsvol is voor iedereen.

- Het uitgangspunt van Buurtgerichte Zorg is dat de cliënt, de burger, de eindgebruiker en de mantelzorger centraal staan. Dat is veel meer dan vraaggestuurd werken.

Deze visie doorbreekt de gangbare organisatieloga van de sector. Het is een fundamenteel nieuwe benadering en vergt een andere manier van kijken, een exploratie van nieuwe paden, vernieuwde vormen van communicatie, het anders inzetten van alle bestaande expertise. De centrale uitdaging is de samengedragen verantwoordelijkheid voor de zorgbehoevenden in de buurt.

Buurtgerichte zorg richt zich op het continuüm van jong tot oud, in deze tekst gaat het specifiek over ouderenzorg.

## 1.1 [De Brusselse context](#)

Brussel is een gewest met vele mogelijkheden<sup>2</sup>, en een daarvan is de samenwerking tussen de Franse en de Vlaamse gemeenschappen binnen het stedelijk gebied. Een Buurtzorg-model moet toelaten dat ouderen lang mogelijk in gunstige omstandigheden en met de nodige omkadering kunnen wonen op de plaats die zij verkiezen.

In Brussel is de veroudering van de bevolking minder opvallend dan in de andere regio's, maar een belangrijk gedeelte van de meer dan 65-plussers wordt getroffen door armoede (8,7% genieten van Inkomstengarantie voor Ouderen, 25% van OMNIO. Wat opvalt is een toenemende verarming van middenstanders die 65 gaan worden, en al even opvallend is de veroudering van de groepen die uit de immigratie komen. Deze gegevens gaan in de volgende jaren een bijzondere uitdaging vormen voor het Brussels gewest.

## 1.2 [De focusgroepen](#)

Concreet werden een twintigtal personen uit sleutelposities uitgenodigd om aan het project deel te nemen, omschreven als 'het uitbouwen van een toekomstmodel inzake de hulp en de zorg voor ouderen in Brussel, model dat hen moet toelaten zo lang mogelijk, en in goede omstandigheden, thuis of in zijn of haar vertrouwde omgeving te blijven'.

Verwacht wordt dat de regering kennis zal nemen van de nota. Nadien volgt de uitwerking van een lastenboek, en dat alles moet leiden naar een fase van pilootprojecten in 2017 met als doel een dergelijk model in enkele wijken uit te testen.

De sleutelfiguren komen uit de twee taalgemeenschappen, zowel uit mono-communautaire als uit bicommunautaire instanties. Zij zijn in zeer diverse sectoren werkzaam, zowel in de gezondheidszorg als bij de hulp aan personen, de buurtwerking, de politie, de huisvesting, de sociale economie en dergelijke. Hen wordt gevraagd om hun kennis en ervaring ter beschikking te stellen om met een open geest, en zonder bij de eigen sector te blijven, deel te nemen aan een creatieve en gedeelde discussie.

De zittingen van de werkgroep vonden plaats op een symbolische plek: het Brussels parlement. Zij werden geleid door professor Dominique Verté (VUB). Er is in simultane vertaling voorzien om de discussie te vergemakkelijken.

---

<sup>2</sup> Vele organisaties bieden heel wat diensten aan. De Brusselse OCMW's vermelden dat er aandacht dient gevestigd te worden op specifieke rol die ze in dit model kunnen opnemen. Zij citeren het volgende: « *Le CPAS Comme organe de concertation avec la commune et ses services ; Comme organe de coordination par l'intermédiaire de la coordination sociale locale ; Comme organe permettant de garantir un service à toute la population locale avec un respect du rôle linguistique et des convictions philosophiques, religieuses, idéologiques des personnes ainsi que du secret professionnel ; Comme organe devant aider les personnes dans le besoin qui seraient relevées dans un premier temps par le référent de quartier et transmises par ce dernier au service social général.* »

### 1.3 Ouder worden

Er kunnen twee trajecten worden gezien in de wijze waarop veroudering wordt beleefd: het 'oud worden' zelf, en de oudere en zijn omgeving.

De oudere kan actief blijven in zijn/haar omgeving en zich geleidelijk aan aanpassen bij problemen die zich stellen naar aanleiding van het ouder worden (een verhuis of aanpassing van zijn huisvesting, beroep doen op informele en formele hulp...). Op deze wijze behoudt de oudere zijn sociaal netwerk, en komt geleidelijk een informeel en formeel netwerk van hulp tot stand. Op deze wijze kan de ouder wordende persoon gemakkelijker thuisblijven?

De oudere, die zijn veroudering als een louter persoonlijke gebeurtenis ondergaat, zonder voldoende gebruik te hebben gemaakt van informele of professionele hulp, zal bij een incident (een val, hospitalisatie, burn-out van zijn omgeving) sneller 'institutionaliseren', zonder gebruik te hebben gemaakt van de vele thuiszorgdiensten. Dit geldt zeker voor zoveel ouderen die bv omwille van ontbreken van informatie of omwille van financiële problemen geen toegang hebben tot bestaande diensten of activiteiten.

### 1.4 Wat is buurtgerichte zorg in Brussel?

#### 1.4.1 Zorg voor een aangename buurt

Buurtgerichte zorg vertrekt van de zorg voor een aangename buurt, waar de Brusselaar zich thuis voelt. Dat betekent dat er in zo'n buurt voldoende basisvoorzieningen, Privé-initiatieven zoals slagers, bakkers, kruideniers, ... en publieke voorzieningen aanwezig zijn. In een aangename buurt streeft men ernaar dat er voldoende activiteiten worden georganiseerd voor iedereen zodat sociale cohesie, intergenerationele relaties en samenhang worden gestimuleerd.

Mobiliteit is daarin een belangrijk aandachtspunt. De inrichting van de buurt en de stad moeten het voor de Brusselaar en de zorgverstrekkers mogelijk maken om zich op een veilige en aangename wijze te verplaatsen.

Dat betekent dat verlichting, straatmeubilair, voetpaden, fietspaden, openbare toiletten en rustbanken de toegankelijkheid van de buurt kunnen garanderen, sociale ontmoeting kunnen bevorderen en actieve buurtparticipatie kunnen stimuleren.

#### 1.4.2 De krachten bundelen

De filosofie van Buurtgerichte zorg is erop gericht om **alle krachten uit de buurt te bundelen** zodat de aanwezige deskundigheid en capaciteit maximaal benut wordt. Dat veronderstelt de uitbouw van een holistisch samenwerkingsmodel waarbij zowel formele als informele ondersteuning en zorg op elkaar en op de noden afgestemd worden. Dat betekent dat het samenwerkingsverband iedereen behelst die in een wijk actief is, of het nu gaat over kinderen, jongeren of ouderen. Buurtgerichte zorg is ook veel breder dan zorg. Het omvat alle levensdomeinen, zoals welzijn, wonen, cultuur, mobiliteit, ... en, kortom alle aspecten die kwaliteitsvol leven bevorderen.

Het is in dit kader van belang ervoor te zorgen dat het Nederlandstalige en Franstalig aanbod samenwerken om zo overlap te voorkomen. Ook het werken rond armoede en sociale uitsluiting vraagt om een geïntegreerde aanpak per buurt, met alle bewoners samen, over taal en leeftijd heen.

Krachten bundelen betekent een organisatiemodel dat (niet limitatieve lijst):



- gericht is op het welzijn en gezondheid van alle buurtbewoners
- sociale verbinding uitbouwt en versterkt
- cultuursensitief is
- over taalbarrières heen werkt
- rekening houdt met financieel kwetsbaren
- focust op zowel preventie en interventie als op detectie en toeleiding (dispatching)
- ondersteuning en zorg beschikbaar en toegankelijk maakt voor elke buurtbewoner
- zorgt voor een goede samenwerking tussen:
  - burens, vrijwilligers en mantelzorgers
  - basisdiensten zoals thuiszorg, gezinshulp, poetsen, klusdiensten, warme maaltijden ...
  - medische verzorging zoals thuisverpleging, huisartsen, apothekers, kinesitherapeuten, ...
  - Politie, gemeentelijke diensten en OCMW, winkels, tele-assistentie, diensten en zelfstandigen
  - buurt overschrijdende diensten zoals Woonzorgcentra, kortopvang, dag/nachtopvang, ziekenhuizen, service-flats, psychiatrische instellingen, palliatieve zorg, ziekenfondsen, enz.
  - sociale coördinatie, coördinatiecentra thuiszorg, SIT/SEL, Regionale dienstencentra,...
  - lokale agentschappen voor tewerkstelling
  - lokale dienstencentra, buurthuizen, onthaalcentra voor ouderen, sociale restaurants, jeugdhuizen, ...

Bij een dergelijk organisatiemodel gaat het niet enkel om meer middelen, maar wel om de bestaande middelen optimaal aan te wenden, over de taalgemeenschappen heen. Het doel is om te komen tot een lokaal organisatiemodel van lokale samenwerking met onderlinge afspraken. Het is en mag niet de bedoeling zijn dat organisaties samensmelten. De bestaande diversiteit aan partners in Brussel is een kracht die best behouden blijft. Het is ook niet de bedoeling dat alles gemeentelijk wordt, of dat alles door één organisatie aangestuurd wordt. Het is wel de bedoeling om met alle lokale partners collegiaal samen te werken om de levenskwaliteit van zorgbehoevenden optimaal te ondersteunen. Om daartoe te komen is er op buurtniveau nood aan iemand die de onderlinge samenwerking faciliteert en het proces begeleidt.

### 1.4.3 Gepaste ondersteuning en zorg voor elke buurtbewoner

Aan ouderen een reële plaats geven in het Brusselse stadsleven is een uitdaging, die erop neerkomt dat deze ouderen op een geïntegreerd aanbod van diensten, begeleiding, zorgverlening, huisvesting, mobiliteit, ... voor zowel de thuissituatie als residentieel (rusthuis, kortverblijf, ...) kunnen beroep doen. Dit aanbod moet cultuursensitief zijn.

De begeleiding van ouderen om hen zo lang mogelijk thuis te houden komt dan neer op de volgende vraag: hoe ondersteunen wij de preventie, het soms noodzakelijke snel optreden door anderen, en de persoonlijke actieve rol van de oudere en zijn omgeving, daar waar hij ouder wordt?

- Er moet een algemeen kader komen waarin elke Brusselaar 'actief' kan blijven, ongeacht zorgbehoevend of leeftijd
- Men moet de ouder wordende persoon geleidelijk aan informeren en voorbereiden op de volgende fasen in zijn/haar leven die verband houden met zijn/haar veroudering, zodat deze laatste geïnformeerde keuzes kan maken.

Een aantal actoren kunnen hierin een rol spelen.

Om deze rol inzake preventie te realiseren, is het noodzakelijk om een beroep te kunnen doen op actoren die in contact staan met Brusselaars, ouder dan 60 jaar.

Buurtgerichte Zorg moet ervoor zorgen dat elke Brusselaar in de buurt

- aangepaste informatie krijgt om op tijd de nodige maatregelen te nemen in functie van zijn of haar verouderingsproces (vroegtijdige zorgplanning)
- weet dat hij altijd terecht kan bij een referentiepersoon uit de buurt,
- beroep kan doen op alle dienstverlening, hulp en zorgen dicht bij huis, indien mogelijk 24 uur per dag, 7 op 7 beschikbaar of dat deze minstens oproepbaar zijn
- 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 over de toekomstige welzijns- en zorgnoden en te beslissen over mogelijke woonvormen, de aanpassing van de eigen woning, opties om te verhuizen, ....
- zo lang mogelijk zelfstandig thuis kan blijven wonen, of als dat niet meer gaat of als de oudere dit niet meer wenst, zo dicht mogelijk bij thuis in de vertrouwde omgeving kan blijven.

#### 1.4.4 Buurtbewoner centraal

Buurtgerichte Zorg stelt de cliënt centraal, met respect voor de autonomie en de keuzevrijheid van het individu, rekening houdend met de beschikbare middelen:

- Dit principe is eenvoudiger 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 het aanbod van diensten.
- Voor mensen die minder weerbaar (kwetsbaar) zijn, voor wie het moeilijk is de nood aan zorg te onderkennen, of een beperkter sociaal netwerk hebben, ligt dat veel moeilijker. Mensen die geïsoleerd leven, in precare situaties, moeten ondersteund worden in hun keuzevrijheid. Hulp en zorg kan wel worden aangeboden, maar nooit opgelegd. Vaak is dat een kwestie van vertrouwen winnen en van veel geduld.

Men moet absoluut actief luisteren naar ouderen. (Aandacht hebben voor iemand is nog niet hetzelfde als naar hem luisteren). En als iemand het moeilijk heeft, dan geldt dat ook voor zijn omgeving. De oudere moet ondersteund worden om zelf, actief, aan zijn

zorgverlening participeren, dankzij een goede samenwerking in de buurt. Er dient rekening gehouden te worden met ouderen die geïsoleerd leven en hierdoor dreigen te vereenzamen.

Referentiepersonen per buurt zijn in deze een piste.

- 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.
- Senioren zijn niet alleen mensen met zorgvragen, ook mensen met krachten, dromen... goesting om iets te realiseren en talenten waar we te weinig beroep op doen.
- Buurtgerichte zorg brengt de mogelijkheden en de krachten van de mensen samen en biedt hulp aan waar de persoon zelf een nood ondervindt.
- Buurtgerichte zorg legt geen normen en waarden op, maar werkt aan de co-constructie ervan binnen de wijk.

#### 1.4.5 Kwaliteitsvolle woningen in een aangename en toegankelijke buurt

De huidige tendens luidt dat ouderen zo lang mogelijk thuis moeten kunnen blijven. Velen willen dat ook, maar het gevaar bestaat dat zij dan alleen komen te staan, en geconfronteerd worden met allerlei problemen, ook wat de inrichting van hun 'thuis' betreft. Huisvesting is het allerbelangrijkst. Men wil 'thuis' blijven. Iedereen heeft zijn 'thuis' ergens zelf gemaakt.

De huisvesting van ouderen in Brussel is in heel wat gevallen problematisch. Niet alleen de kwaliteit van de woning is van groot belang voor de organisatie van buurtgerichte zorg, ook de toegankelijkheid van de publieke ruimten speelt een belangrijke rol.

Om met ondersteunings- en zorgnoden te kunnen blijven wonen in de omgeving van de eigen keuze, moet de woning aangepast zijn aan de noden. Dit vergt een waaier aan voorzieningen, zoals

- hulp bij het onderhoud van de eigen woning, eventuele verhuis, klusjesdienst ...
- steun om de eigen woning aan te passen (levenslang wonen, ergotherapie aan huis)
- aangepaste woonvormen (appartementen, groepswoningen, kangoeroewonen, multicultureel wonen ...) ingebed in de buurt,
- voldoende zorgwoningen in de buurt (assistentiewoningen, aanleunwoningen, woonzorgcentrum),
- de bevordering van een gevoel van veiligheid thuis (in het bijzonder dankzij een personalarmsysteem, een vaste hulplijn in de buurt, andere ICT toepassingen die de veiligheid verhogen).

In een zorgzame buurt zijn er:

- aangename, gemakkelijk bereikbaar woonkernen
- voldoende aangepaste woningen en verschillende soorten groepswoningen (collectieve voorzieningen),
- voetpaden zonder obstakels, brede stoepen, voldoende zitbanken, openbare toiletten ...
- voldoende voorzieningen zoals post, buurtwinkels, ontmoetingsplekken, ICT-hulp ...

- openbare gebouwen die toegankelijk zijn
- straten die aangenaam en veilig zijn
- voldoende toegankelijk openbaar vervoer.

#### 1.4.6 Dialoog tussen buurt en architecten, stadsplanners, lokale beleidsmakers.

Elke inwoner in Brussel moet een beroep kunnen doen op een basis hulp- en zorgaanbod in de buurt. Tegelijkertijd ent Buurtgerichte Zorg zich op de eigenheid van elke buurt.

- De beleidsmatige afbakening in functie van programmatie, financiering, planning, overlapping en spreiding, enzovoort, wordt best bepaald op het niveau van de gemeente. Wat dat betreft dienen duidelijke afspraken gemaakt te worden.
- De praktische organisatie op het terrein echter speelt zich af op het niveau van buurten. Eén gemeente omvat dan verschillende actief zorgzame buurten, die in schaal verschillend kunnen zijn. Het aantal inwoners is eveneens divers.
- Voor de buurtbewoners telt vooral dat zij zelf geïnformeerd 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). Hierbij is het essentieel om de kenmerken en de krachten van de buurten in kaart te brengen. In Brussel verschillen de buurten echter sterk van elkaar. Het belangrijkste voor elke buurt is om te weten welke krachten er zijn, hoe alles er voorstaat omtrent zorg en ondersteuning maar ook cultureel. Er kan nagegaan worden op welke wijze buurten organische verbindingen hebben. Dat zal bijvoorbeeld anders zijn in de Noordwijk, dan in St-Agatha-Berchem.

Want soms is een buurt maar een paar straten groot, een stadsdeel, een wijk. De schaalgrootte kan erg verschillend zijn. Buurtgerichte Zorg past zich flexibel aan, op maat van de buurt.

- Elke buurt heeft zijn eigen kenmerken: met veel oudere of jongere bewoners, multicultureel of niet, 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 noden en behoeften kunnen per buurt heel verschillend zijn: oudere en jongere senioren, al dan niet mondige ouderen, zelfstandige en meer afhankelijke senioren, ouderen met migratieachtergrond, verschillende taalgroepen, mensen met dementie die thuis wonen, kansarmen, personen met een mentale of een fysieke handicap, mensen in multi-probleemsituaties, mensen met soms zwaar psychiatrische problemen, enzovoort.
- Bewoners bepalen zelf de grenzen van hun buurt - zij percipiëren die zelf en maken die rekbaar. Een omgeving in kaart brengen, gebeurt best samen met de bewoners..

#### 1.4.7 Nood aan een sociale kaart van de buurt

Naast een territoriale afbakening veronderstelt buurtzorg een holistische benadering waarbij de **krachten, de capaciteit, de noden en de behoeften in kaart** gebracht wordt. Daarbij

wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van bestaande informatie en het doorgeven ervan via sleutelfiguren in de wijk.

Er bestaan heel veel diensten, maar de mensen kennen deze niet altijd. Ook professionals zien niet altijd de bomendoor het bos. Het is belangrijk om deze diensten allemaal in kaart te brengen. Daarnaast moet ook naar personen en diensten worden gekeken, die enkel per buurt werken. Er is dus per buurt een inventaris nodig: welk hospitaal is er, welke diensten...en dit zou allemaal best in een informaticasysteem worden opgeslagen.

Om buurtgerichte zorg mogelijk te maken moet minimaal per buurt een grondige analyse gemaakt worden van:

- Hoeveel mensen er wonen, hoeveel ouderen, het aantal alleenwonenden, mensen met een vervangingsinkomen, werklozen, kansarmen,...
- hoeveel hulp- zorgbehoevenden er wonen (aantal, contactgegevens) en wat hun noden zijn,
- welke hulp- en zorgvoorzieningen er zijn (bereik en aanbod), en welke er ontbreken
- welke andere sociale en welzijnsvoorzieningen, verenigingen en sociale netwerken er zijn (sociale kaart),
- wat de woonkwaliteit is,
- wie zijn de mantelzorgers
- welke referentiepersonen er zijn (vb bakker, apotheker, kruidenier, postbode, wijkagent, ...)
- Deze nieuwe organisatie laat ook toe een beleidsadvies te formuleren 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.

#### 1.4.8 Iedereen in de buurt is verantwoordelijk

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

- alle organisaties, diensten en voorzieningen in de buurt instaan voor continuïteit van zorg,
- het volledige aanbod voor iedereen toegankelijk is,
- wordt samengewerkt over de grenzen van organisaties, sectoren, zuilen en taalgemeenschappen/gemeenschappen) heen,
- in de samenwerking de betrokken Brusselaar centraal staat
- de buurtbewoners een actieve rol kunnen opnemen

Buurtgerichte Zorg doorbreekt de gangbare organisatieloga. 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 en vergt een hoge mate van flexibiliteit van het zorg- en dienstenaanbod

#### 1.4.9 Informele hulp en ondersteuning

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

##### ✓ *Burens helpen elkaar:*

Zij doen boodschappen of koken voor elkaar, of helpen bijvoorbeeld iemand even het rolluik op te trekken, of gaan regelmatig even langs om te zien of alles in orde is, enzovoort.

##### ✓ *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 zo 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, voeren kleine klusjes uit, enzovoort.

##### ✓ *Mantelzorgers*

Zij verlenen basiszorg en ondersteuning aan een familielid of een buur. Dat kan voor een korte periode zijn, bijvoorbeeld na een ziekenhuis opname, maar ook voor een lange periode. Mantelzorgers zijn een onmisbare schakel in de 24/24 uur zorg en ondersteuning; en zonder hen zou een zorgbehoevende nooit 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, klusjes, gezelschap, enzovoort.

Ze vragen geen beloning, maar willen wel erkend en gehoord worden als volwaardige gesprekspartner door huisarts, verpleging of thuiszorg.

Mantelzorgers hebben vaak nood aan informatie, ondersteuning en begeleiding, contacten met lotgenoten en zijn soms ook aan een adempauze toe.

#### 1.4.10 De formele dienst- en zorgverleners

Buurtgerichte Zorg doet ook een beroep op professionele hulp- en zorgverleners wanneer mantelzorgers, vrijwilligers of burens niet over voldoende middelen, kunde, beschikbare tijd of draagkracht beschikken, wanneer er geen informele hulp- en mantelzorgers zijn, wanneer de zorg te zwaar of te complex wordt, of wanneer er specifieke expertise nodig is.

#### 1.4.11 Rol van de Ziekenhuizen

Buurtgerichte zorg veronderstelt dat **ziekenhuizen een actieve rol spelen**. Hoewel de contacten met ziekenhuizen verlopen via artsen en sociaal assistenten, blijkt in de praktijk dat bij ontslag uit het ziekenhuis vaak onvoldoende hulp en ondersteuning is voorzien.

Een terugkeer uit het ziekenhuis verloopt vaak problematisch. De terugkeer verloopt vaak zonder informatie over de organisatie van de nodige hulp en zorg. Soms is de behandelende huisarts niet op de hoogte van de hospitalisatie zelf, of van de terugkeer naar huis. De sociale dienst van het ziekenhuis telefoneert bij ontslag van de patiënt vaak naar het nummer van diensten die bij hen bekend staan, sommige ziekenhuizen beschikken niet over dergelijke lijst ...

Dit vertrek moet idealiter worden voorbereid samen met de behandelende artsen in het ziekenhuis, de huisarts van de patiënt en de diensten voor thuiszorg.

Een centraal aanspreekpunt (buurtzorgreferent) in de wijk zou een tussenschakel moeten vormen tussen het ziekenhuis en thuis.

In de focusgroep werd een voorbeeld aangehaald die dit illustreert:

In dit verband is een project in Sint-Gillis interessant. Het is een voorbeeld hoe een ziekenhuis concreet het verband met een lokale buurtzorgreferent kan leggen om bij gedetecteerde cognitieve problemen snel te kunnen doorverwijzen voor diagnostisering en adequate hulp, maar tevens de overgang van het ziekenhuis naar de thuissituatie kan optimaliseren.

Het project Sint-Gillis is gebaseerd op een samenwerking tussen het Sint-Pieters-ziekenhuis, de sociale diensten, de gemeente Sint-Gillis zelf en de vereniging Alzheimer Belgique.

Zodra iemand (dat kan een dokter zijn, een politieagent, een apotheker) vaststelt dat iemand aan geheugenstoornis lijdt (50% van de mensen boven de tachtig hebben problemen met hun geheugen) probeert men samen te werken. Men kent elkaar, en wanneer er een geval van geheugenstoornis wordt vastgesteld volgt een klinisch dossier, maar er wordt ook meteen een ergotherapeut bij betrokken. Die stelt de toestand meer in het algemeen vast en verwittigt de familie en de huisarts. De ergotherapeut zorgt ervoor dat alle betrokkenen zich minstens één keer ter plaatse begeven. Weten dat men samenwerkt helpt iedereen, en de gemeentelijke sociale dienst speelt hierbij een belangrijke rol. Men probeert dan, per mail en telefoon, op dezelfde lijn te geraken. Er is informatica voor nodig en een werkverdeling per week, alleen zo weet men wat de anderen doen. Dit alles geschiedt in overleg met de patiënt (zo kan men bijvoorbeeld iemand inschakelen om boodschappen te doen indien de eerstaangewezene niet kan). Deze dingen laten een oudere toe, indien hij met geheugenstoornis worstelt, om zo lang mogelijk thuis te blijven.

#### 1.4.12 De rol van het Woonzorgcentrum

Een **woonzorgcentrum kan zich openstellen naar de buurt en kan een actieve rol vervullen**. Het restaurant en het activiteitenaanbod kunnen, in afspraak met reeds bestaande initiatieven en voorzieningen – zoals een Lokaal Dienstencentrum, opengesteld worden voor de buurt. Er zou kunnen nagedacht worden om thuisverpleging of andere diensten toe te laten om in het woonzorgcentrum bijvoorbeeld een soort van dispensarium te voorzien. Het delen van lokalen voor externe zorgverstrekkers bestaat ook.

Een woon- en zorgcentrum (WZC) kan meer doen dan alleen maar zorg verstrekken: het kan zich ook openstellen naar de buurt. Men kan zich inbeelden dat buurtbewoners komen eten in een WZC, om te vermijden dat alleenstaande bejaarden op hun eentje op hun kamer eten. Zij kunnen dan ook deelnemen aan externe activiteiten

Men zou ook kunnen gebruik maken van de **duurzame wijkcontracten**. Dat van La Chasse is een mooi voorbeeld waarbij het WZC met een grote tuin ook een speeltuintje voor kinderen en een moestuin heeft.

Er moet gewerkt worden aan een **goede overgang tussen ontslag en herstel**: overgang van ziekenhuis naar WZC, van thuis naar WZC en omgekeerd.

Rusthuizen zouden hier ook een rol kunnen spelen bv. in het aanbod van kortverblijf en/of dagopvang, ...

Wanneer mensen in het ziekenhuis zijn beland hebben zij een periode van revalidatie nodig, tijdens dewelke de terugkeer naar huis kan worden voorbereid.

#### 1.4.13 De Medische huizen (Wijkgezondheidscentra) en huisartsen

Op medisch vlak kunnen de huisarts en de medische huizen / wijkgezondheidscentra, ... al heel wat betekenen.

#### 1.4.14 De « buurtzorgreferent »

Vaak worden ze geconfronteerd met vragen van niet-medische aard waar zij geen weg mee weten en waar een lokaal aanspreekpunt soelaas zou kunnen bieden. Een dergelijk aanspreekpunt of buurtzorgreferent zou de vragen kunnen doorverwijzen naar de meest aangewezen zorg- of dienstverlener, in overleg met de zorgvrager, de betrokken huisarts daaromtrent informeren en opvolgen of de vraag adequaat beantwoord wordt.

De buurtzorgreferent kan op zijn of haar beurt medische vragen doorverwijzen naar een betrokken huisarts of een medisch huis/ wijkgezondheidscentrum.

In dit verband worden verschillende benamingen gesuggereerd:

- Welzijnsreferent
- Referentiepersoon
- Superreferent
- Dispatcher
- Buurtzorgreferent
- Zorgregisseur
- Zorgcoördinator

We kiezen voor het verder verloop de term **buurtzorgreferent**.

De buurtzorgreferent zorgt ervoor dat de medische en de welzijnscomponent op een geïntegreerde wijze worden benaderd in het belang van de betrokken Brusselaar.

Medische Huizen / wijkgezondheidscentra en huisartsen geven ook aan dat in sommige gevallen de gezondheids-en welzijnsproblematiek vrij complex is en overleg vereist. De lokale buurtzorgreferent kan er in dit verband voor zorgen dat een overleg tussen de verschillende zorgverstrekkers georganiseerd wordt. De buurtzorgreferent vervult hierbij de



rol van intermediair, maar neemt de rol van casemanager best niet op. Tijdens een dergelijke bijeenkomst wordt best een casemanager aangeduid onder de betrokken zorgverstrekkers.

Van belang is ook over een sociale kaart en over een tweetalig netwerk te beschikken. Daar is elektronica voor nodig, informatica om de informatie te verspreiden. Momenten van direct fysisch contact moeten worden aangevuld worden met bestaande werkingen binnen het bredere netwerk rond de oudere. Dit netwerk houdt rekening met de medische kant van de oudere, maar beperkt er zich niet toe. De informatie moet dan ook in dit bredere netwerk, in het bijzonder dankzij moderne informatietechnologie, gedeeld worden rekening houdend met de diverse deontologische en ethische codes.

#### 1.4.15 Apothekers

De apotheker is erkend als iemand die een belangrijke rol speelt in de localiteit: hij luistert, geeft raad, enz. Hij is laagdrempelige en voor iedereen toegankelijk, zonder afspraak. Hierdoor neemt de apotheker ook een belangrijke sociale rol in en is hij vaak ook een aanspreekpunt voor vragen die niet zorggerelateerd zijn.

Dergelijke vragen kan de buurtzorgreferent, op vraag van de apotheker en in overleg met de zorgvrager, op zijn beurt doorverwijzen naar de gepaste welzijns- en/of gezondheidsmedewerker.

De huisapotheker begeleidt de patiënt en/of zijn mantelzorger het goede gebruik van de medicatie, en doet dit in overleg met de behandelende arts en ter ondersteuning van de thuisverpleging. Medicatieschema, pillendozen, medi Timer, IMV (individuele medicatievoorbereiding),... zijn mogelijkheden om de patiënt zo lang mogelijk zelfredzaam te houden.

Bij ziekenhuisopname en –ontslag staat de huisapotheker in voor een naadloze medicatieoverdracht, dit in samenwerking met de behandelende arts(en) en de schakelpersoon in het ziekenhuis.

#### 1.4.16 Een gevarieerd aanbod met een eigen dynamiek

Het aantal diensten in de hulp- en zorgverlening is heel uitgebreid. Voor wie er zijn weg niet in kent, is het een onoverzichtelijk kluwen.

- Basisdiensten zoals gezinszorg, poetshulp, warme maaltijden, boodschappen enzovoort helpen in het huishouden, koken, poetsen, strijken, opruimen, enz.
- Huisartsen, apothekers, thuisverpleging, kinesitherapeuten, wijkgezondheidscentra, enz. bieden eerstelijnsgezondheidszorg aan.
- Lokale voorzieningen zoals dienstencentra, buurthuizen, sociale restaurants, ontmoetingsplekken, bieden activiteiten aan zoals ontspanning, uitstappen en ontmoeting, of diensten zoals informatie, maaltijden, vervoer en verzorging.
- Serviceflats, assistentiewoningen, centra voor kortverblijf, dagopvang, woonzorgcentra, enz. bieden woon- en zorgcomfort aan.
- Bovenlokale voorzieningen zoals ziekenhuizen, psychiatrische instellingen, voorzieningen voor personen met een handicap, palliatieve zorg, enz. richten zich vooral op mensen met zwaardere zorgbehoeften.

Deze professionele diensten en voorzieningen worden aangedreven door een geheel van regels, financieringsmodaliteiten, criteria, resultaatsverbintenissen, infrastructuurvereisten en administratieve verplichtingen die een impact hebben op de werking. 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 zou deze trend kunnen keren en schotten doorbreken.

De juiste match van vraag en aanbod in de hulp- en zorgverlening kan alleen lukken als

- het volledige hulp- en zorgaanbod toegankelijk is voor iedereen die in de buurt die er nood aan heeft,
- 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 één 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.

### 1.5 [Beheer van een model van buurtgerichte zorg](#)

Buurtzorg houdt in dat tegelijk op de sociale en op de medische begeleiding wordt gewerkt.

Samenwerking is vereist tussen de beroepskrachten uit de medische sector, de welzijnssector en de lokale hulpverleners (uit de gemeente of buurt), anders zal men niet kunnen inspelen op de behoeften van het dagelijks leven van de ouderen / zorgvragers. Alles draait er om die twee dimensies (gezondheid/welzijn) bij de begeleiding van ouderen te ondersteunen in hun samenwerking. Dan moet ook meteen naar mogelijke hulp in de onmiddellijke omgeving van de oudere worden gekeken..

Er is dus partnership nodig tussen de sociale actoren en de professionele begeleiders, anders loopt men het gevaar dat er een te nadrukkelijk overwicht van het medische luik ontstaat en dat zich dan dreigt te vertalen in een systematische medicaliserings-logica.

Er kunnen vier niveaus onderscheiden worden:

- het microniveau (het individu en zijn entourage): patiënt/cliënt/burger),
- het micro-mesoniveau (wijk/ buurt),
- het mesoniveau (gemeente of zorgzone cfr. 8 zorgzones te Brussel)
- het macro niveau (Brussels hoofdstedelijk gewest)

Het **microniveau** omvat alle hulp en ondersteuning rondom één individu.

- de zorg en dienstverlening kan hierbij verstrekt worden door informele-, formele zorgverstrekkers of beiden,
- op dit niveau functioneren mantelzorgers, burens, vrijwilligers rondom een persoon,

- bij de formele hulpverleners kan een persoon beroep doen op bijvoorbeeld een huisarts, een dienst voor thuiszorg, een sociaal assistent, een ergotherapeut, een thuisverpleegkundige, dagopvang, een mutualiteit, OCMW, enzovoort ...
- het betreft hier een individuele relatie van hulp- of dienstverlening
- om de zorg of hulpverlening rond een individu beter te coördineren kan een casemanager of zorgmanager werkzaam zijn vanuit een betrokken zorg-of welzijnsorganisatie. Dit laatste is niet hetzelfde als de rol van de buurtzorgreferent.

Het **micro-mesoniveau** omvat het samenwerkingsverband op het niveau van de buurt;

- is gericht op het maximaliseren van alle lokale capaciteit
- is gericht op het laten samenwerken van alle formele en informele zorg en dienstverleners binnen de omschreven buurt
- is gericht op het ontwikkelen van een collectieve verantwoordelijkheid binnen het buurtgericht samenwerkingsverband
- is gericht op het stimuleren van de sociale cohesie en het buurtgevoel , netwerken en ontmoetingsplekken te ondersteunen, enz.
- de samenwerking tussen de partners te bevorderen , doorbreken van schotten tussen organisaties/zuilen, enzovoort.
- een buurt-communicatieplan op te stellen en uit te werken
- een infopunt te organiseren
- leemtes in de hulp- en zorgverlening te detecteren en mee naar oplossingen te zoeken
- woningaanpassingen en de bouw van aangepaste woningen te stimuleren.

Op micro-mesoniveau krijgt de buurtzorgreferent – de buurtverantwoordelijke – volgende opdrachten:

- De buurtzorgreferent neemt niet de plaats in van een beroepskracht die al actief is. Hij of zij is geen casemanager
- Hij kan naar de ouderen gaan om vast te stellen wat zij nodig hebben, maar hij of zij is ook de menselijke contactpersoon, die kanaliseert naar de adequate hulp- of zorgverlener die in staat is om de vraag te verduidelijken.
- Zijn rol bestaat erin om die informatie (over de betrokken oudere) te doen circuleren naar de formele en informele zorgverstrekkers
- Maar hij (of zij) is niet de ‘coördinator’ bij een kwetsbare patiënt.

### 1.5.1 De buurtzorgreferent

De buurtzorgreferent is een persoon of meerdere personen die de volgende aspecten van de buurtgerichte zorg moeten ontwikkelen:

- hij fungeert als centraal aanspreekpunt voor alle vraag-detecterende personen (persoon zelf, burens, vrijwilligers, wijkagent, apotheker, formele hulpverleners, kruidenier, enzovoort) die melding maken van een hulp- of ondersteuningsnood
- hij of zij verwijst, in overleg met de persoon zelf of met de persoon die de hulpvraag gedetecteerd heeft, naar de juiste hulp of dienstverlening en legt indien gewenst de nodige contacten. Daarbij wordt nagegaan wat de persoon zelf wenst en welke hulpverleners reeds betrokken zijn,
- hij of zij gaat na hoe het netwerk rond de persoon kan geactiveerd worden, wie wat zou kunnen doen en wie de coördinatie rond de persoon, indien nodig, kan opnemen
- hij of zij brengt alle relevante stakeholders van de buurt in kaart en faciliteert de ontwikkeling van een netwerk van formele hulp- en dienstverleners, waarbinnen hij of zij persoonlijke contacten onderhoudt en fungeert als centraal aanspreekpunt
- hij of zij ontwikkelt een buurtnetwerk waarbij buurtbewoners elkaar wederzijds kunnen ondersteunen en een belangrijke rol kunnen spelen in het detecteren van hulp- of ondersteuningsvragen
- Hij of zij is het aanspreekpunt voor het buurtnetwerk en onderhoudt persoonlijke contacten met de buurtbewoners
- Hij of zij stimuleert het maatschappelijk engagement van alle actoren in de buurt
- Hij of zij ontwikkelt een multi-kanaal communicatie waardoor alle betrokkenen in de buurt (inwoners, formele en informele hulp- en dienstverleners, apothekers, winkeliers, wijkagenten, etc..) persoonlijk op de hoogte gebracht worden van de aanwezigheid en de rol van de buurtzorgreferent
- Hij of zij is het lokaal aanspreekpunt voor ziekenhuizen en woonzorgcentra en onderhoudt er persoonlijke contacten in functie van de opdracht
- Hij of zij is het lokaal aanspreekpunt voor huisartsen of de huizen van gezondheid
- Hij of zij werkt nauw samen met de lokale sociale coördinatie en de sociaal-culturele verenigingen
- Hij of zij organiseert een outreachende werking waarbij hulp-en ondersteuningsnoden worden gedetecteerd, ook bij kwetsbare groepen die vaak niet of te laat de nodige ondersteuning of hulp krijgen
- Hij of zij identificeert lacunes in de hulp- of ondersteuningsbehoefte en signaleert structurele tekorten aan de bevoegde instanties (macroniveau)

De buurtzorgreferent moet:

- Goed zichtbaar zijn, 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.

### 1.5.2 De opdrachtgever

- Aanwerving kan gebeuren via de gemeente, via een (gemeentelijke) vzw met vertegenwoordiging van andere partners of eventueel via detachering vanuit één van de zorg- of hulporganisaties.
- De standplaats wordt best geënt op iets wat al bestaat in de buurt, zoals een sociaal huis, een zorgnetwerk, samenlevingsopbouw, een buurthuis, een dienstencentrum, een Woonzorgcentrum, een OCMW, een inloopcentrum, enz.
- Het takenpakket van de buurtzorgreferent, de standplaats, de prioriteiten in de werking, de aanvraag tot financiering, enz. dienen te gebeuren in gemeenschappelijk overleg met alle partners.
- De opdrachtgever zou best niet afhangen van een structuur die direct betrokken is bij de verlening van zorg en hulp, om elk belangenconflict te vermijden.
- Zijn onafhankelijkheid zou gegarandeerd moeten zijn in de overeenkomst tussen de verschillende partners.
- Op **meso niveau** (niveau van de gemeente of ander niveau – het niveau dat hiervoor het best is aangewezen) dient een samenwerkingscontract opgesteld te worden tussen alle betrokken partners. Voorts kunnen in een gemeente meerdere buurtzorgreferenten werkzaam zijn en is overleg en zijn afspraken tussen de verschillende buurtzorgreferenten (soms gemeenteoverschrijdend) noodzakelijk.

De buurtzorgreferent is op mesoniveau ook de contactpersoon voor de lokale beleidsvoerders en de administratieve diensten (vb ruimtelijke ordening, mobiliteit, politie, onderwijs, tewerkstelling, enzovoort ...).

Hij of zij kan structurele problemen aankaarten en bijvoorbeeld lacunes in zorg-of hulpverlening op mesoniveau bespreekbaar maken.

- Op **macroniveau** moet voorzien worden in de coördinatie tussen de verschillende buurtzorgreferenten op het niveau van het Brussels Hoofdstedelijk gewest. Het gaat hierbij over:
  - o de ontwikkeling van een generiek functieprofiel voor buurtzorgreferenten en de bijstruring ervan
  - o de uitwisseling van nieuwe producten en processen
  - o de ontwikkeling van gezamenlijke communicatiestrategieën, brochures, affiches
  - o de ontwikkeling van eenvoudige ict-ondersteuning
  - o de uitwisseling van kennis en ervaringen
  - o het voorzien van opleiding en evaluatie van de buurtzorgreferenten
  - o het ontwikkelen van een intervisieplatform
  - o het aanspreekpunt voor de Brusselse regering

- de evaluatie van de werking qua maatschappelijke en economische impact
- de bespreking van regelluwtte of aanpassing van het legislatief kader
- de bespreking van de financieringsmodaliteiten

## 1.6 Hoe vindt een cliënt de juiste hulp en zorg?

### 1.6.1 Detectie van hulp- en zorgvragen

- Veel zorgnoden worden 'spontaan' gedetecteerd. Dat kan door iedereen gebeuren: familie, burens, huisarts, apotheker, wijkwerking, sociale vervoerdienst, postbode, wijkagent ...
- Niet alle zorgnoden worden spontaan gedetecteerd. 27 procent van alle ouderen vindt zelf de weg niet naar de hulpverlening.<sup>3</sup> Die mensen moeten actief opgezocht worden.

De buurtzorgreferent moet erop toezien dat dit gebeurt. Dat kan met behulp van:

- permanente contacten met ontmoetingsplekken, sociale restaurants, buurtnetwerken, buurtschakels, wijkagent, imam, postbode, (onder)pastoor, apotheek, huisarts, familie, buurtwerkers, buurtwinkel, straathoekwerkers ...
- systematische huisbezoeken door vrijwilligers, sociale diensten ...
- goede samenwerking met vrijwilligers en burens.

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

Toeleiding is de zoektocht naar wie best geplaatst is om een gedetecteerde hulp- of zorgvraag te lenigen. De buurtzorgreferent kan die zoektocht ondersteunen.

Een goede toeleiding en doorverwijzing vergt;

- betrokkenheid van iemand 'die zich dat aantrekt' (familie, burens, huisarts, wijkwerking ...)
- een goede diagnose van de precieze vraag naar hulp of zorg
- kennis van het netwerk van hulp- en zorgverlening
- warme overdracht.

### 1.6.2 De steun en toeverlaat

De steun en toeverlaat is de vertrouwenspersoon van de betrokkene.

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' staat hen daar permanent in bij.

De steun en toeverlaat kan beroep doen op de buurtzorgreferent, die op zijn beurt kan faciliteren om de juiste hulp- en zorgverleners, waaronder een casemanager te vinden.

---

<sup>3</sup> Verté D., De Witte N., De Donder L., in: 'Schaakmat of aan zet?' (2007)

- 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 verzorgende, maatschappelijk werkster, thuisverpleegkundige, ... zijn.
- 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.
- In dit kader mogen de zorgmijders / zorgweigeraars niet vergeten worden

De steun en toeverlaat staat in relatie tot de buurtzorgreferent, hulp- en zorgverlening. Deze buurtzorgreferent 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 ...)
- 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 / uur...) 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.

### 1.7 [Welke rol kan ICT spelen?](#)

Voorafgaandelijke opmerking: de ingezette ICT-toepassingen dienen steeds afgestemd te zijn op de voorschriften van de overheid (eHealth) en de data en info dient uitwisselbaar te zijn met andere welzijns- en gezondheidszorgtoepassingen, vertrekkend vanuit het 'write-once-principe'.

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, een rechtstreekse verbinding met een dienstverlener / 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 moet op het niveau van het Brussels hoofdstedelijk gewest (macro) 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 buurtzorgreferent. 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.

## 1.8 [Financiering](#)

### 1.8.1 [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.

- 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. 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.

### 1.8.2 Budget: Hoeveel kost het?

- Er is een sokkelfinanciering nodig voor de lokale werkingen, en voor de ondersteuning ervan op het niveau van het Brussels hoofdstedelijk gewest. Er wordt telkens uitgegaan van gemiddeld 2 VTE's.
- Er is een supplementaire, variabele financiering nodig voor extra opdrachten zoals introductie van ICT en tele-monitoring, organisatie klusjesdienst, renovatieteam, verhuisdienst, vervoersdienst, 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 burens, vrijwilligers en mantelzorgers structureel geïntegreerd wordt.
- Elkaar helpen moet zeker niet altijd financieel gehonoreerd worden. Maar informele zorgverleners verdienen wel herkenning, erkenning, 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.

### 1.8.3 Kosten – baten

Een transitie naar buurtgerichte zorg vraagt een investering en mogelijks 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 bv. de verhuis naar een woonzorgcentrum uitstellen

Ook moet een verhoogde aandacht voor preventie in buurtgerichte zorg kostenvermijdend zijn.

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, regionale 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? Egoede indicatoren zijn 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, enz.)

## 1.9 [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 buurtzorgreferent op het terrein aanwezig is, samen met de lokale praktijkmensen,
- de gelijkwaardige rol van mantelzorgers, vrijwilligers en burens 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,<sup>4</sup>
- 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, gewesten en gemeenschappen, 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 in de brede betekenis, 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 mogelijke 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.
- Eenzelfde financiering voor de organisaties werkzaam in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest ongeacht hun communautaire afkomst.
- Een zelfde financiële persoonlijke bijdrage voor elke Brusselaar ongeacht op welke dienst hij beroep doet (Nederlandstalige, Franstalige, privé, openbaar, ...)

Dit zal de concurrentie verminderen en de samenwerking bevorderen en stimuleren.

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