

Zorginnovatie in Vlaamse proeftuinen:

Onderzoek naar Actief Zorgzame Buurten in Brussel en Antwerpen



Colofon



AZOB-partners:



Titel:

Zorginnovatie in Vlaamse proeftuinen: Onderzoek naar Actief Zorgzame Buurten in Brussel en Antwerpen"

Jaar van uitgave:

2017

Auteurs:

Liesbeth De Donder - An-Sofie Smetcoren - Sarah Dury - Sofie Van Regenmortel - Deborah Lambotte – Daan Duppen – Bram Fret – Dorien Brosens - Nico De Witte – Dominique Verté (Vrije Universiteit Brussel, Agogische Wetenschappen – Belgian Ageing Studies)

In opdracht van:

Zorgbedrijf Antwerpen en Kenniscentrum Woonzorg Brussel

In samenwerking met:

De organisaties voor het organiseren van de focusgroepen en het rekruteren van de respondenten: EVA vzw, LDC Aksent Brabantwijk, Maison BILOBA Huis, LDC Chambéry Etterbeek, RDC Socialistische Mutualiteit Brabant, Stad Antwerpen, LDC De Zeelbaan, LDC 't Dokske en Buurtcentrum Stroboertje.

Met medewerking van:

Dank aan de talrijke ouderen, mantelzorgers, vrijwilligers en (zorg)beroepskrachten voor hun medewerking in de interviews.



Vlaanderen
verbeelding werkt



Deel 1: Achtergrond

1. Literatuur: Vermaatschappelijking van de zorg	11
1. Definiëring: Wat is “vermaatschappelijking van de zorg”?	11
1.1 <i>Van zorg in de samenleving....</i>	11
1.2 <i>Naar zorg door de samenleving</i>	12
2. Beleidscontext	13
3. Knelpunten formele zorg	14
4. Knelpunten informele zorg	15
4.1 <i>Samenwerking informele en formele zorg</i>	15
4.2 <i>Afwezigheid van informele zorgers</i>	15
4.3 <i>Werken en zorgen</i>	15
4.4 <i>Erkenning versus overbelasting</i>	16
4.5 <i>Beeldvorming</i>	16
2. Jaarlijkse bevraging van stakeholders: data en methode	17
1. Algemeen onderzoeksopzet	17
2. Deelnemers	18
3. Interviewschema	18
4. Analyseprocedure	19
3. Onderzoek naar de financiële draagkracht van ouderen: data en methode	20
1. Deelnemers	20
2. Dataverzameling	20
3. Analyseprocedure	20

Deel 2: Resultaten onderzoek

1. Actief Zorgzame Buurt: visie en noden	25
1. Een Actief Zorgzame Buurt, wat is dat eigenlijk?	25
2. Visie en noden van ouderen	26
2.1 <i>Een Actief Zorgzame Buurt geeft aandacht aan: de woning</i>	26
2.2 <i>Een Actief Zorgzame Buurt geeft aandacht aan: de fysieke en sociale woonomgeving</i>	26
2.3 <i>Een Actief Zorgzame Buurt geeft aandacht aan: brede zorg en ondersteuning</i>	27
3. Visie en noden van mantelzorgers	28
3.1 <i>Een Actief Zorgzame Buurt (h)erkent de veelheid aan taken van mantelzorgers</i>	28
3.2 <i>Een Actief Zorgzame Buurt motiveert en ondersteunt mantelzorgers</i>	29
4. Visie en noden van vrijwilligers	30
4.1 <i>Een Actief Zorgzame Buurt (h)erkent de veelheid aan taken van vrijwilligers</i>	30
4.2 <i>Een Actief Zorgzame Buurt rekruteert, motiveert en ondersteunt vrijwilligers</i>	30
5. Visie en noden van professionals uit de buurt	31
5.1 <i>Een Actief Zorgzame Buurt besteedt aandacht aan ouderen die anders uit de boot vallen</i>	31

5.2	<i>Een Actief Zorgzame Buurt werkt aan een positieve beeldvorming van ouderen en zorg</i>	32
5.3	<i>Een Actief Zorgzame Buurt werkt aan toegankelijke en heldere administratie</i>	34
5.4	<i>In een Actief Zorgzame Buurt ondersteunen professionals de informele zorg</i>	34
5.5	<i>In een Actief Zorgzame Buurt werken professionele zorgorganisaties samen</i>	35
2.	Actief Zorgzame Buurt: drie proeftuinprojecten	36
1.	Ouderen wonen Passend (OPA): Antwerpen	36
1.1	<i>Project 1: OPA – Woonscreeningen</i>	36
1.2	<i>Project 2: winkel De Schakel</i>	37
1.3	<i>Project 3: Blijf Thuis</i>	38
2.	Ouderen wonen Passend: Brussel	40
2.1	<i>Rekrutering vrijwilligers</i>	40
2.2	<i>Huisbezoek door de vrijwilligers</i>	41
2.3	<i>Moeilijkheden doorheen het project</i>	41
3.	Informele buurtzorgnetwerken: Antwerpen	42
3.1	<i>Activerend Huisbezoek</i>	42
3.2	<i>Versterken van vrijwilligers- en vrijetijdsnetwerken</i>	43
3.3	<i>Mantelzorgsessies</i>	43
3.4	<i>Burenhulp/burenfeesten</i>	43
4.	Informeel Buurtzorgnetwerk: Brussel	45
4.1	<i>Atelier Entourage in de Brabantwijk: verbinding maken tussen mensen</i>	45
4.2	<i>Matchmaking tussen hulpvragers en vrijwilligers</i>	45
4.3	<i>Ontwikkelen van informele buurtzorgnetwerken: burens helpen elkaar onderling</i>	46
5.	Casemanagement Antwerpen	46
5.1	<i>2014 – 2015: Gemiste start in Oud-Merksem</i>	46
5.2	<i>2015: Moment van reflectie in co-creatie-sessies</i>	47
5.3	<i>2015-2016: Aan de slag in Hoboken</i>	47
5.4	<i>2016: Nieuwe plannen</i>	48
6.	Casemanagement Brussel	49
6.1	<i>De casemanager helpt de oudere met verschillende hulpvragen</i>	49
6.2	<i>De manier waarop de casemanager helpt kan ook verschillend zijn.</i>	49
6.3	<i>Casemanagers hebben verschillende rollen</i>	50
6.4	<i>Competenties van casemanagers</i>	51
6.5	<i>Toeleiding van ouderen naar de casemanager</i>	51
3.	Actief Zorgzame Buurt: ervaren meerwaarde	52
1.	Meerwaarde van Ouderen Wonen Passend	52
2.	Meerwaarde van Informele Buurtzorg	53
3.	Meerwaarde van Casemanagement	54
3.1	<i>Spilfiguur in de wijk: kennis over het formele én informele netwerk</i>	54
3.2	<i>Holistische, flexibele en persoonlijk aanpak</i>	55
3.3	<i>Ageing ‘well’ in place, ook voor kwetsbare groepen</i>	56

3.4	<i>Ondersteuning van de mantelzorg</i>	56
4.	Meerwaarde voor vrijwilligers aan de AZOB-projecten	57
4.1	<i>Blij te kunnen helpen</i>	57
4.2	<i>Fysieke, sociale en persoonlijke groei</i>	57
4.	Actief Zorgzame Buurt: succesfactoren, valkuilen en aandachtspunten	59
1.	Drie Actief Zorgzame Buurten, drie keer anders	59
2.	Aandacht voor socio-economische kwetsbaarheid	59
3.	Vermaatschappelijking van de zorg: grenzen aan de informele zorg	60
4.	Zichtbaar maken van informele en onzichtbare processen	60
5.	Een Actief Zorgzame Buurt ontwikkelen vraagt tijd en ondersteuning	61
6.	Werken met vrijwilligers is een absolute meerwaarde, maar vraagt een vrijwilligersbeleid	61
7.	Nood aan erkenning voor problematiek van huurders	62
8.	Verduurzaming van de projecten is geen evidentie	62
9.	Werken in een 'klassieke' proeftuin is niet evident wanneer men 'diensten' ontwikkelt	63
5.	Actief Zorgzame Buurt in een proeftuin: Co-creatie en Co-constructie	65
1.	Antwerpen: co-creatie	65
1.1	<i>Wat is co-creatie? Wat is het doel van co-creatie?</i>	65
1.2	<i>Hoe kan co-creatie vorm krijgen?</i>	66
2.	Brussel : co-constructie	67
2.1	<i>Wat is co-constructie? Wat is het doel van co-constructie?</i>	67
2.2	<i>Hoe kan co-constructie vorm krijgen?</i>	68
6.	Actief Zorgzame Buurt: Zorguitgaven (DKV-studie)	70
1.	Steekproefbeschrijving: Wie heeft er deelgenomen aan het onderzoek	70
2.	Inkomsten : Grote diversiteit onder ouderen	70
3.	Uitgaven: Thuis wonen met zorgnoden kost geld	62
4.	Zorguitgaven zijn meer dan enkel de medische kosten	62
5.	Ouderen willen meer uitgeven aan basisgoederen, maar zijn financieel beperkt	63
6.	35% oudere deelnemers komen niet rond op het einde van de maand	63
7.	Risicoprofielen	63
Deel 3: Aanbevelingen & conclusie		
1.	Aanbevelingen	77
1.	Ontwikkel een gedragen visie op Actief Zorgzame Buurt	77
2.	Brede visie nodig op zorg	77
3.	Mobiliseer lokale potentie	77
4.	Investeer in nieuw (buurt)zorgberoepen	78
5.	Nood aan preventieve detectie en toeleiding van kwetsbare ouderen	78
6.	Investeer in lokale netwerking en samenwerking tussen grote én kleine spelers	78
7.	Geef ruimte en middelen om te experimenteren	79
8.	Geef specifieke aandacht voor socio-economisch kwetsbare groepen	79

2. Conclusie: Actief Zorgzame Buurten stimuleren ageing 'well' in place	80
Nood aan Actief Zorgzame Buurten	80
Detectie en ondersteuning van ouderen 'onder de radar'	80
Betere toegang tot zorg	80
Zorgen voor elkaar	81
Actief Zorgzame Buurten in steden?	81
Kritische reflecties	81
Literatuurlijst	83

Inleiding

In 2012 besliste de Vlaamse Regering, op initiatief van Minister Ingrid Lieten, bevoegd voor innovatie, om een oproep voor proeftuinen “Zorginnovatieruimte Vlaanderen” te lanceren om innovatie in de ouderenzorg te stimuleren en te faciliteren. Het platform “Actief Zorgzame Buurt (AZOB)” is één van de geselecteerde proeftuinplatformen. Eind 2013 gingen binnen het AZOB-platform drie projecten van start, verspreid over drie stedelijke buurten: Schaarbeek (Brussel), Etterbeek (Brussel) en Oud-Merksem (Antwerpen). Een eerste project “Ouderen wonen Passend (OPA)” is er op gericht het zelfstandig wonen van ouderen en personen met een zorgbehoefte zo goed mogelijk te ondersteunen. Een belangrijke voorwaarde daarbij is kwaliteitsvol wonen. Het OPA-project focust daarom ook op woningaanpassing. Een tweede project heeft als doel om “Informeel Buurtzorgnetwerken te ontwikkelen”, door te investeren in het creëren, faciliteren en ondersteunen van informele zorg (mantelzorg, burenhulp en vrijwilligerszorg). Een derde project is “Casemanagement/trajectbegeleiding binnen een lokaal woonzorgnetwerk”. Doel is om de samenwerking en afstemming van het aanbod van zorg en welzijn op buurtniveau te versterken, en om zorgtrajectbegeleiding en zorgregie voor de individuele oudere te realiseren.

Als onderzoeksgroep *Belgian Ageing Studies* hebben we de opdracht gekregen van het AZOB-platform om de projecten wetenschappelijk te monitoren. Er werd gekozen om jaarlijks (2014 – 2015 -2106) een kwalitatief onderzoek op te zetten via focusgroepen. Belangrijk bij het opstellen van het onderzoeksdesign was het multi-stakeholdersperspectief. In het zoeken naar antwoorden op de vele vragen bij het ontwikkelen van een Actief Zorgzame Buurt was het immers essentieel om de ervaringen en behoeften van de verschillende belanghebbenden in beeld te brengen. In elke buurt werd er steeds gekozen om focusgroepen te doen met ouderen, mantelzorgers, vrijwilligers en professionals.

De drie onderzoeken werden uitvoerig besproken in drie aparte rapporten. Het eerste rapport fungeerde als een soort van nulmeting, als een algemeen over- en inzicht van de drie testgebieden. Hoe ervaren oudere zorgbehoevenden hun woonsituatie? Op welke zorgen en diensten wensen en kunnen ze nu een beroep doen? Waar moet volgens hun de prioriteiten liggen? Hoe zien ouderen de ideale woon- en zorgsituatie en wat is de kijk van de informele én formele zorgverstrekkers hierop? Het tweede rapport is een tussentijdse evaluatie. Aan de hand van creatievere methodieken (bv. via foto's, tekeningen, etc.) werden de ervaringen van de deelnemers aan de projecten geëvalueerd. Daarnaast werd ook tijd voorzien om na te gaan welke taken worden opgenomen door vrijwilligers, professionals of mantelzorgers bij deze ouderen. We vroegen hierbij naar de voorkeur van de ouderen wie voor hen welke taak best uitvoert. Het derde rapport is de eindevaluatie, de terugblik: Wat is er uiteindelijk concreet ontwikkeld en getest binnen de projecten? Wat werkte en wat niet? Welke meerwaarde leveren de projecten af voor ouderen, mantelzorgers, vrijwilligers, organisaties? En wat is het toekomstperspectief van een “Actief Zorgzame Buurt” na het einde van de proeftuinfinanciering?

Daarnaast kregen we de opdracht van DKV-verzekering (één van de partners van het AZOB-platform) om de financiële draagkracht bij thuiswonende, zorgbehoevende ouderen te meten. Belangrijke doelen van het onderzoek waren:

- een zicht krijgen op alle uitgaven die met het thuis wonen gepaard gaan, en niet enkel de medische of zorguitgaven. Belangrijk was om ook de welzijns-, woon- en leefkosten in kaart te brengen.
- Extra aandacht geven aan dataverzameling bij kwetsbare ouderen. Dergelijke bevragingen zijn immers niet eenvoudig bij kwetsbare ouderen. Daardoor is er vaak geen goed beeld van hun situatie.

Er werd gekozen voor kwantitatief onderzoek waarbij ouderen gedurende een hele maand hun inkomsten en uitgaven bijhielden.

Voorliggend rapport is een integratie van deze vier onderzoeksrapporten, waarbij de belangrijkste resultaten, rode draden worden weergegeven en besproken. Voor details verwijzen we dus graag door naar de vier afzonderlijke rapporten:

- De Donder, L., Dury, S., Smetcoren, A.-S., Van Regenmortel, S., Verté, E., De Witte, N., Brosens, D. & Lambotte, D. (2014). *Actief Zorgzame Buurt: Noden en verwachtingen – een stakeholdersbevraging*. Brussel: Vrije Universiteit Brussel.
- De Donder, L., Smetcoren, A.-S., Dury, S., Van Regenmortel, S., Lambotte, D., Duppen, D., Fret, B., Verté, E., & De Witte, N. (2015). *Actief Zorgzame Buurt: Tussentijdse Evaluatie*. Brussel: Vrije Universiteit Brussel.
- De Donder, L., Smetcoren, A.-S., Van Regenmortel, S., Duppen, D., Lambotte, D., & Fret, B. (2016). *Actief Zorgzame Buurt: Eindevaluatie*. Brussel: Vrije Universiteit Brussel.
- De Donder, L., Fret, B., & Mondelaers, B. (2016). *Losse eindjes: Zorguitgaven van kwetsbare, thuiswonende ouderen*. Brussel: Vrije Universiteit Brussel.

Het rapport bestaat uit drie delen. Deel 1 beschrijft de achtergrond en geeft daarbij een korte literatuurstudie over vermaatschappelijking van de zorg. Daarnaast lees je er ook meer over de onderzoeksmethodologie die we gebruikt hebben doorheen de jaren. Deel 2 is een overzicht van de resultaten en is opgebouwd in 5 hoofdstukken: 1) Actief Zorgzame Buurt: visie en noden, 2) Actief Zorgzame Buurt: drie proeftuinprojecten, 3) Actief Zorgzame Buurt: ervaren meerwaarde, 4) Actief Zorgzame Buurt: succesfactoren, valkuilen en aandachtspunten, 5) Actief Zorgzame Buurt in een proeftuin: co-creatie en co-constructie, en 6) Actief Zorgzame Buurt: Zorguitgaven (DKV-studie). Het derde en laatste deel geeft een overzicht van de beleidsaanbevelingen.



Deel 1: Achtergrond

1. Literatuur: Vermaatschappelijking van de zorg

Door de toenemende vergrijzing en de daaraan gekoppelde prognoses voor stijgende zorguitgaven wordt het klassieke zorgsysteem de dag van vandaag in vraag gesteld (Linders, 2007). Dit heeft de laatste jaren mede voor een belangrijke verschuiving gezorgd, namelijk van een geïnstitutionaliseerde zorgverlening naar een deïstitutionalisering en vermaatschappelijking ervan (De Dijn, 2012; De Rick e.a., 2003; Jonker, Slaets & Verhey, 2009). Hoewel de idee en de terminologie van “vermaatschappelijking van de zorg” hun oorsprong kennen in de geestelijke gezondheidszorg, dringt ze de dag van vandaag door in andere sectoren waaronder de gehandicaptenzorg en de ouderenzorg (Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 2013a; Kwekkeboom, 2004).

De visie van vermaatschappelijking is gericht op de (sociale) integratie van de hulpbehoevende persoon in de maatschappij, een humanisering van de zorg en een grotere aandacht voor de maatschappelijke factoren van (psychische) problemen (de Dijn, 2012; De Rick e.a., 2003). Het aanbieden en verlenen van zorg komt steeds dichterbij de leefsituatie van de hulpbehoevende persoon te staan, waardoor zij een zo gewoon mogelijk leven kan leiden (Van den Heuvel, 2014; Vandeurzen, 2010). Ondanks de vele voordelen dat vermaatschappelijking kan bijbrengen voor zowel de zorgverlener als de zorgbehoevende, stelt zij echter ook heel wat verwachtingen naar de samenleving toe. Daarnaast is dit fenomeen nog volop in ontwikkeling waarbij er verschillende dilemma's en tegenstrijdige logica's zijn (Boekholdt & van Oosterhout, 2013). In het volgend deel willen we dan ook iets dieper ingaan op het begrip van “vermaatschappelijking van de zorg” en enkele van die dilemma's en tegenstrijdige logica's in het daglicht stellen.

1. Definiëring: Wat is “vermaatschappelijking van de zorg”?

Vermaatschappelijking van de zorg is een internationale tendens, ook wel ‘community care’ of ‘balanced care’¹ genoemd, die zich manifesteert in een aantal Europese landen waaronder Nederland en België (de Dijn, 2012; Lissens & Verbeek, 2007). De term is geen eenduidig begrip en heeft in de loop van de jaren verschillende betekenissen gekregen (van Reijen, 2007; Steyaert, 2014). Hoewel Steyaert (2014) vier varianten in de geschiedenis onderscheidt, wordt het begrip in zijn huidige vorm meestal gelinkt aan twee kerngedachten: 1) deïstitutionaliseringstendens, 2) inzet op meer eigen verantwoordelijkheden en mantelzorg.

Ten eerste wordt met het begrip naar de zorg zelf verwezen, waarbij men spreekt van de deïstitutionaliseringstrend (Kwekkeboom, 2004; Wilken, z.d.). Men streeft ernaar zo veel mogelijk zorg in de samenleving, buiten de muren van de instellingen en dus in de eigen woonomgeving, aan te bieden. Het tweede aspect van vermaatschappelijking gaat nog een stap verder. Hulp- en dienstverlening wordt niet enkel in de samenleving aangeboden door professionals, maar wordt ook aangeboden door de samenleving (Kwekkeboom, 2004). Elementen als autonomie, de eigen leefomgeving, het eigen sociaal netwerk, ... worden als essentieel beschouwd in de tweede fase van het vermaatschappelijkingsproces.

1.1 Van zorg in de samenleving....

Wanneer men de woorden “vermaatschappelijking van de zorg” in de mond neemt, verwijst men in de eerste plaats meestal naar de verschuiving van geïnstitutionaliseerde, formele zorg naar een deïstitutionalisering ervan (De Dijn, 2012; Jonker e.a., 2009; De Rick e.a., 2003). Formele zorg, zorg die beroepsmatig, tegen betaling en vooral in georganiseerd verband wordt verleend, was oorspronkelijk een zaak van caritas en zelforganisatie (Boekholdt, 2011; Boekholdt & van Oosterhout, 2013). Deze caritas en zelforganisatie zullen in de loop van de tijd, met de opkomst van de verzorgingsstaat, worden vervangen door een periode van professionalisering. Er ontstaan steeds meer voorzieningen, specifiek voor ouderen, zoals gezinszorg en thuisverpleegkunde waarin professionelen vooral gebruik maken van het medische model (Declercq, 1998).

Naast de beginnende druk op de betaalbaarheid van formele zorg, vindt er in de jaren '70 en '80 een verschuiving plaats in de dominante zorgmodellen (Boekholdt, 2011). Het maatschappelijk bewustzijn ontstaat dat de medische omgang met ouderen in langdurige zorg onvoldoende is en het belang van psychische en sociale aspecten doet zijn intrede. Door de wens om de kosten op gezondheidszorg te beheersen, een groeiende aversie van langdurige residentiële zorg (bv. opkomst van de anti-psiatrie) de veranderende opvattingen over zorg aan mensen met langdurige beperkingen en de veranderende vraag van de gebruikers, begint in de jaren '80 het extramuraliseringsproces (Declercq, 2012; Steyaert,

1 Balanced care streeft naar een combinatie van community én hospital-based care

2014; Van den Heuvel, 2014). Volgens Kwekkeboom (2004) is de eerste aanzet tot een beleid van vermaatschappelijking terug te vinden in de Nederlandse Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid uit 1984. Het begrip werd daar het eerst gebruikt in de geestelijke gezondheidszorg, in het bijzonder als synoniem voor het extramuraliseringsproces, het verlenen van zorg buiten de muren van de psychiatrische instellingen. Er werd gestreefd zo veel mogelijk intramurale capaciteiten om te zetten in voorzieningen die hulpbehoevenden toelieten zelfstandig te wonen, met extramurale zorg indien nodig (Koops & Kwekkeboom, 2005). Deze tendens werd niet enkel waargenomen in de geestelijke gezondheidszorg, in de hele zorgsector streefde men in toenemende mate naar het verlenen van zorg buiten de instituten om zo de autonomie in de leefsituatie van de zorgbehoevende te behouden of te herstellen (Koops & Kwekkeboom, 2005).

Zorg aan ouderen, mensen met een handicap, psychiatrische patiënten, ... werd sindsdien dan ook steeds meer verleend buiten de muren van instellingen. Deze extramuraliseringstendens wordt gehanteerd vanuit de opinie dat deze zou bijdragen aan een grotere maatschappelijke participatie en integratie van mensen met zorgnoden of beperkingen. Ook in de residentiële zorg wordt deze evolutie vastgesteld. Met het subsidiariteitssysteem worden woonzorgcentra namelijk financieel afgestraft indien zij mensen met een lagere zorgbehoefte opnemen (Declercq, 2012). Extramuralisering leek toen voldoende om te spreken van een maatschappelijke participatie en integratie van zorgbehoevende mensen in de samenleving.

Doorheen de jaren werd het vermaatschappelijken van de zorg één van de belangrijkste ontwikkelingen in de zorgorganisatie en kreeg het meerdere betekenissen waarbij het bewustzijn ontstond dat extramuralisering niet voldoende was om te kunnen spreken van maatschappelijke integratie. Daarnaast beseftte men dat met het verlaten van de intramurale instelling, de zorgbehoevende niet gegarandeerd kon genieten van een integrale zorgverlening (Koops & Kwekkeboom, 2005). Het begrip had niet enkel meer betrekking op het extramuraliseringsproces (Kwekkeboom, 2004). Vermaatschappelijking werd een proces dat zich realiseerde in de volledige zorgsector en waarbij andere sectoren buiten de zorgsector werden betrokken in het verlenen van hulp en zorg (Koops & Kwekkeboom, 2005; Kwekkeboom, 2004). Steeds meer aandacht ontstond voor de afstemming van het voorzieningsaanbod op de behoefte van de individuele hulpvrager (Koops & Kwekkeboom, 2005). De aangeboden hulp moet aansluiten op de leefsituatie van de oudere zorgvrager.

In de vermaatschappelijking van de ouderenzorg is tenslotte een recentere evolutie te onderscheiden. Waar men vroeger de nadruk legde op de kwaliteit van de zorg, spreekt men vandaag steeds vaker over de kwaliteit van het leven waarbij rekening wordt gehouden met sociale, psychologische en lichamelijke aspecten (Jonker e.a., 2009).

1.2 Naar zorg door de samenleving

Door de vergrijzing van de samenleving blijft de sector en de nood aan formele zorg steeds groter worden (Boekholdt, 2011). Maar door de toenemende druk op de betaalbaarheid hiervan wordt de zorg echter het laatste decennium steeds minder toegankelijk (Boekholdt, 2011; Boekholdt & van Oosterhout, 2013). Formele zorg wordt niet meer benaderd als een recht maar als een aanvullende voorziening (Boekholdt & van Oosterhout, 2013; Declercq, 2012).

De vermaatschappelijking van de zorg is dan niet enkel meer een verantwoordelijkheid van professionals, maar ook de maatschappij en de individuele burgers krijgen een belangrijke rol toegekend (Koops & Kwekkeboom, 2005; Kwekkeboom, 2004; Linders, 2007). Het benadrukt het belang van verbondenheid tussen mensen (Van den Heuvel, 2014). Vrijwilligers, mantelzorgers, informele zorgers, ... zijn belangrijk actoren in het vermaatschappelijkingsproces waarbij zij ervoor zorgen dat de hulpbehoevende optimaal kan participeren, alsook integreren, en een zo gewoon mogelijk leven kan leiden (Van den Heuvel, 2014; Kwekkeboom, 2004).

Zelfmanagement wordt steeds meer gefaciliteerd en in Nederland krijgen gemeenten een steeds grotere rol in de ontwikkeling van zorg (cf. Wet op de maatschappelijke ondersteuning) (Boekholdt & van Oosterhout, 2013). De vermaatschappelijking van de ouderenzorg doet ook in Vlaanderen zijn intrede waarbij zelfzorg, informele zorg en maatschappelijke zorg sterk op de agenda komen te staan. Het dementieplan 2010-2014 stelt: *“De visie van de Vlaamse overheid is helder en eenvoudig, namelijk een keuze voor de minst ingrijpende zorg, met name voor zelfzorg, mantelzorg en thuiszorg indien mogelijk. De mantelzorg komt eerst – de professionele zorg is aanvullend.”* (Vandeuren, 2010, pg. 26).

Langdurige thuiszorg is vaak slechts haalbaar met de hulp van familieleden, burens, vrienden, ... Er wordt verwacht van de leden van de samenleving dat zij steun en opvang bieden aan zorgbehoevenden zodat de nood om beroep te doen op professionele dienstverleners wordt verminderd of voorkomen (Koops & Kwekkeboom, 2005). Vermaatschappelijking gaat er ten slotte van uit dat de zorgverlening in een vertrouwde omgeving en door mensen die dichtbij de hulpbehoevende staan, ook zorgt voor de grootste kansen op een kwaliteitsvol leven (Van den Heuvel, 2014).

2. Beleidscontext

De overheid implementeert de dag van vandaag het vermaatschappelijkingsprincipe van de zorg in haar beleid. Zij is zelfs een welbewuste en doordachte beleidskeuze geworden. Volgens Vlaamse beleidsteksten moeten verschillende beleidsdomeinen en –niveaus samenwerken om de vermaatschappelijking van de zorg aan te moedigen (Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 2013a; Vandeurzen, 2012).

Op federaal niveau hoort hieronder de vermindering van het aantal opnamen in psychiatrische instellingen en een grotere psychiatrische ondersteuning aan huis (Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 2013a). Op Vlaams niveau krijgt de vermaatschappelijking van de zorg vorm in de ouderzorg, de jeugdzorg, de sector personen met een handicap, ... Vandeurzen (2012, pg. 7) definieerde bijvoorbeeld het begrip in zijn beleidsbrief Welzijn, Volksgezondheid en Gezin 'Beleidsprioriteiten 2012-2013': *“de verschuiving binnen de zorg waarbij gestreefd wordt om mensen met beperkingen (van lichamelijke, verstandelijke of psychische aard), chronisch zieken, kwetsbare ouderen, jongeren met gedrags- of emotionele problemen, mensen die in armoede leven,... met al hun potenties en kwetsbaarheden een eigen zinvolle plek in de gewone samenleving te laten innemen en de zorg zoveel mogelijk geïntegreerd in de gemeenschap te laten verlopen. Begrippen die hierbij een rol spelen zijn onder meer extramuralisering, community care, empowerment, kracht- en contextgericht werken, vraagsturing en respijtzorg.”* Vermaatschappelijking wordt ook expliciet vernoemd bij de jeugdzorg waarbij het decreet 'integrale jeugdhulp' het hulpverleningslandschap fundamenteel hertekent en een sterkere vermaatschappelijking van de jeugdhulp voorziet. Het decreet maakt namelijk plaats voor een hoofdstuk 'vermaatschappelijking van de jeugdhulp' (Vlaams Parlement, 2013).

In de ouderenzorg komt het vermaatschappelijkingsprincipe eveneens sterk aan bod. Zo zet het Vlaamse ouderenbeleidsplan 2010-2014 sterk in op het erkennen en valoriseren van vrijwilligerswerk en mantelzorg (Vandeurzen, 2010). Ook het woonzorgdecreet benadrukt zeer sterk de mantelzorg waarbij zorg op maat en zorgcontinuïteit de sleutelbegrippen zijn (Polis, 2008).

Het departement WVG streeft naar *“een horizontale, geïntegreerde en intersectoraal afgestemde benadering van het hulp- en zorgaanbod dat vermaatschappelijking vooropstelt”* (Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 2013b, p. 25). Zo kunnen de provincies tegenwoordig intersectoraal samenwerken en op deze wijze geïntegreerde zorg in de samenleving promoten (Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 2013a).

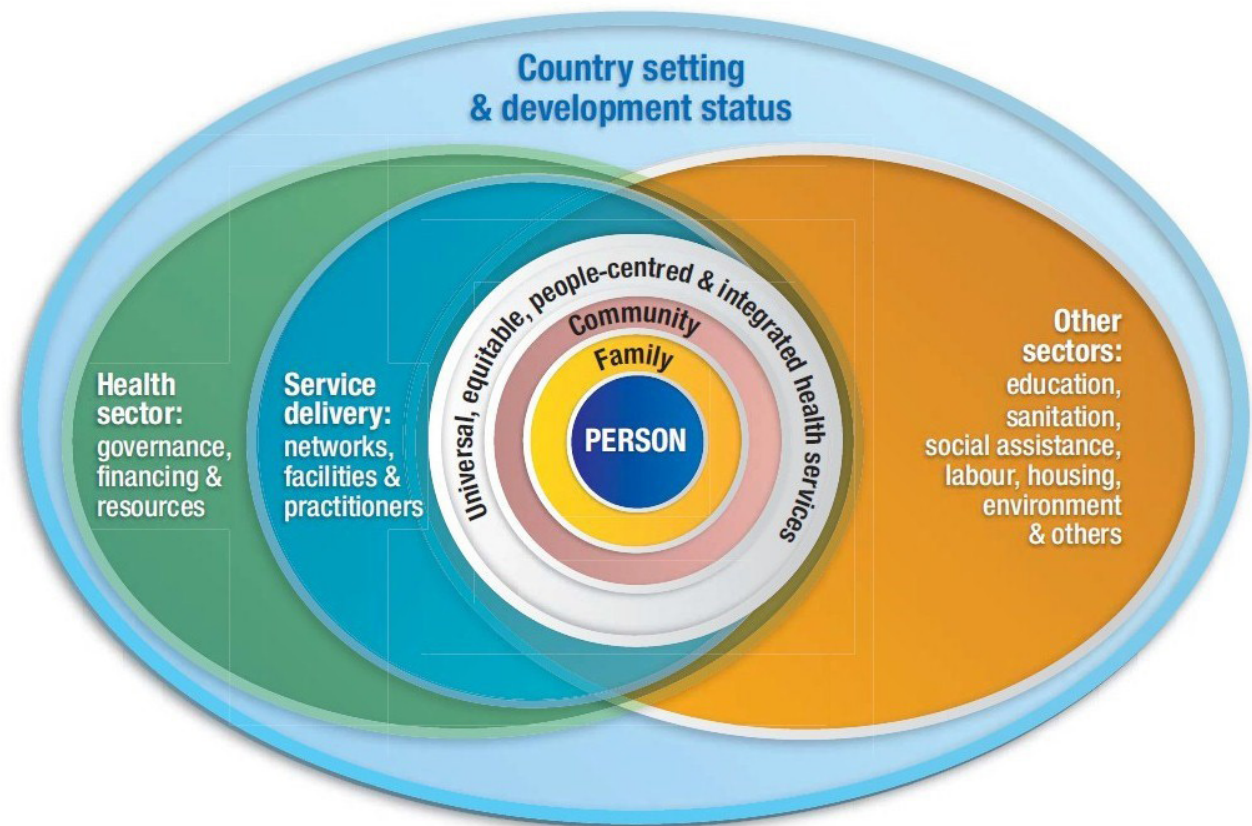
Dankzij het decreet van 31 mei 2013 (houdende toekenning van bepaalde bevoegdheden aan de provincies in de aangelegenheden, vermeld in artikel 5 van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen) zijn de provincies voor het beleidsdomein WVG sinds 1 januari 2014 bevoegd voor onder andere het stimuleren en ondersteunen van netwerken in de welzijns- en gezondheidssector. De netwerken kunnen gericht zijn op participatie van doelgroepen of op regionale samenwerking en overleg tussen verschillende actoren, dit zowel intersectoraal als binnen eenzelfde (deel)sector. Ook kunnen bij deze netwerken lokale besturen en andere belanghebbende instanties en organisaties worden betrokken. De beleidskeuze is zeer duidelijk: eerst zelfzorg, dan mantelzorg, vervolgens professionele zorg.

We zien deze visie op vermaatschappelijking van de zorg ook weerspiegeld in het model met de vijf concentrische cirkels dat minister Vandeurzen regelmatig gebruikt in zijn beleidsnota's. Dit model is gebaseerd op het model van de American Association on Mental Retardation (AAMR). Elke cirkel staat daarbij voor een partij die een rol kan opnemen in de zorg en ondersteuning.

1. Zelfzorg: door de persoon zelf
2. Gebruikelijke zorg: de normale, dagelijkse zorg in het eigen gezin
3. Zorg en ondersteuning door informele contacten zoals familie, vrienden, burens of vrijwilligers
4. Algemeen zorg- en dienstverlening: bv. gezinszorg, poets hulp
5. Gespecialiseerde zorg- en dienstverlening

Een gelijkaardige variant vinden we terug bij het *“framework for people-centred and integrated health services”* van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO, 2015).

Fig 1. Conceptual framework for people-centred and integrated health services



3. Knelpunten formele zorg

Onderzoek naar vermaatschappelijking van de zorg heeft volgens de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (2001) in Nederland bijgedragen aan verbeteringen in de voorzieningen. De toegenomen kennis omtrent problematieken en methodieken heeft de kwaliteit van diensten verhoogd waardoor de diensten tegenwoordig beter kunnen inspelen op de individuele noden en behoeften van de zorgbehoevende. Daarnaast heeft de vermaatschappelijking van de zorg gezorgd voor een belangrijke verschuiving, in plaats van te vertrekken vanuit de tekorten van de hulpbehoevende wordt nu vertrokken vanuit de mogelijkheden van het individu. De autonomie, zelfredzaamheid en levenskwaliteit van de hulpbehoevende komen centraal te staan. De hulpbehoevende heeft een veel grotere stem gekregen in de beslissingen die betrekking hebben op zijn/haar leven. Daaraan nauw verbonden verkleint extramuralisering de kans op hospitalisering, volledige afhankelijkheid en apathie (Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, 2001).

Naast deze voordelen heeft vermaatschappelijking echter ook nadelen en neveneffecten. Het vermaatschappelijkingsproces is geen evidente zaak (Bracke, 2010; Wilken z.d.). Wilken (z.d.) verwijst naar het advies “Kwetsbaar in Kwadraat” opgesteld in 2001 door de Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling in Nederland waar zij argumenteren dat de nadelen vooral kwetsbare hulpbehoevenden treffen.

- Ten eerste is er sprake van een fragmentatie van voorzieningen waarbij hulpbehoevenden niet bij één centraal punt terecht kunnen met hun problemen, maar gebruik moeten maken van een waaier aan hulpverleners en organisaties. Het vermaatschappelijkingsproces kan deze fragmentatie versterken. Er ontstaat namelijk een grotere fysieke afstand tussen de hulpverlening en de hulpbehoevende.
- Een tweede nadeel heeft betrekking op de rationalisering van organisaties en hun werkwijzen. Organisaties werken namelijk met programma’s, protocollen en standaarden. Daarnaast willen zij meetbare resultaten behalen. Echter, wanneer men kwetsbare mensen helpt, verkrijgt men meestal niet snel na te meten resultaten.

- Een derde knelpunt ten gevolge van het vermaatschappelijkingsproces is dat mensen met een beperking zichtbaarder worden in de maatschappij. Die zichtbaarheid kan mogelijk ervaren worden als een belasting omwille van de negatieve beeldvorming.

Kwekkeboom (2004) stelt verder dat doorheen de jaren vermaatschappelijking een containerbegrip is geworden. Elke auteur geeft een andere betekenis of stelt een ander aspect van de betekenis centraal, wat aanleiding kan geven tot misverstanden en verwarring. Ook van Reijen (2007) deelt deze mening. Volgens hem kan de conceptuele verwarring zich afspelen op drie niveaus: het begrip zelf, de termen waarmee ‘vermaatschappelijking’ wordt verduidelijkt en de termen die in de redeneerketen voorkomen en die het toelaten een bepaalde praktijk te onderbouwen. Volgens van Reijen (2007) hebben zelfs de knelpunten en bedreigingen ten opzichte van vermaatschappelijking te maken met de invulling van deze definitie. Zo blijkt het begrip bijvoorbeeld te ideologisch getint te zijn. Dit kan afgeleid worden uit de omkering van doel en middel: **vermaatschappelijking is een doel op zich** geworden terwijl het een middel zou moeten zijn dat bijdraagt aan het welzijn van de hulpbehoevende.

Ten slotte verwijst Bracke (2010) naar de tekorten in competenties om hulpbehoevenden te verzorgen in thuissituaties. Thuissituaties vereisen namelijk andere competenties van de begeleiders dan werken in voorzieningen. De hulpverlener moet in een thuissituatie enerzijds kunnen communiceren en samenwerken met andere partners, anderzijds moet hij ook zelfstandig beslissingen kunnen nemen. Deze duale vaardigheden zijn niet terug te vinden in de basisopleiding van de hulpverleners, hierbij wordt nog te sterk de nadruk gelegd op het streven naar de genezing van de hulpbehoevende.

4. Knelpunten informele zorg

De laatste jaren, door de economische crisis en bezuinigingen, wordt het concept van “vermaatschappelijking van de zorg” ook vaker gebruikt om zorg door de maatschappij te beschrijven. In de huidige idee rond vermaatschappelijking van de zorg vullen formele en informele zorg elkaar aan. Niettegenstaande is het merendeel van de literatuur, onderzoek en beleid rond vermaatschappelijking van de zorg heel sterk gericht op ondersteuning van de professionele hulp, en veel minder op informele hulp.

4.1 Samenwerking informele en formele zorg

Om de kwaliteit van langdurige zorg te garanderen is een goede samenwerking tussen informele zorgers en formele zorgers van groot belang (Struijs, 2006). De samenwerking blijkt in de praktijk echter niet altijd goed te verlopen. Het is belangrijk beide partijen in het vermaatschappelijkingsproces te betrekken waarbij de één de meerwaarde van de andere erkent.

4.2 Afwezigheid van informele zorgers

Daarnaast is het niet voor iedereen mogelijk om beroep te doen op informele zorg. Hoewel de vermaatschappelijkingsgedachte vertrekt vanuit solidariteit en humanisering is dit niet altijd zo evident in onze maatschappij (De Dijn, 2012; Kwekkeboom, 2005; Penninx & Sprinkhuizen, 2011; Schermer, 2004). De buurt is niet altijd bekend, families en gezinnen worden kleiner én wonen niet altijd in de buurt, ... waardoor ouderen op steeds minder informele zorgers kunnen rekenen (De Dijn, 2012). Contact met burens blijft soms sterk beperkt en vereenzaming dreigt te ontstaan (Penninx & Sprinkhuizen, 2011). De effectieve ondersteuning is veelal afkomstig van de leden van het eigen sociaal netwerk waarbij het niet zelden voorkomt dat de informele zorg bij één persoon terecht komt, en ten koste gaat van de eigen bezigheden (Kwekkeboom, 2004; Schermer, 2004).

4.3 Werken en zorgen

Daarnaast is er bij mensen niet altijd de ruimte en de bereidheid om voor ouderen te zorgen (De Dijn, 2012; De Koker & Jacobs, 2008). Deze vaststelling komt zeer sterk tot uiting in het stijgende aantal werkende mantelzorgers (de Boer, Broese van Groenou & Keuzenkamp, 2010; Struijs, 2006). Dit kan zorgen voor een dubbele belasting. Hoewel steeds meer mantelzorgers zich bevinden onder de werkende bevolking, is de werkomgeving nog steeds onvoldoende ingesteld op mantelzorgers (de Boer e.a., 2010; Struijs, 2006). Niet alleen zien werknemers die zorg verlenen zichzelf vaak niet als mantelzorger, ook hun leidinggevenden zijn vaak niet vertrouwd met de term en weten niet dat zij werknemers hebben die mantelzorger zijn. Eén op de vijf werkende mantelzorgers geeft aan een (zeer) hoge mantelzorgbelasting te hebben (de Boer e.a., 2010). De mantelzorg veroorzaakt een voortdurend plichtsbesef, problemen met het combineren van taken in het gezin, alsook met werk en zorg en een gevoel van te veel verplichtingen. Ondersteuning van deze groep is dan ook noodzakelijk (Struijs, 2006). Zeker aangezien het vergroten van de arbeidsparticipatie bij ouderen (cf. verhoging pensioensleeftijd) hoog op de politieke agenda staat (de Boer e.a., 2010).

4.4 Erkenning versus overbelasting

Niet alleen werkende mantelzorgers voelen zich overbelast. De druk die op de schouders van de mantelzorgers belandt, is niet te onderschatten. Het verlenen van mantelzorg kan negatieve gevolgen hebben voor het mentale en fysieke welbevinden, hierbij is de zorgbelasting een belangrijke verklarende variabele (De Koker & Jacobs, 2008). Uit een Nederlands onderzoek bleek dat van de 2415 mantelzorgers slechts 22% aangeeft zich nooit belast te voelen (De Boer e.a., 2009). 33% mantelzorgers voelt zich enigszins belast, 28% voelt zich matig belast en 17% mantelzorgers voelt zich ernstig belast. De respondenten gaven aan dat hun grenzen overschreden werden en dat zij te veel verplichtingen dienden op te nemen. Vooral vrouwen, oudere mantelzorgers, personen die samenwonen met de zorgbehoevende en mantelzorgers van een partner of kind voelen zich overbelast (De Koker & Jacobs, 2008). Ook de intensiteit van de zorgverlening en de kwaliteit van de relatie met de zorgbehoevende persoon speelt een rol.

Doordat het beleid steeds meer de nadruk legt op het vermaatschappelijkingsprincipe, is het belangrijk informele zorg te erkennen. Echter, om overbelasting te voorkomen, moet zij informele zorg niet opvatten als 'de oplossing' waardoor mantelzorgers, vrijwilligers, ... alles op hun schouders krijgen. Overbelasting voorkomen heeft niet enkel positieve gevolgen voor het welbevinden van de informele zorg, ook de kwaliteit van de zorg en de houdbaarheid van de zorg gaat vooruit (De Koker & Jacobs, 2008).

4.5 Beeldvorming

De samenleving lijkt weinig aangepast te zijn voor hulpbehoevenden (Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, 2001). Daarbovenop stijgt de zichtbaarheid van deze individuen, een zichtbaarheid die voor velen als overlast wordt ervaren. Van Reijen (2007) en Penninx en Sprinkhuizen (2011) geven aan de er te weinig draagvlak bestaat bij bevolking, de "not in my back yard"-gedachte is nog steeds bestaande en staat haaks op de vermaatschappelijkingsgedachte. Vandaag de dag heerst het maatschappelijk ideaal van het actieve, flexibele, gezonde individu. Individuen die niet behoren tot dat maatschappelijk ideaal worden als marginaal bestempeld. De maatschappelijke integratie die behoort tot het vermaatschappelijkingsbegrip komt in gedrang door intolerantie van het 'gewone' volk. Van Regenmortel (2009) geeft aan dat vermaatschappelijking de dag van vandaag een sterk pleidooi inhoudt voor ontmoeting en dialoog. Deze dient echter voorbereid te worden.

Ook Everaert e.a. (2015) plaatsen kritische bedenkingen bij de beeldvorming, maar dan vooral in het huidige beleidsdiscours. Ze stellen "Op dit ogenblik telt Vlaanderen reeds meer dan 600.000 mantelzorgers die zich inzetten voor de medemens. Dit sociale kapitaal wordt reeds aangeboord. Is het dan realistisch te verwachten dat er nog meer sociaal kapitaal voorhanden is?" Vermaatschappelijking van de zorg mag geen antwoord zijn op financieel schaarste (Everaert e.a., 2015), noch op een negatieve blik op zorgontvangende ouderen als zijnde luie ouderen die zich nestelen in de verzorgingsstaat of waarvan het sociale netwerk te lui is om de zorg op te nemen (Steyaert 2014, p.14).



Foto: Bart Dewaele

2. Jaarlijkse bevraging van stakeholders: data en methode

1. Algemeen onderzoeksoptzet

Om het project te kunnen opvolgen en bijsturen, bleek het essentieel om de ervaringen en behoeften te beluisteren van de verschillende belanghebbenden/actoren. Daarom werd geopteerd voor een kwalitatief onderzoek bestaande uit een combinatie van focusgroepen en indien nodig individuele interviews waarbij zowel ouderen, mantelzorgers, beroepskrachten uit de buurt als professionals die deelnamen aan de project aan bod kwamen en het woord kregen. Tijdens de focusgroep werd een gesprek op gang gebracht aan de hand van een semi-gestructureerd interviewschema. Deze methodiek liet toe om een variëteit aan meningen, ervaringen, wensen en actievoorstellen te verzamelen. De deelnemers kregen de mogelijk elkaars opinies te leren kennen en die eventueel te delen of tegen te spreken. Door het gebruik van deze methodiek tijdens de hele duur van de proeftuinperiode konden een aantal trends in beeld worden gebracht en werd een analyse en evaluatie gemaakt van de vorderingen doorheen de AZOB-projectperiode.

De dataverzameling vond plaats in het voorjaar 2014, 2015 en 2016. Tijdens deze periode werd op regelmatige basis samengezeten met de AZOB-platformcoördinatoren, de stuurgroep en lokale werkgroepen: om enerzijds het verloop van het onderzoek te bespreken en om anderzijds de voorlopige resultaten terug te koppelen en af te toetsen. Doelstelling was om het onderzoek participatief vorm te geven en de reflecties/nieuwe vragen die tijdens deze meetings aan bod kwamen, mee op te nemen in het verdere verloop van het onderzoek. Op basis van analyses in de jaarlijkse rapporten kon worden bijgestuurd en werd het consortium op een voortdurende wijze begeleid en opgevolgd.

Dit onderzoek brengt een verscheidenheid aan meningen en ervaringen in kaart. Kwalitatief onderzoek heeft echter nooit de bedoeling om kwantitatieve representativiteit na te streven.

2. Deelnemers

In 2014 werden 132 respondenten bevestigd in 17 focusgroepen.

Tabel. Overzicht deelnemers focusgroepen "Actief Zorgzame Buurt" 2014

	Brabantwijk	Etterbeek	Merksem	Totaal
Ouderen	20	13	29	62
Mantelzorgers	12	5	3	20
Vrijwilligers	5	10	4	19
Professionelen	12		9	21
Projectbegeleiders	10			10

In 2015 werden 114 respondenten bevestigd in 15 focusgroepen.

Tabel. Overzicht deelnemers focusgroepen "Actief Zorgzame Buurt" 2015

	Brabantwijk	Etterbeek	Merksem	Totaal
Ouderen	11	8	7	26
Mantelzorgers	8		6	14
Vrijwilligers	8	6	4	18
Professionelen	12	16	6	34
Projectbegeleiders	22			22

In 2016 werden 58 respondenten bevestigd in 12 focusgroepen en 11 individuele interviews.

Tabel. Overzicht deelnemers focusgroepen "Actief Zorgzame Buurt" 2016

	Brabantwijk	Etterbeek	Merksem	Totaal
Ouderen	13		5	18
Mantelzorgers	2		1	3
Vrijwilligers	11			11
Professionelen	9		12	21
Projectbegeleiders	5			5

3. Interviewschema

Om de kwalitatieve interviews in goede banen te leiden, maakten we gebruik van een semigestructureerd interview-schema. De belangrijkste onderwerpen werden vastgelegd, maar de vraagvolgorde niet. Dit betekent dat de respondenten het verloop van de interviews bepalen en de vrijheid hebben om nieuwe onderwerpen toe te voegen (Baarda, De Goede & Theunissen, 2009). De interviewschema's van zowel de focusgroepen als van de individuele interviews verschilden van jaar tot jaar.

Centraal in het onderzoek 2014 stonden 4 onderzoekstopics:

- Definitie en visie op "Actief Zorgzame Buurt"
- Voor- en nadelen van ouder worden in de buurt en de eigen woning
- Informele en formele zorggebruik: Wie? Wat? Waarom?
- Woon- en leefvoorkeuren bij zorgafhankelijke ouderen, of ouderen met mobiliteitsproblemen?

Centraal in het onderzoek 2015 stonden 3 onderzoekstopics:

- Tussentijdse evaluatie project: De proeftuinprojecten zijn nu halfweg, wat is de stand van zaken? Hoe ervaren de deelnemers en projectbegeleiders het project? Waar zijn nog bijstellingen nodig?
- Meerwaarde van de projecten: Welke meerwaarde leveren de projecten nu al af voor ouderen, mantelzorgers, vrijwilligers, organisaties?
- Zorgtaken: Welke taken kan een vrijwilliger, mantelzorger of professional opnemen? Wie doet wat? Maar ook, wat wil de oudere wie wat doet. Welk type zorg, voor wie/door wie? Wat is comfort en wat is basiszorg?

Centraal in het onderzoek 2016 stonden 5 onderzoekstopics:

- Projectbeschrijving: Wat is er concreet gedaan binnen het project? Wat is er allemaal geprobeerd? Welke interventies zijn getest? Welke werkten en welke niet?
- Meerwaarde van de projecten: Welke meerwaarde leveren de projecten af voor ouderen, mantelzorgers, vrijwilligers, organisaties?
- Toekomstperspectief: Blijven de projecten verder lopen? Welke wel, welke niet? Hoe?
- Aanbevelingen: Welke aanbevelingen willen de projecten doen richting beleid, praktijk over hun thema? Welke aanbevelingen en bedenkingen hebben ze over het werken in een proeftuin?
- Co-constructie en co-creatie: Wat betekent co-creatie voor de verschillende projecten? Hoe hebben zij co-creatie concreet vorm gegeven?

De focusgroepen vonden plaats in de lokaliteit van de respondenten (bv. Lokale Dienstencentra) en individuele interviews op een locatie naar keuze van de respondent. De interviews vonden plaats in het Nederlands of Frans, afhankelijk van de taal van de respondent.

4. Analyseprocedure

De analyseprocedure verliep in een aantal fasen. Om de verwerking van de focusgroepen en de interviews zo efficiënt mogelijk te maken, werden deze in de eerste fase opgenomen met een dictafoon/laptop. De respondenten werden hier voor de aanvang op de hoogte gebracht. De duur van focusgroepen was ongeveer twee uur. De duur van de individuele interviews varieerde van 30 minuten tot een maximum van twee uur.

Vervolgens werden de opnamebestanden letterlijk, woord per woord, uitgetypt om ze daarna aan de hand van een analyseschema te labelen. De labels werden geordend op basis van hun inhoud. Daarna werden er kernlabels en sublabels gevormd en gedefinieerd (Baarda e.a., 2009). Dit labelschema werd ontwikkeld op basis van het interviewschema en kreeg verder vorm door patronen en tendensen in de antwoorden van de respondenten.

Bij de analyse van de interviews en focusgroepen zal gebruik gemaakt worden van citaten. Deze citaten zijn een weergave van stukken uit de interviews, met de daarbij horende taalkundige foutjes en spreektaal en dienen ter illustratie of om de hoofdlijnen uit gesprekken kracht bij te zetten. Omdat dergelijke citaten altijd uit hun context getrokken worden, hebben we de constructie soms (heel lichtjes) aangepast om het citaat leesbaar te maken. Omdat niet alle respondenten de toestemming gaven om hun echte naam te gebruiken, werd telkens een omschrijving van de persoon toegevoegd, en niet hun naam.

3. Onderzoek naar de financiële draagkracht van ouderen: data en methode

1. Deelnemers

Om de kosten van het thuis wonen van ouderen met zorgnoden in kaart te brengen werden 173 enquêtes afgenomen bij ouderen met zorgnoden. Ouderen werden in dit onderzoek gedefinieerd als 60-plussers.

De populatie van het onderzoek waren thuiswonende ouderen met zorgnoden in Vlaanderen en Brussel. Daarbij is er een selecte steekproef gebeurd. De deelnemers werden verzameld via drie verschillende kanalen, namelijk: 1) de verzekeringsmaatschappij DKV rekruteerde deelnemers bij zijn leden van de zorgverzekering, 2) binnen het AZOB project 'Actief Zorgzame Buurt' bevroegen professionals inwoners van de projectgebieden (Antwerpen, Brabantwijk, Etterbeek), en 3) 3e bachelor studenten Agogische wetenschappen (VUB) namen enquêtes af in functie van het vak Agogisch Onderzoekspracticum. In totaal werden 173 bruikbare enquêtes afgenomen.

Tabel. Overzicht aandeel vragenlijsten afgenomen via de verschillende kanalen

Vragenlijst afgenomen door	%
Studenten 2015	26,6
Studenten 2016	27,7
DKV	14,5
AZOB-projecten in Brussel	16,1
AZOB-projecten in Antwerpen	15,0

2. Dataverzameling

Het doel van dit onderzoek was om een volledig overzicht te krijgen van de kosten die thuiswonende ouderen met zorgnoden hebben. Dit werd vertaald in een kwantitatief onderzoek, waarbij de inkomsten en uitgaven van het hele huishouden voor één maand in kaart werden gebracht. Samen met een stuurgroep werden alle strategische keuzes besproken en beslist. In de stuurgroep zaten vertegenwoordigers van DKV, Zorgbedrijf Antwerpen, Kenniscentrum Woonzorg Brussel, en occasioneel aangevuld met andere projectpartners zoals EVA vzw en LDC Chambéry Etterbeek.

De enquête bestond uit zestien pagina's en bevatte vier grote luiken: 1) socio-demografische gegevens, 2) zorgbehoevendheid, 3) inkomsten van het huishouden en 4) uitgaven.

Het doel van de enquête was om de reële zorgkosten van één maand in kaart te brengen. Voor het begin van de maand ging de interviewer langs bij de oudere, legde het onderzoek uit en werd er gevraagd of de oudere wilde meewerken. Tot slot overliep de interviewer de enquête met de oudere, en werd er doorgenomen welke fiches/rekeningen er moesten bijgehouden worden. Na een maand ging de interviewer terug om samen met de oudere en met behulp van de verzamelde fiches en rekeningen de enquête in vullen.

De vragenlijst en methode werd uitgetest bij vier kwetsbare Brusselse ouderen in 2014. Op basis van die bevindingen werd de vragenlijst verfijnd en methodiek aangepast. De uiteindelijke bevragingen vond plaats in 2015-2016.

De DKV-cliënten die wilden participeren, kregen de vragenlijst per post opgestuurd.

3. Analyseprocedure

Een eerste deel van de analyses zijn frequentieverdelingen en geven inzicht in hoe vaak iedere waarde of categorie voorkomt: percentages, gemiddelden en kwartielen. In een tweede deel zijn er verschillende bivariate testen in SPSS uitgevoerd: T-test, One-Way Anova en Chi-kwadraat. De resultaten zijn steeds gestructureerd in tabellen. De data van de enquêtes werden verwerkt in SPSS.

In kruistabellen gaan we kijken of er verschillen zijn tussen groepen van respondenten: bv. is er een verschil tussen mannen en vrouwen op vlak van uitgaven? In die tabellen staan getallen aangegeven met * en **

* heeft een significantieniveau van $< 0,05$: dit wil zeggen dat de groepen significant van elkaar verschillen.

** heeft een significantieniveau tussen 0,10 en 0,05 : dit wil zeggen dat er 'slechts' een tendens is tot significant verschil.



Foto: Bart Dewaele

Deel 2:

Resultaten onderzoek

1. Actief Zorgzame Buurt: visie en noden

1. Een Actief Zorgzame Buurt, wat is dat eigenlijk?

In het begin van het project gebruikte men volgende definitie om een Actief Zorgzame Buurt af te bakenen: “Een Actief Zorgzame Buurt is een buurt die levensloopbestendig is, waar bewoners elkaar kennen en helpen, die mogelijkheden tot ontmoeting biedt, waar zorgbehoevende personen en mantelzorgers ondersteuning krijgen en zorggarantie en zorgcontinuïteit geboden wordt.” Hoewel respondenten in de focusgroepen akkoord gingen met de definitie van Actief Zorgzame Buurt vooropgesteld door het project, hebben zij toch enkele aanvullingen op de definitie. Zo is voor hen een Actief Zorgzame Buurt:

1. Een inclusieve wijk,
 - a. waar er een mix heerst van verschillende bevolkingsgroepen.
 - b. die zich niet enkel richt op 65-plussers: Een zorgzame buurt is er niet enkel voor en door ouderen, maar ook andere generaties spelen een belangrijke rol.
 - c. een buurt waar mensen zo lang mogelijk willen blijven wonen en hiervoor ook de kans krijgen.
2. Met aandacht voor de oudere,
 - a. waar er gevraagd wordt naar en rekening gehouden wordt met wat de oudere zelf wil.
 - b. waar ouderen niet worden geforceerd om dingen te doen die ze niet willen.
 - c. waar ook van de krachten en mogelijkheden van ouderen wordt uitgegaan.
 - d. waar ouderen een actieve rol hebben: erkennen dat ze niet enkel zorgvrager zijn, maar ook zorggever.
3. Met aandacht voor ondersteuning van informele zorg
 - a. Informele zorgers, of het nu mantelzorgers of vrijwilligers zijn, zijn cruciale stakeholders in het leven van hulpbehoevende ouderen. Er is een duidelijk nood aan erkenning, samenwerking én ondersteuning van informele zorgers.
 - b. Er is een mix tussen professionele en informele zorg met aandacht voor een gelijkwaardige benadering van hulpvrager, mantelzorger en formelezorger.
 - c. Waar de overheid de informele zorg ondersteunt
4. Met aandacht voor professionele zorg in een Actief Zorgzame Buurt
 - a. Met voldoende professionele diensten in de buurt : Sommige diensten ontbreken bijvoorbeeld vaak in wijken: bv. mobiele crèches, een toegankelijke vervoerdienst, een juridische permanentie of verplaatsende juristen of psychologen, ...
 - b. Een Actief Zorgzame Buurt focust niet enkel op zorgprofessionals, maar ook op belangrijke intermediairs bv. Politie, handelaars, ... Er zijn dan ook voldoende diensten in de buurt aanwezig zoals apotheker, slager, de post, een bakker etc. Deze diensten zorgen er enerzijds voor dat bewoners autonoom in hun behoeften kunnen voorzien, anderzijds zorgt dit ervoor dat mensen buiten komen en elkaar ontmoeten.
5. Waar zorg breed wordt bekeken
 - a. Aandacht voor mentale gezondheid en emotionele ondersteuning
 - b. Aandacht voor sociale noden
 - c. Vermaatschappelijking van de zorg is uiteindelijk gericht op de sociale integratie van de hulpbehoevende in de maatschappij. Maatschappelijke participatie en levenskwaliteit zijn daarbij sleutelwoorden. Een Actief Zorgzame Buurt biedt dan ook aandacht aan plezier, vriendschap en ambiance.
6. Waar gebouwd wordt aan sociale cohesie in de wijk
 - a. In een zorgzame buurt heerst er ook een warm gevoel, het is een buurt waar iedereen elkaar kent en er sociaal contact is.
 - b. Waar mensen tijd hebben om samen iets te doen of om een babbeltje slaan.

- c. Waar mensen beroep kunnen doen op elkaar. Een zorgzame buurt is dus een buurt waarop men ook op anderen, die men eventueel minder goed kent, kan rekenen bij (dringende) hulp.
 - d. Een zorgzame buurt kent volgens ouderen dan ook een sterke mate van solidariteit, behulpzaamheid en wederkerigheid, maar ook vriendschap en plezier. Dit kan groeien van kleine inspanningen zoals elkaar begroeten, tot burens helpen of zich engageren in buurtprojecten en activiteiten.
7. Met een positieve beeldvorming van zorg, zorgbehoevenden en zorggevers
- a. waar van de krachten en mogelijkheden van ouderen wordt uitgegaan.
 - b. waar ouderen een actieve rol hebben.
 - c. waar er gevraagd wordt naar en rekening gehouden wordt met wat de oudere zelf wil.
 - d. waar ouderen niet worden geforceerd om dingen te doen die ze niet willen.
 - e. Met respect voor tussentussen alle personen betrokken bij het bieden van zorg: de taken die informele zorgverleners doen bijvoorbeeld worden als 'echt' werk beschouwd.
 - f. Er is nood aan een positieve beeldvorming van hulpbehoevenden, ouderen en zorg opdat zij niet enkel getolereerd worden, niet enkel geaccepteerd worden, maar geïncorporeerd worden.

Een eerste stap in het ontwikkelen van een Actief Zorgzame Buurt is de lokale context, uitdagingen noden, capaciteit en sterktes in kaart brengen, vanuit een multistakeholdersperspectief. Zowel ouderen, mantelzorgers, vrijwilligers en beroepskrachten werden daarom in het begin bevroegd naar hun ervaringen en mening: Wat zijn de lokale noden en waaraan moet de Actief Zorgzame Buurt werken?

2. Visie en noden van ouderen

2.1 Een Actief Zorgzame Buurt geeft aandacht aan: de woning

Ouderen wonen graag in hun huis. De grootste hindernis is de onaangepastheid van de woning aan het ouder worden, vooral wat het sanitair betreft (cf. zitbad, onaangepaste douche), de grootte van de woonst (cf. te groot, te weinig beweegruimte) en trappen in de woning. Daarnaast wonen sommige ouderen in huizen met vochtproblemen. Ondanks problemen willen ouderen toch graag zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Niettemin zijn ouderen zich ervan bewust dat ze ouder worden en dat dit invloed heeft op hun welzijn en leven. Sommigen zijn daarom reeds verhuisd van het platteland naar de stad om in de buurt van zorg te zijn. Anderen anticiperen door zich in te schrijven op wachtlijsten voor serviceflats of woonzorgcentra, anderen nemen eerder een afwachtende houding aan en nog anderen hebben al aanpassingen aan hun woning aangebracht (cf. plaatsen leuning of douche).

“La douche, oui, là j’aurais un problème. Là, j’appellerai au foyer qu’ils enlèvent ce bain et ils me font un douche. Je regrette que j’ai pas fait il y a 15 ans.” (oudere man, Etterbeek)

De lange wachtlijsten en de kostprijs zijn grote spelbrekers om tot actie over te gaan. Ook de onduidelijkheid over de mogelijke financiële tegemoetkomingen van overheidswege, van sociale voorzieningen of van de huisbaas is een drempel, alsook het administratief proces om een aanvraag voor tegemoetkoming in te dienen.

2.2 Een Actief Zorgzame Buurt geeft aandacht aan: de fysieke en sociale woonomgeving

Ouderen **wonen niet alleen graag in hun eigen huis, maar vooral ook in de buurt** omwille van een thuisgevoel, de **buurtcohesie**, en een gevoel van onderlinge solidariteit tussen de buurbewoners. Op vlak van buurtcohesie werden er verschillende positieve verhalen meegegeven. Het gaat daarbij om emotionele steun en sociale contacten:

“Ik heb twee kinderen verloren en twee keer een man. Maar jonge mensen die kwamen bellen om te vragen hoe het met mij ging. Echt waar. In onze buurt is dat echt in orde. Als het in de zomer goed weer is, je hebt het plein, daar heb je een heel groot gangpad. En dan zitten wij daarbij elkaar met onze stoelen en babbelen wij.” (Oudere, vrouw, Merksem).

“En de ene brengt is een koekje mee en den andere iets anders. Niet altijd, maar dat gebeurt wel eens dat wij smoutebollen maken. En dat gebeurt dan dat er eens iets voorvalt en dan zijn wij er voor elkaar eh. Die helpen u erdoor. Ik heb er absoluut geen slecht woord over.” (Oudere, vrouw, Merksem).

Ook de nabijheid van professionele voorzieningen (o.a. hulp, buurtwinkels) blijkt een pluspunt te zijn van een buurt. Ouderen vertellen zeer positief over de dienstencentra en wijkhuizen in hun buurt, om mensen uit hun huis en samen te krijgen. Ouderen participeren vooral om **sociale contacten te creëren of onderhouden, of omdat ze iemand kenden die hen meevroeg, hen introduceerde**. De belangrijkste drempels om deel te nemen zijn het gebrek aan informatie-doorstroming, het aanbod van de activiteiten, de kostprijs, kliekjes, en er niet geraken (cf. mobiliteitsaspect). Ouderen ervaren daarnaast onveiligheidsgevoelens, criminaliteit en geluidsoverlast in de buurt en hekelen het gebrek aan respect voor de openbare ruimte (cf. vuil op straat, hondenpoep).

De algemene achteruitgang van de buurt en het **verdwijnen van voorzieningen** heeft volgens hen negatieve gevolgen voor sociale contacten van ouderen. Terwijl dagelijkse mobiliteit heel belangrijk blijft voor ouderen, voor praktische verplaatsingen zoals winkelen of om anderen te helpen of om deel te nemen aan het maatschappelijk leven, ondervinden zij heel wat hinder hieromtrent: slechte voetpaden, verdwijnen van zebra's, voorrang van auto op voetganger, ontoegankelijkheid van de wegen en het openbaar vervoer komen vaak naar voor als knelpunten.

“Waar wij wonen is niks meer van winkels. Wij hebben echt niks meer. Ik moet gewoon de tram pakken, een gevloek om u tegen te zeggen want je moet bij ons maar eens proberen de tram 3 te pakken te krijgen om naar de Carrefour te gaan en terug te komen. Wij hebben geen kruidenierswinkel meer, geen apotheek meer, we breken onze nek eigenlijk, je zit tot hier in het slijk...” (Oudere, vrouw, 57 jaar, Merksem).

2.3 Een Actief Zorgzame Buurt geeft aandacht aan: brede zorg en ondersteuning

Om zo lang mogelijk thuis te kunnen blijven, rekenen de respondenten vooral op **hulp** van professionelen, hoewel ook mantelzorg een optie is. Potentiële mantelzorgers zijn bijvoorbeeld de kinderen, maar ook burens. Hulp van kinderen is immers niet evident, omdat die het druk hebben, ver weg wonen of ouderen liever geen beroep doen op hen. In de buurt is er vaak sprake van vluchtige contacten (cf. begroeten en small talk) en niet zozeer van intens contact. Of ze op hun burens kunnen beroep doen voor hulp, is dan ook niet eenduidig. Sommigen geven aan dat ze op hen kunnen rekenen in geval van problemen, anderen geven aan dat het elk voor zich is. In dat opzicht haalt een respondent aan dat het leggen van contacten begint bij jezelf door interesse te tonen in anderen. *“Quand il y a des évènements et tout ça, il faut participer et... Bons, il y a des associations... de quoi, c'est comme ça qu'on connaît les gens... C'est très difficile... Au lieu de dire : 'Oh non...'” (Oudere, man, 80 jaar, Elsene)*. Iemand kennen die je meeneemt naar een evenement verlaagt de drempel daarbij: *“J'ai connu une dame, une voisine qui un jour m'a ramené d'une réunion à la commune, qui m'a ramené en voiture et depuis lors... c'est elle qui m'a présenté à Chambéry.” (Oudere, vrouw, Etterbeek)*. Ouderen zelf zijn echter niet enkel vragende partij, maar ook bereid om een helpende hand te bieden aan burens.

Er worden heel wat taken opgesomd waar de ouderen ondersteuning voor nodig hebben. Dit gaat over meer dan louter fysieke zorg, en kan gaan van praktische ondersteuning tot sociaal-emotionele steun.

- De meeste ouderen hebben hulp nodig in het **huishouden**.
- **Mobiliteit** blijkt een belangrijk aandachtspunt. Verschillende ouderen maken reeds gebruik van de vervoerdienst van het dienstencentrum., voor boodschappen, uitstappen, bezoeken, etc. Ze maken zich echter vooral zorgen wanneer ze zich een keer onverwacht of 's nachts moeten verplaatsen. Verschillende deelnemers doen beroep op de kinderen voor verplaatsingen, maar niet iedereen heeft die mogelijkheid of soms wonen de kinderen te ver weg.
- **Administratief en financieel beheer** blijkt voor veel ouderen moeilijk te worden. Vaak gaat het hier over betalingen, de gemeenschappelijke lasten wanneer men in een appartementsgebouw woont, enz.
- Verschillende ouderen laten zich voor persoonlijke **verzorging** of zorgtaken ondersteunen. Het betreft vaak haar- of voetverzorging, maar anderen maakten ook gebruik van het project om hulp van een thuisverpleegkundige te vinden.
- Er blijkt ook een noodzaak aan hulp voor **kleine klusjes**: *“Ca je n'ai pas (...) le robinet de mon évier de la cuisine, il ne tournait plus très bien et c'était en dessous les tuyaux et là je n'ai eu qu'une fois un monsieur et il me semble qui s'en sortait pas très bien alors (...)” (Oudere, vrouw, Etterbeek)*. Ook het buitendragen van de vuilnisbakken is voor sommige ouderen moeilijk.
- Een aantal ouderen geeft aan nood te hebben aan bijkomend **sociaal contact**. Dit gaat bijvoorbeeld om hetsamengaan wandelen of zijn of haar hart te kunnen luchten. Sommige ouderen zouden graag op regelmatige basis opgebeld of gecontacteerd worden om te horen of alles goed gaat met hen.

Geen enkele deelnemer heeft er problemen mee als deze taken door een vrijwilliger zouden worden uitgevoerd. Enkel op vlak van persoonlijke verzorging en verpleging is er een voorkeur dat een professional dat doet. Indien mogelijk zal de oudere eerst zelf proberen zijn/haar plan te trekken. Als er toch iemand moet helpen, **hangt de keuze voor een professional of vrijwilliger niet zozeer af van het soort taken dat moeten uitgevoerd worden, maar van andere aspecten**:

- Het **contact dat je met de persoon** hebt is belangrijker. Het is belangrijk dat het **klikt** met de vrijwilliger, dat er een binding ontstaat tussen zorggever en de oudere. De persoon moet zijn taak ernstig nemen (kwaliteit leveren) en ze moeten de persoon kunnen **vertrouwen**: *“Il faut une confiance totale (...) et quelqu’un qui s’y connaît dans tout ça, parceque tout le monde peut dire je sais le faire mais c’est parfois quand même des choses importantes.”* (Oudere, vrouw, Etterbeek).
- Vaak is de **kostprijs** van belang: *“S’il ne le demande pas cher alors ça va, mais s’il demande cher alors je prends un volontaire alors et en même temps pour faire mes rideaux.”* (oudere, man, 72 jaar, Brabantwijk). Ook bij formeel georganiseerd vervoer is de kostprijs soms een drempel: *“Il y a aussi des taxis speciaux qui existe pour ça, ils sont très chers, je crois que c’est 5 euros quelque chose comme ça pour aller jusqu’à l’hôpital.”* (Oudere, vrouw, 65 jaar, Brabantwijk).
- Respondenten die nood hadden aan iemand om te helpen met de boodschappen, gaven aan dat het zowel een professional of vrijwilliger mocht zijn die hen hierbij helpt, **zolang er iemand hen maar helpt**. Op dit moment vonden ze niemand.
- Een nadeel van formeel georganiseerd vervoer blijkt bijvoorbeeld dat dit niet flexibel kan. Dit moet bijvoorbeeld op voorhand aangevraagd worden. Vooral het vervoer naar de dokter of het ziekenhuis blijkt een moeilijkheid, aangezien men de reguliere diensten minstens 24 uur op voorhand dient te reserveren: *“Il fallait le dire plus que 24h d’avance et ça c’est compliqué quand il faut aller voir le médecin quand on ne sait pas voilà euh que c’est pour le lendemain qu’il faut.”* (Oudere, vrouw, Brabantwijk). Iemand anders uitte een specifieke ongerustheid wanneer ze ’s nachts vervoer zou nodig hebben: *“Pour elle c’est à dire que si parfois c’est la nuit elle aimerait pas déranger peut être ses enfants mais est-ce que il y a un moyen comment elle doit faire si elle aura besoin de quelqu’un pour la conduire.”* (Tolk voor oudere, vrouw, 75 jaar, Brabantwijk).
- Naast flexibiliteit wordt er ook gewezen op **openingsuren en verlot van professionele hulp**.

3. Visie en noden van mantelzorgers

3.1 Een Actief Zorgzame Buurt (h)erkent de veelheid aan taken van mantelzorgers

Mantelzorgers (zowel vrouwen als mannen) dragen niet alleen zorg voor partner of familie, maar ook voor vrienden, burens of kennissen. Men draagt zorg voor zorgbehoevenden die nog thuis wonen, in een rusthuis wonen of voor andere mantelzorgers om zo hun taak te verlichten. We kunnen de **taken** die ze verrichten groeperen onder zorgregie, huishoudelijke taken, praktische taken, verzorgende taken, bieden van morele ondersteuning en het bieden van financiële ondersteuning. Huishoudelijke karweiën zijn bv. poetsen en boodschappen doen.

Het vervoeren van ouderen is een voorbeeld van een praktische taak; *“Ja ik heb twee oudere zussen van 76 (...) de één heeft een rollatorke. Moet die ergens naartoe dan breng ik die, ik heb een auto hé.”* (Mantelzorgster, vrouw, 72 jaar, Merksem). Een ander voorbeeld is de zorgbehoevende vergezellen bij afspraken om taalondersteuning te bieden. Andere praktische taken zijn de administratie en financiën regelen en de zorg regisseren. Onder zorgregie verstaan we o.a. dat de mantelzorger uitzoekt welke organisaties hulp kunnen bieden aan de zorgbehoevende of hoe aan hun noden tegemoet kan komen. De mantelzorger neemt met deze organisaties contact op.

Verzorgende taken variëren van hulp bieden bij het eten tot het in bed stoppen.

“Ja mijne man wast zich nog, hij zit op dat stoelke. Die wast zijn eigen, die zit dan in de douche maar dan dat eruit komen. Hij is een grote vent, dan moet ik wel zijn benen, zijn voeten afdrogen. Dat kan hij niet, hij kan er heel moeilijk op staan dus dan heb ik eigenlijk al bang dat hij gaat uitschuiven in den douche hé. Zijn onderbroek helpen aandoen, zijn broek aandoen, zijn t-shirt helpen aandoen.” (Mantelzorgster, vrouw, 72 jaar, Merksem).

Bij de taak van morele ondersteuning bieden de mantelzorgers steun wanneer de hulpvrager negatieve emoties heeft of ze zijn een bron van sociaal contact. Een mantelzorger kan ook een link naar de buitenwereld zijn. Sommige mantelzorgers ondersteunen de hulpvrager ook financieel door bepaalde zaken te betalen.

De inhoud, frequentie en duur van de taken verschilt van mantelzorger tot mantelzorger en kan variëren in de tijd. Verschillende mantelzorgers nemen zeer zware zorg op.

“Dans la maison, j’ai une personne qui a 65-66 ans et qui est paraplégique parce qu’elle a eu une thrombose cérébrale. Donc elle a déjà une certaine dépendance et il n’y a pas longtemps en cadeau, elle a eu un cancer de la gorge.” (Mantelzorger, man, 71 jaar, Brabantwijk). “(...) mon papa a 72 ans, il a eu une paralysie. Donc, il ne sait plus utiliser le côté droit. En plus de ça, il n’a pas la langue, il ne sait pas parler le Français (...) Et mes beaux-parents aussi, maintenant ils ont tous les deux 75 ans. Ils ont aussi des graves problèmes de santé. Maintenant mon beau-père a le début d’Alzheimer. Donc il commence à oublier beaucoup de choses. Il a aussi des problèmes d’incontinence, il ne sait plus se retenir. C’est très difficile, parce qu’il doit maintenant porter des ‘Pampers’, et il n’accepte pas ça, psychologiquement. (...)” (Mantelzorgster, vrouw, Brabantwijk).

3.2 Een Actief Zorgzame Buurt motiveert en ondersteunt mantelzorgers

Wanneer we peilen naar de **reden of motivatie** om mantelzorger te zijn, vinden velen het een evidentie: *“Comme j’ai dit, je suis fille unique. Quand j’avais besoin de maman quand j’étais plus jeune, je l’ai toujours trouvée. J’estime que maintenant, c’est à moi de rendre la monnaie. C’est mon tour.”* (Mantelzorger, vrouw, 71 jaar, Etterbeek). Daarnaast speelt ook de emotionele band met de hulpvrager een belangrijke rol. In de focusgroep met vrouwelijke Marokkaanse en Turkse mantelzorgers is geloof zowel een reden om te starten als een drijfveer om door te zetten. Andere redenen zijn: het hoge kostplaatje van de formele zorg, het zo lang mogelijk thuis willen laten wonen van de zorgbehoevende, het hebben van ervaring in de zorg of een schuldgevoel. Daarnaast zien sommigen hun rol als wederzijdse bedanking omdat de hulpvrager voor hen heeft gezorgd. Tot slot worden sommigen gedreven door een onrechtvaardigheidsgevoel of het feit dat de taak die ze verrichten hen beter doet voelen. Positieve ervaringen van de mantelzorgers zijn: de energie die men krijgt door mantelzorger te zijn, de band die men met de zorgvrager opbouwt, de waardering en appreciatie van anderen en de hulpvrager zelf. Ook de wederzijdse hulp die men krijgt van de zorgvrager wordt geapprecieerd.

Mantelzorger zijn is echter niet altijd een vrije keuze en kan aanvoelen als een (zware) verplichting. De overbelasting kan optreden doordat alles op één mantelzorger zijn of haar schouders terecht komt.

“On est cinq enfants. J’ai une sœur qui est loin dans un autre pays, un frère qui est en Angleterre. On est trois ici et moi aussi, je pensais qu’on allait avoir un partage. Mon frère s’est complètement retiré parce qu’il travaille. Ma demoiselle parce qu’elle a un certain âge, mais elle est très indépendante et en bonne santé. Elle l’aime énormément et quand elle est là, elle va faire ses tâches, mais sinon elle participe très peu. Je vous ai dit que pendant deux ans et demie je me suis battue avec tout le monde. Je suis tombée malade psychologiquement. Mon mari aussi a dit que je donnais trop d’énergie. Le problème est qu’eux, ils savent que je suis là. Le jour où je ne suis pas là, ils seront obligés de bouger. Je me suis donc dit que je dois penser que je suis seule, enfant unique. Comme si ils n’existaient pas...” (Mantelzorger, vrouw, Etterbeek).

Foto: Bart Dewaele



Voorbeelden van lichamelijke overbelasting zijn hoofdpijn, krampen en rugpijn. Een voorbeeld van emotionele overbelasting is dat de hulpvrager de mantelzorgert voortdurend contacteert. Daarnaast kunnen de zorgtaken een impact hebben op het eigen (gezins)leven. Jaloezie van familieleden, gebrek aan appreciatie en argwanende houding van hulpbehoevenden en de voortdurende confrontatie met de ziekte van de hulpvrager zijn andere aangehaalde negatieve ervaringen. Tenslotte geven ze aan dat professionele zorgverstrekkers veel te vaak beslissingen nemen boven hun hoofd. Overbelasting kan optreden doordat alle taken vaak op de schouders van één mantelzorgert terecht komen.

“Ik ben nu al 4 maand antidepressiva aan het pakken, als ik dat niet zou pakken, dan zou ik al in 't gasthuis gelegen hebben. Ik heb alle dagen geweend, vanaf dat ik uit mijn bed kwam en ik zag diene mens zitten, zo ne ferme vent geweest en dan zo afgaan. Ik weende alle dagen.” (Mantelzorgert, vrouw 72 jaar, Merksem)

Naast deze negatieve ervaringen bestaan er volgende **bezorgdheden**: rechten van de mantelzorgert, hun toekomst als mantelzorgert en hoe men de juiste informatie meteen kan krijgen. Sommige mantelzorgers beschouwen hun baan als een aangename afwisseling met hun mantelzorgtaken, anderen geven aan dat er wel een zeker spanningsveld tussen deze twee bestaat. Een mantelzorgert geeft dan ook aan dat men in het bedrijfsleven gesensibiliseerd zou moeten worden om ruimte te geven om werknemers hun rol als mantelzorgert te laten opnemen. Verdere **ondersteuningsnoden** zijn psychosociale ondersteuning, financiële ondersteuning en professionele hulp. Bij psychosociale ondersteuning wordt specifiek praatgroepen aangehaald waarbij men het hart kan luchten en ideeën en ervaringen kan uitwisselen.

“Voor zo misschien eens een gesprek te hebben misschien, maar ja voor de rest... ik kan tegen niemand op. Ik heb niemand. Ik heb alleen een kleindochter, en dat zijn jonge mensen, die werken, daar heb ik wel veel veel die doen wel is commissjes of iets, maar ik wil dat niet, ik doe dat allemaal zelf. Maar ik bedoel, allé daar heb ik wel nog iets aan hé, die komen dikwijls langs hé.” (Mantelzorgster, vrouw, 72 jaar, Merksem).

Vervolgens blijkt ook dat de juiste medicatie voor de zorgbehoevende de zorgtaak kan verlichten. Voldoende en juiste informatie over kwesties die hen aanbelangen en waar men terecht kan met bepaalde hulpvragen zijn eveneens welkom.

Sommige mantelzorgers doen een beroep op **professionele diensten** zoals thuishulp of een taxidienst, of naasten en vrienden om hun taken te verlichten. Een mantelzorgert haalt het internet als hulpbron aan. Over de professionele zorgverstrekkers bestaan er uiteenlopende meningen en ervaringen. Zaken die als negatief worden ervaren zijn: het werken met vaste urenblokken, personeelstekort, besparingen en de wachtlijsten voor aanleunwoningen. Voor de zorgbehoevende kan een gebrek aan taalkennis de zorg bemoeilijken. Volgens de mantelzorgert zijn de noden van de zorgbehoevende: morele ondersteuning en meer duidelijkheid over de invaliditeitsuitkering en de pensioensregeling. Daarnaast mag volgens de mantelzorgers de ondersteuning aan de partner van de zorgbehoevende niet vergeten worden.

4. Visie en noden van vrijwilligers

4.1 Een Actief Zorgzame Buurt (h)erkent de veelheid aan taken van vrijwilligers

Vrijwilligers zijn zowel formeel als informeel actief. Informeel verlenen ze hulp aan familie, burens en vrienden. Voorbeelden hiervan zijn het doen van boodschappen, helpen met papieren en iemand vervoeren. De hulp die ze aanbieden is afhankelijk van de vraag. Het formeel vrijwilligerswerk is eveneens zeer divers. De meeste vrijwilligers die we bevroegd hebben, zijn vooral vrijwilliger binnen de buurthuizen, maar ze verrichten daarnaast vaak nog taken in andere organisaties. De taken die vrijwilligers opnemen zijn o.a. het geven van taallessen, eten opdienen en het uitvoeren van administratieve taken: bv.

“Parce que chez moi, si je vous le dit, vous allez rire, il y a 18 personnes que je nourris, et je fais tout, 18 personnes chez moi.” (Vrijwilliger, vrouw 62 jaar, Brabantwijk).

4.2 Een Actief Zorgzame Buurt rekruteert, motiveert en ondersteunt vrijwilligers

Vrijwilligers wijzen vooral op het **tekort aan vrijwilligers** en vooral aan jonge vrijwilligers. De nood aan vrijwilligers is een constante nood. Verder stoppen vrijwilligers voornamelijk door gezondheidsproblemen of doordat ze zorg aan iemand dienen te verstrekken.

Zelf zijn de meeste vrijwilligers gerekruteerd (en **rekruteren** ze zelf anderen ook) door middel van mond-aan-mond reclame.

Eén van de belangrijkste **drijfveren** om vrijwilligerswerk te doen is om zinvol en actief bezig te zijn. Daarnaast is ook het sociale contact, de ervaring die ze opdoen en de erkenning die ze ervoor krijgen belangrijk. Niettemin kunnen er ook negatieve uitkomsten verbonden zijn aan het verrichten van vrijwilligerswerk. Zo kaarten de vrijwilligers overbelasting aan als negatief. De druk om vrijwilligerswerk te blijven doen is groot. De tijdsinvestering is beduidend en heeft een niet te onderschatten invloed op hun privéleven. Eveneens is het gebrek aan respect voor hun werk ook een negatieve ervaring.

Vrijwilligers hebben dan ook **nood aan ondersteuning**. Voorbeelden hiervan zijn het krijgen van een vorming of opleiding rond bepaalde thema's of doelgroepen waarmee vrijwilligers werken. Ook het hebben van een vrijwilligerscontract achten ze belangrijk en dit in het kader van valorisatie naar hun geleverde inzet. Wanneer het gaat over het vragen of verkrijgen van hulp, vinden vrijwilligers het moeilijk om zelf hulp te vragen.

“Pour moi pas, j'ai beaucoup de fierté. J'ai toujours fais beaucoup moi-même. Je fais manuellement tant de trucs et je viens d'avoir été opéré à ma main. Je commence pouvoir écrire, mais ça fait un mois et demi que j'ai été opéré. Ma fierté elle est là... Demander de l'aide ou dire que j'ai eu quelque chose, c'est difficile à dire...”
(Vrijwilliger, vrouw, 78 jaar, Etterbeek).

Als deze groep hulp vraagt, doet ze dat aan kinderen en burens, maar ook professionele hulp is belangrijk omdat ze niet afhankelijk willen zijn van de omgeving. Vrijwilligers zien zich later ook hulp vragen aan vrijwilligers (vrijwilligersorganisaties). Met betrekking tot de professionele hulp zijn velen tevreden, echter zijn vele vrijwilligers niet op de hoogte van wat de mogelijkheden zijn. Verder vinden ze de manier waarop het personeel omgaat met ouderen niet naar behoren, zoals het kinderlijk behandelen van zorgbehoevenden.

Met betrekking tot de **buurt** waarin vrijwilligers woonachtig zijn, kunnen we stellen dat ze gehecht zijn aan hun buurt en dat ze er graag wonen. Er zijn soms ook negatieve aspecten verbonden aan hun buurt. Het feit dat er niet altijd 'dag' gezegd wordt en dat vele mensen hun burens niet kennen ervaren ze als negatief. Het gemis aan buurthuizen of gezellige plaatsen om samen te komen wordt hiermee in verband gebracht. Bij het bespreken van activiteiten in de buurt, blijkt dat sommige buurten een straatfeest organiseren of is het buurthuis een belangrijke speler. Echter, geven veel vrijwilligers ook aan dat er geen of te weinig activiteiten georganiseerd worden in hun buurt.

Verder hebben vrijwilligers hun buurt ook sterk zien veranderen, wat zij vaak als een negatieve evolutie ervaren. Er zijn meer bewoners bijgekomen wat de drukte heeft doen toenemen. Het kennen van de burens is dan weer sterk afgenomen. Op vlak van toekomstverwachtingen in de buurt zijn vele vrijwilligers niet altijd even positief. De evolutie die hun buurt heeft ondergaan overheerst hun toekomstverwachtingen. De toenemende vergrijzing en zorgnood, alsook de toenemende armoede en gebrek aan respect onder bewoners baart de vrijwilligers zorgen.

5. Visie en noden van professionals uit de buurt

5.1 Een Actief Zorgzame Buurt besteedt aandacht aan ouderen die anders uit de boot vallen

Wanneer het project in het begin werd voorgesteld zijn de professionals allemaal lovend en vinden het een waardevol, doch zeer ambitieus project. Zij formuleren daarbij enkele aandachtspunten. In Brussel suggereert men om veel aandacht te besteden aan de **detectie en toeleiding van kwetsbare groepen**. Een uitdaging blijft om te bereiken wie het het meeste nodig heeft. In welke mate kunnen de projecten ook effectief de mensen bereiken die het het meeste nodig hebben. *“Dat we niet enkel de mensen vinden die dat eigenlijk een vraag hebben en al toestappen naar de diensten, maar ook diegene die eigenlijk wel een nood hebben maar geen vraag stellen.”* (Projectmedewerker, Antwerpen). Peilen naar behoeften is echter niet altijd even makkelijk. Het is dan ook belangrijk om *“er genoeg aandacht en ruimte voor te maken om écht goed te begrijpen.”* Projectmedewerkers geven aan dat ze immers vaak met een bepaalde bril kijken naar wat er gebeurt, maar daardoor ook dingen missen. Een specifiek aandachtspunt bijvoorbeeld zijn mannelijke informele zorgers, waar vandaag heel weinig aandacht naartoe gaat. *“Zorg is sowieso vaak al een vrouwenzaak denken wij. Maar ik weet dat ooit, in de Brabantwijk iemand tegen mij zei van ‘Maar dat doen wij niet. Wij, vrouwen doen dat niet. Dat zijn ons mannen die de mannen wassen.’”* (Projectmedewerker, Brabantwijk).

Detectie en het goed begrijpen van noden is echter niet alleen genoeg. Eens men ze vindt, is het vaak ook moeilijk om hen **toe te leiden** naar gepaste zorg. Huisdokters bijvoorbeeld kunnen soms wel detecteren, maar als ze dan een sociaal assistente sturen, gaat de deur dicht. De vraag wie het op zich moet nemen is ook niet evident. Sonia van Maison Biloba (Brabantwijk) haalt daarbij het volgende aan.

“Moi, ce que je remarque, c’est qu’on arrive parfois à détecter des personnes qui sont isolées, mais parce qu’à cause de certains éléments, ils n’arrivent pas à nous rejoindre. On nous contacte en disant qu’ils connaissent une personne qui est toute seule, il faudrait qu’elle vienne ou qu’il y a une assistante sociale ou un médecin ou autre. Nous on est une petite équipe donc ce n’est pas évident d’aller chercher la personne.” (Sonia, Maison Biloba, Brabantwijk).

De professionals geven enkele suggesties mee hoe kwetsbare ouderen gedetecteerd kunnen worden, en uit hun isolement gehaald kunnen worden:

- Aanpakken van **‘vraagverlegenheid’**: Ouderen hebben soms hulp nodig maar durven/willen het niet vragen uit trots, omdat ze ‘de ander’ niet vertrouwen, etc. “Ik denk dat het wel serieus werk is om het vertrouwen te winnen. Het is niet door een keer te spreken of is aan te bellen dat ze je meteen zullen binnenlaten.” (Ingrid, Bricoteam).
- Aanpakken van **‘geefverlegenheid’**: Professionals ervaren dat mensen een soort verlegenheid, soms ook wel angst genoemd, hebben om iemand hulp aan te bieden.
- Werken met **sleutelfiguren**: huisartsen, apothekers, maar ook bibliotheken en kennissen uit het (niet-professionele) sociale netwerk.
- Spreek ouderen aan op hun **interesses** en welke **meerwaarde** zij kunnen betekenen, niet op hun noden en beperkingen: “Het is het gevoel hebben dat je nog nuttig bent en niet oud en versleten bent. Ik denk dat je ze daarop moet aanspreken. Een project aanbieden. Niet zeggen dat zij een probleem hebben, maar wij als buurt hebben een aantal vragen. Ik denk dat je het omgekeerd moet aanpakken eerlijk gezegd.” (Ingrid, Bricoteam).

Daarnaast is het belangrijk om in het achterhoofd te houden dat zeer geïsoleerde mensen ook vaak zeer kwetsbaar zijn, dat dit tijdsintensief is, en niet mag verglijden in bemoeizorg. Ouderen moeten eigenaar blijven over hun leven en zorgsituatie.

5.2 Een Actief Zorgzame Buurt werkt aan een positieve beeldvorming van ouderen en zorg

Professionals hebben de indruk dat in de samenleving ‘zorg geven aan ouderen’ niet positief wordt bekeken: zorgen voor ouderen lijkt eerder een opgave, dan iets logisch. Dit hangt zeker ook samen met een **negatieve beeldvorming** over zorgbehoevende ouderen waarbij mensen denken aan *“medicijnen, pampers, stinkende mensen, mensen die gedementeed zijn die niet meer weten waarover ze (moeten) praten, etc”*. Dit geldt voor kinderen die *“dat klinkt misschien ook heel grof maar we steken onze ouderen ook weg eh. Naar een rusthuis eh, zodat wij daar niet mee last van hebben en kunnen wij doen wat dat wij willen”*, maar bijvoorbeeld ook voor kleinkinderen, die *“grootouders eerder zien als zondagsportefeuille”*. *“Het is bijna altijd denigrerend, ja ik vind dat eng en ja soms kan ik daar echt boos van worden. En dan denk ik van: ja jongens je gaat ook wel oud worden...” (Seniorenconsulent district Merksem)*

De vraag is wiep zich dan ook op hoe je die negatieve beeldvorming kan tegengaan én hoe je die zorg geven aan ouderen kan valoriseren? Ideeën of projecten die daarbij naar boven kwamen zijn:

- Er is een week van de mantelzorger in Brussel, maar de respons daarop blijkt heel laag te zijn.
- Informeel zorgen kunnen inbrengen in de belastingen.
- Project Buurtpensioen Neder-over-Heembeek, waarbij men door aan anderen zorg te verlenen zelf uren kan sparen die je kan valideren als je zelf hulp nodig hebt.
- Samenlevingsopbouw Brabantwijk denkt eraan om een swapshop te organiseren in de wijk: een fysieke plaats waar buurtbewoners hun ‘talenten’ kunnen uitwisselen.
- Een campagne rond valoriseren van informele zorg opzetten in de wijk.
- Informele zorg tonen in een populaire TV-serie.
- Inspelen op de intrinsieke meerwaarde van informele zorg, het gevoel dat je er zelf ook iets uithaalt.
- De professionals geloven ook hard in **intergenerationele projecten** waar er “samen iets gedaan wordt”. Samenwerkingen tussen lagere scholen en woonzorgcentra worden als voorbeeld aangehaald. Het belangrijkste bij die projecten is dat beide groepen elkaar leren kennen, de meerwaarde van elkaar erkennen en zich in elkaar herkennen. Veel van die projecten zijn echter vaak eenmalig, wat de respondenten betreuren. Sonia (seniorenconsulent Merksem) geeft daarbij het voorbeeld van een intergenerationeel project van enkele jaren geleden.

“Uiteindelijk het mooiste dat ik heb gehad was een gespreksnamiddag met jongeren en ouderen. Dat was een samenwerking met het atheneum van Merksem en dan hebben we jongeren en ouderen samen aan tafel gezet, over verschillende onderwerpen: over liefde, over werk, allez allemaal thema’s voor zowel de oudere als zowel die jongere. Die ouderen die spreken daar dus nog over, en die jongeren... Per toeval was dat de generatie zal ik zeggen van mijn eigen dochter, ik hoor die jongeren, ik zie die jongeren nog en die spreken daar nog van en die vonden dat dus eigenlijk allemaal een ongelooflijk tof moment en eigenlijk verassend dicht bij elkaar toch.”



5.3 Een Actief Zorgzame Buurt werkt aan toegankelijke en heldere administratie

Professionals benadrukken het probleem van administratie als belangrijke factor die het moeilijk maakt voor ouderen om zelfstandig, kwaliteitsvol ouder te worden. Een bankkantoorverantwoordelijke verklaart dat ze bijna 'een sociale instelling' zijn die de klanten begeleiden van A tot Z op vlak van administratie: *"Ouderen kunnen aan papieren niet aan uit van belastingen, mutualiteiten etc. Voor die mensen is dat zeer zwaar"*.

Veel documenten zijn de laatste tijd ook enkel **digitaal** te verkrijgen. Als er dan toch nog face-to-face contacten zijn, moet de afspraak daarvoor digitaal gemaakt (cf. gemeenteloketten in Antwerpen). Andere voorbeelden zijn:

- Digitaal stemmen bij **verkiezingen**: *"Ik was nu toevallig voorzitter hier en ja dat was verschrikkelijk. Mensen kunnen dat gewoon niet, kunnen het echt niet. 90% van die mensen die ouder waren moeten bij het handje geholpen worden."* (Liesbeth, studente handelaarsvereniging, Merksem).
- Invullen van **belastingen**: *"Nu met de tijd dat de belastingbrieven er aankomen... Dat wordt dan wel digitaal voor die klanten opgelost, want die moeten veel niet meer invullen, maar dan krijgen die thuis een brief en dan vragen ze: Klopt dat? Dan komen die weer naar mij: Wat moet ik daarmee doen? Als je niet reageert dan is dat wel in orde, als je wel reageert dan moet je verzet aantekenen. Normaal mag ik dat allemaal niet doen eh, mag ik niet begeleiden met belastingen, mag ik niet begeleiden met niks, maar ik doe het toch."* (bankkantoorverantwoordelijke, Merksem). Zelfs al worden er zittingen georganiseerd in de gemeente, is dit niet altijd nuttig voor ouderen. Op dat moment moeten ze immers al hun papieren en documenten zelf meebrengen, en zelf aangeven wat er in de belastingbrief moet staan. Ook de thuiszorgdiensten ervaren dit. Hun verzorgenden proberen hierin ook ouderen bij te staan, maar dit is niet eenvoudig.
- **Geldafhalen**: *"Ik ga ook kalens geldtoehier (DCDeZeelbaan) brengen. Dat mag normaal ook niet, maar ja. Ik kan toch moeilijk zijn, dat mag ik niet doen."* (bankkantoorverantwoordelijke, Merksem)

5.4 In een Actief Zorgzame Buurt ondersteunen professionals de informele zorg

De professionals erkennen dat er weinig, laat staan structureel, contact is tussen mantelzorgers en professionele zorgverstrekkers. Langs de ene kant is er vaak een communicatieboekje dat bij de cliënt thuis ligt en waar in principe iedereen in kan schrijven die (mantel)zorg biedt, maar langs de andere kant is dit contact nooit intens. Mantelzorgers moeten volgens hen meer betrokken worden door professionals.

Professionals waarschuwen dat werken met vrijwilligers niet vrijblijvend is, en dat vrijwilligers ondersteuning, begeleiding en omkadering nodig hebben. Deze omkadering is vaak tijdsintensief en moet verschillende aspecten omvatten: vormingen, opbouw vertrouwensrelatie, ondersteunen van kwetsbare vrijwilligers, afbakening grenzen, etc. Het begint bij een rekrutering waarbij er gekeken wordt naar welke uren wil die vrijwilliger werken, welke activiteiten wil hij doen en niet doen, etc. Professionals geven ook aan dat ouderenzorg een breed thema is en het niet altijd evident is om vrijwilligers hierover algemene vormingen te geven. Die omkadering van vrijwilligers is ook belangrijk omdat de vrijwilligers vaak zelf eveneens kwetsbare personen zijn, er een vertrouwensbreuk kan optreden met de zorgbehoevende (bv. verdenking van diefstal door de vrijwilliger wanneer de oudere iets kwijt is), en om de grenzen van de vrijwilliger mee te helpen afbakenen.

Tot slot wijzen de professionals op het spanningsveld tussen vrijwilliger en professional. In de toekomst zullen vrijwilligers en professionals een complementaire, versterkende rol moeten spelen. Professionele hulp kent zijn (reglementaire) limieten en vrijwilligers kunnen een belangrijke rol vervullen. Maar we mogen zeker niet alleen op informele zorg inzetten.

"Kijk maar naar de thuiszorg, wij mogen wettelijk maar 32 uur per week hulp verlenen. Er zijn mensen die niet de mogelijkheden hebben om naar een hulp te gaan, alleen al financieel. Anderen kennen het gewoon niet. Ik denk aan de allochtone gemeenschappen. Die zijn niet vertrouwd met dat concept. Wij hebben de twee nodig. Wij stoppen om vier, vijf uur, maar dan is er nog een hele avond en nacht. Er is dan ook nog hulp nodig van een vrijwilliger die 's avonds eens langskomt om bij wijze van spreken iemand om negen of tien uur in bed te steken. Elk op zich gaan je het nooit kunnen realiseren dus we moeten allemaal samen hulp geven en dan gaan we pas een goed zorgpakket kunnen toeleveren aan diegene die uit de boot vallen voor de onze gekende manier van gezondheidszorg en welzijnszorg." (Mikis, Centrum geestelijke gezondheidszorg Brussel).

5.5 In een Actief Zorgzame Buurt werken professionele zorgorganisaties samen

Professionals erkennen dat er in de wijken al heel wat professioneel aanbod is, vaak ook ieder met een eigen expertise. De verschillende organisaties met elk hun eigen aanbod en expertise worden vandaag de dag echter te weinig met elkaar verbonden. Zelfs professionals die al vele jaren werken geven tijdens de focusgroep aan dat ze het zelf nog altijd moeilijk hebben om een zicht te krijgen op welke organisaties er nu al zijn, en wie wat doet. Thierry (apotheker, Merksem) vertelt daarbij: *“Ik had bijvoorbeeld een probleem met een patiënt, een oudere mens. Met vochtigheid in de woning. Niemand hield zich daar blijkbaar mee bezig. Dus die had natuurlijk luchtwegenproblemen. En dan, eer dat we de nodige dienst gevonden hadden hier op het district: tot wie moet die persoon zich richten? Die gegevens zouden we moeten hebben.”*

Daar een goed zicht op krijgen én bruggen bouwen tussen de organisaties is een uitdaging. Er blijkt ook heel wat versnippering te zijn. Heel wat mensen en organisaties zijn met zorg en gelijkaardige projecten bezig, maar er zijn weinig connecties. Professionals zijn vragende partij om partners hierrond te activeren en samen te brengen.

Ook ouderen kennen het aanbod absoluut niet altijd of zien door de bomen het bos niet meer. Soms wordt professionele zorg gelinkt aan “OCMW” wat een negatieve bijklank krijgt. Organisaties zelf, hebben soms specifieke reglementen waardoor de gewenste hulp niet mogelijk is, of hebben niet altijd de tijd of personeel om in te gaan op alle vragen. Daarnaast wordt er aangehaald dat de overgang ziekenhuis – thuis te ongecoördineerd verloopt, is er vraag naar structurele oplossingen i.p.v. projectsubsidies en blijkt er een groot personeelsverloop te zijn wat continuïteit en samenwerking bemoeilijkt.

De professionals geven aan dat handelaars zeker een rol kunnen spelen in een Actief Zorgzame Buurt. Ouderen komen vaak al bij hen terecht als ze hulp nodig hebben, omdat ze hen vaak al lang kennen, hen vertrouwen, en voor sommigen makkelijker te benaderen zijn. De deur staat bij een handelaar vaak letterlijk open, terwijl *“zelfs bij mijn dokter moet ik nu op de computer gaan om te zien of ik een afspraak kan hebben.”* (Nathalie, thuiszorgwinkel Zorg en Pharma).

2. Actief Zorgzame Buurt: drie proeftuinprojecten

Doel van het AZOB-platform was om een Actief Zorgzame Buurt te realiseren via drie projecten. Dit onderdeel bespreekt die projecten: Wat is er concreet gedaan binnen het project? Wat is er allemaal geprobeerd? Welke interventies zijn getest? Welke werkten en welke niet?

De projecten kregen een andere invulling in Antwerpen en Brussel. Hoewel de projecten dus dezelfde titel droegen, probeerde men verschillende werkwijzen uit. Daarom dat we deze ook steeds apart zullen bespreken.

1. Ouderen wonen Passend (OPA): Antwerpen

Het OPA project in Antwerpen is eigenlijk een koepel voor 3 deelprojecten: 1) het initiële project rond woonscreeningen van Stad Antwerpen, 2) winkel De Schakel, en 3) Blijf Thuis project van Zorgbedrijf Antwerpen. Deze ontwikkelden zich als drie aparte projecten.

1.1 Project 1: OPA – Woonscreeningen

Stad Antwerpen was de officiële trekker en coördinator van het OPA-werkpakket. Omdat het project indertijd op zeer korte tijd en niet gedetailleerd was geschreven was een eerste **afstemming en overleg** nodig tussen de Brussel en Antwerpse platformpartners. Initiële doel was om de OPA-projecten in Antwerpen en Brussel zoveel als mogelijk op elkaar af te stemmen. Anderzijds was er ook overleg met de Antwerpse partners: het Zorgbedrijf, de Antwerpse politie, stadstoezicht, brandweer, etc. Het hele project werd in detail uitgewerkt: de flow van de procedure, wat zoeken we in vrijwilligers, wat moeten die kunnen, wat moeten die doen, hoe organiseren we die opleidingen, etc. Na deze opstartfase van drie maanden is het project een deel stilgevallen: “We waren klaar om de vrijwilligers te zoeken, maar er was nog geen testpopulatie.” (OPA-coördinator, stad Antwerpen).

In mei en juni 2014 is de Stad Antwerpen dan toch gestart met **vrijwilligers te rekruteren** via vacatures op verschillende vrijwilligerswebsites te plaatsen. Uiteindelijk waren er ‘maar’ 5 kandidaten geïnteresseerd en daarvan zijn er nog ‘en cours de route’ 3 afgevallen voordat de opleiding gestart was. In het najaar van 2014 hebben de 2 resterende vrijwilligers dan 5 opleidingen gekregen over:

1. Uitleg over het OPA-project en de rol van de vrijwilliger
2. Ergo therapie, aangepast wonen aan fysieke noden
3. Huisbezoek met woonadvies: hoe doen in de praktijk
4. Inbraakveiligheid en woonkwaliteit
5. Brandveiligheid

Deze **vrijwilligersopleidingen** waren niet tot in detail zoals een professional die zou krijgen, maar veeleer een inleiding. Tijdens het OPA-project zouden de vrijwilligers op huisbezoeken een checklist² meekrijgen. Door de opleidingen konden ze deze beter kaderen en begrijpen.

Eind 2014 en in het voorjaar van 2015 legden de eerste 2 vrijwilligers de **eerste huisbezoeken** af bij de oudere. Daar vulden zij de checklist in, controleerden de woning, testten eventueel een aantal zaken (bv. stevigheid van de trap, werking van de rookmelder), gaven advies en informatie aan de oudere. In totaal werden in die 1e fase een 20tal huisbezoeken afgelegd, waarvan er één leidde naar een woonaanpassing. In de zomer van 2015 werden dan enkele nieuwe vrijwilligers gezocht. Omdat dit niet van de grond kwam werden dan vanaf oktober 2015 beslist om professionelen in te schakelen voor de huisbezoeken. Die hebben een 10tal huisbezoeken gedaan, waar 1 woonaanpassing gebeurd is. In 2016 besliste de Stad om te stoppen met het OPA-project.

2 Dit is dezelfde checklist die ook in Brussel gebruikt wordt

Die testperiode maakte enkele **knelpunten** zichtbaar:

- Moeilijke rekrutering van vrijwilligers
- Moeilijke rekrutering van ouderen: De deelnemers werden gerekruteerd door het Zorgbedrijf Antwerpen uit 'het testpanel die ze moesten opbouwen in de proeftuin'. Wanneer iemand positief reageerde om deel uit te maken van het panel, werd de naam doorgegeven aan de Stad Antwerpen. Bij de contactopname door de vrijwilliger van de stad, waren er echter die alsnog weigerden mee te werken: *"Die insteek om iemand voor het testpanel te zoeken is niet altijd misschien de beste: dat je misschien meer moet zoeken via vertrouwenspersonen of via organisaties, ma dat is iets dat uitprobeerd moet worden op zich."* (OPA-coördinator, stad Antwerpen)
Mensen uit het panel waren ook meestal klanten van het Zorgbedrijf, dat zijn dus al ouderen die al in een zorgtraject zitten. Wanneer de respondenten kijken naar het OPA-project in Brussel blijkt dat het daar wel makkelijker gingen om ouderen te rekruteren: *"ik denk misschien dat het daar een klein beetje anders is georganiseerd geweest. Die vrijwilligers zaten ook vaak in die dienstencentra en spraken daar mensen aan om dat thuis al eens te doen en door te nemen. Ik denk zo dat visueel contact van die vrijwilligers met die ouderen dat dat echt een meerwaarde is geweest want je bouwt eigenlijk al een klein beetje een vertrouwensband op en dat was eigenlijk wel niet slecht."* (OPA-coördinator, stad Antwerpen). Ouderen in Antwerpen gaven zelf de tip om te rekruteren via de huisartsen.
- Er is amper bereidheid voor woningaanpassingen. Vrijwilligers konden de checklists goed invullen, maar de stap verder was voor de meeste mensen een probleem. Redenen waren: het hebben van een huurwoning en schrik om de eigenaar te contacteren, mensen op lijst van een serviceflat die niet meer willen investeren en niet (h)erkennen van de nood aan aanpassingen.
- Moeilijke samenwerking onderling tussen OPA-projectpartners in Antwerpen: projectvoorstel was uitgewerkt door andere mensen dan de uitvoerder, samenwerking tussen publieke en commerciële partners is niet altijd even makkelijk, geld dat gereserveerd stond voor bepaalde uitgaven in voorstel werd daarvoor niet ingezet, maar geheroriënteerd zonder overleg, te weinig en slechte communicatie tussen de OPA-projectpartners in Antwerpen, ...
- Op de vraag wat men anders zou doen, moest men opnieuw beginnen was een belangrijk besluit om: van in het begin meer partijen te betrekken, een groter dienstennetwerk te verzamelen, en de nood aan meer connecties tussen verschillende projecten. Nu zijn de 3 AZOB-projecten eerder losstaande projecten en is er volgens sommige respondenten te weinig uitwisseling tussen de twee.

Een zijspoor in het project was om te focussen op **trainen van veilig wonen en gedrag**. Initiële idee was om professionals te trainen binnen de thuiszorg. Dat was echter helemaal geen succes: organisaties waren niet geïnteresseerd omdat ze reeds dergelijke vormingen hadden, of omdat vormingsuren voor verzorgenden al snel vol zitten etc. Dan werd de piste van opleiding aan mantelzorgers verkend. Het leek interessant om mantelzorgers daar meer informatie over te geven. In kader van de Dag van de Mantelzorger werd daar een sessie rond georganiseerd in een lokaal dienstencentrum. Omwille van te weinig inschrijvingen is uiteindelijk de sessie afgelast. Daarna was het een idee om de ouderen zelf op te leiden door bijvoorbeeld een aantal infosessies te organiseren bij de lokale dienstencentra na het middagmaal. Ook dat bleek niet ideaal. Als vierde piste heeft men uiteindelijk geprobeerd om de vrijwilligers van de AZOB-project rond informele buurtzorgnetwerk op te leiden.

1.2 Project 2: winkel De Schakel

Hoewel De Schakel initieel niet stond ingeschreven als project binnen de proeftuin, voelde men tijdens het OPA-project wel de **nood aan een natraject: wat na de screening?**

"Ja, we hadden in het OPA traject niet echt een natraject zitten. Stel dat die vrijwilliger een aantal gebreken in huis vast stelt, of ook gewoon een aantal hulpmiddelen zou kunnen aanbieden of de ergotherapeut komt daarna langs en die denkt van, ja dat zou voor u wel iets heel gemakkelijk zijn... dat kan een speciale lepel zijn, of zoiets zodat je bord niet meer wegschuift, maar ook dat je makkelijker kunt eten... Ja, hoe doe je dat dan? En waar krijg je dat dan, waar vind je die hulpmiddelen dan? En zo is het idee tot stand gekomen om effectief een winkel te gaan open doen." (AZOB coördinator, Antwerpen)

In augustus 2014 kocht het Zorgbedrijf Antwerpen een pand aan om er een winkel voor woonzorgproducten van te maken. In september begon men dan met inhoudelijke uittekening van de werking en inhoud van De Schakel. Het mocht **geen gewone zorgwinkel** worden *"waar de krukken in de etalage staan, maar het moest echt iets zijn wat uiteraard senioren aansprak, maar ook een beetje iedereen aansprak."* (Projectverantwoordelijke Blijf Thuis, Antwerpen)

Op internet werd op zoek gegaan naar mogelijk interessante producten. Om de inhoud vorm te geven werden een aantal **co-creatie sessies** gedaan met ouderen rond vrije tijd, hygiëne etc. Van daaruit werd gekeken welke producten in het gamma zaten in de winkel en wat overeenkomst met wat ouderen ook effectief zouden nodig hebben. *"90% van hetgene wat dat we eigenlijk zelf al hadden gegoogled kwam overeen met hetgene wat dat mensen effectief ook willen."* (AZOB coördinator, Antwerpen).

Vandaar kreeg de winkel ook de subtitel "Getest voor en door senioren". Daarnaast krijgt ook iedereen die iets koopt een kaartje mee waarop ze kunnen aangeven of ze tevreden zijn, hoe ze het gebruikt hebben etc. Indien ouderen iets nodig hebben die ze niet in de winkel vinden, gaat De Schakel ook op zoek op de markt naar een hulpmiddel dat zou kunnen helpen. Indien er nog niets bestaat, wordt de optie nu verkend om daar een student productontwikkeling op te zetten. In augustus 2015 is de winkel opengegaan.

De respondenten beargumenteren dat De Schakel de enige woonwinkel in Vlaanderen is, en daarbuiten. Er bestaan verschillende zorg- en farmawinkels, maar die zijn sterk gericht op de zorg, en hebben ook die look. De Schakel wil een aangename, hippe winkel zijn met unieke producten, die zich ook richt op jongere ouderen. Heel wat kopers zijn dan ook 50 à 60jarigen.

Bij de opening van de winkel was de interesse heel groot. Vooral mensen uit de wijk kwamen kijken, maar ook veel lokale dienstencentra uit heel Antwerpen hebben zich geëngageerd om met hun gebruikers een bezoek te brengen aan De Schakel. Binnenkort wordt er ook iemand in de winkel vrijgesteld om met een 'mobiele winkel' rond te gaan in de dienstencentra en woonzorgcentra. Tenslotte wordt in de nabije toekomst een webshop opgestart zodat een nog groter publiek kan worden bereikt.

De ervaringen van de ouderen over De Schakel zijn positief, maar de respondenten vinden het best wel duur. Eén van de respondenten had een handvat gekocht voor in de douche en vertelt:

- | | |
|--------------------------------|---|
| <i>Vrouw 1:</i> | <i>Ik ben op die winkel geweest op de Bredabaan, he.</i> |
| <i>Medewerker Zorgbedrijf:</i> | <i>De Schakel.</i> |
| <i>Vrouw 1:</i> | <i>Ja, voilà. Ik heb daar eens informatie gevraagd en die hebben gezegd dat dat echt heel, heel goed vasthangt... Het was wel een goede winkel.</i> |
| <i>Vrouw 2:</i> | <i>Maar het is niet goedkoop, he.</i> |
| <i>Vrouw 1:</i> | <i>Neen, het is heel duur.</i> |
| <i>Vrouw 3:</i> | <i>Nee, maar in het gasthuis met een gebroken been liggen is ook niet plezant, he.</i> |
| <i>Vrouw 2:</i> | <i>Nee nee.... maar 't is wel duur.</i> |

1.3 Project 3: Blijf Thuis

Het Zorgbedrijf Antwerpen heeft al heel wat jaren ervaring met ergotherapeuten die advies en begeleiding geven aan mensen in kader van woningaanpassingen. Vaak gaat dit over "Hoe beweeg je je best in de woning, in kader van valpreventie bijvoorbeeld, maar ook kleine aanpassingen zoals handgrepen. Doorheen de jaren kregen zij echter best wel wat vragen naar grotere aanpassingen, waar zij tot op heden geen antwoord op hadden. Vanuit district Antwerpen leefde dezelfde ideeën en in februari 2015 is er op de districtsraad officieel beslist dat **District Antwerpen samen met Zorgbedrijf Antwerpen** het Blijf Thuis project te starten.

Daar werd afgesproken dat er 4 realisaties moesten komen:

1. **Drie concrete woonverbouwingen**, één small, medium en large.
 - a. Small = projecten <5000 euro. Dit zijn vaak ook projecten of vragen waar de ergotherapeuten mee aan de slag kunnen.
 - b. Medium = projecten tussen 5000 à 20000 euro. Dit waren ook de projecten waar men het meeste vraag naar kreeg. Ongeveer 80% van alle aanvragen tot zover waren badkamerrenovaties.
 - c. Large = projecten > 20 000 euro, de echt grote verbouwingen. bv. omvormen van bel-etage woning naar woning op het gelijkvloers.
2. **Draaiboek** maken, dat intern kon gebruikt worden. Hierin staat informatie over de manier van verbouwen, hoe ouderen begeleiden, rekrutering kandidaten, financiële effectiviteit, ...
3. Elementen uit dat draaiboek vertalen naar **infobrochure** voor het bredere publiek.
4. **Kijkdag** organiseren bij de testprojecten. Dit vond plaats op 5 december 2015, bij het medium en large project.

Het project is positief geëvalueerd. De respondenten identificeerden enkele sleutel-succesfactoren:

Ten eerste, stelde het Zorgbedrijf Antwerpen van in het begin een **SPOC** aan (= single point of contact). Tijdens de testfase van het project was dit 1 persoon. Nu zijn dit 4 ergotherapeuten die elk een regio hebben. Er is steeds een aanmelding via het klantencontactcentrum van het Zorgbedrijf, maar de casus gaat dan volledig in handen van het SPOC. Die regelt alles: contacten met de oudere en zijn omgeving, aannemers, eventuele verhuis, stockage, tussenpersoon tussen oudere en aannemer, grote kuis na de werken, aanvragen van premies, en service in huis brengen (bv. robotica, alarmsysteem, thuiszorg) etc. Het SPOC is altijd ter beschikking en ouderen mogen er alles aan vragen. Dit advies en begeleiding was gratis tijdens de testfase, maar nu wordt intern bekeken wat ze nog gratis kunnen houden en wat betalend wordt.

“Mensen doen heel vaak verbouwingen niet, ja ten eerste omdat het een heel gedoe is. In de tweede plaats met stof en toestanden enz, maar in de derde plaats ook omdat ze altijd alles zelf moeten opnemen, zoeken en vinden en zo. Het feit van dat kunnen uitbesteden aan een organisatie, aan één persoon die alles regelt, dat is een ongelooflijk voordeel, een ongelooflijk positief punt en dat trekt mensen ook echt wel over de streep.” (Projectverantwoordelijke Blijf Thuis, Antwerpen)

Ten tweede was er een heel **actieve en brede communicatie- en rekruteringsstrategie**. 5000 adressen hebben een infobrief gekregen, waarop ze uitgenodigd werden voor een infosessie. In totaal waren er drie infosessies.

Tabel. Aantal ouderen op de infosessies

	Aantal ingeschrevenen	Aantal aanwezig	Aantal nog geïnteresseerd na de infosessie
Infosessie 1	36	28	18
Infosessie 2	21	19	15
Infosessie 3	33	29	20
Totaal	90	76	53

Uit die 53 geïnteresseerden werden er 3 geselecteerd voor de test. Op moment van de bevraging (april 2016) lagen er nog eens 20 op tafel om te realiseren. De interesse en nood blijkt groot te zijn bij ouderen.

Tijdens die infosessies werd ook een **heel concreet aanbod en betere opvolging** voorgesteld. Dit was een belangrijk pluspunt t.o.v. het ‘initiële’ OPA project. Dit laatste had gewoon als doel om te gaan screenen zonder er iets aan te doen. Het Blijf Thuis Project daarentegen besteedde vooral aandacht aan de woningaanpassingen.

“Wat we gedaan hebben, is dat je echt heel actief moet gaan zoeken ook naar mensen. En ik denk dat dat met onze infosessies voor een stuk ook wel gelukt is, omdat je daar ook een heel concreet aanbod had, wat je aan de mensen kon aanbieden. Ik heb een beetje het gevoel van, als het voor de mensen te vrijblijvend is, dat ja dat dat minder verfpakt.” (Projectverantwoordelijke Blijf Thuis, Antwerpen)

Foto: Jef Boes



Ten vierde werden de projecten uitgevoerd in **samenwerking met een West-Vlaams bouwbedrijf, die gespecialiseerd zijn in woonaanpassingen en hulpmiddelen voor ouderen en personen met een beperking**: Blijf Actief Wonen. Dit bleek een meerwaarde. Belangrijk was om een goede aandacht te hebben voor de screening van aannemers. Volgens de respondenten moeten het mensen zijn die de doelgroep kennen, of daarin opgeleid worden. Ze moeten bijvoorbeeld meer kunnen/willen tijd nemen, controleren of ouderen hen begrijpen en op zelfde lijn zetten, aandacht voor wat ouderen belangrijk vinden (bv. 's avonds altijd beetje opruimen).

Ten slotte kunnen **mantelzorgers zowel een stimulerende als afradende rol** spelen. Op infosessies zijn vaak mantelzorgers aanwezig, vaak in de vorm van hun partner of kinderen.

“Een positieve rol in de zin van dat ze ouders kunnen stimuleren om bepaalde aanpassingen te doen. Maar wat we ook wel gemerkt hebben, is dat soms ouderen het om financiële redenen wordt afgeraden, ook door partners of broers en zussen of kinderen of ... en dat mensen echt, en nu merken we dat nog in de dossiers waar dat we nu mee bezig zijn, dat ouderen zelf heel enthousiast zijn en dat ze dan zeggen: ja ik moet nog eens overleggen met weet ik veel wie en dat we dan twee dagen later een telefoontje krijgen, ik ga het toch niet doen.” (Projectverantwoordelijke Blijf Thuis, Antwerpen)

2. Ouderen wonen Passend: Brussel

2.1 Rekrutering vrijwilligers

Het Thuiszorgcentrum Socialistische Mutualiteit van Brabant en Kenniscentrum Woonzorg Brussel waren de trekkers en coördinatoren van het OPA project in Brussel. Het OPA project werd geplaatst onder het Steunpunt Woonaanpassing Brussel. Hoofdzakelijk was de rol van de coördinatoren het **rekruteren, vormen en coachen van de vrijwilligers** die de huisbezoeken bij ouderen aflegden. Daarnaast waren ze ook verantwoordelijk voor het **opmaken van de planning** (welke vrijwilliger gaat bij welke oudere op bezoek) en de **opvolging van de huisbezoeken**. Indien nodig, werd ook een huisbezoek afgelegd door de coördinator van het Thuiszorgcentrum aangezien zij ergotherapeut was. De ouderen werden gerekruteerd via enerzijds de mutualiteit en anderzijds de samenwerking met lokale dienstencentra en klusjesdiensten uit Brussel. De coördinatoren werkten daarnaast ook samen voor de bekendmaking van het project en de samenwerking met de andere deelprojecten binnen AZOB.

In januari 2014 werd het OPA project in Brussel opgestart. Tijdens een eerste fase van januari tot september 2014 werd er door de coördinatoren samen met een aantal lokaal dienstencentra (LDC) samen nagedacht over de rekrutering van de vrijwilligers en het organiseren van het project. In eerste instantie wou men de vrijwilligers **rekruteren** via de lokale dienstencentra, maar het profiel van de vrijwilliger stemde niet overeen met het profiel vrijwilligers aanwezig in LDC's. De verantwoordelijken van de LDC's vonden binnen hun werking geen geschikte vrijwilligers voor het uitvoeren van huisbezoeken. De deelnemers gaven aan dat vrijwilligers binnen een LDC zich vaak zelf al bevinden in een kwetsbare situatie.

“Ja het is inderdaad op die manier is het echt belangrijk om te zeggen van je die moet een bepaald profiel hebben. Het was niet dat er geen moeite werd gedaan om die te zoeken, maar ze (LDC's) merkten gewoon ja. Die vrijwilligers die in een lokaal dienstencentrum werken zijn niet de vrijwilligers die gewoon zijn om bij andere mensen op huisbezoek te gaan.” (projectcoördinator Thuiszorgcentrum Socialistische Mutualiteit van Brabant)

Daarom werd nadien beslist om het rekruteren van vrijwilligers vanuit het Thuiszorgcentrum op te nemen. Via een zoekertje op een website rond vrijwilligerswerk en het uitsturen van een brief naar het ledenbestand van de Socialistische Mutualiteit werden vlot 3 vrijwilligers gevonden. Wat volgens de projectcoördinator een goed aantal was om mee te starten. “Maar ja, het aantal huisbezoeken was niet echt zo spectaculair dat ik eigenlijk met die drie vrijwilligers echt wel heel gemakkelijk alle huisbezoeken heb kunnen doen.” (projectcoördinator Thuiszorgcentrum Socialistische Mutualiteit van Brabant). Belangrijk volgens de coördinatoren was dat ze via deze weg meteen **vrijwilligers met geschikte competenties** gevonden hadden voor de woningscreeningen uit te voeren. “Want dit is geen type vrijwilligerswerk waar dat iedereen op kan inspelen. Je moet echt iemand hebben die wel wat mee is en die ook een stukske zo in een traject wilt gaan om daar nog wel wat over bij te leren. En alle drie mensen hadden ook die capaciteiten, ik denk dat we daar toch wel serieus geluk gehad hebben ook wel.” (projectcoördinator Kenniscentrum Woonzorg Brussel).

Alvorens de vrijwilligers op huisbezoek gingen, kregen ze een **opleiding rond het thema woonaanpassing** aangevuld met een aantal vormingen over specifieke onderwerpen (bv. over dementie, over patiëntenrechten etc.). Daarnaast werd met de vrijwilligers een bezoek gebracht aan de regiobeurs, aan de thuiszorgwinkel, de lokale dienstencentra en de klusjesdiensten. Dit ook om hun kenbaar te maken en om uit te leggen wat ze zullen doen in het project.

2.2 Huisbezoek door de vrijwilligers

Nadat de projectcoördinator de oudere had opgebeld om een afspraak te maken, werd de vrijwilliger op de hoogte gebracht van het tijdstip en de locatie. De vrijwilligers gingen op **huisbezoek zonder de checklist** expliciet bij de hand te hebben. *“Wat dat heel belangrijk is ook bij die checklist, is dat de vrijwilligers niet met die checklist op huisbezoek gaan. Dat is ook wel een sterkte van die vrijwilligers die gaan niet binnen met hun papieren en stylo hé. Die gaan naar binnen die praten eerst wat, die maken wat kennis en dan leggen ze uiteraard de bedoeling uit en dan lopen ze wat rond. Dan stellen ze gewoon vragen door ermee te praten. En achteraf thuis vullen ze dat pas in.”* (projectcoördinator Thuiszorgcentrum Socialistische Mutualiteit van Brabant). Na het huisbezoek werd de vragenlijst ingevuld, eventueel met behulp van de projectcoördinator.

Na elk huisbezoek werd er een terugkoppelingsmoment gehouden met de projectcoördinator van het Thuiszorgcentrum. Tijdens dit moment werd afgesproken welke verdere stappen gezet diende te worden. Er werd een suggestie met offerte opgestuurd naar de oudere persoon in kwestie en indien akkoord werd contact opgenomen met de klusjesdienst. Het advies handelde grotendeels omtrent aanpassingen in de badkamer *“Voornamelijk steunbaren, badplank, toiletverhoog, soms is het advies van ja antislipmatje, soms is het advies van schakel een klusdienst in voor een offerte en volg dat advies.”* (projectcoördinator Thuiszorgcentrum Socialistische Mutualiteit van Brabant). Hoewel oorspronkelijk de bedoeling was dat de vrijwilligers dit zouden opvolgen, werd dit voornamelijk gedaan door de projectcoördinator.

Voor het **rekruteren van ouderen** werd samengewerkt met verschillende organisaties (mutualiteit, lokale dienstencentra). Zij namen vervolgens contact op met ouderen aangesloten bij hun organisatie (of deelorganisatie) voor wie OPA mogelijk interessant zou zijn. Het samenwerken met gekende klusjesdiensten heeft het voordeel dat ouderen meer vertrouwen hebben om in te stappen in het project. Maar toch blijft het over de streep trekken van ouderen om mee te stappen in het project moeilijk.

“Ik heb meestal gewoon gezegd van als ik heb gebeld van ja we hebben een project in samenwerking met, alsof dat ook gewoon ons project is. Want ons kennen ze al. Ik heb ook gezegd het is een vrijblijvend en gratis advies. Ik heb ook gezegd dat er een screening voor is om te kijken welke kleine dingen er eventueel aangepakt kunnen worden om de woning comfortabeler en veiliger te maken. Maar ik heb het niet alleen over veilig en vallen enz. Ik heb meestal mensen gecontacteerd die al een bepaalde leeftijd hadden. Er waren toch een aantal 80 en zelf 90 plussers, die misschien wel een beetje verder in denken.” (verantwoordelijke klusdienst Chato).

2.3 Moeilijkheden doorheen het project

De deelnemers haalden enkele knelpunten aan die zich voordeden doorheen het project;

- De **zoektocht naar vrijwilligers** verliep in het begin stroef. Oorspronkelijk was het idee om vrijwilligers te rekruteren via de LDC's. Maar er werd niemand geschikt bevonden omdat vrijwilligers binnen LDC vaak zelf tot een kwetsbare groep behoren. *“Maar ik denk de vrijwilligers die in een lokaal dienstencentrum mee helpen, euh zijn denk ik voornamelijk vrijwilligers die daar ook komen, die op die manier daar een beetje in rollen. Dus zijn al zelf een beetje kwetsbaarder dan mensen die niet naar een lokaal dienstencentrum gaan.”* (projectcoördinator Thuiszorgcentrum Socialistische Mutualiteit van Brabant). Hierbij werd tijdens de focusgroep ook aangehaald dat werken met gekende vrijwilligers voor sommige ouderen een drempel zou kunnen vormen. *“Want het is gewoon zo mensen roddelen, dat is logisch, en mensen zijn bang om het onderwerp te worden van roddels hé”* (verantwoordelijke klusdienst Brico team).
- **Opvolging van de huisbezoeken** verliep niet altijd vlot. Ouderen waarbij de woningscreening werd uitgevoerd maar waar werd beslist om geen verdere stappen te ondernemen omdat het niet nodig geacht werd, werden na het bezoek niet meer gecontacteerd door de vrijwilliger. De bedoeling was ook dat de vrijwilligers bij ouderen, waar wel aanpassingen werden gesuggereerd, een tweede huisbezoek zouden afnemen, maar daar was geen tijd voor binnen het project.
 - o *“Ik heb gewoon gemerkt dat ik het prettig vond sinds vrijwilliger X de huisbezoeken doet, dat die feedback geeft, dan weet ik dit wordt er van mij verwacht of niet. Maar ik had onlangs nog iemand aan de lijn en dan was vrijwilliger Y langs geweest. En ik vroeg daar nog een keer achter van heb je daar nog iets van gehoord? Ze zei ja nee ik heb daar niets meer van gehoord, voor haar was het ook compleet niet duidelijk van wat was nu de uitkomst van dat huisbezoek.”* (verantwoordelijke klusdienst Chato)

- Er waren moeilijkheden met de **registratie van huisbezoeken door middel van een digitaal verslag** van de vrijwilligers. Oorspronkelijk was er de bedoeling om samen te werken met Cubigo voor het opzetten van een registratiesysteem waarbij de vrijwilligers op huisbezoek zouden gaan met een tablet.
 - o *“Als we dat op voorhand wisten dat Cubigo dat niet kon, dan had dat helemaal niet ingewikkeld geweest om dat in een Excel op een tablet te zetten. Dat was een paar uur werk geweest, dan hadden we dat ook moeten doen. Maar we hebben dat nu niet gedaan, we hebben iedere keer zitten wachten en dat is stom geweest. (projectcoördinator Kenniscentrum Woonzorg Brussel)”*
- Een tekort dat werd aangehaald door de verantwoordelijken van de klusjesdiensten was dat er **niet voldoende aanvragen doorstroomden naar hun klusjesdienst**. Hoewel ze het een interessant project vinden, kwamen er na de screening niet voldoende vragen naar werk uit. Dit is wel noodzakelijk voor klusjesdiensten als ze er hun werk en tijd inzetten.
 - o *“Ja ik vind dat er heel weinig werk doorvloeit. Dat maakt mij niet echt direct ne favoriet daarvan. Ik bedoel het is wel zo, het is goed dat dat bestaat. Het is fijn dat ons mannen daar informatie hebben over gekregen, dat zij ook effectief zien van ahja dat is juist dat heeft die mevrouw eens komen uitleggen enz. Dat ze daar dus attenter op worden. Maar voor mij is het heel belangrijk dat daar eigenlijk een woningaanpassing uit kan voortkomen. En ik vind dat dat eigenlijk zeer laag is, zeer, zeer laag. Voor al de moeite die er hier gedaan wordt, vind ik dat het resultaat voor de verdere opvolging, voor de verdere schakels vind ik dat dat totaal, absoluut niet in evenwicht is.” (verantwoordelijke klusdienst Brico team)*

3. Informele buurtzorgnetwerken: Antwerpen

In het project informele buurtzorg in Antwerpen zijn er 4 verschillende initiatieven opgestart en uitgetoetst door verschillende projectpartners.

Het initiële project zoals beschreven in de projectaanvraag was het Activerend Huisbezoek onder leiding van Ziekenzorg. Omdat dit moeilijk van de grond kwam heeft men nog drie andere (nieuwe of bestaande) initiatieven opgestart of betrokken bij de AZOB-proeftuin: versterken van vrijwilligers- en vrijetijdsnetwerken, mantelzorgsessies en burenhulp.

3.1 Activerend Huisbezoek

De **activerende huisbezoeken** van Ziekenzorg hadden als doel, ouderen die een ‘steuntje kunnen gebruiken door omstandigheden’ te ‘activeren via een huisbezoek’. Daarbij wordt er betrokken vanuit de wensen en noden van ouderen, en vandaaruit hun informele buurtzorgnetwerken opgebouwd. Eerst komt de verantwoordelijke van Ziekenzorg langs en kijkt deze wat de noden van de oudere zijn. Daarna zoekt die verantwoordelijke een vrijwilliger die past bij de noden en verwachtingen van de oudere. Bij sommige ouderen komt de vrijwilliger van het activerend huisbezoek op regelmatige afspraak, bij anderen is het vrijblijvender. De idee is dat de vrijwilliger maximaal een jaar langsgaat en de oudere activeert, en na een jaar zou de oudere zelfstandig verder kunnen.

*“Ja, de verantwoordelijke. Zij is dan op huisbezoek gekomen en dan vragen gesteld van wat ik eigenlijk zou willen. Dat er iemand kwam, het moest iemand zijn die goed kan praten en iemand die wat sportief was. En volgens al die gegevens van die vragen die ze stelde, zoeken ze iemand uit die dan bij mij paste. En dat was [naam vrijwilliger].”
(Vrouw, 68 jaar)*

Het opzetten van het project Activerende Huisbezoeken liep minder snel dan gedacht. Het eerste jaar is vooral opgegaan aan de administratie, projectontwikkeling, details van het activerend huisbezoek uitwerken (bv. wie doet wat?), vrijwilligers rekruteren, vrijwilligers opleiden, etc. Het eerste huisbezoek heeft dan ook pas na één jaar, in januari 2015 plaats gevonden. *“Op dat moment waren we ook tot de conclusie gekomen dat we met een groot probleem zaten rond toeleiding van ouderen.” (Stad Antwerpen, projectcoördinator).* Daarvoor zijn er verschillende zaken uitgetoetst;

- Vanuit het Zorgbedrijf, vanuit het Panel van de proeftuin, maar *“dit is eigenlijk nooit echt van de grond gekomen”*
- Via contacten in de buurt met bijvoorbeeld verenigingen, kruideniers, dokters, culturele centrum, lokaal dienstencentrum...
- Moskee: dit leidde eerder tot een rekrutering van vrijwilligers i.p.v. ouderen
- Via briefjes bij lokale actoren in de buurt: *“Ik zat in een hele diepe depressie en ik was al eens opgenomen geweest. Toevallig, wij komen 's woensdags wel eens samen bij de overbuur voor een tasje koffie en daar lagen briefjes van vrijwilligers. Ik heb er eentje meegenomen, ik wou het eerst niet maar toen dat ik door ging dacht ik, ik ga er toch eentje meenemen. En dan heb ik dat in De Zeelbaan binnen gedaan. Maar dat was op de één of andere manier wat kwijt gespeeld. En ondertussen was ik ook naar de psychiater aan het gaan. En daar had ik dat ook verteld. En die heeft dan contact opgenomen met De Zeelbaan. En dan is het in een versneld tempo verder gegaan. Dan is de verantwoordelijke van ziekenzorg gekomen.” (Vrouw, 68 jaar)*
- Deur aan deur

Ondanks deze inspanningen zijn de respondenten uiteindelijk tot de conclusie gekomen dat *“we het heel slecht verkocht kregen in de zin dat er eigenlijk ja, weinig ouderen aangemeld werden die in dat profiel pasten.”* (Stad Antwerpen, projectcoördinator). Daardoor haakten ook verschillende vrijwilligers af. De eerste vrijwilligers waren immers reeds in april 2014 gerekruteerd en opgeleid, maar die konden dus pas na een klein jaar aan de slag waardoor hun motivatie weg was.

In jaar 2 (2015) is men dan toch begonnen met het op punt stellen van de methodiek, en zoveel mogelijk uitgetest. Zo zijn er verschillende opleidingen getest en ontwikkeld en is de denkoefening gemaakt om te kijken hoe dit een aanvulling kan bieden bij bestaande opleidingen en projecten.

“Die opleiding is aangepast; er zijn verschillende versies van ontwikkeld en de nodige stappen zijn eigenlijk gezet om kijken waar kunnen we die achteraf inschakelen om daar achteraf nog zo veel mogelijk aan te hebben. Wat er eigenlijk op neer komt dat die methodiek heel geschikt blijkt te zijn om als aanvulling bij bestaande opleidingen en bij bestaande projecten ook aan te bieden.” (Stad Antwerpen, projectcoördinator)

3.2 Versterken van vrijwilligers- en vrijetijdsnetwerken

Waar het eerst de bedoeling was om vanuit de activerende huisbezoeken nieuwe netwerken op te bouwen, is er eigenlijk apart, los van het activerende huisbezoek ruime aandacht besteed aan het **uitbouwen van netwerken**. Zo is er in november 2015 een speeddating georganiseerd om lokale partners samen te brengen in het dienstencentrum. Aan de deelnemers werd meegegeven dat ze aan sociale cohesie willen werken door het uitbouwen van een informeel buurtzorgnetwerk. Op deze manier probeerden ze geïnteresseerden te vinden die interesse hadden om daarmee over na te denken, op zoek te gaan naar een gemeenschappelijke deler om zo tot een gemeenschappelijk project te komen waar iedereen de schouders wou onderzetten. Maar deze speeddating is mislukt. Niemand is komen opdagen. De professionals gaven aan dat een mogelijk nadeel was dat er al vanuit een zekere agenda en doelstelling vertrokken werd, (die van de proeftuin) en er te weinig ruimte was voor de nieuwe partners om hun ideeën in te brengen. Daarnaast werd een vrijwilligersbeurs georganiseerd dewelke een groot succes was in Merksem.

3.3 Mantelzorgsessies

Daarnaast is er ook nog een project rond mantelzorg opgestart in en door het lokaal dienstencentrum. In dit kader worden **infosessies** voorbereid over bijvoorbeeld zorgplanning, begrafenissen, toekomstvragen (euthanasie, wat met erfenis), bewindvoering, prijs woonzorgcentrum (en wat met het kindsdeel?), ... De thema's van deze infosessies werden bepaald door de noden van de bezoekers van het dienstencentrum en de vragen die het dienstencentrum regelmatig kreeg. In het najaar 2016 zal er een mantelzorgbeurs worden georganiseerd.

3.4 Burenhulp/burenfeesten

Tot slot zijn er een projecten die zich specifiek op de buurt richten. Zo is er de organisatie van de **Lentepoets**. Dit event wordt in heel Antwerpen georganiseerd en gepromoot. Bedoeling is om 'gezellig de straat/buurt te poetsen met burenen'. Naast het opruimen en poetsen is er ook tijd voor samen zijn, samen iets eten en elkaar ontmoeten. Het wordt gezien als een soort burendag. Idee was om in Oud-Merksem de bewoners van 'de flatjes' aan het lokaal dienstencentrum gezamenlijk te laten participeren aan de opruim- en poetsactie, maar daar zijn heel wat negatieve reacties op gekomen van de bewoners: *“De reacties waren echt verschrikkelijk.... Geen een wou deelnemen. Ik heb dat ooit in mijn vorige dienstencentrum wel gedaan en daar was iedereen wel mee.”* (Coördinator lokaal dienstencentrum, Antwerpen)

Naast de Lentepoets zijn er ook de eerste stappen gezet om samen met stadsmakers een bewonersgroep te vinden die bereid zijn **burenhulp uit te testen** in hun straat. Er wordt een burengroep of bewonersgroep gezocht die verder wil gaan dan louter het organiseren van straatfeesten. De insteek is niet om direct op bewonersgroepen af te stappen met de vraag of zij hulp of zorg in de wijk wensen te organiseren. Doel van de buurtfeesten is immers in contact te komen met mensen uit de buurt. Van daaruit zou je kunnen vertrekken en aan die groep vrijwilligers vragen: wat zijn de noden in de wijk? Waar blijven de deuren meestal toe? hoe zou je er als groep iets aan kunnen doen? Etc. Volgens de respondenten is het belangrijk om dit informeel te stimuleren en niet te formaliseren in een vrijwilligersbeurs met vrijwilligerscontracten. Een coördinator geeft aan dat burenhulp doorgaans al bestaat, maar dat er vaak niet de wens is om geformaliseerd te worden.

“Wat we ook opgemerkt hebben is soms zo'n weerstand als je met mensen praat om vrijwilligerswerk dat ze eigenlijk doen, te formaliseren. Mensen die zeggen 'maar ik help mijn buurvrouw want we gaan elke week samen naar de supermarkt ik sleur haar dingen aan en dan meneer ik ga zijn gras afdoen...' Maar op het moment dat je suggereert dat je dat misschien ergens noteert of registreert of in kaart brengt dan is dat 'ah

nee nee nee'. Die doen dat wel maar dat is gewoon... De schrik soms om... als ik dat formaliseer dan MOET ik wel, dan komen ze volgende week voor de deur staan om te vragen of je dat niet voor meneer van nr. 25 kan ook gaan doen. " (Stad Antwerpen, projectcoördinator) "... zelfs het idee van dat gewoon in kaart willen brengen van wat er zo wel gebeurt: 'Hoe in kaart brengen? Ik ga mijn naam toch niet opschrijven?' (Stad Antwerpen, projectcoördinator) "... ze willen noteren als vrijwilligers: 'zeg a.u.b.?!?!' Zo'n reacties krijgen we." (Coördinator lokaal dienstencentrum, Antwerpen)

Soms zou dit formaliseren nochtans handig zijn volgens de professionals, om de grootorde ervan te kunnen aantonen: *"Als je in het begin komt dan lijkt dat er niet veel is. Maar als je nu alles na een aantal jaren bekijkt, is er al vrij veel."* (Coördinator lokaal dienstencentrum, Antwerpen)

Tot slot is er ook een straatfeest in de maak en neemt het lokaal dienstencentrum deel aan een buurschoolfeest. Doel is om **als lokaal dienstencentrum naar buiten te treden en 'terug opener te worden'**.

"Ons lokaal dienstencentrum is een beetje de verlengde living geworden van sommige mensen en dat moeten we nu proberen terug te doorbreken, dat er nieuwe mensen terug worden in de groep genomen. Ik weet zo een jaar of 8 denk ik geleden, waren we een dienstencentrum waar je kwamen waarden mensen werden opgenomen. Was je nieuw? Oké, komer bijzitten. Maar dat is wel niet meer zo, het is verminderd. Als je nieuw bent dan is dat toch wel... Dat proberen we nu met zo'n buurschoolfeest te zien wat is er allemaal in de wijk? wat voor mensen zijn er nog? wie komt naartoe? Ja, dat wordt voor ons ook een ontdekking denk ik." (Coördinator lokaal dienstencentrum, Antwerpen).

Foto: Bart Dewaele



4. Informeel Buurtzorgnetwerk: Brussel

Het project “Informeel Buurtzorgnetwerk” in Brussel kende een hobbelig verloop. Door verschillende personeelswissels werden verschillende foci gelegd en verschillende activiteiten ontwikkeld. In de Brabantwijk bijvoorbeeld werd na een wissel van projectverantwoordelijke niet alleen meer de focus gelegd op het matchen van ouderen met vrijwilligers, maar werd de opzet van het project veeleer om ontmoetingsplekken en –mogelijkheden te creëren om zo verbinding te maken tussen mensen, waarbij er ook wordt uitgegaan van de sterktes en competenties waarover mensen beschikken.

“J’avait commencé avec les moments de rencontre dans l’idée que voilà, si les gens ont plus de contacts, plus de liaisons, ça va être plus facile pour eux de connaître les capacités de chacun. Mais aussi oser de demander car il y a un lien plus fort, donc là on a travaillé sur que sont les savoirs-faire des gens, quelles sont leur besoins et qu’est ce qu’ils aimeraient encore bien faire” (projectcoördinator Informeel Buurtzorgnetwerk)

De projecten binnen Etterbeek zijn ondergebracht in wijkhuis Chambéry. In het drukbezette restaurant van Chambéry werd al ingezet op ontmoeting en informele ondersteuning aan elkaar. Een informele buurtzorgwerker, die daar nog meer op kon inzetten en de ontluikende netwerken kon versterken, was dan ook een welkome aanvulling op de werking van de casemanager, en de bestaande vrijwilligerswerking en activiteitenaanbod.

Het project “informele buurtzorg” werd ondersteund door een ‘informele buurtzorgcoördinator’ of soms ook ‘buurtzorgnetwerker’ of ‘buurtzorgcoach’ genoemd.

4.1 Atelier Entourage in de Brabantwijk: verbinding maken tussen mensen

Eenmaal per week werd in het lokaal dienstencentrum Aksent en het Maison Biloba Huis een ontmoetingsmoment georganiseerd onder de noemer ‘Atelier Entourage’. Deze bijeenkomsten hadden tot doel om mensen samen te brengen, te verbinden, te versterken door gesprekken te houden over welke wensen men heeft, hierin gemeenschappelijke interesses te vinden en vervolgens ouderen zelf het initiatief laten nemen om iets te organiseren zonder een professional. Zo werd het voorbeeld aangehaald van de ‘bowling’. Iemand bracht tijdens het Atelier Entourage aan dat hij graag nog eens wou gaan bowlen, bleek dat ook andere ouderen hier interesse voor hadden. De groep organiseerde zichzelf en nam het initiatief tot het prikken van een datum, uitstippelen van het vervoer, het aanduiden van een vrijwilliger die verantwoordelijk wou zijn, etc. De rol van de professional behoudt zich hierbij enkel tot het stimuleren van communicatie, opvolgen en begeleiden van de voorbereiding, maar de professional neemt niet deel aan de activiteit, het is de bedoeling dat de groep het overneemt.

“Il y avait l’idée donc dans les envies ils sortaient entre eux à faire un bowling ensemble et donc il y a un enthousiasme on fixe un jour et l’idée c’est que il n’y a pas de professionnel qui les accompagne, mais qui font ça eux même. (...) C’est seulement la troisième fois que voilà on arrive à les mettre dans le tram voilà ‘vous partez’ et l’ambiance était bonne! Ils sont revenus que c’était chouette. Mais puis, pour relancer à chaque fois, c’est les professionnels qui doivent proposer quelle jour vous voulez aller et c’est seulement maintenant tous doucement qu’ils se disent ‘allez, on doit faire du bowling, on doit programmer une date, il faut qu’on téléphone à celui là, ou à celui là’ mais donc ça prend quand même quelque mois pour mettre quelque chose en route” (projectcoördinator Informeel Buurtzorgnetwerk)

De professionals geven aan dat er heel wat tijd overgaat alvorens de activiteit effectief uitgevoerd wordt, “ça prend quand même beaucoup d’étapes”, maar dat de uitkomst van deze activiteiten als waardevol beschouwd werd.

4.2 Matchmaking tussen hulpvragers en vrijwilligers

Matchmaking in de Brabantwijk

Een professional van Biloba legde **huisbezoeken** af bij ouderen met een mogelijke zorgvraag. Tijdens het gesprek werd nagegaan welke noden en wensen de oudere had en, indien de situatie er zich toe leende, werd er gezocht naar een geschikte vrijwilliger die kon helpen. *“Moi personnellement, ce que je fais de plus, c’est que je sors, je vais visiter les personnes. Si je connais quelqu’un qui est chez lui, qui a besoin d’aide, je vais là-bas. Parce que le but, c’est de les faire sortir du raisonnement avec les bénévoles, et ce que je fais moi, c’est le premier rendez-vous. C’est moi qui y vais pour voir ce que la personne a besoin. Je ne vais pas amener des bénévoles alors qu’on ne sait même pas les demandes de la personne.” (Professional, Biloba-huis)*

Tijdens een tweede huisbezoek werd vervolgens de vrijwilliger voorgesteld en samen afgesproken wat men voor elkaar kan betekenen. De professionals zorgden ook voor de nodige ondersteuning en begeleiding van de vrijwilligers. Zo werden er ook vergaderingen met vrijwilligers georganiseerd waarbij ze hun wensen, noden, moeilijkheden konden bespreken.

Matchmaking in Etterbeek

Doel van het informele buurtzorgnetwerkproject in Etterbeek was om zorgbehoevende ouderen te koppelen aan vrijwilligers. De opstart van het project bestond dan ook uit twee cruciale stappen: 1) detectie van vragen van zorgbehoevende ouderen, 2) uitbouw van vrijwilligerswerking. Maandelijks werd daarvoor “Bar Entour-Age” georganiseerd. Dit wordt begrepen als een plek en tijdstip om bijeen te komen, als een maandelijks ontmoetings- en vormingsmoment.

De respondenten van de interviews, zowel de ouderen als de vrijwilligers, hebben het project dan ook leren kennen door deel te nemen aan dergelijke projectvergaderingen. Op deze vergaderingen waren zowel ouderen als vrijwilligers aanwezig. Zo vertelt een vrijwilliger: *“La première fois j’ai assisté à une réunion avec G. Je lui expliquais exactement ce que je vous explique maintenant. Si des gens sont encore intéressés par des services comme ça je serai toujours prêt aux moments où je suis libre car je suis fort pris dans d’autres choses aussi, dans des chants etc.”* (Vrijwilliger, 43 jaar)

Tijdens de vergadering konden vrijwilligers hun hulp aanbieden aan ouderen: *“Elle est venue se mettre à la table lors de la réunion. Et elle m’a dit qu’elle pouvait le faire et puis on a pris rendez-vous plus tard.”* (Vrouw, 85 jaar). De professionals zorgden voor de koppeling tussen oudere met vrijwilliger. Hierbij hielden ze rekening met de noden van beide partijen.

Daarnaast vertelden de ouderen dat zij ook hulp vroegen via de casemanager. De casemanager gaf dan die vraag door aan het project Informeel Buurtzorgnetwerk. De casemanager bleek een cruciale rol te vervullen in de detectie van vragen. Ouderen gingen bijna nooit zelf spontaan de vraag stellen aan de vrijwilligerswerking. De meeste vragen werden aangemeld via de casemanager.

Sommige ouderen hebben (nog) geen hulp van vrijwilligers ontvangen maar gingen soms naar de vergaderingen, gewoon om te luisteren.

4.3 Ontwikkelen van informele buurtzorgnetwerken: burens helpen elkaar onderling

Tot slot wou men met het project een solidaire buurt opzetten waarbij niet enkel ouderen en vrijwilligers maar ook andere (leeftijds)groepen werden betrokken in de uitwisseling van hulp en ondersteuning. Dit luik van het project werd recentelijk in de Brabantwijk verder uitgebouwd en staat nog in zijn kinderschoenen.

“Je voulais créer un quartier solidaire ici dans le quartier avec des gens du quartier, et non seulement pour les personnes âgées mais en fait pour que tout le monde y trouve un rôle, aussi bien pour les familles que pour des personnes isolées, pour des jeunes, pour tous le monde, pour ne pas mettre les personnes âgées dans la case voilà personne âgée tu as besoin d’aide et les autres vont t’aider, mais on peut donner de l’aide à tout le monde et que il y ait un échange. Je pense que cet échange est aussi une des choses dans le moment de rencontre qui est importante pour moi. Il y a des vrais échanges et non seulement des bénévoles qui rendent visite à quelqu’un.” (Projectcoördinator Informeel Buurtzorgnetwerk, Brabantwijk)

5. Casemanagement Antwerpen

5.1 2014 – 2015: Gemiste start in Oud-Merksem

Men is in het begin vertrokken vanuit de projectaanvraag waar er gekozen was voor Oud-Merksem als werkgebied, en waar reeds een theoretisch casemanagement-model voor lag. Dit theoretisch casemanagement model bestond uit 5 stappen: opstartfase, vraagverduidelijking, planning, opvolging en evaluatie en afrondingsfase. Hoewel er initieel verwacht was dat de klantenbegeleiders van Merksem dat gingen implementeren zijn ze daar onmiddellijk op verschillende knelpunten gebotst:

1. Het theoretisch model is niet zomaar omzetbaar in de praktijk. Het is moeilijk om dat model goed over te brengen en goed uit te leggen. Mensen moet ook capabel zijn om van dat theoretisch model een praktisch model te maken.
2. Klantenbegeleiders zijn geen casemanagers.
3. Weinig tijd om die opstart te kunnen doen omdat er drie projecten gelijktijdig zijn opgestart + gelijktijdig opstart van het platform dat eigenlijk nog niet goed weet wat een proeftuin is.
4. Verschuivingen in het team
5. Interne organisatieproblemen met continuïteit: leidinggevende die wegvalt, zwangerschap van centrumleider, vervanger die na 6 maanden vertrekt, etc.
6. Gebrek aan vraag. “En op zich hadden we ook gewoon geen klanten om de casemanager naartoe te sturen, want niemand van de ouderen zat te wachten op een casemanager.”

5.2 2015: Moment van reflectie in co-creatie-sessies

In de zomer en het najaar van 2015 is er dan bewust gekozen om een reflectieperiode in te lassen en na te denken: “hoe moeten we dat hier nu aanpakken?” Er zijn dan 3 co-creatie sessies georganiseerd met ouderen, professionals (huisartsen, mutualiteiten, apothekers, sociale dienst ziekenhuis, ...) waarbij werd nagedacht rond volgende vragen: “Wie kan die taak van casemanager opnemen, en wat moet die doen? Hoe moet dat georganiseerd en gefinancierd worden?”

Resultaten van die co-creatie sessies in Oud-Merksem waren:

- Wie moet dat doen casemanagement?
 - o Iemand die snel bereikbaar is en snel kan reageren.
 - o Een onafhankelijke persoon/dienst: iemand die niet vertrekt vanuit een aanbod van een organisatie, waarbij de keuzevrijheid zo groot mogelijk is.
 - o Ouderen zeggen dat de huisarts dat moet doen, maar al de rest zegt: ‘die kan dat niet’
- Wat wil je ervoor betalen?
 - o De ouderen in de sessies wilden er eigenlijk niet voor betalen.
 - o Mantelzorgers wel: ongeveer 50 à 100 euro per maand
- Hoe moet dat georganiseerd en gefinancierd worden?
 - o Piste 1: Alles blijft zoals het is, en elke dienst bouwt een eigen soort casemanagement uit
 - o Piste 2: Alle sociale diensten verenigen zich in 1 dienst, en die diensten betalen die 1 dienst/casemanager.
 - o Piste 3: De overheid zorgt voor 1 sociale dienst/casemanager
 - o Piste 4: Zelfstandige casemanager/zorgregisseur, die ook als zelfstandige betaald wordt door de klanten zelf, de particulieren.

5.3 2015-2016: Aan de slag in Hoboken

In 2015 opent het Zorgbedrijf Antwerpen een nieuwe site in Hoboken “Groen Zuid”, met serviceflats en een lokaal dienstencentrum. Daar wordt een enthousiaste klantenbegeleider gevonden die casemanagement wil starten en de ideeën uit de co-creatiesessies in Oud-Merksem wil uitbouwen op de nieuwe site.

In Antwerpen is de invulling van de functie van casemanager vertrokken vanuit de functie van klantenbegeleider. De 5 theoretische fasen bijvoorbeeld zijn vrij gelijkaardig, maar krijgen onder casemanagement een bredere invulling.

“Dat is ook wel een klantbegeleider eigenlijk aan het doen. Dus, het was niet moeilijk om dit toe te passen in casemanagement, alleen veel uitgebreider naar het netwerk en naar de mantelzorg toe. Dat is dan ook mijn job, mijn functie om inderdaad de intake te zien als “wat zijn de noden, wat denk ik dat de noden zijn” (Casemanager, Antwerpen)

Taken klantenbegeleider Zorgbedrijf	Taken AZOB-casemanager
Vertrekken vanuit de vraag die de oudere stelt (interventie)	Vraagdetectie: Systematisch langsgaan bij ouderen die misschien geen acute zorgvraag maar eventueel wel een latente behoeften. (preventie)
Aanbodgericht: diensten van het Zorgbedrijf verkopen aan potentiële en bestaande klanten	Netwerk van de oudere in kaart brengen. Idealiter wordt de mantelzorger betrokken in het proces, maar omwille van tijdsgebrek is dat niet gelukt.
	Coördinatieplan opstellen: Kijken: zijn er nog problemen buiten ons aanbod? En als er dan problemen of noden zijn die wij niet kunnen oplossen, hoe gaan we dat dan aanpakken?
	Opvolging en nazorg van opgestarte zorg.
	Co-creatie sessies organiseren

Hoewel dit voor de huidige casemanager bijna evident aanvoelde, had men hier toch moeilijkheden bij, bij vele andere klantenbegeleiders om dit duidelijk te maken: “een uitbreiding van de rol van klantbegeleider... “*Dat was niet gemakkelijk om dat uit te leggen aan collega klantbegeleiders, in een andere regio dan. Wat jij (cfr. de huidige casemanager) evident vindt, daar vinden de anderen geen weg in.*” (Adviseur groei, Antwerpen). Sleutelcompetenties voor casemanagers lijkt te zijn: tijd nemen, én breed en out-of-the-box kunnen denken.

Heel veel denk ik, ik ben niet ruim genoeg aan denken weer. Ik moet ruimer denken. Dat blijft een oefening voor mij: in plaats van "ik zie een nood, ik ga dat hier even oplossen", want dat is de klantbegeleider hé. Wij zien noden, wij detecteren dat. Mensen vragen "los dat op" en wij volgen dat op en dan stopt het voor ons. Maar bij case management stopt het niet. Dat blijft begeleiding. Dat blijft ook echt een oefening. (Casemanager, Antwerpen)

Op het moment van de bevraging (april 2016) had de casemanager, met een halftijdse aanstelling, 55 ouderen "gezien" uit de serviceflats, maar ze moet er nog een 100-tal doen. Doelstelling is wel om dit uit te breiden naar ouderen uit de buurt, via communicatie en promotie in het lokaal dienstencentrum. Hoe dit concreet moet vorm krijgen, moet wel nog uitgedacht worden.

5.4 2016: Nieuwe plannen

Sinds kort staan er nog 2 nieuwe projecten op stapel.

Omdat uit de reflectiegroepen in 2015 naar boven kwam dat ouderen vooral iemand willen hebben dat snel bereikbaar is, is er een pilot opgezet met 1 centraal telefoonnummer dat 24/24 bereikbaar is en waar crisishulp kan geboden worden. In de pilotfase is dat gecommuniceerd naar de huisartsen in Antwerpen. Bij positieve evaluatie zal dat breed gecommuniceerd worden naar alle bewoners van Antwerpen.

"Bijvoorbeeld ... Een koppel woont thuis. De vrouw valt en moet naar het ziekenhuis. De man heeft dementie. Wat moet er met die man dan gebeuren? Dan wordt die via het crisiscentrum opgevangen in een woonzorgcentrum. Als mensen bellen voor de kraan die lekt midden in de nacht. Dan gaan we de volgende dag iemand sturen of dat de volgende dag opnemen, maar voor acute dingen kan naar het Zorgbedrijf gebeld worden. Ze zijn 24 uur per dag bereikbaar." (AZOB coördinator, Antwerpen)

Daarnaast wordt er eind april 2016 er gestart met het 'elektronische zorgschriftje'. Bij zes klanten wordt het papieren kaftje vervangen door een elektronisch zorgschriftje gedurende 4 maanden. Dit wordt ondersteund vanuit Cubigo. Bedoeling zou zijn dat dit een communicatie-instrument wordt tussen de professionele zorgverstrekkers. Ook de casemanager zou dan toegang krijgen tot het elektronische zorgschriftje. Naargelang de info krijg de mantelzorger volledige of gedeeltelijke toegang. Bv. "Dat de mantelzorger weet "de medicatie is op" of de huisarts, als we die meekrijgen in het verhaal."

Datisimmersonzegrootstefrustratiealsklantbegeleider, maar ook als casemanager: gewoon communicatie, dat er altijd tussen personen moeten zijn of je moet zelf achter horen om iets te weten te komen over uw klant, dat er heel weinig feedback is. Onderlinge communicatie, dat zou echt de oplossing zijn (Casemanager, Antwerpen).

Foto: Layla Aerts



6. Casemanagement Brussel

Het casemanagement project had als doel om de samenwerking en afstemming van het aanbod van zorg en welzijn op buurtniveau te versterken, en het realiseren van zorgtrajectbegeleiding en zorgregie voor de individuele oudere. Uit de tussentijdse evaluatie was al gebleken dat de casemanager een onmisbare schakel is om ouderen langer in hun vertrouwde omgeving te laten wonen. Zo heeft de casemanager een waaier van taken om deze doelen te bereiken dewelke doorgaans ad hoc ontwikkelden doorheen het project. De casemanagers binnen de twee wijken gaven de functie ook een andere, persoonlijke invulling. Waar de ene veel praktischer ingesteld was, veeleer zorg coördineerde, soms zelfs met ouderen mee naar ziekenhuisbezoek ging e.d., was de andere veel psychologisch georiënteerd, had diepgaandere gesprekken met de ouderen, ging ermee gaan wandelen. Natuurlijk zorgde de laatste ook voor coördinatie van zorg en hulp, maar elk gaf toch een eigen invulling aan de functie.

6.1 De casemanager helpt de oudere met verschillende hulpvragen

- Een veel voorkomend taak van casemanagers is het helpen met **administratie en financiën**: administratie voor de mutualiteit, “moeilijke papieren”, schuldbemiddeling regelen, ... Daarnaast gaat het ook vaak over het vinden van een balans tussen dienstverlening die nodig is en dienstverlening die de gebruiker wil en kan betalen. Zo brachten casemanagers ouderen ook in contact met de sociale kruidenier en de voedselbank.
 - o “Oh, si j’ai un problème pour le réseau des papiers, elle est toujours là pour moi, pour m’aider” (Oudere vrouw, 83 jaar, migratieachtergrond, Etterbeek)
 - o “Oui, parfois, pour avoir une aide, ils demandent souvent des formulaires et des papiers. Pour être remboursé, ils demandent souvent d’envoyer certaines choses. Et ces petites choses-là, on les a regardés ensemble pour que ce soit clair.” (Casemanager, Etterbeek)
- De casemanager ondersteunt ook bij **verplaatsingen** door bijvoorbeeld een vrijwilligerstaxi te regelen. Deze verplaatsingen kunnen heel verschillende zijn: naar de gemeente gaan om de identiteitskaart te vernieuwen, transport met vrijwilliger naar het ziekenhuis of de moskee, ...
- Daarnaast helpt de casemanager ook met **huisvesting** bv. aanvraag sociale woning, onderzoek naar geschikt meubilair, klusjesdienst contacteren, ...
- De casemanager regelt grote en kleine **hulp- en zorgvragen**: bv. bemiddelen met partner om thuisverpleging op te starten, begeleiding naar het ziekenhuis/dokter, hulp regelen bij het winkelen, ...
- Naast eerder praktische hulp, ondersteunt de casemanager ouderen ook op **psychisch en sociaal gebied**. Zo is de casemanager een luisterend oor en indien de oudere dit wenst, zorgt de casemanager ervoor dat het net werk van de oudere kan uitbreiden door deze bijvoorbeeld op de hoogte te stellen van activiteiten in het dienstencentrum.
- Het komt voor dat er heel **complexe** vragen zijn, **schrijnende** situaties waar de casemanager het zelf emotioneel moeilijk mee heeft, en vragen waar een **intensieve** begeleiding nodig is. In een paar situaties zoals een ernstige psychiatrisch problematiek was een begeleiding onmogelijk is. Toch wordt steeds gezocht naar een oplossing. Een begeleiding eindigt wanneer iemand verhuist of overlijdt. Ook komt het voor dat de hulpvraag beperkt is en vlug een oplossing wordt gevonden, of wanneer de hulpvraag zich na een intensieve begeleiding beperkt tot een sporadisch gesprek.

6.2 De manier waarop de casemanager helpt kan ook verschillend zijn.

- Stap 1 is altijd **nodendetectie**. In eerste instantie luistert de casemanager naar de noden en behoefte van ouderen. Daarbij is het ook hun taak om de hulpvraag te detecteren en soms de vraag achter de vraag te achterhalen of het echte probleem te detecteren. In bepaalde gevallen begeleidt en vergezelt de casemanager de ouderen naar de winkel of naar het ziekenhuis. Dit stelt de casemanager in staat om een band op te bouwen en de oudere, hulpvraag en context beter te leren begrijpen.
- De casemanager **verzamelt en verleent informatie** aan ouderen, bijvoorbeeld over het dienstencentrum of aanpassingen voor een beperking.
- In sommige cases tracht de casemanager ook het **informele netwerk te activeren** zoals familie aansporen om bepaalde zorgtaken op te nemen: “Dan heb ik ook echt aan die zoon gevraagd van ‘kijk, ziet u het zitten om zelf te bellen naar de huisarts om uit te leggen wat de reden is dat u niet kan komen met uw moeder?’; ‘maar ja, kan u niet zelf bellen?’; ik zeg: ‘nee, het spijt mij, ten eerste zit ik nu in het ziekenhuis met een andere cliënt, he dat gaat niet, en ten tweede ik vind het belangrijk dat u zelf belt’, ‘ah ja ok’.” (Casemanager, Brabantwijk)
- De rode draad doorheen deze taken is dat de casemanager voornamelijk probeert **door te verwijzen** naar andere (professionele of vrijwillige) diensten of organisaties om een oplossing te bieden. Bij hulpvragen die eerder complex zijn zorgt de casemanager niet enkel voor toeleiding naar andere diensten, maar zorgt de

casemanager ook voor de **opvolging en coördinatie** hiervan. Als coördinator doet de casemanager de oudere soms herinneren aan doktersafspraken, maar brengt ook andere diensten of mensen op de hoogte wanneer dit nodig is (bv. na ziekenhuisopname).

- Soms zal de casemanager niet doorverwijzen, en **helpt** de casemanager de oudere **zelf**: bv. bij administratie zoals het bellen naar een gerechtsdeurwaarder of bij aanvragen voor een sociale woning.
- De casemanager kan een interventie regelen (wanneer ouderen zelf de stap zetten en hulp vragen), maar ook **preventief** werken. Zo houden casemanagers bijvoorbeeld contact met de bezoekers van het dienstencentrum om zo vinger aan de pols te houden en ouderen te detecteren die mogelijk hulp nodig hebben.
- Om **outreaching** te werken gingen de casemanagers een ronde doen in de buurt bij kleine winkels en apotheken. Hier is weinig reactie op gekomen en het is nog zoeken naar de juiste manier om dit aan te pakken:
“Moi je me dis que le fait que les commerçants sont alertes, être alerte c’est peut-être un premier pas. Les banques doivent quand-même voir plein de gens qui ont des problèmes pour retirer de l’argent et à payer. Mais ils n’ont pas du tout, je pense qu’un travailleur de banque n’a pas cette notion de ah je vois cette personne en difficulté je pourrais l’aider et lui donner quelque chose. Ou je peux lui donner un numéro de téléphone en disant que ... Et ça c’est quelque chose dans une première étape que si les travailleurs de base ont ça. Il faut d’abord du personnel qui est là et puis de voir ce qui est possible au niveau du quartier et peut-être un numéro central, je ne sais pas.” (Casemanager, Etterbeek)
- **Empowerend werken**: Tenslotte stimuleert de casemanager ook dat de oudere zelf beslissingen neemt: “Een deel van het proces is bij mensen denk ik ook van als er iets is, laat het mij weten, in het begin zijt ge proactief, maar na een tijdje ben je ook veel minder proactief in het zelf contact nemen en laat je het een beetje aan de persoon om te contacteren.” (Casemanager, Etterbeek)

6.3 Casemanagers hebben verschillende rollen

- Naast een **luisterend oor** is de casemanager ook een **vertrouwenspersoon**. Voor deze doelgroep kan vertrouwen opbouwen een tijd duren, maar door vriendelijk te blijven en respect te tonen wordt de casemanager na verloop van tijd aanvaard. Voor mantelzorgers van de oudere gebruiker is de casemanager eveneens een vertrouwenspersoon. *“Je me considère un peu comme la personne de confiance et la personne de référence de la personne fragilisée et de là, essayer de trouver justement des pistes vers d’autres organisations.” (Casemanager, Etterbeek).*
- Ook de rol van **coach** kwam bij de gebruikers een aantal keer naar boven.
- Op bepaalde momenten moest de casemanager ook de rol van **advocaat** of **raadgever** opnemen zoals situaties waar een vrijwilliger de kwetsbare positie van de oudere misbruikte of wanneer artsen te weinig aandacht aan een probleem besteden of andere momenten waar de persoon *“niet in staat of niet sterk genoeg is ... om het voor zichzelf op te nemen.” (Casemanager Brabantwijk)*
- Als **bemiddelaar** komt de casemanager tussen als de dienstverlening niet naar wens is bij een gebruiker of bij huurgeschillen.
- Een casemanager is een **aanspreekpunt** voor bijvoorbeeld familie en professionals. Als aanspreekpunt kan de casemanager ook het netwerk van de oudere verwittigen bij problemen zoals een ziekenhuisopname.
- De casemanager treedt soms op als **belangenverdediger** van de oudere, bijvoorbeeld in een multidisciplinair overleg.
- Om hulp op maat aan te bieden en daarnaast te kunnen toeleiden naar de juiste diensten, heeft de casemanager ook een rol als **netwerker**. Een casemanager is neutraal, en niet plaats- of organisatiegebonden. Waar andere diensten zich vaak enkel op het eigen aanbod richten, heeft de casemanager een groot overzicht van het lokale aanbod bij verschillende diensten: *“Het is ook zo een lokale ambassadeur, die de kennis heeft van wat er bestaat.” (Professional, Brabantwijk)* Ze hebben veel kennis van het netwerk van hulpverleners en diensten en het persoonlijke netwerk van de gebruiker, maar blijven dit netwerk ook onderhouden en uitbouwen. Hierdoor kunnen zij vaak iemand doorverwijzen naar professionele hulpverlening en aftasten wie er van het persoonlijke netwerk kan ingeschakeld worden.
- Naast het helpen en ondersteunen van ouderen, is de casemanager ook een **bron van informatie** voor andere buurtprofessionals.

6.4 Competenties van casemanagers

- De casemanager heeft een **holistische benadering** en vertrekt vanuit het totale verhaal van de persoon. Hierbij heeft de casemanager een brede blik, en beperkt deze zich niet tot een checklist die enkel de medische of financiële toestand nagaat en zal hij ook de context van de oudere in rekening nemen. Ook wanneer de casemanager een oplossing zoekt, is dit niet binnen een bepaald kader van bijvoorbeeld de eigen organisatie.
- Het **intermenselijk en humaan** contact kwam regelmatig voor als kenmerk van de casemanager: *“Un mot gentil, un mot d’encouragement, comme par exemple tu verras tout ira pour le mieux.”* (Weduwe, 64 jaar, Etterbeek). Casemanagers hebben daarnaast aandacht voor de identiteit, voor de persoon achter de cliënt en zij betekenen zeer veel voor de gebruikers en worden zelfs beschouwd als vriend *“Qu’elle s’intéresse à moi. Ça me touche.”* (Weduwnaar, 77 jaar, migratieachtergrond, Brabantwijk)
- Een andere competentie is **openheid** en een **niet-oordelende houding**: *“je mag niet vies ... niet vies zijn van, het kan zijn dat het komt waar een ongeluk is gebeurd op de wc, waar het stinkt. Toch moet je die persoon zoals altijd op een hartelijke manier gedag zeggen.”* (Casemanager, Etterbeek)
- Hoewel het belangrijk is dat de gebruiker geholpen wordt, het is eveneens belangrijk dat je de oplossingen **in overleg** met de oudere zoekt.
- Verder waarderen de gebruikers dat de casemanager zeer **professioneel** handelt: *“J’ai tout de suite vu une personne professionnelle, ..., dictaphone, elle a pris des notes et elle m’a donc informé sur tout ce qu’il se passe dans la maison Chambéry.”* (Alleenstaande man, 54 jaar, migratieachtergrond, Etterbeek)

De intensiteit van de begeleiding kan sterk variëren: *“De ene periode heb ik veel contact met een aantal personen en een andere periode dan veel minder en komen anderen weer op de voorgrond.”* (Casemanager Brabantwijk). Naast bovenstaande rollen kwam uit de gesprekken ook naar voor dat de rol van een casemanager zich niet beperkt in tijd, in vergelijking met andere projecten zoals ‘protocol 3’ waarbij iemand maximum 6 maand begeleid mag worden. Ook de gebruikers zijn blij voor de tijd die de casemanager vrij maakt voor hen: *“Elle prenait beaucoup de temps pour se consacrer à moi.”* (Weduwe, 64j, Etterbeek).

6.5 Toeleiding van ouderen naar de casemanager

Op verschillende manieren kwamen ouderen in Etterbeek en Brabantwijk met de casemanager in contact:

- Via dienstencentrum of sociaal restaurant
- Doorverwijzing door andere professionals of diensten (bv. huisarts)
- Via dichte familie
- Oudere was betrokken in vorig project rond zorgregie
- Via andere ouderen kwamen de ouderen op de hoogte
- Sommige ouderen kwamen zelf met een hulpvraag
- Proactief afstappen op ouderen door casemanager
- Via infoavond

Een rode draad doorheen de toeleiding is dat deze zo laagdrempelig mogelijk verloopt. Aangezien sommige ouderen niet de neiging hebben om zelf hulp te vragen omdat het niet in hun aard ligt, is het soms nodig dat de casemanager actief op hen toestapt. Zo is de casemanager regelmatig aanwezig in het lokale dienstencentrum om voeling te houden met ouderen en daarnaast met hen te kunnen babbelen.

“Elle avait son petit tour de salle une fois par semaine. Quand elle est là, elle vient dire bonjour, et c’est là, quand il ya unsouci, chacun lui dit qu’il aimerait la rencontrer et c’est là qu’elle prend son agenda pour voir quand cela peut se faire.” (Alleenstaande man, migratie-achtergrond, 54 jaar)

Om het project kenbaar te maken in de buurt deden casemanagers een toer in de wijk om hun werking kenbaar te maken bij verschillende handelaars, diensten en organisatie. Opdat ook zij wanneer zij een oudere met een hulpvraag of moeilijk situatie detecteren, deze persoon kunnen doorverwijzen.

3. Actief Zorgzame Buurt: ervaren meerwaarde

Een rode draad die doorheen het project loopt, is dat de meeste deelnemers ‘relaties opbouwen’ en het eerder kwetsbare netwerk dat men heeft vergroot en versterkt. Daarbij spelen casemanagers en andere professionals een grote rol als bruggenbouwer. Dit geldt voor ouderen, mantelzorgers maar ook voor vrijwilligers (die regelmatig hulp aanbieden om op deze wijze zelf relaties op te bouwen). Zeker in de Brabantwijk en Etterbeek zijn een deel van de mantelzorgers/vrijwilligers zelf mensen in een kwetsbare situatie.

1. Meerwaarde van Ouderen Wonen Passend

Het OPA project kende volgens de deelnemers een meerwaarde voor ouderen. De ouderen die een woningscreening hadden gekregen, waren **tevreden**, omwille van verschillende redenen:

- Tevreden over de persoon die langs is geweest: bekwaam, keurig, respectvol.
- Tevreden over de woonaanpassing die er anders waarschijnlijk niet was geweest.
- Het project gaf hun vertrouwen/gemoedsrust in de toekomst: *“Ik ben nog mobiel genoeg. Ik moet nog niet in het rusthuis. Maar, omwille van het feit dat mijn kind, mijn dochter dus in Frankrijk woont en dat die niet zou kunnen bijspringen voor zover dat dat nodig is vond ik het OPA-project waardevol. Omdat die mij tenminste het gevoel hebben gegeven dat ik zo lang mogelijk op mijn eigen stekske kan blijven en dat vind ik heel, heel belangrijk. Vroeger zou ik hierbij gewoon niet nagedacht hebben. Maar nu wel...”* (Oudere vrouw, Antwerpen)

Volgens de deelnemers kan een project zoals OPA ook beschouwd worden als een eerste stap voor ouderen om **kennis te maken met organisaties en diensten**, “die screening is maar, is eigenlijk het eerste stapje maar, in een volledige ketting van processen die zouden kunnen gebeuren” (verantwoordelijke klusdienst Bricoteam). Zelfs al werd bij het merendeel van de ouderen betrokken in het project geen aanpassingen uitgevoerd, dan nog kan dergelijk project een stuk **sensibiliserend werken**.

“Omdat op het moment dat de vrijwilliger langs gaat, is het ook al een stukje sensibiliseren om kennis te maken van ja wat kan er beter, wat moest er bestaan moest ik daar ooit als ik 110 jaar ben, problemen mee hebben. (lacht) ... Voor mij gaat het niet altijd over effectief iets doen, maar ook om de mensen te sensibiliseren en bewust te maken van bepaalde gevaren, ja.” (projectcoördinator Thuiszorgcentrum Socialistische Mutualiteit van Brabant)

Voorname­lijk het **samenwerken met vrijwilligers** binnen het project vormt volgens de deelnemers een belangrijk meerwaarde. Hier geven ze verschillende verklaringen voor:

- Vrijwilligers zijn als het ware **ambassadeurs** van diensten rond wonen en zorg.
 - o *“Iedere keer dat ze op huisbezoek gaan hadden ze ook altijd een flyer van Bricoteam bij van moest je ooit een steunbaar kopen en niet weten of niemand kennen om ze te plaatsen. Hier bestaan klusdiensten. Het is een stukje ook zo ja ambassadeurschap van wat dat er is; er zijn mensen die geen lokaal dienstencentrum kenden, dan legden ze ook uit van dat bestaat en je kunt daar gaan eten.”* (projectcoördinator Thuiszorgcentrum Socialistische Mutualiteit van Brabant)
- De vrijwilligers die een huisbezoek afleggen doen veel meer dan louter een woningscreening. Ze krijgen een blik binnenskamers en kunnen zo ook mogelijk problemen opmerken en advies geven aan de oudere in kwestie. De vrijwilliger heeft ook **tijd om een gesprek te hebben** met oudere persoon, waar de klusjesdienst, de ergotherapeut of andere zorgverstrekkers vaak geen/niet voldoende tijd voor hebben.
 - o *“Op zich voor het Regionaal Dienstencentrum is de meerwaarde dat ze tijd maken waar dat wij geen tijd maken. Ja als ergo, je moet geen ergo zijn om aan valpreventie te doen hé; die vrijwilligers konden even goed sensibiliseren en informeren naar diensten en hulpmiddelen wat bestaat er. Dus dat is wel een meerwaarde. Daar zit echt het waardevolle, waar dat wij allemaal geen tijd voor hebben, dat zij wel tijd in kunnen steken.”*
- Mits een goede opleiding en een geëngageerde houding, kan het werken met vrijwilligers zorgen voor een **kost- en tijds­winst** voor organisaties.
 - o *Want ja ge hebt me dat eens verteld: er zijn een aantal plaatsen waar Vrijwilliger X is naartoe geweest en uitleg heeft gegeven en waar dat gij (ergotherapeut) dan niet naartoe bent moeten gaan. Op zich is die tijds­winst er dan ook geweest.”* (projectcoördinator Kenniscentrum Woonzorg Brussel)
 - o *“Maar hetgeen wat die vrijwilligers, hoeveel tijd dat die er in hebben gestoken, dat is niet becijferd, maar dat is eigenlijk ook geld he.”* (verantwoordelijke klusdienst Bricoteam)

Eén van de doelstellingen van AZOB was het **bereiken van een zeer kwetsbare groep** onder ouderen. Hoewel de deelnemers aangeven dat er nog een groot deel ouderen onder de radar blijft, gaf men toch aan dat ouderen die betrokken werden bij het OPA project in Brussel zich vaak bevonden in een kwetsbare situatie.

“Ik denk persoonlijk de echt meest kwetsbaren die zitten nog met de taalbarrière en die zitten echt opgesloten, daar komt ge niet binnen. Maar als ge ziet dat er toch mensen bij waren die geen badkamer hebben, ik heb al 2 jaar geen warm water en ik was mij in het zwembad. Dat zijn toch al situaties waarvan ik denk we hebben toch al een stukje van die kwetsbaren bereikt.” (projectcoördinator Kenniscentrum Woonzorg Brussel)

In Antwerpen werden minder kwetsbare ouderen bereikt. Bij het Blijf Thuis project werd de opmerking gemaakt dat er vooral mensen bereikt werden die reeds al met het idee speelden om hun woning te laten aanpassen én zij die een budget hebben om het te doen. Daarnaast waren de deelnemers op dit moment ook allemaal eigenaars.

Uit de interviews blijkt dat men niet altijd goed op de hoogte was over het doel van het OPA-project en de samenwerking met vrijwilligers. Hoewel bij de ouderen die werden geïnterviewd slechts enkelen ook effectief aangaven een aanpassing te hebben uitgevoerd, waren deze hier wel heel tevreden over. Daarnaast gaf een andere persoon ook aan het bezoek als nuttig te ervaren en zou ze het bezoek aanraden aan vrienden. Men was tevreden omwille van verschillende redenen:

- Tevreden over de persoon die langs is geweest: bekwaam, keurig, respectvol.
- Tevreden over de woonaanpassing die er anders waarschijnlijk niet was geweest.
- Het project gaf hun vertrouwen/gemoedsrust in de toekomst: *“Ik ben nog mobiel genoeg. Ik moet nog niet in het rusthuis. Maar, omwille van het feit dat mijn kind, mijn dochter dus in Frankrijk woont en dat die niet zou kunnen bijspringen voor zover dat dat nodig is vond ik het OPA-project waardevol. Omdat die mij tenminste het gevoel hebben gegeven dat ik zo lang mogelijk op mijn eigen stekske kan blijven en dat vind ik heel, heel belangrijk. Vroeger zou ik hierbij gewoon niet nagedacht hebben. Maar nu wel...” (Oudere vrouw, Antwerpen)*

Een reden waarom men niet ingaat op het advies van OPA was omdat men de voorgestelde suggestie (toiletverhoging) niet hygiënisch vond, omdat de suggestie te kostelijk is, of omdat de aanpassing geen oplossing biedt.

2. Meerwaarde van Informele Buurtzorg

De activerende huisbezoeken hadden verschillende positieve resultaten volgens de ouderen die deelgenomen hadden:

- Ouderen voelden zich minder eenzaam, ‘blijer’ en ze hebben **iets om naar uit te kijken**. Ouderen geven aan dat de activerende huisbezoeken hun leven heeft veranderd, dat ze uitkijken naar het bezoek en dat dit bezoek hen een zeker doel heeft in het leven. Dit komt vooral voort uit het feit dat ze regelmatig sociaal contact hebben met de vrijwilliger die op huisbezoek komt en met hen een babbeltje slaat: Daarnaast zijn de huisbezoeken ook een verrijking voor ouderen die wegens hun gezondheid niet aan activiteiten kunnen deelnemen in het dienstencentrum.
 - o *“Ja, ik ben der heel content van. Ja voor mij is dat een, een heel ander leven hé. Ik heb iets om naar uit te kijken hé. Anders was het, ja zou ik iemand zien vandaag? Ik weet nu, komt er iemand, hé.” (Vrouw, 76 jaar)*
- Ouderen geven ook aan dat ze het erg appreciëren dat ze een **vertrouwelijk gesprek** kunnen hebben. Daarnaast zorgt het activerend huisbezoek er ook voor dat ouderen eens uit huis zijn door bijvoorbeeld te gaan wandelen of naar de markt te gaan. Het kan er ook voor zorgen dat de vrijwilliger de oudere activeert in het hebben van meer sociale contacten of het ondernemen van nieuwe activiteiten en dat zo het sociaal netwerk vergroot.
- Ten slotte is de oudere tevreden met de **praktische hulp**. Bv. wanneer de vrijwilliger helpt om de boodschappen te doen.

Volgens de professionals zorgde het informeel zorgnetwerk in Brussel ervoor dat **ouderen en vrijwilligers met elkaar banden kunnen ontwikkelen** en samen initiatief kunnen nemen om activiteiten te organiseren. Hoewel het huisbezoek in Antwerpen bestemd is om ouderen te activeren en beperkt is in de tijd, appreciëren zowel ouderen als vrijwilliger voornamelijk de relationele insteek en hopen ze dat dit contact tussen oudere en vrijwilliger niet stopt. Ouderen appreciëren voornamelijk de vriendschap die de vrijwilligers van het activerend huisbezoek hen schenken en hun lieve en vriendelijke ingesteldheid. Tot slot geven ouderen ook aan dat het een grote meerwaarde is dat het klikt met de vrijwilliger doordat ze toch een zekere achtergrond hebben die bij hen past.

“Interviewer: In welke mate denkt u dat het een invloed zal hebben op uw leven wanneer het Activerend Huisbezoek zou stoppen? Welke invloed zou dat dan hebben op uw leven?”

Respondent: Dat zou ik een heel verlies vinden. [...] Voor mezelf. Omdat ik die vrijwilligster als een soort vriendin beschouw. En dan zou ik het winkelen missen en naar haar moeder gaan. Heel die dingen dat we nu aan het opbouwen zijn, dat zou geen goed doen.” (Vrouw 68 jaar)

Zeker voor sociaal kwetsbare groepen zijn de professionals overtuigd over de positieve gevolgen van het project. Dankzij het contact dat gegeneerd wordt, kunnen deze groepen uit hun sociaal isolement komen. Zo geeft een respondent aan dat een oudere zich omringd voelt door het bezoek dat ze krijgt:

“Et je trouve que c’est un peu pareil avec J. C’est une femme Polonaise que la maison médicale du Nord m’avait envoyée. (...) Il y a un bénévole qui va chez elle tous les quinze jours et on l’a visitée quand elle était hospitalisée. Elle se sent entourée et je pense que la plus grande différence c’est pour les gens comme tu dis isolés, de leur montrer qu’il y a d’autres activités mais aussi d’autres personnes qui sont intéressées dans les personnes âgées et qui veulent faire du bien pour quelqu’un. Et là je trouve que là la plus value est plus grande avec les gens qui ne venait pas au centre de jour avant.” (Projectcoördinator Informeel Buurtzorgnetwerk, Brabantwijk)

Anderzijds geeft men aan dat het project ook een **meerwaarde** biedt **voor de betrokken organisaties**. De manier waarop men denkt/werkt is gewijzigd, men vertrekt vanuit de sterktes en competenties van personen, wie in de groep kan iets betekenen voor iemand anders in de groep.

“J’aimerais dire quelque chose que Sonia m’a dit il y a quelque mois et j’ai trouvé ça un vrai compliment pour le travail qu’on a fait ensemble, à un moment donné elle me disait écoute Entourage c’est dans tout, à Biloba ça n’est plus limité à l’atelier, que c’est devenu une façon de réfléchir de se dire qui dans le groupe pourrait t’aider au lieu de encore une question et ça n’est pas mon travail de faire ça, c’est de à chaque fois de faire la réflexion qui dans le groupe pourrait le faire, donc de chercher ses ressources parmi les autres visiteurs au lieu de à cha que fois aller voir un responsable. » (Projectcoördinator Informeel Buurtzorgnetwerk, Brabantwijk)

De respondenten in Brussel vergelijken het project met opbouwwerk. De specifieke omstandigheden en kenmerken van hun buurt zorgen er ook voor dat dit een uniek project is binnen de proeftuinen.

3. Meerwaarde van Casemanagement

Deelnemers verwijzen naar casemanagement als een grote hulp en meerwaarde om (kwaliteitsvoller) thuis te kunnen blijven wonen. Sommigen gebruiken zelfs termen als ‘*hoofd boven water houden*’ dankzij de hulp van de casemanager, of zien hen als ‘*onmisbare schakel*’ om langer in hun vertrouwde omgeving te blijven wonen. De medewerkers van deze projecten worden zeer sterk geapprecieerd en voor veel ouderen als steun en toeverlaat gezien. In de Brusselse wijken blijkt de casemanager en het dienstencentrum van cruciaal belang voor vele ouderen. Zij zijn het bekende gezicht en ook het aanspreekpunt voor problemen en noden. Thao en Willeke (i.e. casemanagers Brussels) bijvoorbeeld worden verschillende keren vernoemd als ‘grote steun’, ‘vriendelijk’, ‘onmisbaar’ etc. Het gevoel er niet alleen voor te staan is voor mensen onbetaalbaar.

3.1 Spilfiguur in de wijk: kennis over het formele én informele netwerk

De respondenten in Antwerpen vergeleken de invulling van casemanagement met wat een woonassistent in het Zorgbedrijf zou moeten doen in een complex van assistentiewoningen. Verschil is dat de woonassistent enkel de noden detecteert, en die dan doorgeeft aan de klantenbegeleider. De casemanager speelt veel korter op de bal. Een klantenbegeleider heeft zicht op dienstenaanbod van de organisatie en de woonassistent heeft bijvoorbeeld zicht op de activiteiten in het dienstencentrum, op de vrijwilligers die ook praktische dingen willen doen voor de bewoners, bijvoorbeeld. De casemanager heeft volgens de respondenten **zich op die hele formele én informele aanbodswaai, inclusief de linken met externe organisaties** (bv. sociale diensten van de ziekenhuizen). Het feit dat dit bij één persoon zit, is volgens hen voor ouderen een grote meerwaarde. Een casemanager is als het ware een overkoepelende naam voor woonassistent én de klantenbegeleider én de maatschappelijk werker of sociale dienst van het ziekenhuis en de mutualiteit. *“Nu zitten al die aparte mensen vanuit hun eigen werking te werken, waardoor eigenlijk die continuïteit weer bemoeilijkt wordt. Casemanagement is voor mij het overkoepelende van al die mensen en als je dat in een traject naar een klant moet doorlopen.”*

De enorme **kennis aan informatie en het brede netwerk binnen de lokale zorg- en welzijnssector** van de casemanager, kan aangewend worden in de begeleiding van gebruikers met complexe zorgsituaties. Buurtprofessionals geven aan dat zij soms versteld staan van deze kennis: *“Wanneer ik (naam casemanager) bel, geeft ze mij vijf opties, terwijl dat ik dacht ‘is er wel iets dat bestaat?’ (Professional Brabantwijk)*, en geven dit aan als een meerwaarde aangezien dit hun werk ook ondersteunt. De kennis van het professioneel netwerk in de buurt en de contacten zijn een betrouwbare bron voor de professionals. Sociale assistenten van andere diensten hebben niet altijd voeling met de doelgroep. Door de kennis van het netwerk van de casemanager geraakt de professional verder in de begeleiding. Deze kennis was voor hen duidelijk een meerwaarde en wanneer zij de casemanager contacteren krijgen ze immers **snelle en gerichte hulp**, waardoor

de **werkdruk daalt**. Ook ouderen merken op hoe de casemanager deel uitmaakt van een netwerk en daardoor meer slagkracht heeft: *“Elle (casemanager) fait partie d’un groupe déjà. Les autres, ils n’ont pas de lien avec un groupe. La femme, avec qui je suis, elle n’a rien. Tandis qu’elle, c’est une autre organisation qui peut faire appel à des médecins et aux hôpitaux.”* (Weduwnaar, 77 jaar, migratieachtergrond, Brabantwijk)

De casemanager kent niet alleen de **lokaliteit** goed, meer velen kennen ook de casemanager. Hierdoor heeft de casemanager een breed scala aan informatie om de oudere te helpen, hierdoor vergroot de kans dat de oudere op maat geholpen wordt. Doordat de casemanager in de lokaliteit werkt, kan deze ook regelmatig contact houden met de gebruikers, de doelgroep, vrijwilligers en professionele organisaties en diensten.

Casemanagers werken ook veel **vraaggericht**³: *“Nu kijkt iemand vaak vanuit zijn eigen dienstenpakket en als je als klant een nood hebt, moet je zelf contact opnemen met die instantie of die instantie en binnen die instantie helpen ze je wel verder. Bij een casemanager is het de bedoeling dat die de klant volgt, ongeacht welke instantie waarvan hij een dienst nodig heeft.”*

3.2 Holistische, flexibele en persoonlijk aanpak

Een meerwaarde die herhaaldelijk uit de verhalen kon worden gehaald, was het aanbieden van een **totaalpakket** aan de gebruiker. Andere sociale diensten van organisaties beperken zich immers tot hun specialiteit of de diensten die zij aanbieden. Een casemanager kan kort op de bal spelen en meer zorgcontinuïteit bieden. Het feit dat ouderen 1 persoon hebben en kennen die hen kan helpen als ze in het ziekenhuis liggen of poetsdienst nodig hebben, of een tegemoetkoming willen. Nu moeten ouderen dat steeds bij een andere dienst gaan halen. *“Als dat bij 1 persoon zit, is dat veel makkelijker”*. Een betere benaming is volgens sommigen dan ook zorgregisseur. Dit klinkt voor een oudere veel herkenbaarder dan een ‘casemanager’. Langs de andere kant vinden die term ook niet ideaal klinken. Dat lijkt alsof men de zorgregie overneemt van de oudere, terwijl dat niet het doel is.

Daarnaast heeft de casemanager naast het aspect zorg ook **aandacht voor welzijn**. Er wordt ook altijd verder gekeken dan de redenen waarom iemand zich aanmeldt zodat ook randproblemen gedetecteerd worden. De casemanager neemt heel het verhaal van de oudere mee. De buurtprofessionals beamen dit en geven ook aan dat de casemanagers flexibel al hun taken opnemen en gebruikers een lange(re) termijn opvolgen, *“zelfs al heeft die persoon een betere periode.”* (Coördinator Informeel buurtzorgnetwerk Brabantwijk) Het flexibele van de casemanager wordt eveneens geapprecieerd door de oudere gebruiker. Zo geven zij aan dat zij de huisbezoeken een meerwaarde vinden, aangezien zich verplaatsen niet altijd evident is. Daarnaast is het grote voordeel bij casemanagers dat er geen wachtrijen zijn, men er niet voor hoeft aan te schuiven en dat er ingewikkeld papierwerk bij aan de pas komt. Tenslotte zijn casemanagers ook flexibel in het bepalen “wie ze helpen en wie niet”. Dit kunnen zij doen zonder het moeten inschalen van ouderen en het ‘objectief’ bepalen van hun zorggraad.

“Maar die flexibiliteit dat wij aanbieden is denk ik wel een meerwaarde... Ik kan eigenlijk door het feit dat ik vooral zeer lokaal verankerd zit ook heel makkelijk zeggen: ‘ok, die vrouw is net uit het ziekenhuis, die heeft mij nu nodig, ik ga gewoon op huisbezoek, dat is 10 minuten van hier en hetzelfde met iemand begeleiden naar het ziekenhuis.’ Als ik voel dat het nodig is, dan doe ik dat.” (Casemanager Brabantwijk)

Een groot verschil met andere diensten is dat de casemanager er altijd is, ‘in goede en in slechte tijden’. In vele gevallen wordt er pas ingegrepen als het te laat is of als er een crisis komt. Een casemanager kan zulke alarmfases vermijden door **preventief** te werken, hiervoor de tijd te nemen en de oudere centraal te plaatsen. Deze voortdurende inzetbaarheid en aanwezigheid wordt als een meerwaarde ervaren.

Door het proactieve opvolgen van mensen creëer je ook een band, een vertrouwen dat op het einde van de rit rendeert. De casemanager haalt zo een voorbeeld aan van een casus waar het anders veel langer geduurd eer de mensen hulp hadden gevraagd en gekregen. Het verhoogt voor hen ook hun levenskwaliteit zo.

“Bijvoorbeeld een koppeltje, totaal geen noden, perfect, zelfstandig met een goede omkadering met kinderen en dan net de diagnose van kanker gekregen. Dat zijn die gewoon komen vertellen tegen mij, gewoon heel open, heel bloot. Maar ik denk dat als je daar proactief niet bent langs geweest, dat je dat niet weet. Die komen dat niet zomaar vertellen. Ze komen nu zeggen “weet je wat, ze hebben iets gevonden” en daar kan je nog verder. Ze vertrouwen u ook. Je kan er ook echt mee verder, want dan ben ik zelf wel eens gaan horen, moet je daar iets voor doen en dan kwamen er toch wel wat vragen. “Ik moet elke dag naar het ziekenhuis gaan; ik weet niet goed hoe ik dat moet doen” en zo gaat het aan het rollen en dat is eigenlijk alleen door zo proactief te zijn... (Casemanager, Antwerpen).

3 Vraaggericht werd expliciet gebruikt als term om een tussenvorm aan te duiden tussen aanbodgestuurd en vraaggestuurd

Een andere meerwaarde is de **persoonlijke aanpak** van de casemanager. In tegenstelling tot andere diensten heeft de casemanager een naam en een gezicht waardoor mensen zich niet langer verloren voelen in het ruime aanbod van diensten. Dit persoonlijke karakter zorgt voor vertrouwen bij zowel ouderen als mantelzorgers: *“que signifie le casemanager pour moi? Une personne de confiance, sur qui on peut compter, quelqu’un qui facilite la vie de ma maman, et la mienne en même temps bien sûr, flexibilité, ouverture d’esprit, humain.”* (mantelzorger, Brabantwijk, man met migratieachtergrond)

3.3 Ageing ‘well’ in place, ook voor kwetsbare groepen

Aangezien de taak van de casemanager zich niet beperkt tot louter professionele zorgbegeleiding, maar deze de gebruikers ook stimuleert om activiteiten te doen, kunnen **ouderen langer thuis** blijven wonen. Daarnaast wordt de zelfredzaamheid van de oudere ook verhoogt door de hulp van de casemanager omdat er bijvoorbeeld in assisterende hulpmiddelen wordt voorzien.

De invloed van de casemanager op het leven van een gebruiker is niet te onderschatten en volgens de respondenten zeker een meerwaarde. Zo geven ouderen door toedoen van de casemanager aan gerustgesteld te zijn, zich veiliger te voelen, hun verhaal kwijt kunnen en treedt er verandering op in hun leven. Sommige zien de casemanager als een verrijking en beïnvloedt het hun vrijheid positief. Casemanagers en professionals geven aan dat hun hulp ervoor zorgt dat ouderen meer hun leven terug in eigen handen kunnen nemen en de levenskwaliteit verhoogd wordt. Ook het sociale netwerk vergroot dankzij de casemanager door bijvoorbeeld het introduceren van de activiteiten van het dienstencentrum bij de oudere. Tot slot geven ze de hulp die ouderen nodig hebben en verlenen ze hulp op maat.

“Elle s’adapte à chaque situation. Elle donne de l’aide concrète, j’en avais besoin.”
(Man, migratieachtergrond, 54 jaar)

Dankzij casemanagement kan er ook contact gelegd worden met oudere **doelgroepen die anders onder de radar** blijven. Heel wat ouderen zijn argwanend ten opzichte van hulpverlening door negatieve ervaringen uit het verleden: *“Ce sont des personnes qui ont vraiment été déconnectés de la société pendant 5 ou 10 ou 20 ans, et qui n’osent même plus aller demander. Qui n’osent même plus demander qu’ils ont droit d’être propre ou d’avoir de la nourriture dans leurs frigo ou qu’elles ont droit que l’appartement soit propre.”* (Verpleegkundige, Etterbeek) Door het laagdrempelig karakter, de open houding en de toeleiding via verschillende wegen kan de casemanager eveneens meer fragiele ouderen hulp bieden. De casemanager had de potentie om ook die mensen te bereiken en te betrekken. Deze cases begeleiden zijn wel tijdsintensief.

3.4 Ondersteuning van de mantelzorger

De casemanager ondersteunt niet enkel de oudere, maar ook de mantelzorger. De casemanager zorgt voor informatie, mindere overbelasting omdat extra hulpverleners werden ingeschakeld, aangepast ondersteuningsmateriaal, meer tijd om andere, al dan niet mantelzorg gerelateerde, activiteiten te ondernemen. De casemanager is voor de mantelzorgers een vertrouwenspersoon waartegen ze hun problemen kunnen vertellen, een referentiepunt, iemand waar ze terecht kunnen voor ondersteuning en begrip, een morele steun en geeft hoop. Om dit te kunnen verwezenlijken is er een vertrouwensrelatie nodig tussen de casemanager en de mantelzorger. Dit vergt tijd om op te bouwen.

Ook mantelzorgers ervaren het project van casemanagement als heel positief, zowel voor zichzelf als voor de hulpbehoevende waarvoor ze instaan. Zo heeft de **casemanager een ondersteunende rol in de mantelzorg**:

- De casemanager gaf nodige informatie.
- Omdat bepaalde zorgtaken dankzij de interventie van de casemanager door andere hulpverleners was overgenomen, voelden zij zich minder belast.
- De casemanager zorgde ervoor dat de hulpbehoevende ondersteuningsmateriaal kreeg die nodig was (bv. rolstoel).
- Mantelzorgers kregen dankzij de interventie van de casemanager meer tijd om andere, al dan niet mantelzorg gerelateerde, activiteiten te ondernemen.
- Verder hebben de mantelzorgers dankzij het casemanagement een vertrouwenspersoon gekregen waartegen ze hun problemen kunnen vertellen. Zij zien de organisatie waar de casemanager werkt (Biloba, Aksent, Chambéry) als een referentiepunt, een plek waar ze terecht kunnen voor ondersteuning en begrip.
- Verder biedt het casemanagement een morele steun aan, wat zeer belangrijk wordt geacht door de mantelzorgers. Eén mantelzorger voelde zich bijvoorbeeld minder eenzaam na een interventie van de casemanager.
- Casemanagement is een stimulans om verandering te bereiken. Bepaalde situaties moeten namelijk aangepast worden, maar dit wordt nooit gerealiseerd. Dankzij het casemanagement kwam er eindelijk verandering.
- De casemanager gaf mantelzorgers (terug) hoop.

4. Meerwaarde voor vrijwilligers aan de AZOB-projecten

Vrijwilligers die deelnemen aan de AZOB-projecten ervaren zelf ook heel wat voordelen, op vlak van sociale contacten, ontwikkelen van nieuwe vaardigheden, nuttig bezig zijn, zelfvertrouwen, etc.

Het verhaal dat de vrijwilligers brachten, bleek voornamelijk één te zijn van positieve ervaringen. Woorden zoals ‘warmte’, ‘solidariteit’ en ‘humanisme’ waren veelvoorkomend in de interviews. Een **zeer tevreden vrijwilliger** die meer krijgt uit het project dan hij had verwacht zegt het als volgt: *“Je reçois beaucoup plus en retour que ce que je ne m’attendais. De la part des organisateurs, des responsables et aussi de la part des participants, donc des deux côtés ... et les gens qu’on rencontre, chez qui on va et les organisations lorsqu’on est accueilli et invité.”* (Vrijwilliger, vrouw, 31 jaar, Etterbeek).

4.1 Blij te kunnen helpen

De respondenten wensen vooral de situatie waarin de ouderen verkeren zo goed mogelijk te maken. Het feit dat zoiets lukt, geeft vrijwilligers **een gevoel van warmte, leven en genegenheid**: *“Dat geeft mij ook een gevoel van warmte. Het leven, genegenheid. De meeste mensen die hier wonen die zijn in het laatste stadium van hun leven en het doet me plezier dat ik kan bijdragen, dat ze nog een aangenaam te doen voorkomen, vind ik dat heel leuk.”* (Vrijwilliger, man, 57 jaar, Antwerpen).

Op vlak van positieve effecten voor ouderen vertellen vrijwilligers dat ouderen vooral een luisterend oor vinden bij de vrijwilligers: *“Dan heb ik ook gemerkt dat ze willen vooral hun verhaal kwijt.”* (Vrijwilliger, vrouw, 57 jaar, Antwerpen), alsook kracht om verder te gaan met hun leven. *“Dus de madam waar ik geweest ben, dat mens had nogal sterk het gevoel, van het is de laatste halte misschien. En ze voelde zich nogal opgesloten, dus ruimtevrijheid. En dat hoeft niet noodzakelijk zo te zijn, dat je ... En ik hoop haar te kunnen helpen, dat ze vanbinnen weer vrijer kan zijn.”* (Vrijwilliger, vrouw, 57 jaar, Antwerpen). Een andere respondent stelt: *“Begrijpen wat iemand... Iemand een beetje begrijpen. Veranderen alles van negatief denken. Veranderen stap voor stap.”* (Vrijwilliger, vrouw, 45 jaar, Antwerpen). Dit doen ze door ouderen zowel mentaal als fysiek te stimuleren. *“Ik stimuleer hen. Fysiek en mentaal. Beetje spelen of iets om goed na te denken.”* (Vrijwilliger, vrouw, 45 jaar, Antwerpen). De respondent vervolgt verder in het interview: *“Ja, want als ik met de andere mensen praat, ik zeg altijd, gewoon zeggen, jij kan dat! Verder gaan.”* (Vrijwilliger, vrouw, 45 jaar, Antwerpen)

De vrijwilliger is **blij dat hij de oudere kan helpen**, de oudere is blij met de hulp en vooruitgang. *“Sur les deux côtés pour moi je trouve. On voit quelqu’un d’autre sourire mais aussitôt on est content parce qu’on a fait quelque chose d’utile aussi, c’est les deux sens pour moi.”* (Vrijwilliger, vrouw, 39 jaar, Etterbeek). Iemand psychologisch ondersteunen in moeilijke tijden is een voorbeeld van een dergelijke positieve ervaring. *“Quand je suis arrivée chez elle la première fois, le jour que je suis arrivée, le jour d’avant c’était le décès de son compagnon. Je suis arrivée vraiment au bon moment, quand je suis arrivée elle était en pleurs, quand je suis partie c’était le plus beau sourire, elle me prenait dans ses bras ...”* (Vrijwilliger, vrouw, 39 jaar, Etterbeek). Een luisterend oor bieden is een belangrijk onderdeel van het vrijwilligerswerk: *“C’est parce qu’elle sentait une écoute, à ses problèmes donc ce que j’ai fait je lui ai dit ... et je lui ai donné quelques conseils aussi, elle m’a beaucoup écouté et elle se sentait de mieux en mieux. Moi je lui ai dit que j’ai fait ce qu’un être humain devait faire.”* (Vrijwilliger, man, Etterbeek).

4.2 Fysieke, sociale en persoonlijke groei

Meewerken aan het AZOB-project heeft verder ook **voordelen op fysiek** vlak, aldus een respondent. Zowel de vrijwilliger als de hulpvrager is meer in beweging door het project. *“Donc c’est une personne qui ne sort pas et ça a influencé son physique. Mais ça a aussi influencé mon physique, parce que pour aller voir les gens je parcours tout Schaerbeek. Je suis à la recherche des rues.”* (Vrijwilliger, vrouw, 31 jaar, Etterbeek).

Algemeen beschouwd, geven de vrijwilligers **plezier en sociaal contact** aan als de positiefste aspecten van vrijwilligerswerk. Bijvoorbeeld: *“Je zegt voor mij is dat plezierig, ik krijg daar iets voor terug.”* (Vrijwilliger, man, 57 jaar, Antwerpen) of *“Ik doe vrijwilligerswerk voor het gevoel ook, om iets te hebben. Goede communicatie met andere mensen.”* (Vrijwilliger, vrouw, 45 jaar, Antwerpen). Sommige vrijwilligers geven zelfs aan dat er vriendschap kan groeien. Vrijwilligers praten niet louter oppervlakkig met elkaar, maar wisselen levenservaringen uit. Het vrijwilligerswerk kan zelfs **preventief werken aan sociaal isolement van de vrijwilliger**.

“Je n’ai pas beaucoup de contacts, d’amis et tout ça. Donc en fait je cherche à m’émerger un petit peu mon cercle de relations en venant à Entour-age (i.e. AZOB in de Brabantwijk), peut-être apporter quelque chose aux autres et recevoir aussi des autres quelque chose, échanger quoi, avec les personnes quoi.” (Vrijwilliger, vrouw, 61 jaar, Etterbeek).

“Ik hou wel van de vriendschap die ik nu krijg. En dan ja, heel veel mensen die hier wonen, die hebben wel geleden. Dat je daar eens kunt over praten. Dat is niet de hoofdreden om naar hier te komen, maar als je zo eens iemand tegenkomt en je babbelt daartegen en dan heb je van, ah ja, dat heb ik ook al meegemaakt en zo van die dingen.” (Vrijwilliger, man, 57 jaar, Antwerpen).

Een ander voordeel is dat de respondenten aangeven **zichzelf (beter) te leren kennen**, en dat ook hun zelfvertrouwen erop vooruitgegaan is: *“Ik heb toch wat meer gaandeweg, meer terug zelfvertrouwen gekweekt. ... en ik had zo iets van mmm, dat heeft toch iets te betekenen voor de omgeving... Ik vind dat wel belangrijk.” (Vrijwilliger, man, 57 jaar, Antwerpen).*

Ook het verwerken van eigen, persoonlijke tegenslagen, haalt een respondent aan als positieve verandering: *“Als ik iemand maar kleine stapjes kan helpen. Ik heb zelf heel diep gezeten, dan ontdekte ik ook dat er een fantastisch vangnet was van veel vrienden en familie. In begin gaat het uur per uur en daarna gaat het zo stilletjes aan.” (Vrijwilliger, vrouw, 57 jaar, Antwerpen).*

4. Actief Zorgzame Buurt: succesfactoren, valkuilen en aandachtspunten

1. Drie Actief Zorgzame Buurten, drie keer anders

De projecten krijgen in de 3 wijken op een verschillende manier vorm. Volgende tabel geeft hiervan een bondige voorstelling.

	Brussel		Antwerpen
	Brabantwijk	Etterbeek	Oud-Merksem
Aanpak	Kleine (buurt)organisaties zijn motor van de proeftuin		Zorgbedrijf is grote, centrale speler en aanstuurder
	De casemanager en het lokaal dienstencentrum zijn van cruciaal belang. Zij zijn het bekende gezicht, het aanspreekpunt		
Deelnemers	Ouderen en mantelzorgers zijn zich veelal niet bewust dat ze deel uitmaken van een project/proeftuin		Ouderen stappen (iets) gerichter in projecten in
	Vrijwilligers doen bewust aan vrijwilligerswerk, maar komen eerder toevallig bij AZOB-project terecht (uitzondering: OPA-vrijwilligers)		
	(Zeer) kwetsbare deelnemers		Minder kwetsbare deelnemers
Informele Buurtzorgnetwerken	Zichtbaar maken, ondersteunen en valoriseren van bestaande mantelzorg	aantrekken en begeleiden van nieuwe, kwetsbare vrijwilligers die ouderen helpen waar zorglacunes zijn	aantrekken en begeleiden van nieuwe vrijwilligers die ouderen ondersteunen om actiever te worden
Casemanagement	Casemanager als 1e aanspreekpunt bij ouderen in nood om de hiaten van de formele zorg op te vullen		Casemanager op zoek naar concrete vragen van ouderen om hiaten in de zorg bloot te leggen
	Creatief op zoek naar oplossingen om hiaten in de formele zorg op te vullen		Connecteren met formele hulp
OPA-project	Inbedding in lokaal dienstencentrum	Inbedding in Chateau (= klusjesploeg)	Inbedding in Stad Antwerpen
			1 extra projecten: - Blijf thuis project - Woonwinkel De Schakel
Co-creatie	Via formele co-creatie trajecten		Via formele co-creatie sessies
	Co-creatie als (impliciete/informele) basishouding		

2. Aandacht voor socio-economische kwetsbaarheid

Kwetsbaarheid en diversiteit zijn twee belangrijke sleutelwoorden om de deelnemers aan de AZOB-projecten te beschrijven. Deelnemers zijn niet alleen fysiek kwetsbaar, maar ook psychologisch, sociaal en kwetsbaar op vlak van huisvesting. Deelnemers in Brussel kennen daarnaast nog eens een sterke socio-economische kwetsbaarheid, die de toegang tot zorg vaak bemoeilijkt. Paraponaris e.a. (2012) onderzochten in Frankrijk bijvoorbeeld welk type ouderen formele en informele zorg gebruiken. Van de ouderen die hulp ontvingen, kreeg 55% informele hulp, 25% formele hulp en 20% een combinatie van beiden. Ouderen met een lage socio-economische status deden minder vaak een beroep op formele hulp (of konden minder vaak een beroep doen op) in tegenstelling tot ouderen met een hogere

socio-economische status. Beleid moet volgens deze onderzoekers dan ook meer aandacht geven aan ongelijkheden in toegang tot “formele community care” (Paraponaris e.a., 2012). Ook in een artikel van Jan Baars (2014) dat specifiek handelt over “Ouder worden en de terugkeer van maatschappelijke ongelijkheid in Nederland”, is er een sterke aandacht voor financiële ongelijkheid. En terecht. In Vlaanderen zou dit niet anders (mogen) zijn. Kijken we bijvoorbeeld naar de Eurostat cijfers over risico op armoede en sociale uitsluiting zien we toch een groot verschil tussen Nederland en België. Daarbij wordt beschouwd dat iemand een risico op armoede heeft, als diens inkomen minder is dan 60% van het landelijke mediaan inkomen. Ter info: om iemands inkomen te berekenen worden sociale tegemoetkomingen mee opgenomen. In Nederland ligt het nationale gemiddelde op 15,9% mensen die een risico hebben om in armoede te leven, en in België ligt dat op 20,8%. Dat verschil wordt nog prominenter als we de cijfers voor 60plussers erbij nemen. In Nederland zijn er 7% ouderen die in deze klasse vallen, in België zijn er dat 17,3%, meer dan het dubbele van Nederland. België heeft één van de laagste pensioenen van Europa en voor vele ouderen is het wettelijk pensioen onvoldoende en niet in verhouding tot de reële levenskosten (De Donder, 2014), al helemaal niet wanneer de zorgnood stijgt.

3. Vermaatschappelijking van de zorg: grenzen aan de informele zorg

Vermaatschappelijking van de zorg is een concept dat ongeveer dertig jaar geleden werd geïntroduceerd in Nederland in de psychiatrische zorg, maar dat sinds enkele jaren geleden ook volop aandacht krijgt op de Vlaamse en Federale beleidsniveaus. Op Vlaams niveau krijgt de vermaatschappelijking van de zorg vorm in de ouderenzorg, de jeugdzorg, de sector personen met een handicap, ... We zien de term opduiken in het decreet van Integrale Jeugdhulp, Vlaamse ouderenbeleidsplan, Woonzorgdecreet, etc. Hoewel de geest van de vermaatschappelijking van de zorg zich vooral situeert in een versterking van de participatie, zorg- en levenskwaliteit voor de gebruiker, hebben ook de druk op betaalbaarheid en bezuinigingen (of het uitblijven van noodzakelijke investeringen) geleid tot deze nieuwe visie bij de overheid. Dit wordt soms vertaald als een zorgbeleid die de verantwoordelijkheid minder bij de formele hulp en meer bij de burgers legt.

In Nederland spreekt men bijvoorbeeld al van een participatiemaatschappij, een geladen begrip ondertussen met voor- en tegenstanders. Marjolein Broese Van Groenou schrijft in 2014 over de participatiemaatschappij: *“Er is een grens aan wat mantelzorgers aan taken kunnen en willen verrichten in de participatiesamenleving: zij zijn geen professionals.”* Talrijke voorbeelden vinden we ook in de AZOB-projecten. Getuigenissen van mantelzorgers die aangeven *“al 4 maand antidepressiva aan te nemen. Als ik dat niet zou nemen, dan zou ik al in ‘t ziekenhuis gelegen hebben. Ik heb alle dagen geweend, vanaf dat ik uit mijn bed kwam”*. Informele zorgers die elke dag voor 18 personen uit de wijk eten maken, mantelzorgers die voor hun thuiswonende dementerende vader, verlamde moeder én schoonvader met incontinentie en diabetes zorgen, en ga zo maar voort. De voorbeelden zijn legio. Eén van de hoofdboodschappen is dan ook: Inzetten op mantelzorg (via discours van vermaatschappelijking van de zorg) mag niet vervallen in een afschuiven op mantelzorg, maar eerder een ondersteunen én investeren.

4. Zichtbaar maken van informele en onzichtbare processen

Linders (2007) stelt dat praktijk en beleid er vaak vanuit gaan dat we burgers moeten activeren om hun verantwoordelijkheid op te nemen, dat burgers spontaan te weinig hulp geven en daar extra rond moeten gestimuleerd worden. Daarbij gaat men er impliciet van uit dat te weinig mensen informele hulp aanbieden en dat we dat moeten stimuleren. Voorliggend onderzoek toont dat er daarbij twee belangrijke kanttekeningen moeten geplaatst worden:

1. Er bestaat heel veel informele hulp. Tot op heden is die aanwezigheid van informele hulp nog onvoldoende zichtbaar en mist het (h)erkenning. Tijdens het AZOB-project kwamen talrijke verhalen aan bod en vonden we vele mensen die op vele manieren informele zorg bieden en zich engageren voor burens, familie en/of vrienden. Ondanks het bestaan en de aanwezigheid van deze informele activiteiten is er naast een gebrek aan herkenning ook de aanwezigheid van struikelblokken. Zo kan informele zorg ook worden tegengehouden of afgeremd door de formele omgeving, bijvoorbeeld door werkgevers of beleid. Het is dus niet alleen een uitdaging om mantelzorgers en vrijwilligers te blijven activeren tot het opnemen van zorgtaken, maar voornamelijk ook een noodzaak om hierbij een ondersteunend en mantelzorgvriendelijk klimaat te creëren zodat men zich aangetrokken voelt om dergelijke taken op zich te (blijven) nemen.
2. Volgens Linders (2007) moeten we niet zozeer inzetten op meer mantelzorgers, maar op meer vragers. Enerzijds heb je handelingsverlegenheid, wat verwijst naar de aarzeling om elkaar ongevraagd hulp te bieden. Anderzijds, en daar moeten we volgens Linders sterker aan werken, heb je vraagverlegenheid. Mensen willen liever niet in de vraagkant zitten waarbij ze geholpen ‘moeten’ worden en afhankelijk zijn. De tegenstelling

zwakkere-sterkere / hulpvrager-hulpgever werkt contraproductief. Het vergt dan vaak ook tijd en vertrouwen om vragen bloot te leggen. Bij het OPA-project bijvoorbeeld is het bijvoorbeeld net de meerwaarde dat de vrijwilliger de tijd kan nemen om het vertrouwen met de oudere persoon op te bouwen.

Doorheen de AZOB-projecten wordt volop de kaart getrokken van de buurt en de lokaliteit. De buurt is de plaats waar formele zorgers, mantelzorgers, vrijwilligers en zorgvragers elkaar vinden. De buurt is binnen de “community development” literatuur steeds een belangrijke actor geweest, maar er is de laatste jaren (hernieuwde) interesse voor het belang van ‘het informele’ binnen processen zoals sociale cohesie, buurtgehechtheid en gemeenschapontwikkeling. De stelling die ingenomen wordt, vertrekt vanuit de vaststelling dat beleid sterke buurten en actief burgerschap (enkel) promoot via formele structuren, en er te weinig aandacht wordt gegeven / te weinig belang wordt gehecht aan informele processen in de buurt (Gilchrist, 2004). Vaak wordt er steun gegeven aan sleutelfiguren, die bepaalde leiderschapsrollen opnemen en die formele projecten (veelal vrijwilligerswerk) opzetten en uitvoeren. Hoewel dit op zich een zeer waardevolle bijdrage is, mag het niet als enige manier bekeken worden. Daarnaast zou er meer aandacht moeten zijn aan informele processen die bestaan, die gaan blootleggen, visibel maken en ondersteunen.

5. Een Actief Zorgzame Buurt ontwikkelen vraagt tijd en ondersteuning

Sommige projecten verliep niet altijd zoals verwacht, zo kunnen we een aantal drempels terugkerende drempels, valkuilen of uitdagingen aanhalen:

- Het ontwikkelen van een Informeel Buurtzorgnetwerk is een **complex en langdurig proces te zijn**. Om mensen met elkaar te verbinden, is er tijd en ruimte nodig. Ouderen mobiliseren, leren het initiatief te nemen, het draaiende te houden, vraagt tijd.
- **Ouderen een vaste groep laten vormen is niet altijd gemakkelijk**. Enerzijds moeten ouderen als het ware ‘getrokken/geduwd’ worden om deel te nemen aan het groepsvormingsproces onder de noemer van de ontmoetingsmomenten. *“Ils ont leur habitudes dans le centre et ça reste sur ça, ils viennent prendre leur café et ils attendent que l’autre arrive et voilà et donc pour prendre la direction de l’entourage il faut les tirer un petit peu”* (Projectcoördinator Informeel Buurtzorgnetwerk, Brabantwijk) Anderzijds is een vormen van een groep ook een uitdaging door **de verschillende karakters** die aanwezig zijn te laten overeenkomen, « par ce que parfois les caractères ne se colle pas ». Daarnaast is de groep ook **dynamisch** omdat ouderen al vaker afwezig zijn of afhaken.

Ondanks de ervaren moeilijkheden stellen de professionals vast dat de ontwikkeling van een Actief Zorgzame Buurt mogelijk is. Zo werden in de Brabantwijk tijdens het laatste jaar 87 ouderen geholpen door burens. Vaak was dat eenmalig, bijvoorbeeld hulp bij een verhuis, maar een aantal hiervan krijgen regelmatig hulp of bezoek van vrijwilligers. De professionals zijn tevreden met wat ze vandaag bereikt hebben.

“Oui, dece qu’on amiten place parce qu’on dit toujours c’est difficile mais quand on fait les calculs on a quand même fait beaucoup de choses.” (Projectcoördinator Informeel Buurtzorgnetwerk, Brabantwijk)

6. Werken met vrijwilligers is een absolute meerwaarde, maar vraagt een vrijwilligersbeleid

Bij het onderdeel rond meerwaarde werd er meermaals verwezen naar de belangrijke rol die vrijwilligers speelden in de verschillende AZOB-projecten. Beroep doen op vrijwilligers brengt ook een aantal uitdagingen met zich mee:

- Binnen de oorspronkelijk opzet van het project ging men uit van een beeld van sterke vrijwilligers, maar vrijwilligers die bereikt werden **behoren vaak ook zelf tot een kwetsbare groep**, *“de mon point de vue les bénévoles sont aussi des demandeurs d’aide”* (Professional, Biloba-huis). Het vormen van een groep vrijwilligers die elkaar versterken is dan ook moeilijker dan verwacht.
- **Vrijwilligers hebben nood aan goede begeleiding**. Sommige vrijwilligers vinden het ook moeilijk om de verantwoordelijkheid op zich te nemen.
- *“Je pense qu’on est allé 7 fois dans différents hôpitaux et souvent dans le même aussi, elle connaît déjà le trajet. Mais elle ne se sent toujours pas prête pour le faire elle-même sans professionnel.”* (Projectcoördinator Informeel Buurtzorgnetwerk, Brabantwijk).
- Belangrijk om **goede afstemming hebben tussen vrijwilligers en ouderen inzake hun taakomschrijving en dit ook op te volgen**. *“Parfois ça marche mal entre la personne et le bénévole. Nous on a beau dire aux bénévoles: tu fais ça et pas ça et quand j’accompagne le bénévole je dis à la dame que je présente qu’est-ce qu’elle peut faire et qu’est-ce qu’elle ne peut pas faire. Mais une fois le bénévole est là, chez la dame, c’est tout à fait le*

contraire”. (Professional, Biloba-huis). Hierbij is het belangrijk om voldoende aandacht te schenken aan verschillende denkwijzen over vrijwilligerswerk onder verschillende culturen.

- Daarnaast was een **langdurig engagement** van vrijwilligers regelmatig een probleem. Het vrijwilligerswerk werd vaak door de vrijwilliger stopgezet, onder andere wanneer het vrijwilligerswerk niet aan hun verwachtingen voldeed. Sommige vrijwilligers stopten ook plots met het vrijwilligerswerk zonder dit te communiceren. *“Et aussi, tu parlais des bénévoles qui disparaissent, par exemple quelqu’un qui rends visite chez quelqu’un et tout d’un coup, on ne sait plus le joindre. Il ne répond plus au téléphone, on ne sait pas où il est. (...) Et pour nous c’est difficile parfois de savoir qu’est-ce qui a fait que ce bénévole ne va plus chez la personne. Est-ce qu’il est déçu ? Est-ce qu’il a trouvé du travail ? Est-ce qu’il a honte de dire qu’il n’a plus de temps ou d’envie ?”* (Professional, Biloba-huis).
- Sommige vrijwilligers hadden **andere verwachtingen** over het vrijwilligerswerk, bijvoorbeeld het ontvangen van een vergoeding. *“par exemple j’ai une dame qui voulait se faire payer, elle se propose comme bénévole mais contre ça elle veut être payé”* (Professional, Biloba-huis). In een kwetsbare buurt zijn vrijwilligers vaak werkloos, met of zonder uitkering. Ze zijn op zoek naar een betere huisvesting of financiële middelen, volgen opleiding of hebben geen gestructureerde dag- of weekindeling. Vrijwilligerswerk geeft een belangrijke betekenis aan hun leven, maar is niet evident. Ze starten soms met andere verwachtingen rond vergoeding of willen ervaring opdoen die uitzicht geeft op een job. Zij nemen taken op wanneer het hen past en moeilijker op vaste momenten. Ook deze ‘atypische’ vrijwilligers verdienen hun plaats in een solidaire buurt.”

7. Nood aan erkenning voor problematiek van huurders

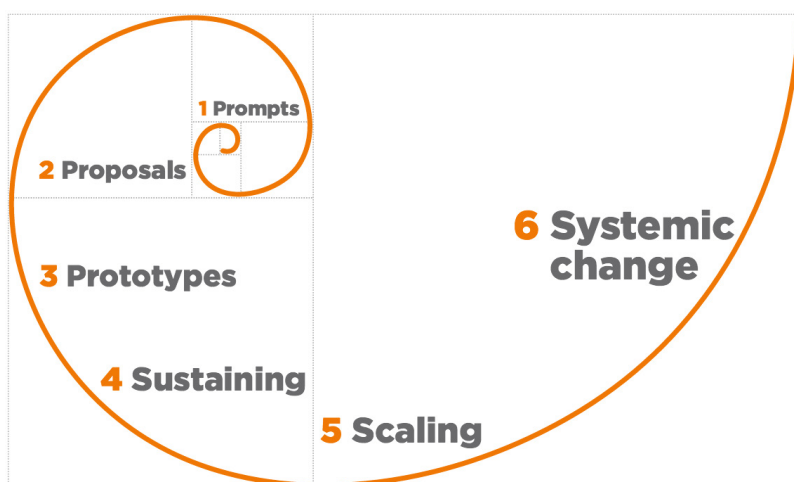
Alle respondenten wezen ook op de **problematiek van woningaanpassingen bij huurders**, zowel sociaal huren als op de privé markt. Eigenaars staan vaak weigerachtig tegenover woningaanpassingen: *“Dit is echt ook een grote groep die we niet kunnen helpen op dit moment en die er vaak echt wel nood aan heeft. Wat op zich dan ook wel raar is, want eigenlijk zou een sociale woning voor een stuk ... allez, je zou mogen verwachten dat dat een stuk worden aangepast.”* (Projectverantwoordelijke Blijf Thuis, Antwerpen)

Huurders zelf zouden ook een deel van de kosten willen betalen: *“Dan merk je bijvoorbeeld wel bij huurders dat die zeggen van ja, als de eigenaar voor een stuk al mee wilt investeren, wil ik er zelf ook wel iets tegenover leggen. En mensen zeggen niet, de eigenaar moet dat maar helemaal betalen, zeker niet, maar ja een stuk en toestemming moeten ze ook krijgen.”* (Projectverantwoordelijke Blijf Thuis, Antwerpen)

8. Verduurzaming van de projecten is geen evidentie

De **“sociale innovatie spiraal”**⁴ stelt dat een sociaal innovatieproces uit 6 fases bestaat. In fase 1 ontstaat de behoefte aan iets innovatief. Deze fase omvat de probleemdiagnose en vraagverheldering. Na het neerschrijven van deze innovatieve ideeën in een projectvoorstel (fase 2: proposals and ideas) komt men in een fase waar het project wordt uitgevoerd en getest (3: prototyping and pilots). Tot en met fase 3 werden de verschillende projecten binnen de AZOB-proeftuin uitgevoerd. Tijdens de eidevaluatie wilden we aftoetsen of de projecten in te toekomst verder gezet zouden worden en zich aldus verder ontwikkelen in de “social innovation spiral”. In fase 4, “sustaining” blijft het project bestaan in de eigen organisatie met een duurzame financiering om daarna te gaan “up-scalen” in fase 5 waarbij het project ingang vindt in andere wijken of bij andere organisaties. Wanneer men het project overal (structureel) kan implementeren zal uiteindelijk een maatschappelijke verandering plaatsvinden (fase 6).

Figuur: sociale innovatie spiraal



Of de projecten een toekomst kennen is enerzijds afhankelijk van de meerwaarde die het project wel of niet te bieden had en anderzijds van de praktische en financiële mogelijkheden die er wel of niet zijn. Een kort overzicht van de verschillende projecten:

- De woonscreeningen in Antwerpen zijn stopgezet, maar de aansluitende projecten Blijf Thuis en De Schakel worden verdergezet (fase 4= sustaining) en uitgebreid (= fase 5 scaling).
- OPA Brussel wil men in de toekomst verder zetten, maar men is nog aan het aftoetsen in welke mate dit mogelijk is (financieel) en wat de meest geschikte organisatie is om dergelijk project onder te brengen. Mogelijk wordt dit dus fase 4.
- In Merksem wordt het Activerend Huisbezoek-project in zijn totaliteit stopgezet (na fase 3), maar de opleiding en visie dat ontwikkeld werd voor de vrijwilligers van het activerend huisbezoek blijkt een goede aanvulling voor bestaande vrijwilligersopleidingen. Dit deel van het project kan dus naar andere vrijwilligersopleidingen in andere projecten getransfereerd worden (fase 5=scaling). De infosessies voor mantelzorgers worden verdergezet (fase 4= sustaining).
- Informeel Buurt netwerk in Brabantwijk bevindt zich nog in de ontwikkeling en toetsing van het prototype van het project (fase 3). Het project is nog niet duurzaam genoeg om als voorbeeld te dienen voor toekomstige projecten, maar men werkt wel verder aan de opzet van het project.
- Op het moment van de bevraging was het nog niet duidelijk wat het beleid zal doen in de toekomst met het casemanagement-project in Antwerpen en Brussel. Het project kan niet verder blijven lopen zonder financiering en deze was nog niet voorhanden.

Of er nu wel of niet een toekomstperspectief was voor een project, de ervaring en kennis dat men had opgedaan gaf volgens de deelnemers veel inzichten voor toekomstige projecten. Zo wil bijvoorbeeld de stad Antwerpen in de toekomst meer focussen op de woonomgeving en inzetten op nieuwe woonvormen voor ouderen. Verschillende projectverantwoordelijken gaven aan dat ze de visie van de proeftuinprojecten zullen meenemen in hun toekomstige werking. Een herstructurering in visie is nodig waarbij een sterker belang van vraaggericht werken, aandacht voor het belang van co-creatie, nodendetectie en het bevragen van eindgebruikers om nieuwe ideeën te bedenken, te creëren en te testen (met een kennisinstelling) centraal staan. Aansluitend dient benadrukt te worden dat de toekomst van de projecten niet alleen in handen ligt van de verantwoordelijken, maar voornamelijk afhankelijk is van beleidskeuzes die gemaakt worden.

9. Werken in een 'klassieke' proeftuin is niet evident wanneer men 'diensten' ontwikkelt

De deelnemers, zowel ouderen, mantelzorgers als vrijwilligers, zagen zich niet als lid van een proeftuin. Dat bleek geen wervende strategie om deelnemers te zoeken. Mensen namen deel als ze zich persoonlijk betrokken en aangesproken voelden. Ouderen stapten bijna steeds het proeftuinproject in nadat ze **mondeling waren aangesproken** (bv. door de casemanager, of vanuit het dienstencentrum) of mondeling waren doorverwezen (bv. door de huisarts of een kennis). De deelnemers zijn dan ook vaak mensen die reeds bij deze projectorganisaties over de vloer komen (bv. voor maaltijden, activiteiten, enz). De medewerkers van deze voorzieningen worden zeer sterk geapprecieerd en voor veel ouderen als steun en toeverlaat beschouwd. In de Brusselse wijken blijkt de casemanager en het dienstencentrum van cruciaal belang voor vele ouderen. Zij zijn het bekende gezicht en ook het aanspreekpunt voor problemen en noden.

Vermits de casemanager in Brussel verbonden was aan een dienstencentrum zijn ouderen er zich veelal niet van bewust dat ze deel uitmaakten van een specifiek project. In Antwerpen blijken de deelnemers iets gerichter in te stappen in het project (bv. mensen die iets willen doen aan hun huisvestingssituatie en om die reden aansluiten bij bijvoorbeeld het Ouderen Wonen Passend-project).

Op basis van hun ervaringen formuleerden de participanten enkele tips en bedenkingen over werken in een proeftuin / platform

- Werken in proeftuin werd als positief ervaren, iets wat ze in zeker willen blijven doen. Zeker de projecten hebben iets opgeleverd: heel wat inzichten rond een aantal theorieën en linken tussen concepten. Dat de projecten deel uitmaakten van een proeftuin werd na een tijd niet meer gebruikt in de communicatie toe naar de deelnemers. *“Je stapt in een project, je wordt lid van een panel, en een proeftuin... Vanaf het dat je begint te zweren met die grote termen en een panel en casemanagement en co-creatie, ... De mensen haken er op af.”* (AZOB coördinator, Antwerpen)
- Meer integratie in en tussen projecten was nodig: Bij aanvang van een project binnen een proeftuin kan er volgens de respondenten beter nagedacht worden wie wat binnen welk project gaat doen, hoe dit zich tot elkaar verhoudt en hoe samengewerkt kan worden opdat er bij de eigenlijke projecten niet 'los' van elkaar wordt gewerkt.

- De projectaanvraag is belangrijk, maar velen die het project moesten uitvoeren waren niet betrokken bij het schrijven van de projectaanvraag. Er is dan ook veel tijd nodig in het begin om het project in concreto te ontwikkelen, vooraleer het kan getest worden.
- Daardoor is er ook nood aan flexibiliteit bij uitvoering van de projectaanvraag. Langs de andere kant mag de flexibiliteit geen vrijgeleide worden om maar los wat te proberen: *“Door te weinig info en te weinig voorstudie dat je dan inderdaad snel eindigt van weet je wat, we zullen dat proberen vanuit het dienstencentrum en we proberen dat en we zullen dan vanuit de vrijwilligerswerking van de stad even dat doen. Ja, dan werk je wel samen maar blijven toch heel veel probeerseltjes naast elkaar, eerder dan één groot project. Het is niet dat er een masterplan was waar iedereen zijn ding toegewezen krijgt. Het is meer dat iedereen zijn ding deed en dat in het plan stak.”* (Projectcoördinator Stad Antwerpen, vrouw)
- Algemeen bekeken is het project kleinschaliger uitgedraaid dan wat de professionals initieel voor ogen hadden.

5. Actief Zorgzame Buurt in een proeftuin: Co-creatie en Co-constructie

In de oorspronkelijke handleiding die IWT had ontwikkeld om projectvoorstellen te schrijven stond er expliciet een passage in rond co-creatie: *“De proeftuin veronderstelt een (deels) open innovatie ecosysteem, waarbij partnerships ontwikkeld worden in de hele zorg- en waardeketen (bijv. eerste lijn, tweede lijn, ziekenhuizen, lokale besturen, huisvestingsmaatschappijen, eindgebruikers, zorgeconomische actoren, overheid ...) en waarbij de eindgebruikers actief betrokken worden bij conceptualisering, ontwikkeling, onderzoek en evaluatie in het volledige innovatieproces (co-creatie).”*

Dit onderdeel van het rapport wil daarom expliciet focussen op de uitwerking van deze co-creatie: wat verstaan projectpartners hierover? Hoe heeft dit concreet vorm gekregen in de projecten?

1. Antwerpen: co-creatie

1.1 Wat is co-creatie? Wat is het doel van co-creatie?

Doel van co-creatie is om nieuwe ideeën te creëren, die te testen om die uiteindelijk succesvol te kunnen vermarkten. In de discussies wordt heel veel nadruk gelegd op dat eerste onderdeel: nieuwe ideeën genereren. Centraal daarbij staat het concept van **nodenbepaling**, van **vraaggestuurd werken**. Om een succesvolle actie of project te hebben, bleek het belangrijk om te vertrekken vanuit de noden van de eindgebruiker van het project: bv. van bewoners, van mantelzorgers. Wat willen zij? Waar hebben zij nood aan. Dit kan (vaak) anders zijn dan wat de professional in zijn hoofd had. Het is belangrijk *“om de basis goed te hebben”*, om geen foute of onnodige projecten op te starten.

“Vanuit het dienstencentrum was een idee gekomen om iets te doen rond mantelzorgers, en ze wilden met een bakfiets gaan rondrijden: We gaan met een bakfiets de boodschappen doen en we gaan dit of dat doen voor de mensen”. Wat wij hebben gezegd, “ja maar laten we misschien starten bij een co-creatie, met mantelzorgers en kijken wat hun noden zijn”. En daaruit blijkt dat zij minder zitten te wachten op die praktische hulp maar bijvoorbeeld vooral met: Hoe ga ik om met dat veranderd gedrag van mijn partner ingeval van dementie? Hoe ga ik om met verbinding die wegvalt met mijn partner? erkenning, nood vanuit de omgeving. Dus co-creatie vind ik heel waardevol om met een goede basis te starten, ook nadien en de eindgebruiker te betrekken maar zeker om de basis goed te hebben; waarrond moeten we effectief werken?” (Zorgbedrijf Antwerpen, Adviseur groei)

Een ander doel van co-creatie is **‘draagvlak creëren’** door mensen te erkennen in hun expertise. Het voorbeeld wordt gegeven van mantelzorgers die zich erkend voelen als ze worden aangesproken op de rol die ze vervullen en hun expertise daarrond. Dat geeft een grotere gedragenheid aan het project. Uit de gesprekken blijkt dat veel mensen die betrokken zijn bij nodendetectorie ook daarna zeggen: én ik wil mee oplossingen zoeken. Zij worden ook vaak mee de ‘ambassadeurs’ van het project. Volgend gesprek met projectcoördinatoren illustreert heel duidelijk, hoe de testers van de goederen in De Schakel (i.e. woonwinkel Antwerpen) deze daarna ook gingen promoten en betrokken willen blijven.

- *Interviewer : Zijn er mensen die dan in die co-creatie sessies waren die achteraf ook iets gekocht hebben in die winkel ?*
- *Absoluut.*
- *Ja een paar van die mensen zijn nog altijd onze beste ambassadeurs. Er zijn er nog altijd die volop reclame maken, ja absoluut.*
- *Er zijn zelfs een aantal van die mensen die, van helemaal in het begin van die proef eigenlijk, die dat wij nu nog altijd betrekken in nieuwe projecten. Ik heb er die zeggen, als je nog een sessie doet over eender wat, moet je mij zeker bellen. Eén van hen is nu ook ingestapt in een nieuw project rond mantelzorgondersteuning. Die komt nu binnenkort ook daarmee een oplossing bedenken enz.*

Hoewel de meeste focus bij co-creatie lag op het betrekken van de eindgebruiker kwam er ook naar voren dat **samenwerking met verschillende partners** om één project uit te werken ook kan gezien worden als co-creatie: samen een project maken.

1.2 Hoe kan co-creatie vorm krijgen?

Noden werden op 2 manieren gedetecteerd. Enerzijds via de opbouw van het panel. Resultaten van de **KIO-vragenlijsten**⁵ werden geanalyseerd op groepsniveau om te kijken waar de noden zitten, om bijvoorbeeld het aanbod van de lokale dienstencentra op af te stemmen. Zo bleek uit de resultaten dat heel veel ouderen eigenlijk gehoorproblemen hebben. Daarom is er een workshop georganiseerd rond gehoor en gehoorproblemen. Zorgbedrijf Antwerpen gaat ook samen zitten met ouderen om de resultaten van de KIO-vragenlijsten terug te koppelen en te bespreken: Dit komt eruit, hoe kunnen we dat nu oplossen?

Een tweede activiteit die geregeld plaats vond in Antwerpen zijn de zogenaamde “**co-creatie sessies**” met ouderen, mantelzorgers of professionals. Dit zijn eenmalige, thematische sessies waarin mensen worden samengebracht rond een thema en bevroegd over hun visies, ervaringen en noden. Dergelijke co-creatie sessies vonden bijvoorbeeld plaats bij het uitdenken van het casemanagement project. Daarbij werd nagedacht rond volgende vragen: “Wie kan die taak van casemanager opnemen, en wat moet die doen? Hoe moet dat georganiseerd en gefinancierd worden?” Ook bij de ontwikkeling van de winkel De Schakel werden co-creatie sessies georganiseerd rond vrije tijd, hygiëne etc. om te kijken welke producten ouderen nodig hadden.

Nu wordt nog op individueel niveau bekeken wat noden zijn. Als ouderen iets nodig hebben, maar ze hebben dat niet in het aanbod in de winkel is de filosofie om op zoek te gaan op de markt of het al bestaat. En als het nog niet bestaat worden er pistes opgezet om dit eventueel te ontwikkelen in samen werking met studenten projectontwikkeling van de Universiteit Antwerpen.

De focus van de ondernomen activiteiten ligt heel sterk op de nodenbepaling en minder op het testen en evalueren van producten. Uitzondering daarbij is De Schakel die ook heel bewust als baseline heeft: voor en door senioren getest. Alle kopers krijgen bijvoorbeeld een evaluatie kaartje als ze iets gekocht hebben: wat vond je daar nu van?

Niet alle projecten hebben co-creatie gebruikt doorheen hun project. Als ze er echter op terugblikken denken ze dat dit wel een meerwaarde had kunnen zijn. Zo blijkt uit een gesprek met de coördinator van de stad Antwerpen:

- *Nee nee, niet gedaan. Dat was misschien ook niet slecht geweest om dat eens te doen*
- **Moderator: Hoe zou je zoiets zien binnen dit project, hoe zou dat kunnen**
- *Die co-creatie, ik denk dan bijvoorbeeld een aantal mensen waar dat dan langs gegaan zijn om die uit te nodigen en echt eens dieper in te gaan op 'ok wat was uw ervaring daarbij en wat vond je ervan? Wat dat gemakkelijk dat die professionele diensten ineens aan huis kwamen? Had je daar iets aan? Waarom heb je uiteindelijk de stap niet gezet om iets aan te passen?*

Tenslotte gaven de respondenten nog enkele bedenkingen en tips mee:

- Het is niet omdat deelnemers in een co-creatie sessie aangeven dat ze iets willen, ze het ook gaan doen. Het gevoel was dat mensen iets vaak een goed idee vinden, maar eerder uit beleefdheid, of omdat het te abstract is. Wanneer het echter concreet gerealiseerd wordt, gaan ze daar niet zomaar aan meedoen. Het bleek belangrijk om zo concreet mogelijk te bevroegen vragen: “Hoe zou u dat doen? Zou u daarvoor betalen, zo ja hoeveel?”
- Co-creatie kon volgens de respondenten beter van in het begin gebeuren, eigenlijk al bij het uittekenen en ontwikkelen van het project.
- Co-creatie stond ingeschreven in het projectvoorstel, maar eigenlijk had niemand hier ervaring reeds mee. Het was dus ook voor de professionals leren. Daar was geen kennis rond. Hoe je het doet, de methodiek is volgens de respondenten nochtans heel belangrijk om dingen los te krijgen. Zelfs hebben ze veel geleerd via de site van Flanders dc +

“Dat gaat over heel stomme dingskes: over hoe dat je die post-itjes moet plakken maar ook over hoe je jouw gesprek kunt leiden en hoe je kunt vragen en dat wordt opgesplitst in een aantal fases: in de verkennende fase gebruikt men die methodiek, zitten we in de concreter wordende fase, die methodiek. Dus daar heb ik zelf heel veel aan gehad om zelf nu een evolutie te zien van hoe we de co-creatiesessies in het begin aan pakten en nu.” (Platformcoördinator, Antwerpen)

⁵ KIO (Kennispatform Innovatie Ouderenzorg) staat in voor de wetenschappelijke begeleiding van de platformen en projecten van de Zorg Proeftuinen Vlaanderen. Zij hebben een enquête gemaakt die in alle projecten wordt afgenomen.



Foto: Layla Aerts

2. Brussel : co-constructie

2.1 Wat is co-constructie? Wat is het doel van co-constructie?

Waar in Antwerpen men consequent de term gebruikt van co-creatie, spreekt men in Brussel eerder van co-constructie. Co-constructie zou volgens de deelnemers in essentie moeten uitmonden in **dynamiek en innovatie**. Dit start met het vergaren van een **veelheid aan kennis en aan vernieuwende ideeën**. Co-constructie geeft mensen de ruimte om anders te denken. *“Je doet aan co-constructie omdat je iets nieuw wilt ontwikkelen”*. Naast het samen nadenken om zo te komen tot de nieuwe kennis, is het ook belangrijk om *“iets kunnen realiseren. Met betrokkenen en in verschillende contexten.”* Aan dit tweede belangrijk doel dient voldoende aandacht geschonken te worden, namelijk dat de kennis, de ideeën ook omgezet worden naar de realiteit. Je hebt dus **co-constructie van/tot ideeën, maar ook co-constructie van een concreet project**. Dit kunnen twee verschillende trajecten zijn in co-constructieprocessen. Deze twee trajecten kunnen we volgens sommigen ook onderverdelen in enerzijds een traject van co-creatie, waarbij men het doel voor ogen heeft om ideeën te verzamelen, waarbij ruimte is voor vernieuwing, en anderzijds een traject van co-constructie waarbij meer nadruk wordt gelegd op de uitkomst van een proces, waarbij men ook meer doelbewust aan de slag gaat. Elk heeft verschillende doelstellingen en ook verschillende uitkomsten.

Co-constructie is volgens de professionals **dieper en ingrijpender dan ‘alleen participeren’**. Het stopt niet wanneer de mensen hun zegje hebben gedaan en naar huis gaan, maar het gaat ook daarna nog verder. Co-constructie heeft als doel om mensen te empoweren, zodat het co-constructieve als het ware op termijn ook overgenomen kan worden van de organisatie. Er wordt een traject afgelegd met mensen.

Een groot verschil tussen co-constructie en het vroeger eerder gehanteerde begrip ‘participatie’ ligt volgens de deelnemers in het hebben van **eigenaarschap of meesterschap**, *“niet eigenaarschap in de zin van het is van mij, maar wel dat je er u zo betrokken bij voelt”* Waarbij niet louter de input van mensen gevraagd wordt, maar waar vervolgens met input ook werkelijk aan de slag wordt gegaan en waarbij men betrokken wordt tijdens de verdere stappen in het proces.

“Voor mij gaat het eigenlijk daar ook over, van het samen bouwen, erkennen van we gaan niet alleen dingen mogen zeggen, we gaan niet alleen ons gedacht mogen zeggen, maar wel van... uw gedacht gaat ook meegenomen worden, alle het gaat mee bepalend van hoe dat het er gaat uitzien.” (Professional, Brabantwijk)

Waarbij participatie eerder vertrekt vanuit een top-down idee, vertrekt co-constructie eerder vanuit een bottom-up benadering.

“Ik zie het ook als een, niet een top - down proces, maar echt iets dat vanuit een samen denken, maar ook samen doen, met betrokkenen rond een thema, of met een bepaald doel, waar euh iedereen aan bod komen, maar ook waar niet altijd wordt afgebakend, gaat dit gewoon om advies of gaat dit over jullie mogen beslissen.” (Professional, lokaal dienstencentrum Brabantwijk)

Bij een ander verschil tussen participatieproces en het co-constructieproces wordt gewezen op het **intieme, veranderingsgerichte karakter** dat aanwezig is binnen co-constructieve processen: *“alle participatieve processen die ze hebben geleid, de mensen deden daaraan mee en dan gingen ze terug naar huis.”* (Professional, Brabantwijk). Bij de co-constructieprocessen die nu plaatsvinden binnen de verschillende projecten in Actief Zorgzame Buurt komt men echt binnen in mensen hun leven en brengt men verandering.

2.2 Hoe kan co-constructie vorm krijgen?

Het op papier zetten van *‘we gaan co-constructief te werk’* is makkelijker dan het uiteindelijk in de praktijk om te zetten. Je mag niet veronderstellen dat iedereen zomaar co-constructie kan begeleiden. **Co-constructie moet je ook als begeleider leren.** Het is niet voldoende om op voorhand de spelregels af te bakenen, en de contouren te schetsen, maar er is volgens de deelnemers ook echt nood aan een training of vorming bij het opzetten van co-constructieve trajecten. Als begeleider van dergelijke trajecten breng je mensen van verschillende contexten in een ongewone situatie en is het aldus belangrijk om een situatie te creëren waar ze zich voldoende veilig voelen om deel te nemen. Hier speelt het vertrouwen in de begeleider op vlak van gehanteerde ethiek een belangrijke en essentiële rol. Co-constructie processen opzetten vraagt echt specifieke skills (die men zelf niet altijd heeft).

In Brussel wordt er daarenboven vaak met heel kwetsbare ouderen gewerkt. Het bleek vaak moeilijk om hen te betrekken in co-constructieprocessen. Toch maakt men hierbij ook de opmerking om ook **trots te zijn op wie we dan wel bereiken.** Beide moeten besproken worden in het rapport en zo eventueel toekomstig onderzoek stimuleren om deze doelgroep beter te bereiken.

“Ik wou juist nog iets zeggen, dat is wat Manu daar aanhaalde, of dat is al een paar keer naar boven gekomen, van zo echt de arme mensen als ik het zo, of hoe dat Manu het noemt, hebben we niet bereikt. Allez ik denk dat dat, wat jij daarnet vroeg van moeten we ze dan toch nog bereiken ofzo? Ik denk van: in deze, je kunt niet alles. Maar ik vind het wel superbelangrijk dat we dat ook in ons rapport en overal meenemen, dat we dus een groep, een bepaalde groep ook niet bereikt hebben en het zou wel een keer een uitdaging kunnen zijn, achteraf, om met organisaties die echt met de meest kwetsbare werken, om dat ook daar aan te kaarten.” (Professional, Brabantwijk)

Je mag dan ook niet veronderstellen dat iedereen zomaar aan co-constructie kan deelnemen. **Co-constructie moet je ook als deelnemer leren.** Vele personen zijn lange tijd in een passieve rol geduwd, waarbij hen nooit gevraagd werd mee na te denken over hun toekomstvooruitzichten, hun ideeën, hun planning, hun wensen.

“La démocratie, c’est chacun à une place, mais si personne ne prend cette place, la démocratie elle reste formelle, elle n’existe pas. Et il y a toute une différence entre donner la parole et la prendre. Ce qui est important est de créer un contexte ou les gens prennent quelque chose, prennent la parole, prennent une place.” (Professional, Brabantwijk)

Wanneer men verkondigt aan ‘co-constructie’ te doen voor de realisatie van een project, is het belangrijk dat men ook aangeeft wat dit dan wil zeggen: *“Co-constructie creëert denk ik ook de verwachting dat de individuen daarrond veel meer meesterschap hebben rond dat verhaal, en de vraag is of dat ook echt wel zo is.”* (Platformcoördinator, Brussel). Er is **voorzichtigheid geboden om ‘co-constructie’ niet louter in de mond te nemen als een modewoord** binnen onderzoek of projectwerk. Vaak wordt het volgens de deelnemers nog al te vaak gehanteerd zonder uiteindelijk echt ‘co-constructief’ te werk te gaan.

“Om nu een heel ander voorbeeld aan te halen: organisatie X die een co-constructie dag doet rond lokaal/ sociaal beleid en dat zit allemaal mooi in elkaar, maar uiteindelijk is het om eruit te halen wat in hun kraam past, allez ik bedoel dat is natuurlijk... en zo terug te werpen van: ja maar jullie zijn toch betrokken geweest, en iedereen heeft de kans gehad om te zeggen en mee na te denken over wat het moet zijn, en je onthoudt alleen maar wat in uw kraam past.”

Vaak gebruikt men ook **impliciete methodieken**, waarvan men soms niet meer beseft dat het een methodiek is, en die eigenlijk zouden moeten geëxpliciteerd worden. Een projectmedewerker van Brussel geeft daarbij het voorbeeld van hun beurtrolsysteem in het lokaal dienstencentrum:

“Wij hebben een rollensysteem, allez een beurtrol binnen het team voor een “restoronde”. We noemen het een aandachtsdag en dat wil zeggen dat één iemand van het team, zijn tijd neemt om zoveel mogelijk mensen aan te spreken. In het restaurant, in de wachtzaal, in de wandelgang. Dus je neemt je tijd, echt een uur, een uur en half, twee uur als je wilt. Om gewoon de mensen een keer aan te spreken. En spreek je met één iemand een uur, ook goed, ik heb al een keer daar zitten zingen met mensen die wachten aan het busje, ook goed. Ga je bij iedereen aan elk tafeltje een keer goedemiddag zeggen en uitleggen welke activiteit dat er is, ook goed.”

Deze methodiek levert heel wat waardevolle informatie op:

“Maar ge ziet gewoon dingen gebeuren, je werkt aan de vertrouwensband met de mensen, ge hoort de vragen, ge ziet wie dat er is, wie dat er niet is. Wie zit er bij elkaar, wie zit er niet meer bij elkaar. Allee, ge ziet, heel veel dingen gebeuren. En das iets dat we intuïtief doen eigenlijk, maar dat wij nu beginnen te benoemen als het dat is, als een methode. Want wij doen dat iedere dag, daar komt heel veel informatie uit en nu zijn wij aan 't zoeken, van hoe kunnen we der eigenlijk nog beter mee omgaan. Wij hebben nu ook geïnstalleerd dat we met het team ook iedere week, kort een keer bespreken: wat is er u opgevallen bij wie? Wij hebben daar ook nog geen tools voor, en misschien liever niet, laat ons het liever gewoon verbaal doen, want anders zitten we weer met privacy en dossiers en blablabla. Eh, maar gewoon wat is er opgevallen bij wie, en dat gaat over vrijwilligers, dat gaat over klanten, dat gaat over mensen in huis, gewoon eens gaan kort overlopen.”
(Projectmedewerker Brussel)

6. Actief Zorgzame Buurt: Zorguitgaven (DKV-studie)

1. Steekproefbeschrijving: Wie heeft er deelgenomen aan het onderzoek

In totaal namen 173 ouderen deel aan het onderzoek. Dit onderzoek heeft niet de ambitie om representatief te zijn voor de financiële draagkracht van de ouderen in Vlaanderen en Brussel. De focus lag expliciet bij kwetsbare ouderen, nl. ouderen die zorgbehoevend zijn, te kampen hebben met gezondheidsproblemen en/of sociaal-economisch kwetsbaar zijn. Zo heeft 81,5% van de deelnemers minstens 1 chronische aandoening en is 32,7% van deelnemers de afgelopen 6 maanden opgenomen geweest in het ziekenhuis. Hun uitgavenpatroon ligt dan ook hoger dan de 'doorsnee'-60-plusser, door de extra zorgkosten en hun verzorgingsmateriaal.

Ook op vlak van socio-demografische kenmerken zien we duidelijk dat een kwetsbare groep is bereikt: 48,3% deelnemers waren ouder dan 80 jaar. 11,6% ouderen hebben een migratie-achtergrond. Daarnaast is 50% van de respondenten gescheiden of weduw(naar), de twee kwetsbaarste groepen op vlak van burgerlijke staat.

Ter vergelijking met de gemiddelde Vlaams-Brusselse populatie⁶: in de gemiddelde 60-plus-ouderenpopulatie is ongeveer 19% ouder dan 80 jaar, en 24% is gescheiden of weduwe(naar).

Ter vergelijking met de KIO-cijfers voor de proeftuinen⁷: KIO toonde reeds aan dat de deelnemers aan de AZOB-proeftuinen kwetsbaarder waren dan gemiddeld genomen in de andere proeftuinen. Wanneer dan hier de vergelijking wordt gemaakt met de KIO cijfers voor AZOB, wordt er opgemerkt dat voorliggende studie nog een kwetsbaardere groep bereikte. Zo was 18,1% van de AZOB-KIO-respondenten minstens één keer opgenomen in het ziekenhuis de afgelopen zes maanden (in voorliggend onderzoek is dat 32,7%). 43,7% van de AZOB-KIO respondenten waren ouder dan 80 jaar (in voorliggend onderzoek is dat 48,3%).

In Brussel werden meer alleenstaanden en ouderen met een migratie-achtergrond bereikt. De studenten verzamelden iets meer data bij 80-plussers, en DKV bereikte relatief gezien meer mannen.

2. Inkomsten : Grote diversiteit onder ouderen

Bedoeling was om inzicht te geven in het volledige inkomstenpatroon van ouderen met zorgnoden. Inkomsten werden breder opgevat dan louter het pensioen. Alle inkomsten van huishouden werden meegeteld, bijvoorbeeld ook de inkomsten van nog thuiswonende kinderen, huurinkomsten de terugbetalingen van het ziekenfonds, terwijl doktersbezoeken bv. volledig werden opgenomen als 'volle' uitgaven.

Het mediaan-inkomen bedroeg 1461,1 euro. De helft van de deelnemende ouderen had minder dan 1461 euro inkomsten (met een minimum van 130 euro; een oudere met enkel een tegemoetkoming van de Vlaamse Zorgverzekering). De helft van de deelnemende ouderen had inkomsten hoger dan 1461 euro (met een maximum van 7900 euro; een huishouden met veel huurinkomsten).

6 Vergelijkingcijfers zijn afkomstig uit de data van de ouderenbehoefteonderzoeken in Vlaanderen en Brussel (onderzoeksgroep : Belgian Ageing Studies o.l.v. Dominique Verté en Nico De Witte)

7 KIO is het consortium dat alle zorgproeftuinen Vlaanderen wetenschappelijk opvolgde. Zij verzamelden informatie over de proeftuindeelnemers via gestandaardiseerde enquêtes.

Tabel. Bron van inkomsten per huishouden

Bron van inkomsten	Ouderen met inkomsten in deze categorie							
	%	Min €	Q1 €	Q2 Mediaan €	Q3 €	Tweede max €	Max €	Gemid €
Rust- of overlevingspensioen	88,8	340,0	1145,0	1344,2	1674,5	3400,9	3804,9	1450,9
Vlaamse Zorgverzekering en andere tegemoetkoming mantelzorg	27,2	50,0	130,0	130,0	130,0	700,0	1200,0	171,7
Ziekte- of invaliditeitsuitkering	16,8	19,1	130,0	379,7	1172,9	1439,4	2083,4	359,5
Terugbetaling ziekenfonds	15,0	17,0	32,9	60,5	135,0	212,0	487,0	99,1
Huur, lijfrente, regelmatige inkomsten	8,7	130,0	300,0	530,0	1119,0	1655,0	6500,0	1067,0
Andere	5,8	14,5	83,0	210,0	340,0	460,0	643,0	237,2
Forfait chronische zieken	5,2	37,5	44,5	108,0	155,0	180,0	278,0	116,9
Tegemoetkoming hulp aan bejaarden	4,6	6,3	35,0	165,0	269,1	273,4	330,0	159,8
Inkomsten uit werk	4,0	500,0	800,0	1300,0	1700,0	1700,0	3000,0	1424,0
Leefloon of OCMW-steun	2,3	5,0	153,8	687,7	831,4	775,5	850,0	557,6
Studiebeurs of kinderbijslag	1,7	143,2	143,2	165,0	165,0	165,0	250,0	186,1
Werkloosheidsuitkering	0,6	1058,7	1058,7	1058,7	1058,7	0,0	1058,7	1058,7
Totaal per huishouden	100	130,0	1211,5	1461,1	1856,0	4300,0	7900,0	1671,9

In de tabel staan volgende gegevens:

- % = het percentage ouderen die uitgaven hadden in deze categorie. Bijvoorbeeld: 87,2% ouderen die deelnamen aan het onderzoek hadden kosten gemaakt in de categorie 'medisch materiaal'.
- Min = Het kleinste bedrag dat werd gespendeerd. Zo gaf 1 oudere 1,7 euro uit aan medisch materiaal.
- Q1=Kwartiel 1=¼vandedataiskleinerdatQ1:AlsouderendusgelduitgavenaanmedischmateriaalwashetQ1=32,9 euro. Een vierde van de ouderen gaf dus minder dan 32,9 euro uit aan medisch materiaal.
- Q2 = Kwartiel 2 = Het mediaan bedrag dat werd uitgegeven door ouderen die uitgaven hadden in deze categorie. Als ouderen dus geld uitgaven aan medisch materiaal, was dat voor een mediaanbedrag van 72,6 euro. De helft van de ouderen hun uitgaven was dus kleiner dan 72,6 euro, en de helft van de ouderen hun uitgaven was groter dan 72,6 euro.
- Q3 = Kwartiel 3 = ¾ van de data is kleiner dat Q3: Als ouderen dus geld uitgaven aan medisch materiaal was het Q3 = 129,3 euro. 75% van deze ouderen gaf dus minder dan 129,3 euro uit aan medisch materiaal. (Of omgekeerd: 25% van deze ouderen gaf meer dan 129,3 euro uit aan medisch materiaal.)
- Max = Het grootste bedrag dat werd gespendeerd. Zo gaf 1 oudere 800 euro uit aan medisch materiaal.

- Tweede max = Het op één na grootste bedrag dat werd gespendeerd. Zo gaf 1 oudere 600 euro uit aan medisch materiaal. Dit was het op 1 na grootste bedrag in die categorie. De stuurgroep heeft beslist om ook die mee te geven om aan te tonen dat sommige maxima exceptioneel zijn of net niet.
- Gem = Het gemiddelde bedrag dat werd uitgegeven door ouderen die uitgaven hadden in deze categorie. Als ouderen dus geld uitgaven aan medisch materiaal, was dat gemiddeld 104,9 euro.

3. Uitgaven: Thuis wonen met zorgnoden kost geld

De studie bracht volgende huishoudelijke uitgaven in kaart:

- Woonkosten: bv. huur woning, verblijf in voorziening van één van de gezinsleden, nutsvoorzieningen, ...
- Leefkosten: bv. winkelrekening, telefoon, TV, Internet, eigen vervoer, kapper, ...
- Vrijetijdskosten: bv. restaurant, café, uitstapjes, activiteiten lokaal dienstencentrum, ...
- Medisch materiaal: bv. geneesmiddelen, injectiespuiten, incontinentiemateriaal, ...
- Professionele medische hulp: bv. huisarts, thuisverpleging, kinesitherapeut, ...
- Professionele (thuis)zorg: bv. gezinszorg, poetshulp, warme maaltijden aan huis, ...
- Informele hulp: bv. uitgaven aan mantelzorgers zoals partner, kinderen, kleinkinderen, ... (zoals: Je kleinzoon heeft je naar de winkel gebracht en je geeft hem 2 euro drinkgeld.)

Tabel. Overzicht huishoudelijke uitgaven per maand

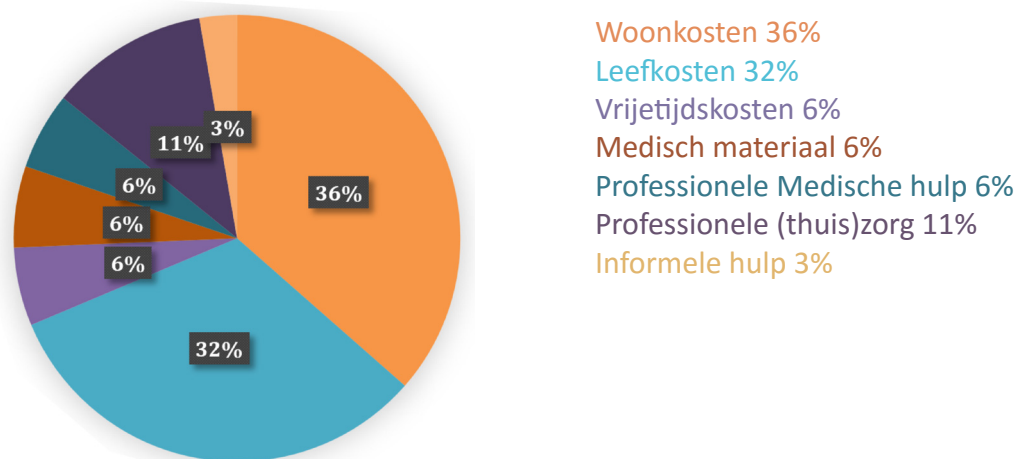
Bron van uitgaven	Ouderen met uitgaven in deze categorie							
	%	Min €	Q1 €	Q2 Mediaan €	Q3 €	Tweede max €	Max €	Gemid €
Leefkosten	99,4	88,0	349,5	397,1	780,0	1019,9	1375,1	455,1
Woonkosten	98,8	40,0	244,0	450,0	766,4	3400,0	3801,2	693,5
Professionele medische hulp	90,9	1,0	30,6	69,0	172,0	615,0	750,0	123,0
Professionele (thuis)zorg	90,9	6,0	72,0	141,7	279,3	1172,2	1245,5	215,1
Medisch materiaal	87,2	1,7	32,9	72,6	129,3	600,0	800,0	104,9
Vrijetijdskosten	80,8	4,0	42,0	70,0	160,0	814,8	1170,0	130,4
Informele hulp	26,6	1,00	20,0	33,5	80,0	240,0	770,0	70,9
Totale kosten	100	328,0	1186,2	1558,1	2188,9	5735,1	5442,2	1626,1

Algemeen wordt er gesteld dat woonzorgcentra zeer duur zijn voor ouderen, maar uit de studie blijkt ook dat thuis wonen met zorg(noden) veel geld kost. Uit de analyses blijkt dat thuis blijven wonen wanneer mensen zorgbehoefstig zijn, en dus hun zorg “inkopen”, al snel een dure zaak wordt voor de oudere. De inkomsten van ouderen zijn zeer laag en de uitgaven zijn daarentegen weer (zeer) hoog, wat maakt dat er aan het einde van de maand niet veel overblijft. De mediaan van de uitgaven bedraagt 1382,0 euro.

4. Zorguitgaven zijn meer dan enkel de medische kosten

De kosten van professionele (thuis)zorg mogen bij een berekening van zorguitgaven zeker niet vergeten worden. Deze nemen immers een grote(re) hap uit het budget van de ouderen in. Zo zijn de professionele (thuis)zorg (11%), na de woonkosten (36%) en leefkosten (32%), de grootste uitgavenpost van de oudere (zie figuur 1). De persoonlijke bijdragen van de oudere kunnen net daar zeer hoog oplopen. Kosten voor professionele (thuis)zorg zijn niet opgenomen in de ziekteverzekering en worden slechts gedeeltelijk gecompenseerd aan de inkomstzijde (via de Vlaamse zorgverzekering die sommige ouderen ontvangen).

Figuur. Overzicht van uitgaven per maand.



Daarnaast heeft ook de mantelzorg kosten. Die zijn niet rechtstreeks bevestigd bij de mantelzorg, maar er werd gevraagd aan de oudere een inschatting te geven. De meeste mantelzorgers hebben extra vervoerskosten (mediaan 40 euro per maand), kosten voor het wassen van kledij en beddengoed van de oudere (mediaan 40 euro per maand), schakelen zelf professionele hulp in het huishouden (mediaan 144 euro per maand) of gaan aan minder te werken (mediaan 225 euro per maand).

5. Ouderen willen meer uitgeven aan basisgoederen, maar zijn financieel beperkt

Uit de bevestiging blijkt dat ouderen graag meer zouden uitgeven, maar hierin beperkt worden door hun financiële situatie. Het gaat dan absoluut niet enkel over 'luxegoederen' maar veelal over basisgoederen:

- 40% van de respondenten zou graag meer geld besteden aan vrijetijdsactiviteiten zoals het maken van uitstapjes, cafébezoekjes...
- 25% van de respondenten wil graag meer geld om informele hulp te vergoeden.
- 20% van de respondenten geeft aan dat ze graag meer geld willen uitgeven aan boodschappen.

6. 35% oudere deelnemers komen niet rond op het einde van de maand

35% van de oudere deelnemers hebben aan het einde van de maand een negatief saldo, en komt dus niet rond met zijn inkomsten om zijn uitgaven te betalen. Financiële tegemoetkomingen blijken vaak noodzakelijk als aanvulling op de reguliere inkomsten om te kunnen rondkomen.

7. Risicoprofielen

Vrouwen hebben het doorgaans moeilijker dan mannen om rond te komen: 44,4% van de vrouwen tegenover 30,9% van de mannen heeft een negatief saldo op het einde van de maand. Hoe ouder men wordt, hoe financieel kwetsbaarder, al blijft dit verschil redelijk beperkt. Personen met een andere nationaliteit dan de Belgische hebben het laagste inkomen met 1143,3 euro per maand, maar geven ook het minste uit. Zo komt 33,3% van hen aan het einde van de maand niet toe. Alleenstaande ouderen lopen het grootste risico: 57% heeft maandelijks een tekort aan financiële middelen. Bij gescheiden ouderen en weduwe(naars) komt iets meer dan 30% niet toe. Huishoudens met meer dan twee personen zijn ook zeer kwetsbaar, 50% van hen komt maandelijks niet toe.

Op vlak van huisvesting zien we dat vooral huurders op de privémarkt het financieel moeilijk hebben om betaalbaar thuis te blijven. Maar ook voor eigenaars of huurders die als koppel een sociale woning betrekken is er weinig financiële ademruimte. 44,8% ouderen die huren van een privé-eigenaar komen niet rond op het einde van de maand, ten opzichte van 27,9% voor de ouderen die een sociale woning huren. Ouderen die eigenaar zijn, zitten hier tussenin met 35,4%.

Wanneer er wordt gekeken naar het verzekeringsstatuut merken we dat personen met het OMNIO statuut het moeilijker hebben, zo komt 40,7% van hen maandelijks niet rond. Personen die de afgelopen zes maand opgenomen zijn in het ziekenhuis geven meer per maand uit namelijk: 1565,4 euro per maand tegenover 1294,8 euro per maand bij personen die niet opgenomen zijn geweest in het ziekenhuis.

Deel 3:

Aanbevelingen & conclusie

1. Aanbevelingen

In de laatste reeks focusgroepen en interviews werd telkens aan ouderen, vrijwilligers, mantelzorgers en aan professionals gevraagd om enkele beleidsaanbevelingen mee te geven. Daarnaast werden er 2 extra focusgroepen georganiseerd met het AZOB-platform om beleidsaanbevelingen te formuleren. Hoofdvraag was: Wat moet er volgens jou prioritair gebeuren om Actief Zorgzame Buurten uit te bouwen in Vlaanderen en Brussel?

1. Ontwikkel een gedragen visie op Actief Zorgzame Buurt

- Erken het belang van het buurtniveau als niveau om zorg te organiseren en te ondersteunen. Elke buurt is immers anders - omvang, sfeer, bewoners, rijk of arm, aantal voorzieningen, aanwezige organisaties, ... Een Actief Zorgzame Buurt vertrekt vanuit die lokale context, uitdagingen, noden, capaciteit en sterktes.
- Een Actief Zorgzame Buurt mag geen makkelijk label zijn. Het lijkt soms een modewoord dat al te vlot in de mond wordt genomen. Doel is om zorgbehoevenden gegarandeerde zorg en ondersteuning te bieden. Dit vereist meer toegankelijkheid en vooral structurele veranderingen in de zorgorganisatie, over organisatiebelevingen en zuilen heen. De huidige versnippering van de zorg zorgt voor zorglacunes.
- Een Actief Zorgzame Buurt moet duidelijk omschreven zijn: territorium, bevolking, inventaris voorzieningen, woonkwaliteit, woonomgeving, zorgnoden. Breng de actoren, sterktes, ontbrekende schakels, uitdagingen en prioriteiten in kaart. Kies de juiste schaalgrootte. Deze kan verschillen van lokaliteit tot lokaliteit.

2. Brede visie nodig op zorg

- Wonen, zorg en welzijn horen samen. Denk holistisch. Ga de versnippering tegen. Geef aandacht aan zorg en ondersteuning, niet vanuit een louter medisch, maar wel welzijnsperspectief.
- Ageing in place en woonaanpassingen zijn een 'vers' topic op de agenda. Hier moet blijvende beleidsaandacht- en ondersteuning naar toe blijven gaan. Uit de projecten blijkt dat de nood groot is. Daarbij is er nood aan meer aandacht voor huurders, levensloopbestendige perspectieven bij woningbouw (bv. ook bij sociale huisvestingsmaatschappijen), en aandacht voor een toegankelijke fysieke omgeving.
- Woningaanpassing of verhuizen is niet alleen een praktisch probleem, het is ook een mentaal proces. Zet in op sensibilisering en ondersteuning, maar ook op leeftijdsvriendelijke aanpassing-, klus- en verhuisdiensten.
- Ontwikkel nieuwe woonvormen die aansluiten bij hedendaagse behoeften en culturele diversiteit. Investeer in gevarieerde woonvormen en woninginrichting.
- Werk dan ook samen vanuit een gemeenschappelijke visie op Actief Zorgzame Buurten, over de verschillende beleidsniveaus en -bevoegdheden heen. Dit kan zowel tussen verschillende ministeries, als tussen verschillende afdelingen binnen één ministerie.

3. Mobiliseer lokale potentie

- Erken, valoriseer en ondersteun vrijwilligerswerk, burenhulp en mantelzorg vanuit beleid. Voorzie voldoende middelen voor de (professionele) omkadering en ondersteuning van deze zorgverlener. Wees aandachtig voor hun balans tussen draaglast en draagkracht. Stimuleer wederkerigheid. Vrijwilligers kunnen professionals in de zorg niet vervangen, maar valoriseer de inzet en kwaliteiten van vrijwilligers, zoals die van professionele zorgverleners. Versterk hun engagement via aangepaste regelgeving (bv. sociale bescherming, beschikbaarheid voor de arbeidsmarkt, onkosten, flexibilisering definitie 'vrijwilliger' ...).
- De informele zorg die geboden wordt, is voor veel zorgbehoevenden onmisbaar, zeker in kwetsbare buurten. Informele zorg en vrijwilligerswerk in precare situaties vraagt een bijzondere benadering. Kansarme mensen hebben ook een plaats in het vrijwilligerswerk, maar hebben soms andere noden.
- Mensen moeten in hun buurt ergens terecht kunnen, een plek waar ze elkaar en lokale zorgverleners kunnen ontmoeten. Vaak is dat een buurthuis, een dienstencentrum, een sociaal restaurant, een sociaal huis ... Zo'n lokale werking is nodig als ankerpunt voor de uitbouw van een zorgzame buurt en als een thuishaven voor haar bewoners. Voorzie ook mogelijkheden dat zo een lokaal ankerpunt een informeel buurtzorgnetwerk kan ondersteunen en uitbouwen. Trap niet in de valkuil van het overformaliseren van informele netwerken.

4. Investeer in nieuw (buurt)zorgberoepen

- Investeer in de ontwikkeling, het uittesten en de implementatie van nieuwe (buurt)zorgberoepen.
- Het beroep van casemanager/zorgcoach moet een onafhankelijke basisdienst worden voor kwetsbare ouderen die er niet meer in slagen om hun dagelijks leven zelf te beredderen. OCMW's en mutualiteiten geven eigenlijk zelf aan dat de aanpak van multi-complexe kwetsbaarheid hun mogelijkheden vaak overstijgt. Sommige cases zijn zo kwetsbaar, dat een casemanager nodig is. De kwetsbaarheid en complexiteit zit dan niet zozeer in de persoon, soms in de situatie, maar meestal in de oplossing: door de versnippering van de zorgorganisatie(s) en door de non-flexibiliteit in hun werking ontstaan soms schrijnende situaties. Ook begeleiding bij woningaanpassing en verhuis is een permanente behoefte maar tijdsintensief. Ook hier kan een casemanager ondersteunen.
- Er is nood aan begripsverheldering. De term 'casemanager' krijgt doorheen verschillende projecten en regio's een andere taak- en rolinvulling. De AZOB-casemanager was vooral iemand die nodig was om op individueel niveau de zorg op gang te krijgen, toegang tot zorg te regelen, en de (toegang tot) zorg op te volgen.
- Elke wijk heeft ook een buurtzorgregisseur nodig om de samenwerking tussen alle partners aan te sturen. Een buurtzorgregisseur is niet hetzelfde als een zorgregisseur/casemanager/zorgcoach. De buurtzorgregisseur werkt op collectief niveau, en stuurt de lokale samenwerking aan tussen alle partners, op het niveau van de organisaties. Hij is een neutrale, gemandateerde spilfiguur in het lokale netwerk.

5. Nood aan preventieve detectie en toeleiding van kwetsbare ouderen

- Zet in op preventie. Op de lange termijn zal dit renderen, maar focus niet op de korte-termijn winst. Als je door een Actief Zorgzame Buurt meer ouderen kan detecteren en toeleiden naar de zorg en ondersteuning, ouderen die nu nog geen hulp krijgen, dan zal het systeem op korte termijn meer kosten voor de overheid. Op lange-termijn zal de kostprijs waarschijnlijk eerder dalen.
- Ga actief op zoek naar zorgbehoevenden en naar kwetsbare bewoners. Velen zijn eenzaam, trekken zich terug, mijden zorg, vertoeven in overlevingsmodus. Zoek mensen thuis op. Doorbreek hun isolement. Creëer een alertheid bij verschillende stakeholders (ouderen, vrijwilligers, professionals, maar ook handelaars, wijkpolitie, apotheker en buurtbewoners). Indien deze mensen een zeker bewustzijn hebben over het belang van detectie en toeleiding, waar zij hun steentje kunnen bijdragen en hoe en wie zij kunnen doorverwijzen, kunnen er meer ouderen in precare situaties bereikt worden.
- Versterk de zorgorganisaties: vraag de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen meer outreachend te werken, verplicht spoeddiensten en ziekenhuizen goed door te verwijzen, etc.

6. Investeer in lokale netwerking en samenwerking tussen grote én kleine spelers

- Als mensen elkaar beter kennen, werken ze vlotter samen. Investeer in lokale netwerking met huisdokters, thuiszorgdiensten, OCMW, gemeentelijke diensten, buurtwerkingen, ziekenfonds, sociaal restaurant, dagverzorging, lokaal dienstencentrum, handelaars, wijkpolitie, apotheker, buurtbewoners, verenigingen, enzovoort. Investeer in lokale netwerking.
- Zorg en ondersteuning moeten vertrekken van het welzijn en kwaliteit van leven van de mensen. Organisatiebelangen mogen niet in de weg staan om de oudere en zijn zorgnoden centraal te stellen. Dit vergt ontschotting en samenwerking, zowel tussen interne diensten van een grote organisatie als tussen grote en kleine organisaties in de buurt. Bied als overheid financiële incentives en experimenteeromte om die samenwerking te stimuleren. Er is nood aan concrete modellen, tools, modaliteiten, financieringsmogelijkheden, ...
- Grote organisaties vinden niet altijd de aansluiting in de lokale wijk. Kleine organisaties missen dan net de systemische verankering binnen grote organisaties. Die grote en kleine organisaties hebben elkaar nodig. Motor van de innovatie en zorgverandering moet liggen in de grotere bedrijven: daar moeten structurele veranderingen plaatsvinden. De grote organisaties moeten erkennen dat zij op het terrein echter niet altijd kunnen doen wat de kleine partners doen. Zij moeten de kar trekken en de lokale partners meenemen.
- Een Actief Zorgzame Buurt wordt ideaaliter niet gerealiseerd in één organisatie. Belangrijk is om alle spelers in de wijk te betrekken. Een Actief Zorgzame Buurt impliceert het maximaliseren van samenwerking tussen alle stakeholders.

7. Geef ruimte en middelen om te experimenteren

- Stimuleer meer en langere proeftuinen. Een Actief Zorgzame Buurt bouw je niet in een tijdspanne van drie jaar. Zet lokale Zorgproeftuinen op en bied voldoende tijd, middelen, stabiliteit en experimenteeruimte. Garandeer daarbij structurele verankering en continuïteit op langere termijn. Tijdelijke projecten en personeelwissels kosten handenvol geld, energie en verloren tijd.
- Streef naar flexibele proeftuinen: bv. voldoende mogelijkheden om bij te sturen en te groeien of flexibele onderzoeksdesigns aangepast aan de proeftuin en doelgroep. Voorzie bijvoorbeeld steeds een projectontwikkelingsfase. Bij een projectaanvraag wordt er vanalles over het hoofd gezien. Het vraagt tijd in participatieve projecten om de neuzen in dezelfde richting te krijgen en te laten staan.
- Investeer in sociale innovatie en co-constructie. Betrek ouderen en zorgbehoevenden bij de ontwikkeling van nieuwe initiatieven die ingaan op hun noden en verzuchtingen. Ga samen op zoek naar antwoorden. Dat buurtbewoners zelf mee oplossingen aanreiken en realiseren, is een waarborg voor kwaliteit en draagvlak. Investeer tijd, inzet en geduld in dat proces. Korte co-creatiesessies en hele co-constructieve processen zijn belangrijk, maar niet altijd evident. Living labs van producten zijn anders dan living labs van diensten en processen. Werken met een klassieke test-populatie is niet altijd nodig/mogelijk. Living labs van diensten en processen krijgen best een andere invulling.
- Digitalisering en domotica zijn geen tovermiddelen. Als het niet klantvriendelijk is, werkt het niet. Investeer tijd en middelen om zorgbehoevenden te betrekken bij de ontwikkeling en het gebruik ervan. Zorg voor permanente ondersteuning. Zonder gebruiksgemak en vanzelfsprekendheid in het dagelijks leven zijn nieuwe technologieën een extra drempel, financieel en mentaal. Het proces achter het product is even, al dan niet, belangrijker. Het traject naar de implementatie is het moeilijkste, zelfs in een proeftuin: eer iedereen mee was, hadden de eersten van het netwerk al terug afgehaakt. Er zijn zo veel voorwaarden die veel meer aandacht nodig hebben. Daar moet in een proeftuin voldoende aandacht naar gaan.

8. Geef specifieke aandacht voor socio-economisch kwetsbare groepen

- Specifieke beleidsaandacht is nodig voor socio-economische kwetsbare ouderengroepen, in kwetsbare buurten. Achter veel praktische vragen schuilt vaak een levensverhaal en de nood op verhaal te komen.
- Nieuwe werkvormen en zorgprocessen ingang doen vinden vraagt tijd, zeker als het gaat om kwetsbare ouderen. Het is een langzaam en broos traject. Ga behoedzaam te werk, samen met lokale organisaties die het dichtst bij de kwetsbare groepen staan. Geef zorgmedewerkers de tijd om een vertrouwensrelatie op te bouwen met kwetsbare ouderen en buurtbewoners. Passende aandacht geven vraagt veel aanwezigheid, informele contacten, tijd, empathie, echtheid en respect, en voldoende werkzekerheid op langere termijn.

Foto: Layla Aerts



2. Conclusie: Actief Zorgzame Buurten stimuleren ageing 'well' in place

Voorliggend rapport is een integratie van vier afzonderlijke onderzoeksrapporten die ontwikkeld werden tussen 2014 en 2016 in kader van de zorgproeftuin Actief Zorgzame Buurt (Antwerpen en Brussel). De proeftuin kreeg de doelstelling na te gaan in welke mate de ontwikkeling van een Actief Zorgzame Buurt ouderen in stedelijke wijken kan ondersteunen in het zelfstandig, kwaliteitvol thuis wonen. De drie geselecteerde Actief Zorgzame Buurten (in Schaarbeek, Etterbeek en Oud-Merksem) kregen vorm via drie deelprojecten: Ouderen Wonen Passend, Informele Buurtzorg en Casemanagement. Deze projecten speelden in op drie concrete noden, maar in de toekomst zouden zeker ook andere projecten/thema's denkbaar kunnen zijn. Het gemeenschappelijke doel is het creëren of eerder versterken van omgevingen, buurten die kwetsbare ouderen ondersteunen om kwaliteitvol thuis te blijven wonen. De talrijke interviews met ouderen, mantelzorgers, vrijwilligers, en professionals onderstrepen de meerwaarde van dergelijke projecten en tonen het potentieel van de buurt/lokaliteit voor het realiseren van ageing "well" in place, ook in stedelijke buurten.

Nood aan Actief Zorgzame Buurten

Doorheen de verschillende projecten, en in de verschillende buurten werd duidelijk dat een Actief Zorgzame Buurt tegemoet komt aan een aantal zeer concrete noden en vragen, van zowel ouderen, mantelzorgers, vrijwilligers als van (zorg)professionals. Een Actief Zorgzame Buurt moet volgens deze verschillende actoren werken aan de fysieke en sociale woonomgeving, inclusief huisvesting. Daarnaast vertrekt de realisatie van dergelijke buurt vanuit een brede visie op zorg en ondersteuning, waarbij mantelzorgers en vrijwilligers gemotiveerd en ondersteund worden en de veelheid en complexiteit van hun taken de nodige (h)erkenning krijgt. Aansluitend is het volgens zorgprofessionals belangrijk dat Actief Zorgzame Buurten aandacht besteden aan moeilijk bereikbare ouderen die binnen formele zorg en welzijnsdiensten vaak/het risico lopen uit de boot vallen. Tot slot werkt een Actief Zorgzame Buurt aan positieve beeldvorming van ouderen en zorg, en stimuleert het professionele zorgorganisaties om (meer) samen te werken.

Detectie en ondersteuning van ouderen 'onder de radar'

Hoewel ouderen uit de betrokken wijken vaak in (extreem) kwetsbare en uitgesloten situaties leven en vervolgens het risico lopen 'onzichtbaar' te blijven voor beleid en de klassieke zorgpartners, wijst dit onderzoek aan dat een ondersteunende sociale omgeving kan helpen om een deel van die individuele druk of kwetsbaarheden te compenseren of balanceren. Zo speelt bijvoorbeeld de casemanager een belangrijke rol in de (preventieve) detectie van ouderen, de detectie van hun noden en de toeleiding naar gepaste zorg en ondersteuning. De casemanager vormde binnen de zorgproeftuin een spilfiguur in de wijk, met een uitgebreide kennis over het formele én informele netwerk. Daarnaast waren er ook talrijke getuigenissen over de rol en het belang van een paar 'sleutel'-buren in de ondersteunende netwerken. In plaats van het creëren van nieuwe netwerken en verbindingen bleek het een belangrijker uitdaging om bestaande steunnetwerken en verbindingen 'zichtbaar' te maken en te investeren in hun (h)erkenning, waardering en ondersteuning.

Betere toegang tot zorg

Als gevolg van een complexe politieke structuur (vooral in Brussel), worden mensen die zorg nodig hebben geconfronteerd met ernstige problemen bij het vinden van, en toegang krijgen tot de gepaste zorg. Beschikbare zorg- en welzijnsdiensten zijn vaak onderworpen aan verschillende regelingen, vallen onder verschillende overheden, werken via verschillende communicatiekanalen & diensten en hebben verschillende financieringswijzen (en in Brussel in verschillende talen). Goed functionerende organisaties blijken voornamelijk naast elkaar te werken, in plaats van samen, wat een meer geïntegreerde zorg aanpak belemmert. De uitdaging bestaat er uit een overzicht van toegankelijke en beschikbare zorg voor alle bewoners te behouden. Het blijkt moeilijk om dit te realiseren door een oudere zelf, maar wordt bijna eerder een professionele competentie op zich. Daarnaast lijkt het opportuun om een aantal modellen te ontwikkelen die de samenwerking op wijkniveau in plaats van op organisatorisch niveau stimuleren. Tenslotte onderstreept het rapport ook de nood aan betaalbare zorg. Zorguitgaven zijn meer dan enkel de medische kosten en het lijken net de welzijnszorgkosten te zijn die een grote hap uit het budget nemen wanneer kwetsbare ouderen toch thuis willen blijven wonen. Ageing in place kost geld.

Zorgen voor elkaar

Het onderzoek toont aan dat de veelgebruikte dichotomie van ‘zorger’ versus ‘zorgvrager’ een eerder kunstmatig onderscheid is. Er is een verschuiving nodig naar een meer ‘relationele’ conceptualisering van zorg in de buurt - waarin wordt erkend dat ‘zorgers’ ook zorg en ondersteuning nodig hebben, zowel als dat ‘zorgvragers’ vaak ook zorg en ondersteuning verstrekken. Tegelijkertijd, als we willen dat Actief Zorgzame Buurten hun volledige potentieel realiseren, moeten we een brede blik houden op de sociale omgeving. Naast de dimensies die klassiek gezien linken aan Actief Zorgzame Buurten zoals ondersteunende- en zorgnetwerken, bleek uit het onderzoek evenzeer de relevantie van aspecten zoals buurtcohesie, plaatsgehechtheid en de nood aan positieve beeldvorming van de buurt, zijn inwoners en zorg.

Actief Zorgzame Buurten in steden?

Een rode draad doorheen de onderzoeken bleek de invloed van een aantal ‘structurele’ factoren en obstakels die we vaak kunnen terugvinden in een stedelijke context. Ten eerste vertonen stedelijke buurten vaak een sterke migratie. De Brabantwijk is bijvoorbeeld een typische ‘transitbuurt’ waar nieuw aangekomen migranten de neiging hebben om zich te vestigen als gevolg van de betaalbare huurwoningen. Echter, vele groepen hebben ook de neiging om het gebied te verlaten zodra ze de middelen hebben om te verhuizen. De snel veranderende samenstelling van de wijk kan dan ook een risico vormen voor de sociale netwerken en relaties van langdurige bewoners. Als gevolg hiervan is er bij het ontwikkelen van een Actief Zorgzame Buurt nood aan structurele input en omkadering. Eenmalig investeren is onvoldoende, net door de wisselende bewoners en aansluitend veranderende netwerken, moet een Actief Zorgzame Buurt continu ondersteund worden.

Vervolgens presenteert de evolutie van gentrificatie, iets wat we eerder terugvinden in Etterbeek (door bijvoorbeeld de nabijheid van de Europese wijk), een aantal bijzondere uitdagingen. Oudere bewoners die reeds een lange tijd in de wijk wonen, hebben het gevoel dat ze nog maar weinig invloed hebben. Hun buurt is sterk veranderd door de jaren heen, met trendy bars en restaurants ter vervanging van de lokale en vertrouwde plaatsen van vroeger. Terwijl gentrificatie kan leiden tot meer toegankelijke openbare ruimten en nieuwe lokale diensten, kan het ook nieuwe vormen van sociale uitsluiting creëren voor ouderen. Ten derde onderstreept het onderzoek de moeilijkheid van meervoudige achterstelling in een wijk: door hoge werkloosheid, lage inkomens, verschillende nationaliteiten op kleine perimeter, ... Mensen gaan vaak eerst zien dat ze aan hun basisbehoeften voldoen alvorens ‘actief’ mee te werken, ook al hebben ze elkaar soms nodig in het voldoen van basisbehoeften. Om aan deze drie obstakels tegemoet te komen zijn voortdurende investeringen in de lokale zorgnetwerken een cruciale kwestie, zeker in achtergestelde stadsbuurten die vaak gekenmerkt worden door een gemeenschap in verandering. Een Actief Zorgzame Buurt kan niet zomaar worden ‘gelanceerd’ en vervolgens direct zelfvoorzienend te zijn. Indien dit zorgmodel zou blijken maatschappelijke kosten te besparen, is het aangeraden om deze te herinvesteren in diens organisatorische ondersteuning.

Kritische reflecties

Dit hoofdstuk willen we afsluiten met een aantal reflecties over het project. In de eerste plaats is een kritische blik op het concept van een proeftuin of internationaal benoemde ‘living labs’, noodzakelijk. Het Europees netwerk van Living Labs (ENoLL) definieert deze als “user-centred, open innovation ecosystems based on a systematic user co-creation approach integrating research and innovation processes in real life communities and setting”. Living Labs werden oorspronkelijk gemaakt als een arena om digitale diensten te ontwikkelen en nieuwe technologische apparaten te testen in het dagelijkse leven (Bergvall-Kareborn & Stahlbrost, 2009). Hoewel de definitie veelbelovend klinkt, was de toepassing van het concept in dagelijkse (achtergestelde) gemeenschappen niet zo evident. Het realiseren van ‘co-creatie’ en ‘co-constructie’ genereerde een aantal belangrijke vragen: Wat verstaan we onder co-creatie? Is co-creatie anders dan het concept van participatie, een concept meer populair in de jaren 1990 en vroege 2000’s? Hoe kunnen we co-creatie processen opstarten (en volhouden) met kwetsbare ouderen in achterstandswijken? De ervaring van de Actief Zorgzame Buurt projecten geeft aan dat het co-creëren met zeer kwetsbare mensen (in achtergestelde situaties) mogelijk is, maar het scheppen van vertrouwen en ontwikkelen van relaties en netwerken vormt een tijdsintensief proces. Deze tijd is niet altijd beschikbaar in het korte tijdsbestek van een proefproject.

Ten tweede staan we stil bij gelijkaardige, doch verschillende concepten waar Actief Zorgzame Buurten aan kunnen gelinkt worden zoals Leeftijdsvriendelijke Gemeenten, Gezonde en Warme Gemeenten, Dementievriendelijke gemeenten, etc. Alle concepten wijzen op het belang van een ondersteunende omgeving die ouderen (en ook andere buurtbewoners) helpt zodat men ook met zorgnoden op een kwaliteitsvolle manier thuis kan blijven wonen. Daarbij is er stevast aandacht nodig voor zowel de fysieke als voor de sociale dimensie van de woonomgeving. Hoewel het voor openbare besturen vaak makkelijker lijkt om fysieke aspecten van de woonomgeving te optimaliseren (vb. inrichting van wandelbare buurten) lijkt de grootste uitdaging te liggen in de versterking van het sociale. Denken we daarbij aan de versterking van het sociale weefsel, beeldvorming, stereotypes en negatieve attitudes ten aanzien van kwetsbare ouderen en zorg in het algemeen, alsook aan de impact van veranderingen in de gemeenschap (vb. lokale migratie). Daarenboven lijkt het nodig om het debat rond Actief Zorgzame Buurten (en dus ook breder rond leeftijdsvriendelijke, dementievriendelijke en gezonde gemeenten) breder te framen in discussies rond zelfregie, controle en macht - een kwestie die bijzonder belangrijk is bij oudere, kwetsbare bewoners die behoefte hebben aan langdurige zorg en onder-

steuning. Net voor deze groep zou het de moeite waard zijn om de concepten te framen in een right-based perspectief. Daarbij vertrekt men van een aanpak die zich richt op het identificeren van de behoeften van ouderen naar één waarin de focus ligt op het verdedigen van hun recht op kwaliteitsvolle zorg. Deze aanpak zorgt voor een verschuiving van ouderen als 'passieve begunstigden' naar 'actieve rechthebbenden'. Zoals het Europees charter voor de rechten en verantwoordelijkheden van ouderen met een langdurige zorg- of hulpbehoefte (EUSTaCEA project, 2010) stelt: "De menselijke waardigheid is onschendbaar. Leeftijd en afhankelijkheid kunnen geen grond zijn voor beperkingen van de mensenrechten en burgerlijke vrijheden zoals erkend door internationale standaarden en ingebed in democratische grondwetten. Iedereen, ongeacht gender, leeftijd of afhankelijkheid heeft het recht om deze rechten en vrijheden te gebruiken en deze zo nodig te verdedigen." Het kan wel, dat een persoon in een permanente of tijdelijke toestand van zorg terecht komt en niet in staat is om de eigen rechten te beschermen. Naarmate we ouder worden, kunnen we afhankelijk worden van anderen voor ondersteuning en zorg, maar we blijven altijd het recht hebben op respect voor onze menselijke waardigheid, lichamelijk en geestelijk welzijn, vrijheid en veiligheid.

Een laatste kritische vraag werd door Golant geformuleerd in 2014 (blz. 11): 'Are age-friendly communities intended to help healthy older people live more meaningful lives or to help the most frail older people age safely in place?' Vele projecten rond ouderenzorginnovatie lijken zich in realiteit voornamelijk te focussen op de meer actieve, vitale of gegoede ouderen. De rationale van kortdurende projectsubsidies waarbij op (relatief) korte tijd effecten en tastbare resultaten moeten voorgelegd worden, werkt nadelig voor projecten die net focussen op kwetsbare ouderen. De uitdagingen om met echt kwetsbare ouderen aan de slag te gaan zijn immers veel groter, en daardoor is de kans op een positief, meetbaar resultaat kleiner (cfr. conclusie "Kwetsbaar in Kwadraat", Nederland). Daarentegen zou een ondersteunende buurt vooral gunstig kunnen zijn voor diegenen die niet over de middelen of mogelijkheden beschikken om zelf hun situatie te verbeteren en die meer afhankelijk zijn van hun directe omgeving.

Foto: Layla Aerts



Literatuurlijst

- Baarda, D.B., De Goede, M.P.M., & Theunissen, J. (2009). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen: Noordhoff Uitgevers.
- Baars, J. (2014). Ouder worden en de terugkeer van maatschappelijke ongelijkheid. *Geron*, 16(3), p7-10.
- Bergvall-Kareborn, B., & Stahlbrost, A. (2009). Living lab: an open and citizen-centric approach for innovation'. *International Journal of Innovation and Regional Development*, 1(4), 356-70.
- Boekholdt, M. (2011). Ouderenzorg en gemeenschapsvorming. In C. Smits, M. Hettinga & A. Mulder (Eds.), *Communities van en voor ouderen: een wereld van kansen* (pp. 8-20). Den Haag: Boom uitgevers.
- Boekholdt, M.G., & van Oosterhout, T. (2013). Het nieuwe speelveld van de zorg. *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie*, 44(4), 184-189.
- Bracke, E. (2010). *De vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg. Begeleiden in een thuissituatie moet je leren*. Geraadpleegd op 24 juli 2014, op <https://www.weliswaar.be/modulefiles/magazines/97-wetenschappelijk-onderzoek-2010/pdfs/de-vermaatschappelijking-van-de-geestelijke-gezondheidszorg.pdf>
- Broese van Groenou, M. (2014). Hoe (on)realistisch is het overheidsbeleid als het gaat om de inzet van informele zorg? *Geron*, 16(3), 46-49.
- de Boer, A., Broese van Groenou, M., & Keuzenkamp, S. (2010). Belasting van werkende mantelzorgers. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 88(6), 313-319.
- De Donder, L. (2015). Gerōns septembernummer 2014 gewikt en gewogen in Vlaanderen. *Geron*, 17(1), 69-72.
- Declercq, A. (1998). In het interferentiegebied tussen systeem en leefwereld: de zorg voor dementerenden. *Tijdschrift voor Sociologie*, 19(4), 393-425.
- Declercq, A. (2012). Oude vragen over zorg voor ouderen, zijn er nieuwe antwoorden? In K. Hermans & D. Van Den Bosch (Eds.), *Zorg voor welzijn. Oude vragen en nieuwe antwoorden* (pp. 67-82). Leuven: Uitegeverij Acco.
- De Dijn, H. (2012). Vermaatschappelijking van de zorg: in welke maatschappij? *Acta Medica Catholica*, 80(1), 4-9.
- De Koker, B. & Jacobs, T. (2008). Hoe zwaar weegt de mantel? Determinanten van de ervaren zorgbelasting bij Vlaamse mantelzorgers. *Tijdschrift voor Sociologie*, 2-3, 258-275.
- Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. (2013a). De kracht van het engagement. De vermaatschappelijking van de zorg in de dagelijkse praktijk. Geraadpleegd op 30 juli 2014, op <http://www.vlaanderen.be/nl/publicaties/detail/de-kracht-van-het-engagement-de-vermaatschappelijking-van-de-zorg-in-de-dagelijkse-praktijk-1>
- Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. (2013b). *Jaarverslag Departement WVG*. Geraadpleegd op 12 augustus 2014, op http://www4wvg.vlaanderen.be/wvg/jaarverslag/2013/voorwoord/Documents/jaarverslag2013_printversie.pdf
- De Rick, K., Loosveldt, G., Van Audenhove, C., Lammertyn, F., van Weeghel, J., & Van Buggenhout, B. (2003). *De vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg*. Geraadpleegd op 23 juli 2014, op http://www.kuleuven.be/lucas/pub/publi_upload/2003_7_KDR_GL_CVA_FL_Vermaatschappelijking%20van%20de%20GGZ.pdf
- Everaert, E., Vanempten, T., & Vanhaeren, M. (2015). *Vermaatschappelijking van zorg: de kracht van verandering of een holle slogan?* Geraadpleegd op 1 oktober 2016 op <http://sociaal.net/opinie/vermaatschappelijking-van-zorg/>
- Gilchrist, A. (2004). If the rhetoric of community-led regeneration is to be translated into real change, then informal networks are crucial to the journey... In H. McCarthy, P. Miller & P. Skidmore (Eds.). *Network Logic. Who governs in an interconnected world?* (pp. 145-154) London: Demos.
- Golant, S.M. (2014). *Age-friendly communities. Are we expecting too much?* IRPP Insight 5 (February 2014). Montreal:

Institute for Research on Public Policy.

Jonker, C., Slaets, J.P.J., & Verhey, F.R.J. (2009). *Handboek dementie. Laatste inzichten in diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Koops, H. & Kwekkeboom, M.H. (2005). *Vermaatschappelijking in de zorg*. Den Haag: Sociaal en cultureel planbureau.

Kwekkeboom, R. (2004). *De waarde van vermaatschappelijking*. Geraadpleegd op 23 juli 2014, op <http://www.lectoraaten.nl/publicatie/73/de-waarde-van-vermaatschappelijking>

Linders, L. (2007). Niet de sterkste schouders. *Sociale interventie*, 16(2), 13-24.

Lissens, G., & Verbeek, A. (2007). Geestelijke gezondheidszorg activeert en vermaatschappelijkt. *Sociaal*, 28(10), 10-15.

Murray, R. et al. (2010). *The open book of social innovation*. Londen : Nesta.

Paraponaris, A., Davin, B., & Verger, P. (2012). Formal and informal care for disabled elderly living in the community: an appraisal of French care composition and costs. *The European Journal of Health Economics*, 13, 327–336.

Penninx, K., & Sprinkhuizen, A. (2011). *Krachtgerichte sociale zorg. Sociaal werk in de participatiesamenleving. Een verkenning*. Utrecht: MOVISIE, kennis en advies voor maatschappelijke ontwikkeling.

Polis, H. (2008). Ouderenbeleid met toekomst. Het woonzorgdecreet. *Weliswaar*, 84, 33.

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO). (2001). *Kwetsbaar In Kwadraat*. Den Haag: Sdu Uitgevers.

Schermer, M. (2004). *Mantelzorg, kostenbeheersing en eigen verantwoordelijkheid*. Geraadpleegd op 1 augustus 2014, op http://www.ceg.nl/uploads/publicaties/6_mantelzorg.pdf

Steyaert, J. (2014). De meervoudigheid van vermaatschappelijking. *Gids*, 11-16.

Struijs, A.J. (2006). *Informeel zorg. Het aandeel van mantelzorgers en vrijwilligers in de langdurige zorg*. Zoetemeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Van den Heuvel, B. (2014). Over de kwetsbaarheid van 'vermaatschappelijking van de zorg'. *De gids op maatschappelijk gebied*, 105(1), 11-16.

Vandeurzen, J. (2010). *Naar een dementievriendelijk Vlaanderen. Dementieplan Vlaanderen 2010-2014*. Geraadpleegd op 15 augustus 2014, op [http://www.zorg-en-gezondheid.be/uploadedFiles/NLsite_v2/Nieuws/2011/Dementieplan%20Vlaanderen%202010-2014%20\(PDF\).pdf](http://www.zorg-en-gezondheid.be/uploadedFiles/NLsite_v2/Nieuws/2011/Dementieplan%20Vlaanderen%202010-2014%20(PDF).pdf)

Vandeurzen, J. (2012). *Beleidsbrief Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Beleidsprioriteiten 2012-2013*. Geraadpleegd op 30 juli 2014, op <http://docs.vlaamsparlement.be/docs/stukken/2013-2014/g2215-1.pdf>

Van Regenmortel, T. (2009). Empowerment als uitdagend kader voor sociale inclusie en moderne zorg. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 18(4), 22-42.

van Reijen, M. (2007). *Met de beste bedoelingen: veertig jaar betekenisgeving en praktijk van vermaatschappelijking in beeld gebracht*. Geraadpleegd op 23 juli 2014, op <http://surfsharekit.nl:8080/get/smpid:18014/DS1/>

Vlaams Parlement. (2013). Ontwerp van decreet betreffende de integrale jeugdhulp. Tekst aangenomen door de plenaire vergadering. Geraadpleegd op 30 juli 2014, op http://wvg.vlaanderen.be/jongerenwelzijn/assets/docs/ons/regelgeving/ontwerpdecreet_integrale-jeugdhulp.pdf

WHO, World Health Organisation (2015). *WHO global strategy on people-centred and integrated health services*. Geneva: WHO.

Wilken, J.P. (z.d.). *Over vermaatschappelijking en andere integratiebegrippen*. Geraadpleegd op 24 juli 2014, op <http://www.participatiezorgenondersteuning.nl/CmsData/Articles/Over-vermaatschappelijking-en-andere-integratiebegrippen.pdf>



WELZIJN
WONEN
ZORG



Vlaanderen
In Actie
Pact 2020



Vlaanderen
verbeelding werkt