FACULTEIT GENEESKUNDE

ACADEMISCH CENTRUM HUISARTSGENEESKUNDE

Verbinden van formele en informele zorgverleners binnen wijkgerichte zorg:

Geïntegreerd, buurtgericht zorgcentrum: een explorerend onderzoek bij betrokken partijen.

Wouter WECKX

Promotor: Prof. dr. M. VAN NULAND

Co-promotor: Dr. G. PINT

Masterproef ingediend tot het behalen van de graad van master of Medicine: *Master in de huisartsgeneeskunde*

Academiejaren 2018-2020

KU LEUVEN

ACADEMISCH CENTRUM HUISARTSGENEESKUNDE

FACULTEIT GENEESKUNDE

ACADEMISCH CENTRUM HUISARTSGENEESKUNDE

© Copyright KU Leuven

This Master's Thesis is an exam document. Possibly assessed errors were not corrected after the defence. In publication, references to this thesis may only be made with written permission of the supervisor(s) mentioned on the title page.

Dit proefschrift is een examendocument dat na verdediging niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. In publicaties mag naar dit werk gerefereerd worden, mits schriftelijke toelating van de promotore(en) die met naam vermeld zijn op de titelpagina.

FACULTEIT GENEESKUNDE
ACADEMISCH CENTRUM HUISARTSGENEESKUNDE
Kapucijnenvoer 33, blok J
3000 LEUVEN, België
tel. + 32 16 37 73 02
achg @kuleuven.be
www.achg.be

Inhoudsopgave

ABSTRACT 5
BACKGROUND 5
METHOD 5
RESULTS 5
CONCLUSION 5
HOOFDSTUK 1: INLEIDING 7
HOOFDSTUK 2: METHODOLOGIE 9
2.1. ONDERZOEKSMETHODE 9
2.2. DATACOLLECTIE 9
2.2.1. Deelnemers 10
2.2.2. Afname interviews 11
2.2.3. Afname enquêtes 12
2.3. DATA ANALYSE 12
HOOFDSTUK 3: RESULTATEN 15
3.1. RESULTATEN UIT DE INTERVIEWS 15
3.1.1 Profiel van de deelnemende formele zorgverleners 15
3.1.2. Verbinden vraagt inspanning 15
3.1.3. Slechts een instrument 17
3.1.4. De buurt sociaal ondersteunen 18
3.1.5. Structuur 21
3.1.6. Zorgverlening binnen buurtgerichte zorg 23
3.1.7. Spanningsveld tussen professionele relatie en informeel contact 24
3.1.8. Organisatie en realisatie van een geïntegreerd, buurtgericht zorgcentrum 25
3.1.9. Uitwerking conceptueel schema 28
3.2. RESULTATEN UIT DE ENQUÊTE 30
3.2.1. Profiel van deelnemende buurtbewoners 31
3.2.2. Noodzaak aan hulp door informele zorgverlening? 32
3.2.3. Is er verbinding nodig tussen formele en informele zorgverlening? 32
3.2.4. Nood aan een verbindende locatie? 33
3.2.5. Welke diensten zou een buurtgericht zorgcentrum moeten huisvesten? 34
3.2.6. Openingstijden van het buurtgericht zorgcentrum 36
3.2.7. Formele zorgverleners ook aanwezig op informele activiteiten in buurtgericht zorgcentrum? 36
HOOFDSTUK 4: DISCUSSIE 37

4.1. Bedenkingen bij de resultaten 37
4.1.1. Profiel centrale medewerker 37
4.1.2. Medische zorgverlening binnen het geïntegreerd, buurtgericht zorgcentrum 38
4.1.3. Verbinden van verschillende bevolkingsgroepen 39
4.1.4. Activiteiten voor iedereen 39
4.1.5. Ook nood aan een centraal telefoonnummer 40
4.1.6. Financiële haalbaarheid 40
4.2. Aanzet tot 'Fase 3' uit het conceptuele schema 41
4.2.1. Organigram buurtgericht zorgcentrum 41
4.2.2. Ondersteuning van organisatie en aanpak buurtgerichte zorg 48
4.3. Implicaties van het onderzoek voor de toekomst 50
4.3.1. Onderzoek ondersteunt het concept 50
4.3.2. Vervolgonderzoek 50
4.3.3. Andere buurten 51
4.4. Sterkten van dit onderzoek 51
4.5. Hiaten in dit onderzoek 52

HOOFDSTUK 5: BESLUIT 54

DANKWOORD 55

LITERATUURLIJST 56

BIJLAGEN 59
1. Goedkeuring door Onderwijs-BegeleidingsCommissie 59
2. Informatiebrief en 'Informed consent' formulier interview 63
3. Uitwerking interview 66
4. Uitwerking enquête 70

ADDENDUM 78

Abstract

Connecting formal and informal caregivers within community-based care.
Integrated community-based care centre: explorative research in all parties involved.

Background

To address the issues of the current healthcare system, it is of interest to switch from practically oriented care to community-based care. In Wilsele-Dorp, a project to start such community-based care, is ongoing. Former research, conducted by colleagues and me, revealed that a central location was desired to support the connection between formal and informal caregivers regarding community-based care. The aim of this research was to explore the opinions of all parties involved with regard to a central location, as previously described. This in order to identify the need for an integrated, community-based care centre and if so, to further investigate what it should look like, which services it should offer and how it should be organized preferably.

Method

As a qualitative research method 'grounded theory' was chosen to conduct this research. Formal caregivers were interviewed, and these interviews were processed by means of the QUAGOL-guidelines. Starting from these results, a survey was done to get to know the opinion of a broader group, more specifically the local residents and the rest of the formal caregivers in Wilsele-Dorp.

Results

A total of 10 formal caregivers from Wilsele-Dorp underwent an interview. In addition, 60 local residents participated in the survey. Analysis revealed a positive attitude towards community-based care and an integrated, community-based care centre. Starting from these results, a conceptual scheme was designed, proposing consecutive phases to get towards an integrated, community-based care centre.

Conclusion

This research showed that an integrated, community-based care centre is well desired by all parties involved in Wilsele-Dorp. However, several phases still need to be accomplished before such a centre can be realized. The findings of this study may help to fulfill these

phases. This research itself was the first phase towards an integrated, community-based care centre with regard to community-based care in Wilsele-Dorp.

Hoofdstuk 1: Inleiding

Alvorens te beginnen aan de uitleg waarover dit onderzoek gaat, is het noodzakelijk om de context te schetsen waarbinnen dit onderzoek valt. De laatste jaren komt er steeds meer druk te staan op het zorgsysteem zoals wij het nu kennen. De zorgvraag en zorgnoden worden steeds groter en op lange termijn zouden deze de draagkracht van het huidige zorgsysteem wel eens kunnen overstijgen. Om het groeiende probleem een oplossing te bieden is er nood aan aanpassing binnen het zorgsysteem.[1] Een benadering die steeds meer aandacht geniet, is wijkgeriche zorg.[2] Binnen wijkgerichte zorg is het de bedoeling dat op bidirectionele wijze de zorgverlening ondersteuning krijgt. Bidirectioneel omdat de formele zorgverlening ondersteund zal worden door informele zorgverleners maar ook omgekeerd. Er bestaat reeds een vorm van informele zorgverlening, alleen wordt deze nog niet optimaal aangehaald en ondersteund. Door middel van implementatie van deze informele zorgverlening binnen het huidige zorgsysteem kan men tot wijkgerichte zorg komen, dewelke mogelijk het hoofd kan bieden aan de toenemende druk binnen de zorgverlening. Niet enkel de zorgverleners, zowel formeel als informeel, kunnen hier wel bij varen, maar ook de buurtbewoners kunnen van dit voordeel meegenieten.[3] Uit onderzoek blijkt namelijk dat initiatieven, binnen het kader van wijkgerichte zorg, leiden tot meer gelijkheid van de zorg door een toename van bereikbaarheid, beschikbaarheid en betaalbaarheid. Verder kan wijkgerichte zorg ook leiden tot uitbreiding van het sociale netwerk van vele buurtbewoners en aldus sociale isolatie bestrijden en fysieke en mentale gezondheid verbeteren.[2]

Binnen het kader wijkgerichte zorg werd door enkele collega's en mezelf rond het verbinden van formele en informele zorgverleners te Wilsele-Dorp reeds onderzoek gevoerd naar de sterktes, mogelijke knelpunten en oplossingen in het kader van de masterthesis van de masteropleiding voor geneeskunde. Hierbij werd aan de hand van focusgroepen, waaraan zowel formele zorgverleners als buurtbewoners deelnamen, de ervaring van betrokken partijen bevraagd. Naast sterktes en knelpunten binnen Wilsele-Dorp werd er ook een oplossing geboden voor het verbinden van de formele en informele zorgverlening, namelijk het 'dispatching systeem'.[4] Dit 'dispatching systeem' is een theoretisch netwerkmodel bestaande uit verschillende componenten, hetgeen een kader biedt van waaruit men kan vertrekken om communicatie en verbinding op te zetten tussen de betrokken partijen. Dit model kan echter niet zonder meer toegepast worden en er zullen nog verschillende vraagstukken moeten worden bestudeerd alvoor men tot een uiteindelijke oplossing zal komen. Naast de vraagstukken rond privacy, beroepsgeheim en het opzetten van een communicatienetwerk in dit hele verhaal, werd er ook naar voren geschoven dat er nood is aan een centrale, verbindende locatie. Deze centrale locatie zou noodzakelijk zijn om het hele netwerk te laten functioneren en de communicatie tussen de verschillende partijen te vergemakkelijken.[4]

Langs deze weg komen we tot het onderwerp van dit onderzoek: "Geïntegreerd, buurtgericht zorgcentrum: een explorerend onderzoek bij betrokken partijen.". Met dit

onderzoek zal worden nagegaan of het daadwerkelijk klopt dat binnen de wijk Wilsele-Dorp nood is aan zulke centrale locatie. En zo ja, hoe zou, volgens de mening van deelnemende buurtbewoners en formele zorgverleners, deze centrale locatie er dan kunnen uitzien, welke diensten ze zou ze kunnen huisvesten en op welke manier zou deze dan georganiseerd kunnen worden.

Hoofdstuk 2: Methodologie

2.1. Onderzoeksmethode

Net als het vorige onderzoek is ook dit onderzoek buurtgericht. Hierdoor is een kwalitatief onderzoek ook nu optimaal om een idee te krijgen over de visie van alle betrokken partijen te Wilsele-Dorp.[5] In dit onderzoek wordt er echter voor gekozen om te werken met een 'mixed method' benadering waarbij de enquête, voorafgegaan door interviews welke uitsluitend kwalitatieve resultaten geven, voornamelijk kwantitatieve resultaten oplevert naast enkele kwalitatieve resultaten. Dit wordt gebaseerd op de 'grounded theory' waarbij men als onderzoeker tot een resultaat probeert te komen door het analyseren van concepten die gegrond zijn in verzamelde data.[6] Uit vorig onderzoek bleek dat er, om een goede verbinding tussen formele en informele zorgverleners tot stand te brengen, onder andere noodzaak is aan een centrale, verbindende locatie.[4] Echter kan men niet zomaar binnen elke wijk éénzelfde conceptueel buurtgericht zorgcentrum oprichten en verwachten dat dit voor elke wijk het ideale concept zal zijn.[7,8] Elke wijk heeft immers eigen noden en het is dus belangrijk dat het concept van een geïntegreerd buurtgericht zorgcentrum gestoeld is op de visie van de buurtbewoners en zorgverleners die deel uitmaken van de wijk.[7,8] Zo is dit ook het geval in Wilsele-Dorp. Een ander voordeel aan het voeren van het onderzoek op deze manier is dat het reeds de verschillende partijen betrekt met het oog op buurtgerichte zorg.

2.2. Datacollectie

Bij de 'grounded theory' gaat men uit van de mening en visie van de deelnemers.[6] Gezien we een zo breed mogelijk publiek binnen Wilsele-Dorp proberen te bereiken lijkt een enquête het meest geschikte medium om ieders mening te kunnen verzamelen. Echter om tot een enquête te komen, kan men niet zomaar lukraak enkele vragen opstellen. Er wordt hier gekozen om eerst een groter beeld te krijgen van een geïntegreerd, buurtgericht zorgcentrum in Wilsele-Dorp door middel van interviews. Hier wordt geopteerd om deze interviews af te nemen bij de formele zorgverleners omdat ze makkelijker te bereiken zijn doordat ze in kleiner aantal zijn en een belangrijke groep vormen binnen wijkgerichte zorg maar voornamelijk omdat een buurtgericht zorgcentrum een grote impact kan hebben op hun dagelijks werk en hun visie op mogelijkheden en barrières dus zeker belangrijk is om verder te exploreren. Daarna hun visie aftoetsen aan de visie van de buurtbewoners kan ertoe bijdragen dat een breed gedragen voorstel uit de bus komt. Na analyse van deze interviews wordt een enquête samengesteld, gebaseerd op de resultaten voortvloeiend uit de mening van de formele zorgverleners. Gezien met de interviews niet alle formele zorgverleners bevraagd kunnen worden, wordt deze enquête ook onder de formele zorgverleners verspreid om zowel alle buurtbewoners alsook alle formele zorgverleners de

kans te geven om hun mening te laten horen over dit onderwerp. Daar de interviews worden afgenomen bij formele zorgverleners zijn de antwoorden gekleurd vanuit hun perspectief. Om dit perspectief in de enquêtes te kunnen afzwakken, wordt er ruimte gelaten om, buiten de vooropgestelde antwoordkeuzemogelijkheden, een eigen idee of mening, welke niet aan bod komen in de enquêtevragen, uit te drukken.

2.2.1. Deelnemers

2.2.1.1. Kenmerken deelnemers

2.2.1.1.1. Interviews

Aangezien de formele zorgverleners in kleiner aantal vertegenwoordigd zijn in Wilsele-Dorp (en eigenlijk binnen elke wijk), en dus met een kleiner aantal interviews een algemeen beeld gevormd kan worden van de algemene opinie, worden zij uitgenodigd voor een één-op-één interview. Verder is het ook handig om vooreerst formele zorgverleners te interviewen en vanuit hun meer wetenschappelijk standpunt een enquête te vormen.

2.2.1.1.2. Enquêtes

Daar het onmogelijk is om met elke buurtbewoner een één-op-één interview te verwezenlijken, wordt hen de kans gegeven om hun visie te delen door middel van deelname aan de enquête. Ter vervollediging van de visie van alle formele zorgverleners worden ook zij uitgenodigd voor een deelname hieraan.

2.2.1.2. Inclusiecriteria

Om te mogen deelnemen als formele zorgverlener, om te mogen deelnemen aan de interviews of enquête, is het noodzakelijk om hun beroep (ten minste deels) uit te oefenen in Wilsele-Dorp. Voor buurtbewoners is het een vereiste om woonachtig te zijn in Wilsele-Dorp. Er wordt omwille van ethische redenen gekozen voor een minimumleeftijd van 18 jaar. Er wordt geen maximumleeftijd vooropgesteld.

2.2.1.3. Exclusiecriteria

Het enige echte exclusiecriterium is de leeftijd jonger dan 18 jaar.

2.2.1.4. Rekruteren van deelnemers

2.2.1.4.1. Interview

Vooraf wordt het minimum aantal formele zorgverleners voor deelname aan een interview vastgelegd op 10, met minstens 2 deelnemers uit elke grotere beroepsgroep (huisarts, kinesitherapeut, apotheker, psycholoog). Dit vooropgestelde doel werd behaald. Formele zorgverleners worden uitgenodigd via e-mail alsook persoonlijk aangesproken. Nadien worden, samen met het verspreiden van de enquête voor de buurtbewoners, ook de formele zorgverleners uitgenodigd om aan deze enquête deel te nemen.

2.2.1.4.2. Enquête

Voor deelname aan een enquête worden zowel buurtbewoners als formele zorgverleners gesensibiliseerd door middel van sociale media (Facebook, Hoplr), via posters en via enquêtes die werden verdeeld onder de formele zorgverleners alsook op diverse plaatsen in Wilsele-Dorp (bv. kapper, frituur, scholen…). Ook wordt tijdens de kerstmarkt in Wilsele-Dorp een standje rond 'Zorgzaam-Wilsele' opgezet om aldaar buurtbewoners de mogelijkheid te bieden om informatie te verkrijgen rondom het thema en hun contactgegevens achter te laten om alzo gecontacteerd te kunnen worden van zodra de enquête van start gaat. Via deze communicatiemethoden wordt zowel een weblink als QR-code naar de online enquête meegedeeld alsook een papieren versie van de enquête zelf verspreid. Zo krijgen de buurtbewoners en formele zorgverleners de keuze om de enquête anoniem online in te vullen (hiervoor wordt gebruik gemaakt van het platform 'SurveyMonkey') of dit schriftelijk te doen. De papieren enquêtes kunnen na invullen anoniem worden achtergelaten in bussen bij de praktijken van de formele zorgverleners.

2.2.2. Afname interviews

Binnen dit onderzoek werd gekozen voor een 'gestructureerd, open-ended interview'. Deze methode laat namelijk toe om de resultaten beter te kunnen vergelijken aangezien hier steeds gebruik wordt gemaakt van dezelfde vraagstelling.[9]

Voor het opstellen van de vragen werd de onderzoeksvraag opgedeeld in verschillende thema's. Deze thema's behelzen onderwerpen die uitgeklaard dienen te worden. Voor elk thema werd één duidelijke interviewvraag vooropgesteld alsook enkele subvragen. Deze subvragen dienen om, wanneer het interview lijkt vast te lopen of de deelnemer lijkt af te dwalen, het interview weer op het juiste spoor te krijgen.[9]

Voorafgaand aan de interviews werd een vragenlijst opgesteld. Ter op punt stelling van het interviewschema en de vragenlijst werd rekening gehouden met enkele richtlijnen.[9,10,11] Voor informatie over de verdere uitwerking van het interview, zie bijlage 3.

De interviews werden één-op-één afgenomen op een voor de deelnemer geschikt moment en locatie. Voorafgaand werd een korte uitleg gegeven over formele en informele zorgverlening alsook het feit dat dit onderzoek een vervolgonderzoek is. Elk interview werd, na ondertekenen van het 'informed consent', opgenomen met een dictafoon om latere analyse mogelijk te maken.

2.2.3. Afname enquêtes

Het opstellen van enquête kan, zoals reeds werd aangehaald, niet starten zonder vooraf de juiste onderwerpen vast te leggen. Hier werden de onderwerpen van de vragen gebaseerd op voorafgaande interviews. Rekening houdende met enkele richtlijnen voor het opstellen van een kwalitatief goede enquête werden verschillende vragen geponeerd die de meest relevante en belangrijke onderwerpen over dit thema aanhaalden.[12,13,14] Op deze manier werd voorkomen dat de enquête onnodig lang zou worden. Zo werden enkel vragen gesteld waarvan het antwoord ook werkelijk een invloed zou hebben op het uiteindelijke resultaat en bruikbaar zou zijn bij een mogelijke uitwerking van deze resultaten. Zoals eerder aangehaald, werden de enquêtes verspreid onder de buurtbewoners alsook de formele zorgverleners binnen Wilsele-Dorp. Iedereen kon op deze manier vrijwillig en anoniem deelnemen. De enquête liep initieel gedurende één maand vanaf 02/03/2020 maar werd omwille van de COVID-19 pandemie verlengd tot en met 01/05/2020. Er werd zowel een online als een papieren versie verspreid. Voor verdere uitwerking van de enquête, zie bijlage 4.

2.3. Data analyse

Binnen kwalitatief onderzoek is analyseren gebaseerd op het afbreken van data (coderen) om ze vervolgens opnieuw op te bouwen (opbouwen van een conceptueel model). In de 'grounded theory' benadering legt men de klemtoon op het cyclisch analyseren en vergelijkt men continu de data met eerdere coderingen.[15] Op die manier werd de inhoud van de interviews aangepast en verfijnd door vergelijking. Zo werd er rekening gehouden met visies en meningen uit vorige interviews om de volgende deelnemers ook hierover hun mening te laten delen. Op die manier werd extra informatie vergaard voor analyse. De analyse werd gebaseerd op de QUAGOL-richtlijn.[16] Deze richtlijn werd ontwikkeld om de analyse van de kwalitatieve data te faciliteren om zo een beter inzicht te krijgen. Het analyseproces is idealiter een teamactiviteit om alzo voldoende controle in te bouwen, misinterpretaties te corrigeren en de essentie van elk interview goed te begrijpen.[16] Echter, door tijdsgebrek van andere onderzoekers, wordt het het proces hier doorlopen door één onderzoeker. Hieronder zie je de verschillende fasen die worden doorlopen.

De analyse bestaat uit twee grote delen. Als voorbereiding op het ware codeerproces worden eerst alle interviews volledig uitgeschreven. Voor elk interview wordt een kort

rapport (‘short report’) van de deelnemer aangemaakt, met leeftijd, woonplaats binnen of buiten Wilsele-Dorp en beroep. Echter om anonimiteit te kunnen garanderen worden deze niet opgenomen in dit werk. De uitgeschreven interviews en de antwoorden op de open vragen van de enquêtes worden meerdere keren herlezen om vervolgens de belangrijkste woorden en uitspraken te markeren (open coderen).

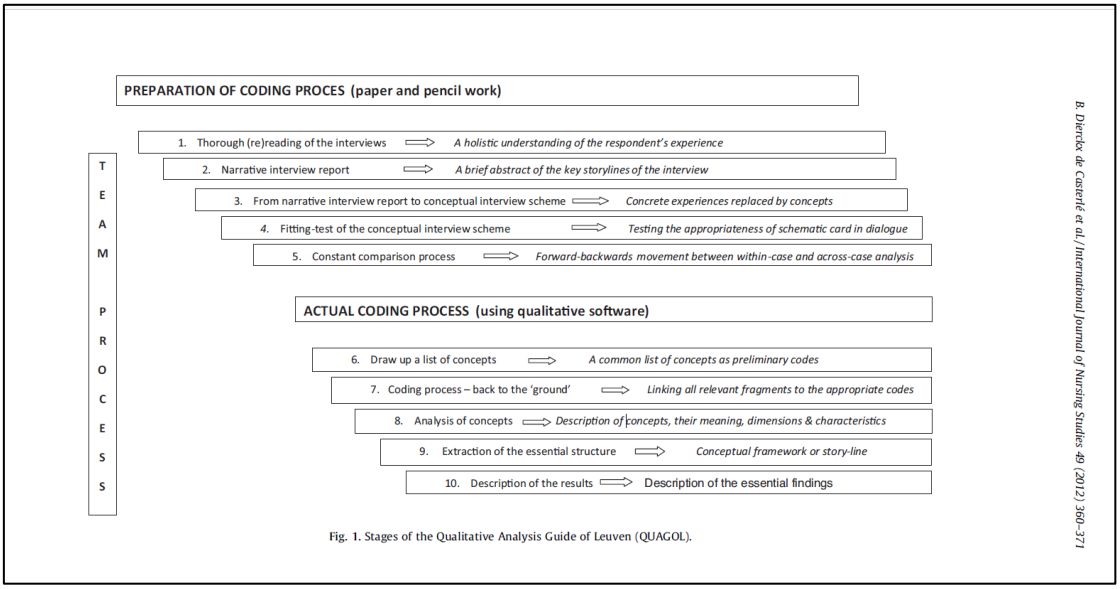


Fig. 1. Stages of the Qualitative Analysis Guide of Leuven (QUAGOL).

Figuur 1: Stappen van het codeerproces volgens de QUAGOL-methode.[16]

In een volgende stap werden deze op narratieve wijze herschreven. Als derde stap werd voor de verschillende themavragen een conceptueel schema opgesteld. Hierna werd dit conceptueel schema kritisch nagelezen om eventueel irrelevante concepten te schrappen, toe te voegen of te veranderen. Normaal worden hierna de conceptuele schema’s van de verschillende onderzoekers onderling vergeleken, geanalyseerd en samengevoegd, waardoor nog één conceptueel schema per interview of enquête zou overblijven. Aangezien dit onderzoek werd uitgevoerd door één onderzoeker werd deze stap overgeslagen en werd er uitgegaan van één conceptueel schema per interview. Hieruit werd een niet-hiërarchische lijst gemaakt van woorden die het conceptuele schema zouden moeten omvatten. Bij elk concept werden relevante stukken uit de interviews geplaatst (= axiaal coderen). Waarna deze delen nog eens gecontroleerd werden om na te gaan of ze op de juiste plaats werden gezet en of er bepaalde concepten samengevoegd konden worden. Daarnaast schreef men in eigen woorden de concepten uit. Als voorlaatste stap werden verschillende concepten samengebracht tot een overkoepelende categorie. Op die manier werden delen uit de verschillende interviews met elkaar geconnecteerd en werd duidelijk welke resultaten uitgebreid besproken moesten worden (= selectief coderen).

Dit onderzoek is echter niet enkel gestoeld op kwalitatief onderzoek via interviews en open vragen uit de enquête. Er zit namelijk ook een kwantitatief onderzoek verscholen in de enquête. Daar de interviews reeds vooraf geanalyseerd worden tot op een bepaalde niveau, kan van hieruit vertrokken worden om een enquête op te stellen waaruit zowel kwantitatieve als kwalitatieve informatie wordt verkregen. Al deze informatie wordt geanalyseerd en geeft vervolgens een beeld van de mening van de buurtbewoners en zorgverleners in Wilsele-Dorp omtrent de visie rond verschillende concepten van een geïntegreerd buurtgericht zorgcentrum.

Hoofdstuk 3: Resultaten

3.1. Resultaten uit de interviews

3.1.1 Profiel van de deelnemende formele zorgverleners

In tabel 1 krijgt men een voorstelling van de profielen van de formele zorgverleners die deelnamen aan het interview. Verder in de tekst zullen citaten worden vermeld die werden gegeven door verschillende formele zorgverleners tijdens dit onderzoek. Om anonimiteit te kunnen garanderen wordt er bij deze citaten niet vermeld van welke formele zorgverleners deze uitspraken zijn.

Formele zorgverlener	Geslacht	Leeftijd	Beroep	Woonplaats
FZV 1	Man	55 jaar	Huisarts	Wilsele-Dorp
FZV 2	Vrouw	58 jaar	(Familiale) bemiddelaar	Wilsele-Dorp
FZV 3	Man	42 jaar	Coördinator buurtwerk Leuven	Buiten Wilsele-Dorp
FZV 4	Man	38 jaar	Apotheker	Wilsele-Dorp
FZV 5	Vrouw	34 jaar	Kinesitherapeut	Buiten Wilsele-Dorp
FZV 6	Vrouw	56 jaar	3012WD / coach	Wilsele-Dorp
FZV 7	Vrouw	51 jaar	Huisarts	Buiten Wilsele-Dorp
FZV 8	Man	62 jaar	Apotheker	Wilsele-Dorp
FZV 9	Man	29 jaar	Kinesitherapeut	Buiten Wilsele-Dorp
FZV 10	Vrouw	50 jaar	Maatschappelijk werker / therapeut	Buiten Wilsele-Dorp

Tabel 1: Profiel deelnemers interview.

3.1.2. Verbinden vraagt inspanning

Vooreerst zijn de meeste formele zorgverleners ervan overtuigd dat het maken van de verbinding tussen formele en informele zorgverleners en de connectie naar de buurtbewoners toe veel tijd en inspanning zal vragen. De vraag die bij sommigen naar boven komt, is of dit nog in te passen is in hun dagelijkse werkschema. Qua timemanagement blijkt dat het voor vele formele zorgverleners een waar puzzelwerk zal worden om dit netwerk te helpen opzetten en ondersteunen. Ook financieel zijn de geleverde inspanningen in kader van het buurtgericht zorgcentrum en het buurtgericht zorgnetwerk in een eerste fase niet voordelig ten opzichte van het verderzetten van het 'normale' werkritme. Er zal goed moeten nagedacht worden hoe het opzetten van zulk netwerk en de ondersteuning ervan op een efficiënte manier kan gebeuren. Echter zien ze ook wel in dat dit op termijn zeker voordelen kan opleveren en dat deze inspanningen wel de moeite waard zijn om te

integreren in hun dagelijkse taken. Zo zou het implementeren van een buurtgericht zorgcentrum, volgens hen, op lange termijn tijd kunnen besparen, probleemsituaties zullen sneller boven water komen, men zou eventueel via informele zorgverlening een betere context krijgen rondom patiënten en men zou op een gerichte en snelle manier kunnen doorverwijzen binnen buurtgerichte zorg.

Daarboven komt dat het niet alleen een investering vraagt van de formele zorgverlening maar dat ook het contact tussen buurtbewoners onderling en naar informele zorgverlening toe wel wat moeite zal kosten. Men kan dit contact namelijk niet opdringen. Dit zal moeten groeien vanuit de buurt zelf. Maar ook nu wordt, zoals in vorig onderzoek, aangegeven dat er wel reeds wat initiatieven zijn binnen Wilsele-Dorp. Echter lijkt het alsof men steeds dezelfde groep bereikt. Hoe het komt dat de meeste buurtbewoners, of althans bepaalde bevolkingsgroepen, hiermee niet worden bereikt of hier geen nood aan lijken te hebben, blijft voor de meeste formele zorgverleners een vraag. Men moet dan ook beseffen dat het maken van een connectie tussen verschillende bevolkingsgroepen allesbehalve evident is. Het is waarschijnlijk utopisch om te denken dat alle buurtbewoners met elkaar overweg zullen kunnen.

"We moeten niet naïef zijn, mensen met verschillende achtergronden binden niet zo snel, en 'pushen' heeft geen zin, het is hard werken om te verbinden." (FZV)

Dit wil echter niet zeggen dat men het geen kans moet geven, want om optimaal te kunnen renderen op lange termijn in het kader van algemene gezondheid op buurtniveau zou men toch de meerderheid van de buurtbewoners moeten meekrijgen in het verhaal. Los daarvan is het echter niet noodzakelijk dat iedere buurtbewoner met elkaar een goede connectie heeft, het opzet zal zijn dat iedere buurtbewoner zijn sociale netwerk binnen de buurt kan vergroten en dat alle buurtbewoners, direct of indirect, verbonden zijn met het informele zorgnetwerk.

Een ander initiatief, dat wordt aangehaald door enkele formele zorgverleners, om een groter deel van de buurtbewoners te bereiken, is, wat zij, 'outreachend werken' noemen. Men heeft het hier dan over grotere evenementen die georganiseerd worden in het kader van buurtgerichte zorg. Deze zouden sporadisch ook kunnen plaatsvinden in een ander deel van de buurt Wilsele-Dorp om zo ook meerdere buurtbewoners te kunnen bereiken en makkelijker de kans te geven om aanwezig te zijn. Zo hebben ook mensen die aan de rand of in anders weinig bezochte delen van de buurt wonen meer het gevoel betrokken te zijn en minder geïsoleerd te worden. Een tweede voordeel hieraan is dat andere buurtbewoners deze delen van de buurt beter leren kennen en op deze manier de mogelijkheid krijgen om hun netwerk uit te breiden. Zo werd er vorig jaar een kerstmarkt georganiseerd in de 'Koksijdewijk', welke gelegen is aan de buitenzijde van de wijk voorbij de spoorweg. Zoals blijkt uit volgende uitspraak, werd dit positief ontvangen.

"Ik heb wel veel positieve reacties gehoord van mensen die op de opening waren van 'Zorgzaam Wilsele' aan de andere kant van de spoorweg en dat ze zo verbaasd waren van mensen die eigenlijk in hetzelfde dorp wonen en die ze nog nooit gezien hebben. Ik denk dat daar al wel connecties gemaakt zijn." (FZV)

Een buurtgericht netwerk overschrijdt natuurlijk bevolkingsgroepen en dus zullen mensen met een verschillende achtergrond moeten verbinden. Hiervoor zal vanuit elke groep een inspanning geleverd moeten worden. Een oplossing hiervoor zou kunnen zijn dat mensen die meer contacten hebben binnen bepaalde groepen in de buurt, de buurtbewoners met elkaar in contact brengen en deze drempels proberen te overbruggen. Er kwam ook naar voren dat dit niet voor elke buurtbewoner zal lukken en dat we dit dan niet als een falen van het project zullen moeten zien. Het is namelijk zo dat niet iedereen nood heeft aan deze contacten en we kunnen het alleen maar aanhalen, hen die erin geïnteresseerd zijn van de voordelen laten genieten en hopen dat de interesse en participatie van de andere buurtbewoners zal groeien met de tijd.

"Het is wel belangrijk om te weten dat het kan en dat we moeten proberen om de verschillende mensen uit de verschillende wijken samen te brengen." (FZV)

Wie ook een belangrijke rol zal spelen in het maken van deze verbindingen is de centrale medewerker. Uit interviews blijkt dat men er zeker van is dat niet zomaar iedereen kan optreden als centrale medewerker. Deze persoon zou iemand moeten zijn die sociaal begaan is, de juiste 'mindset' heeft en dus mee is met het verhaal van buurtgerichte zorg voor iedereen.

3.1.3. Slechts een instrument

Een opmerking die gemaakt wordt door enkele formele zorgverleners, is dat een buurtgericht zorgcentrum belangrijk kan zijn maar dat het slechts een instrument is om de eigenlijke bedoeling van de verbinding te kunnen vergemakkelijken.

"Ik zou meer inzetten op netwerk dan locatie. En dan kan dat wel, als die locatie ondersteuning biedt aan het netwerk en de werking." (FZV)

Er kan niet enkel op het infrastructurele gebouwd worden maar er moet wel degelijk een inhoudelijke opzet zijn. Hier heeft men het dan over een uitgebreide sociale kaart van zowel formele als informele zorgverlening, het feit dat formele zorgverlening het netwerk zal moeten ondersteunen en dat de locatie, het centrum op zich, pas dan optimaal zal kunnen functioneren. Zonder dit alles heeft het oprichten van een centrum namelijk geen nut.

"Er moet zeker een goede sociale kaart, een groot netwerk achter die centrale locatie zitten." (FZV)

Een tweede en veel gemaakte opmerking is dat het centrum eerder het imago van ontmoetingsplaats zou moeten uitstralen in plaats van de stempel van zorgcentrum. De

naam ‘zorgcentrum’ zou volgens enkele formele zorgverleners mogelijk verkeerde ideeën kunnen scheppen rondom het concept en de drempel voor buurtbewoners verhogen.

Dat de centrale locatie op zich slechts een instrument is, speelt mogelijk een rol in de idee waar zo een centrum gevestigd zou moeten worden. Slechts een enkeling haalt aan dat het opzetten van een nieuw gebouw om daar het buurtgericht zorgcentrum in onder te brengen een goede optie is omdat men dan een nieuwe start kan maken en een geschikte locatie en indeling kan kiezen. Wel wordt hierbij vermeld dat het nadeel hieraan is dat het een enorme kost zal meebrengen. Een tegenargument van andere formele zorgverleners is dat dit dan nogmaals verder de zorg zou opsplitsen, wat niet strookt met de bedoeling van buurtgerichte zorg.

Sommigen zien een oplossing in het aanbieden van een centraal telefoonnummer in plaats van een fysieke locatie. Het voordeel hiervan is dat het slechts een kleine kost zou zijn en dat er toch op eenzelfde manier zou kunnen doorverwezen worden aan de hand van de sociale kaart.

Mensen zouden dan naar dit telefoonnummer kunnen bellen in plaats van naar een fysieke locatie te moeten gaan. Het nadeel dat wordt geopperd, is dat er dan geen fysiek contact is en buurtbewoners niet kunnen worden samengebracht wat wel de bedoeling zou moeten zijn van het buurtgericht zorgcentrum binnen buurtgerichte zorg.

De overgrote meerderheid is het er dan ook over eens dat het buurtcentrum van Wilsele-Dorp de ideale locatie is om het buurtgericht zorgcentrum in onder te brengen. Beide filosofieën leunen dan ook erg dicht bij elkaar aan. Binnen het buurtcentrum is er sociaal contact mogelijk tussen de buurtbewoners en de kosten blijven redelijk laag gezien er een gemeenschappelijk gebruik is. Wat ons brengt op het tweede voordeel, namelijk dat het zorgaspecten samenbrengt in plaats van ze verder te verdelen zoals het geval zou zijn bij het opzetten van een nieuw gebouw voor het onderbrengen van een buurtgericht zorgcentrum.

“Ik zou het in het buurtcentrum vestigen. Het heeft geen nut om het nog eens apart te zetten en de zorgverlening nog verder te versnipperen.” (FZV)

3.1.4. De buurt sociaal ondersteunen

Het sociale aspect van een buurtgericht zorgcentrum is een veel besproken item. Formele zorgverleners zijn ervan overtuigd dat via dit buurtgericht zorgcentrum, en het netwerk dat hiermee wordt ondersteunt, mensen dichter bij elkaar gebracht kunnen worden. Dit op een informele manier, via activiteiten, maar ook gewoon door het dagdagelijkse contact dat zal voortvloeien uit het netwerk. Enkelen halen ook aan dat dit een ideale manier zou zijn om nieuwe buurtbewoners te verwelkomen en op die manier makkelijker te laten integreren in Wilsele-Dorp.

Een buurtgericht zorgcentrum is er voor de buurt en zou, volgens de mening van formele zorgverleners, dus ingebed moeten zijn in de lokale gemeenschap, op een zichtbare en neutrale plaats die voor iedereen toegankelijk en bereikbaar is. Vanuit een bepaalde invalshoek wordt ook opgemerkt dat we zeker rekening moeten houden met de meest kwetsbaren uit de buurt en ervoor moeten zorgen dat zij er zich ook thuis voelen en zich veilig voelen in het contact. Men is van mening dat er, door het opzetten van het netwerk en de activiteiten die hiermee gepaard gaan, voor vele buurtbewoners een nieuw opvangnet gecreëerd zal worden, hun sociale netwerk kan uitgebreid worden en ze meer betrokken zullen zijn in het buurtleven. Dit alles kan een positief effect hebben op hun kijk op het leven en de zingeving eraan.

Zoals eerder aangehaald gaat het bij verbinden niet enkel om het opzetten van een netwerk en een centrale locatie om vervolgens te hopen dat de verbinding er wel zal komen. Om die verbinding te maken zal men ook verbindende activiteiten moeten organiseren. Iedereen is het er dan ook over eens dat een buurtgericht zorgcentrum meerdere functies zal moeten huisvesten. Dit is niet mogelijk indien het enkel en alleen één grote ruimte zou betreffen. Men is van mening dat er minstens enkele vergaderruimten zouden moeten zijn alsook een gesprekslokaal, een keuken en een grote polyvalente ruimte. Daarnaast kunnen sanitaire voorzieningen natuurlijk niet ontbreken. Ook een aangelegd terras buiten zou volgens velen een aangename uitbreiding zijn van het buurtgericht zorgcentrum. Al deze ruimten moeten volgens de mening van de formele zorgverleners huiselijk aanvoelen, aangename ruimten zijn met lichtinval en groen. Er zouden zowel tafels, stoelen alsook zetels aanwezig moeten zijn. Natuurlijk moet er hiernaast ook ruimte zijn om informatie over Wilsele-Dorp, alle activiteiten en buurtgerichte zorg te delen.

Indien de meeste activiteiten op dezelfde locatie plaatsvinden, zal er meer bekendheid komen van het buurtgericht zorgcentrum en zal dit meer buurtbewoners aantrekken dan wanneer alles op verschillende locaties plaatsvindt. Dit bleek ook al uit de mening over de indeling van een buurtgericht zorgcentrum. Men wil er een grote diversiteit aan mogelijke activiteiten kunnen onderbrengen om op deze manier zoveel mogelijk buurtbewoners met elkaar te kunnen verbinden en zo ook de connectie met het formele zorgnetwerk te kunnen maken.

Hieronder volgt een bespreking van de voornaamste activiteiten die aan bod komen in de resultaten. Een belangrijk aandachtspunt is het feit dat men moet opletten dat het organiseren van verschillende activiteiten niet zal leiden tot meer verdeeldheid tussen verschillende bevolkingsgroepen. Niet iedereen deelt namelijk hetzelfde interessegebied of kan op hetzelfde niveau communiceren. Men moet er dus voor instaan dat de meerderheid van de activiteiten door de meerderheid van de buurtbewoners gesmaakt kunnen worden of dat er op zijn minst een voldoende divers aanbod is waarin ieder zijn gading kan vinden. Binnen buurtgerichte zorg is het belangrijk dat iedereen zich thuis voelt en zich comfortabel of aangetrokken voelt tot de georganiseerde activiteiten.

"We moeten wel een beetje bewaken dat iedereen uit Wilsele-Dorp er voordeel uit kan halen en niet alleen voor een selecte groep." (FZV)

3.1.4.1. Info- en thema-avonden

De voornaamste activiteit die werd voorgedragen door de meerderheid van de formele zorgverleners is het organiseren van info- en thema-avonden. Dit zou kunnen gebeuren door als formele en informele zorgverlening samen activiteiten te organiseren op een ludieke maar informatieve manier. Hierdoor zouden beide groepen alsook de buurtbewoners dichter bij elkaar kunnen komen en elkaar beter leren kennen. Men heeft het hier dan vooral over info- en thema-avonden rond algemene gezondheid. De inhoud kan komen vanuit het standpunt van formele zorgverlening maar kan net zo goed opgezet worden vanuit een initiatief of voorstel van buurtbewoners of informele zorgverleners. Ook buurtbewoners lijken het een goed idee te vinden om informatieve thema-avonden te organiseren om zo buurtbewoners en formele en informele zorgverleners samen te brengen op een informele manier. Hierbij aansluitend heeft men het dan ook over informatieve groepssessies rond bepaalde zorggroepen (denk bijvoorbeeld aan personen met diabetes, hartfalen of nierinsufficiëntie enzoverder). Dit lijkt dus zeker haalbaar om te organiseren in het buurtgericht zorgcentrum en zal mogelijk vele buurtbewoners en zorgverleners kunnen behagen.

3.1.4.2. Vergaderingen

Zoals eerder al werd aangehaald, meent men dat er binnen het buurtgericht zorgcentrum vergaderruimten zouden moeten zijn die het mogelijk maken voor de verschillende verenigingen binnen Wilsele-Dorp, of indien er nieuwe initiatieven komen, om daar te vergaderen. Wederom kadert dit binnen het bekendmaken van het buurtgericht zorgcentrum als een 'allround' centrum waar iedereen voor alle mogelijke toepassingen gebruik van kan maken en waardoor meerdere mensen die mogelijk anders niet tot in het centrum zouden komen er op die manier wel kennis mee maken binnen hun vertrouwde netwerk.

3.1.4.3. Cultuur

Bij sommige formele zorgverleners komt naar voren dat cultuur een belangrijk aspect vormt binnen buurtbeleving. Zij zien dan ook graag gebeuren dat verenigingen zoals het buurttoneel of de fanfare de mogelijkheid krijgen om te repeteren in het buurtgericht zorgcentrum.

3.1.4.4. Eet- en drankgelegenheden

Het aanbieden van bepaalde dranken of kleine maaltijden tegen democratische prijzen, zou volgens sommigen wel mogelijk moeten zijn. Het zou buurtbewoners samenbrengen op een

eenvoudige en informele manier. Een kleine kanttekening hierbij is dat het volgens enkelen niet overdreven mag worden en dat het niet de bedoeling kan zijn dat het buurtgericht zorgcentrum een echt café wordt.

"Het kan niet de bedoeling zijn dat het altijd een café wordt tijdens die avondopeningen." (FZV)

Verder werd er nog geopperd dat het plaatsen van barbecues buiten interessant kan zijn omdat dit ook buurtbewoners kan lokken. Echter het aanbieden van maaltijden zorgt wel voor wat zowel voor- als tegenstanders en lijkt dan ook niet echt een prioriteit te zijn.

3.1.4.5. Kinderwerking

Het werd ook duidelijk dat naar de toekomst van de buurt toe men zeker de kinderen niet uit het oog mag verliezen. Samen met buurtwerking zou het buurtgericht zorgcentrum zeker ook moeten inzetten op deze doelgroep.

3.1.5. Structuur

Er zal volgens vele formele zorgverleners een goed organigram moeten worden uitgewerkt waarin duidelijk vermeld staat wie welke taak op zich neemt. Indien dit niet het geval is zou er wel eens snel chaos en miscommunicatie kunnen optreden. De verschillende partijen zullen deel moeten uitmaken van deze onderneming in buurtgerichte zorg en zullen samen moeten bekijken welke groep op welke manier de rest kan ondersteunen. Men is er wel van overtuigd dat degene die aanwezig moet zijn in het buurtgericht zorgcentrum niet zomaar een vrijwilliger kan zijn om dat dit mogelijk te vluchtig is. Het zal een belangrijke schakel zijn in het systeem en dit kan mogelijk niet stoelen op vrijwilligerswerk daar dit niet standvastig genoeg is. Het wegvallen van deze vrijwilliger zou dan namelijk het systeem kunnen doen wankelen en het zou veel moeite kosten om een nieuwe vrijwilliger te zoeken die dan weer zal moeten ingewerkt worden en het vertrouwen van de buurtbewoners zal moeten winnen. Men is het er wel over eens dat rondom deze centrale werkkracht vrijwilligers kunnen werken in het kader van buurtgerichte zorg. Deze centrale persoon kan dan in samenspraak met de vrijwilligers het werk en de buurtgerichte zorg sturen. Deze vrijwilligers kunnen de informele zorgverleners zijn. Er zullen in de buurt gekende figuren zijn die zich, zo gewenst, zullen moeten voordragen als deze informele zorgverleners. Deze personen vormen de brug tussen buurtbewoners onderling, tussen buurtbewoners en formele zorgverlening en vormen de connectie met het buurtgericht zorgcentrum. Er wordt niet enkel verwacht dat de buurtbewoners naar het buurtgericht zorgcentrum komen maar ook dat deze informele zorgverleners in de straten zelf aangesproken kunnen worden door buurtbewoners omtrent verschillende vragen rond buurtgerichte zorg.

Zoals reeds aangehaald zal er een centrale medewerker aanwezig moeten zijn die de dagdagelijkse werking van het buurtgericht zorgcentrum in goede banen leidt en als

aanspreekpunt dient voor zowel informele als formele zorgverleners en buurtbewoners. Deze persoon staat in voor doorverwijzing aan de hand van de sociale kaart alsook eventuele opvolging waar nodig en gewenst door buurtbewoners. Het contact met buurtbewoners moet op informele manier aangegaan worden maar buurtbewoners moeten ook weten dat ze voor formele vragen en problemen bij deze persoon terecht kunnen. Hier rijst bij sommigen de vraag of deze centrale figuur dan geen medisch geschoold iemand moet zijn. De meningen hierover zijn verdeeld, er zijn enkele voorstanders maar de meerderheid lijkt hiervan het nut niet in te zien.

Hiertegenover staat dat het volgens sommigen binnen de formele zorgverlening gevaarlijk is om het buurtgericht zorgcentrum en buurtgerichte zorg te overstructureren. Dit schrikt mogelijk mensen af en zal daardoor ook niet meer informeel aanvoelen. Er moet wel degelijk plaats gelaten worden voor buurtbewoners om op een informele manier met elkaar in contact te kunnen komen in het buurtgericht zorgcentrum zonder te moeten deelnemen aan een georganiseerde activiteit. Het overstructureren heeft dus voornamelijk te maken met de al dan niet georganiseerde activiteiten en niet met het opzetten van een goed organigram.

Echter zal zowel in openingsuren als de momenten waarop georganiseerde activiteiten plaatsvinden en de doelstellingen van buurtgerichte zorg een duidelijke structuur moeten zitten. Hoe beter deze gestructureerd worden, hoe makkelijker dit door iedereen wordt opgepikt. Er moet gebruik gemaakt worden van eenvoudig taalgebruik en duidelijke pictogrammen waar nodig. Alles eenvoudig houden maakt het voor iedereen toegankelijker en makkelijker om mogelijke drempels te overwinnen. Men mag hierin wel niet over het hoofd zien dat buurtbewoners ook op een niet gedwongen manier terecht moeten kunnen in het buurtgerichte zorgcentrum zonder deel te nemen aan een activiteit en men moet dus zeker ook voldoende ruimte laten hiervoor. Dat het buurtgericht zorgcentrum er dus wel belang bij heeft om een duidelijk programma voorop te stellen op meerdere momenten blijkt uit volgende uitspraak. Echter het volledig volplannen van elke avondopening gaat natuurlijk in tegen het feit dat er ook op niet-gestructureerde manier informeel contact mogelijk moet zijn en dus lijkt het opportuun om op enkele avonden ook op een ongeorganiseerd manier het buurtgericht zorgcentrum toegankelijk te maken voor iedereen. Op andere avonden kunnen dan activiteiten georganiseerd worden voor geïnteresseerde buurtbewoners.

Binnen deze structuur zal formele zorgverlening op zijn beurt ondersteuning moeten bieden aan de informele zorgverleners en centrale medewerker waar nodig. Waar deze nood aan hebben zal nog moeten blijken en zal mogelijk van persoon tot persoon afhangen.

3.1.6. Zorgverlening binnen buurtgerichte zorg

Wanneer buurtbewoners gaan optreden als informele zorgverleners rijst de vraag of alle buurtbewoners hiervoor geschikt zijn en of hierop een controle kan en zal plaatsvinden. Een tweede vraag die zich stelt rond informele zorgverlening is in hoeverre hun verantwoordelijkheid reikt. Deze informele zorgverleners zijn natuurlijk verantwoordelijk voor de manier waarop ze omgaan met discretie en hoe ze omgaan in hun contact met de buurt en de formele zorgverleners maar dragen zij ook enige verantwoordelijkheid naar zorgverlening toe? En zullen deze verantwoordelijkheden niet als te zwaar beschouwd worden door de informele zorgverleners? Dit zijn vragen waarover wel degelijk moet nagedacht worden. En deze doen denken aan de noodzaak tot ondersteuning van de informele zorgverlening door de formele zorgverlening. De formele zorgverlening is er dan ook van overtuigd dat het ondersteunen van de informele zorgverlening binnen hun takenpakket valt in een systeem waarbij beide groepen worden verbonden. Maar op welke manier deze ondersteuning zou moeten plaatsvinden, daar is men nog niet uit.

De voordelen van zulk netwerk zijn volgens de formele zorgverlening in hun taak als zorgverlener voornamelijk dat problemen die zich stellen in de buurt sneller gesignaleerd zullen worden, dat ze de context van bepaalde buurtbewoners (en voor hen mogelijke patiënten) beter zullen begrijpen en dat ze voor bepaalde aspecten van de zorg, in de brede zin van het woord, kunnen doorverwijzen naar informele zorgverlening. Dit alles zorgt er op zijn beurt natuurlijk ook voor dat mogelijk kwetsbare buurtbewoners langer zelfstandig zullen blijven en in hun eigen woning zullen kunnen blijven wonen daar problemen minder lang zullen aanslepen en sneller opgepikt en opgelost kunnen worden. Ze zijn ervan overtuigd dat het netwerk de buurtbewoners, die ervoor openstaan, zal ondersteunen en op langere termijn zelfs de algemene gezondheid kan bevorderen. Volgende uitspraak is dan ook een goede samenvatting van de verbinding tussen een buurtgericht zorgcentrum en formele zorgverlening.

“Het centrale meldpunt moet ons ondersteunen en wij moeten het centrale meldpunt ondersteunen en integreren in onze zorg.” (FZV)

Een mogelijkheid is het organiseren van vaste consultatiemomenten door formele zorgverlening (bijvoorbeeld huisartsen, psychologen of thuisverpleging) in het buurtgericht zorgcentrum. Het zou volgens hen maar sporadisch gebruikt worden en mogelijk de drempel naar het buurtgericht zorgcentrum verhogen omdat de stempel van zorg, in de enge zin van het woord, dan te veel gedrukt wordt. Het buurtgericht zorgcentrum zou hierdoor mogelijk gelinkt worden aan probleemsituaties.

“Ik denk dat het op dit moment te ver zou gaan om daar als formele zorgverleners ook praktijk te voeren. Ik denk dat alle formele zorgverleners binnen Wilsele-Dorp bereikbaar zijn en dat ze verspreid zijn zodat alle buurtbewoners ergens terecht kunnen op een makkelijke manier.” (FZV)

Volgens hen is het handiger indien een centrale medewerker aanwezig is die op gepaste wijze kan doorverwijzen naar de nodige formele zorg. Hiervoor is het noodzakelijk om een duidelijke sociale kaart aan te maken. De meerderheid van de formele zorgverleners ziet dan ook geen plaats voor vaste consultatiemomenten in hun taak als formele zorgverlener binnen een buurtgericht zorgcentrum.
Volgens anderen kan het ook kleinschaliger en zou het eventueel mogelijk kunnen zijn om bijvoorbeeld griepvaccinatiemomenten in het buurtgericht zorgcentrum, in samenwerking met de apotheken en de huisartsenpraktijken, te organiseren.

"Het zou misschien wel handig zijn om met huisartsen en apothekers samen jaarlijks griepvaccinatiemomenten te organiseren in het buurtgericht zorgcentrum." (FZV)

Daarnaast zijn formele zorgverleners er wel van overtuigd dat paramedische zorgverlening wel haalbaar is in het buurtgericht zorgcentrum. Het zou dan gaan om vaste consultatiemomenten per week voor diëtisten, diabeteseducatoren, bewegen op voorschrift, mindfullness en meditatie, sociale assistenten en dergelijke. Het voordeel hierin zou zijn dat het zichtbaar is en voor iedereen gemakkelijker toegankelijk zou zijn. Ook zouden formele zorgverleners makkelijker kunnen doorverwijzen daar deze dan allemaal in het systeem van het buurtgericht zorgcentrum geïntegreerd zijn.

3.1.7. Spanningsveld tussen professionele relatie en informeel contact

"Ik kan mij voorstellen dat mensen bezig zijn met afstand en nabijheid. Ik weet dat in het kader van therapeuten zaken vager worden, van wat is professioneel en wat niet, wat is mijn beroepsgeheim en hoe ga ik daar mee om. Dat heel wat zorgverleners het comfortabeler vinden om dat in een formele structuur te hebben. Die structuur heeft een zeker comfort maar dat is ook een afstand." (FZV)

Bovenstaande uitspraak omschrijft mooi de tweestrijd tussen professioneel en informeel contact voor formele zorgverleners. Zo goed als alle ondervraagde, formele zorgverleners zijn het erover eens dat een netwerk tussen formele en informele zorgverlening voor buurtbewoners de drempel naar zorgverlening zou kunnen verlagen doordat er volgens formele zorgverleners meer vertrouwen zal zijn naar hen toe gezien de informele zorgverlening, en dus medebuurtbewoners, een goed contact hebben met de formele zorgverlening. Niet alleen hierdoor maar ook door het opzetten van een netwerk en het buurtgericht zorgcentrum en de activiteiten die er zouden kunnen plaatsvinden, zal formele zorgverlening meer zichtbaar worden en zal er ook op informele (mogelijk niet voor elke formele zorgverlener) manier contact gemaakt kunnen worden tussen buurtbewoners en zorgverleners. Dit heeft natuurlijk ook een keerzijde en men moet ervoor waken dat het contact onderling niet al te onprofessioneel wordt of dat formele zorgverlening niet te dichtbij komt te staan wat mogelijk de werking in het gedrang kan brengen (bv. psychologen ed.). Ook mag men de grens van beroepsgeheim niet opzoeken in deze informele contacten.

3.1.8. Organisatie en realisatie van een geïntegreerd, buurtgericht zorgcentrum

3.1.8.1. Financiële haalbaarheid

Het opzetten van een verbinding tussen formele en informele zorgverlening met het oog op buurtgerichte zorg en het daarmee gepaard gaande buurtgericht zorgcentrum gaat natuurlijk ook gepaard met voortdurende financiële kosten. Er kwamen meerdere theorieën tot uiting om dit vraagstuk op te lossen.
Een minderheid had het over een zelfvoorzienend systeem. Het voordeel dat ze hierin zien, is dat het mogelijk zou zijn om als systeem volledig onafhankelijk te zijn. Echter is dit volgens de overgrote meerderheid van de formele zorgverleners onmogelijk. Het zou een constante druk met zich meebrengen om voldoende te kunnen voorzien in financiële middelen. Verder is dit ook een zeer instabiele manier van inkomsten en kan dit van dag tot dag tot een financiële probleemsituatie leiden.

Eén iemand opperde dat buurtgerichte zorg als systeem mogelijk ingebed zou kunnen worden in een reeds bestaande VZW om op die manier aan voldoende financiële middelen te komen. Of dit mogelijk is en of er verenigingen zijn die hiervoor openstaan is nog maar de vraag.

Een derde mogelijkheid die werd gegeven is dat 'Stad Leuven' financiële middelen zou kunnen vrijmaken voor het oprichten van buurtgerichte zorg en een buurtgericht zorgcentrum. Ondersteuning vanuit de overheid op deze manier geeft een stabiele basis voor de financiële middelen die nodig zijn om buurtgerichte zorg mogelijk te maken. Er moet natuurlijk wel gelet worden op het feit dat Wilsele-Dorp niet de enige buurt in Leuven is en dat, wanneer er een financieel plan wordt opgesteld vanuit 'Stad Leuven', dit ook mogelijk moet zijn om in latere fase op te starten en subsidiëren in andere buurten. Hoe men het extra toe te kennen bedrag per buurt zal moeten berekenen blijft een vraag. Er werd gedacht aan een verdeling gebaseerd op aantal inwoners of aantal zorgbehoevende inwoners maar dit punt geeft dus zeker nog voer tot nadenken.

Een laatste optie die werd besproken is een gedeelde financiering vanuit de overheid en verder inkomsten halen uit privaat kapitaal, sponsoring of het organiseren van activiteiten in de buurt. Dit werd door enkele formele zorgverleners aangehaald. Dit zou volgens hen gedeeltelijk een financiële zekerheid geven maar er blijft inderdaad wel de noodzaak van het zelf genereren van en zoeken naar inkomsten wat mogelijk de nodige stress en onzekerheid met zich meebrengt. Ook hier weer lijkt een falen van het systeem buurtgerichte zorg mogelijk indien men niet voldoende financiële middelen zou vinden.

3.1.8.2. Promotie

Men is het erover eens dat het uitdenken van een strategie voor het toepassen van buurtgerichte zorg en het opzetten van een netwerk alsook een buurtgericht zorgcentrum perfect kan verlopen maar dat zolang er geen bekendheid is onder de buurtbewoners het project niet van de grond zal komen. Het werd dan ook als een belangrijk punt aanschouwd door de formele zorgverlening om ervoor te zorgen dat er voldoende aandacht zal worden gegeven aan het bekendmaken van buurtgerichte zorg en de werking van het buurtgericht zorgcentrum.

Niet iedereen uit de buurt kan bereikt worden door middel van éénzelfde medium, er zal dus via verschillende kanalen gepromoot moeten worden. Zo zou iedereen een brief kunnen ontvangen via de postbedeling met daarop alle nodige informatie. Ook het buurtkrantje of flyers zouden gebruikt kunnen worden. Tegenwoordig gebruikt de grote meerderheid van de bevolking ook verschillende sociale media. Het kan daarom handig zijn om als buurtgericht zorgcentrum hiervan gebruik te maken. 'Zorgzaam Wilsele' heeft namelijk al een Facebookpagina waarlangs informatie gedeeld kan worden. Ook 'Hoplr' is in Wilsele-Dorp actief en kan dus aangewend worden met oog op dit doel. Natuurlijk zullen de verschillende partijen binnen buurtgerichte zorg ook promotie moeten maken, het gaat hier dan over posters en flyers bij formele zorgverleners, het aanhalen van buurtgerichte zorg en het bestaan van een buurtgericht zorgcentrum tijdens contacten met buurtbewoners (of patiënten voor formele zorgverleners).

De beste reclame is nog steeds mond-aan-mond reclame en dus kan het nuttig zijn dat de informele zorgverleners in eigen deel van de buurt de buurtbewoners gaan warm maken voor dit project. Op die manier is er ook contact tussen buren onderling en dit geeft mogelijk ook meer vertrouwen omdat het een buurman of -vrouw is die hen wegwijs maakt in de buurtgerichte zorg. 'Zorgzaam Wilsele' werd al aangehaald en zij kunnen dan ook niet alleen via Facebook maar ook via hun activiteiten mensen informeren over en overtuigen van buurtgerichte zorg en het buurtgericht zorgcentrum.

Het zal niet enkel gaan over de manier waarop bekendmaking wordt gevoerd maar ook de inhoud ervan. Het zal duidelijk gemaakt moeten worden dat het buurtgericht zorgcentrum er echt voor alle buurtbewoners is. Ook zal men naar de buurtbewoners toe een duidelijk beeld moeten scheppen van de bedoeling van buurtgerichte zorg. Men meent dat dit alles niet zal volstaan indien het enkel bij de opstart van het buurtgericht zorgcentrum zal plaatsvinden. Deze doorgedreven promotie zal ook nadien moeten blijven gevoerd worden. Omdat alle begin moeilijk is, zal dit ook hier mogelijk het geval zijn en zal doorgedreven promotie nodig zijn om mensen te overhalen deel te nemen aan buurtgerichte zorg in de brede zin van het woord en men is er als formele zorgverlener van overtuigd dat hier uiteindelijk de interesse en deelname onder de buurtbewoners zal groeien.

Volgens meerdere formele zorgverleners zou het de bedoeling moeten zijn dat het buurtgericht zorgcentrum op vele momenten open is voor alle buurtbewoners. Niet enkel tijdens de daguren, want op deze manier worden werkende buurtbewoners uitgesloten. Een avond of weekendopening zou hiervoor een oplossing kunnen zijn. Dit hoeft niet elke avond maar best wel op vaste tijdstippen zodat het makkelijk is om te onthouden voor iedereen wanneer men er naartoe kan gaan.

Eén enkele openingsavond zou volgens hen niet volstaan, het zou zonde zijn dat mensen die net die avond niet kunnen, de mogelijkheid niet krijgen om aanwezig te zijn. De oplossingen hiervoor is het spreiden van een opening over meerdere avonden, bijvoorbeeld een weekend of een week lang elke avond enkele openingsuren. Een opening zou ook gelinkt kunnen worden aan een reeds bestaande activiteit of evenement van 'Zorgzaam Wilsele'. Op die manier zou men een groter publiek bereiken daar de mensen die enkel voor deze activiteit komen ook automatisch aanwezig zullen zijn op de opening van het buurtgericht zorgcentrum. Buiten het openingsmoment of de meerdere openingsmomenten om kan er ook nog de kans gegeven worden aan buurtbewoners om samen bijvoorbeeld per straat naar het buurtgericht zorgcentrum te komen voor een rondleiding.

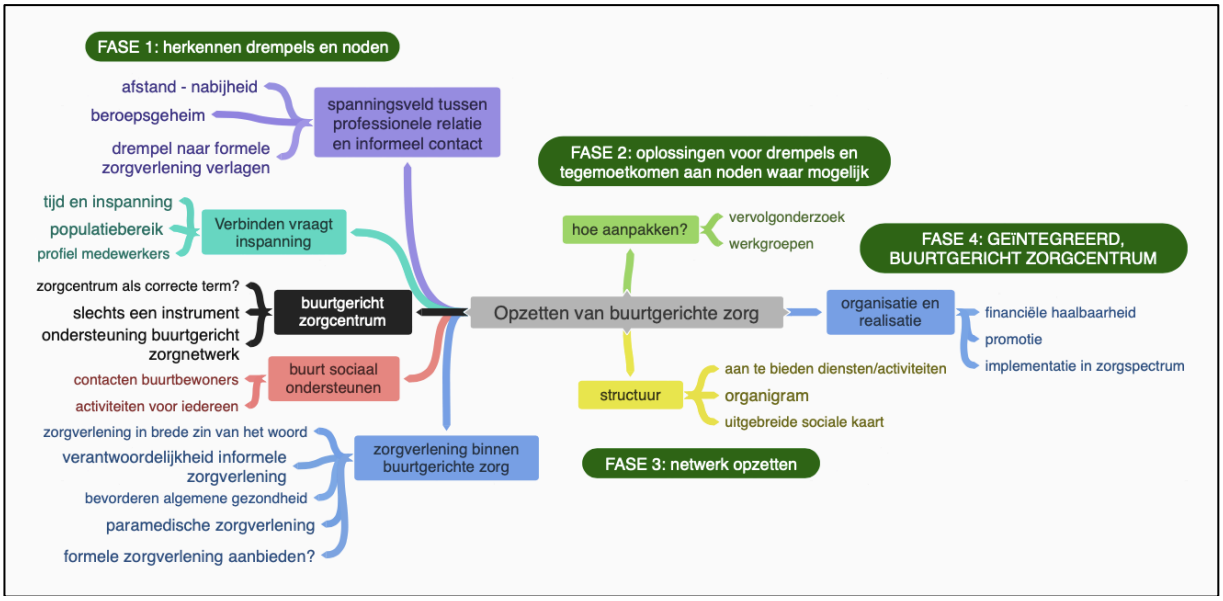
De opening zelf mag volgens de meeste formele zorgverleners wel wat feestelijk zijn. Dit brengt mensen samen en creëert een informele en leuke sfeer. Echter volgens tegenstanders van dit idee zou dit voor sommige buurtbewoners er misschien net voor zorgen dat de drempel om hier naartoe te komen verhoogd wordt of dat het doel van het buurtgericht zorgcentrum met een openingsfeest misschien zou voorbijgestreefd worden. Een oplossing die hiervoor wordt geboden, is dat voor deze buurtbewoners het dan beter zou zijn om naast een feestelijke opening ook de mogelijkheid te bieden, om samen met andere buurtbewoners, in kleinere groepen op een ander moment het buurtgericht zorgcentrum te kunnen ontdekken.

Tijdens deze openingsavond(en) of moment(en) is het de bedoeling dat buurtbewoners te weten komen waarvoor het buurtgerichte zorgcentrum staat en wat de bedoeling en mogelijkheden zijn. Uitleg over buurtgerichte zorg kan zeker ook niet ontbreken. Dit alles mag natuurlijk niet te belerend zijn en moet volgens de ondervraagde formele zorgverleners op een luchtige manier worden aangebracht. Enkel de essentie van het concept rond buurtgerichte zorg en het buurtgericht zorgcentrum aanhalen is voldoende. De buurtbewoners krijgen nadien nog kansen genoeg om het buurtgericht zorgcentrum en de volledige potentie te ontdekken. Mogelijke activiteiten tijdens zulke openingsavonden, naast het geven van informatie, zouden volgens sommige formele zorgverleners reeds een voorsmaakje kunnen geven van de uiteindelijke bedoeling en activiteiten die er later zullen kunnen plaatsvinden. Het gaat hier dan over korte initiatiemomenten van enkele van de aangehaalde mogelijke activiteiten. Dit zou echter volgens enkele formele zorgverleners te ver gaan en mogelijk, indien de aanwezige buurtbewoners hier niet in geïnteresseerd zijn, ervoor zorgen dat de drempel naar de toekomst om opnieuw naar het buurtgericht zorgcentrum te komen, verhogen.

Hiernaast kan men de buurtbewoners ook de mogelijkheid bieden om ideeën of meningen te delen door middel van een ideeënbus tijdens deze openingen. In kader van buurtgerichte zorg werd door 'Zorgzaam Wilsele' reeds de mogelijkheid gegeven om als buurtbewoner via een formulier aan te geven of je voor bepaalde taken eventueel andere buurtbewoners zou willen helpen of dat je in tegenstelling net hulp nodig hebt voor het uitvoeren van bepaalde taken. Ook dit kan men dan aanbieden aan de hand van deze formulieren om zo het buurtnetwerk gelijktijdig met de opening uit te breiden.

3.1.9. Uitwerking conceptueel schema

Het doel van de 'grounded theory' benadering is het uitwerken van een conceptueel schema waarin men een link probeert te leggen tussen de verschillende concepten die tijdens het onderzoek aan bod komen. Figuur 2 illustreert de samenhang van de verschillende facetten die tijdens de interviews aan bod zijn gekomen en die ingedeeld kunnen worden in vier fasen.

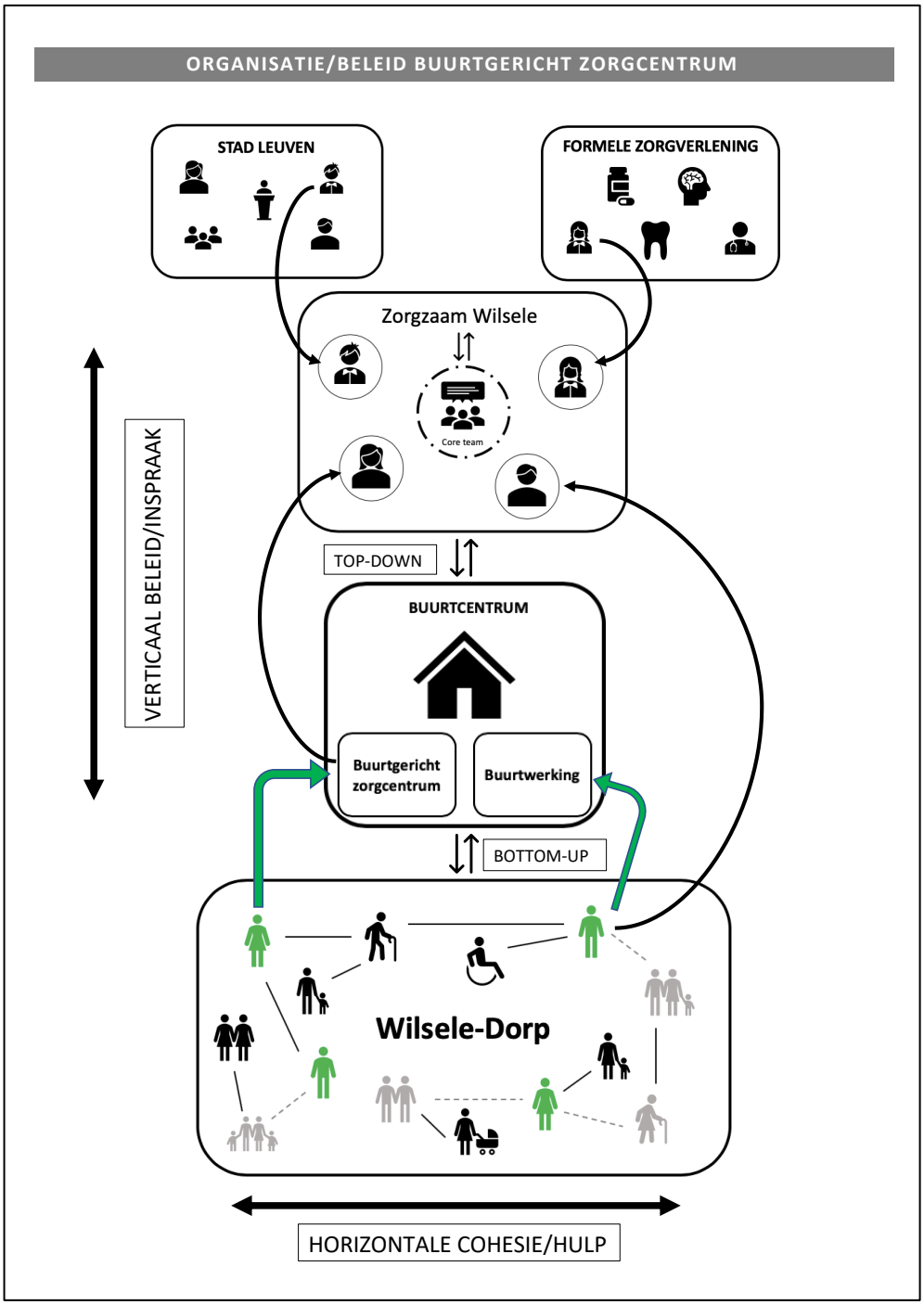


Figuur 2: Conceptueel schema voortvloeiend uit de resultaten van de interviews.

Zoals in figuur 2 wordt aangegeven is er onder andere nood aan vervolgonderzoek en een goed organigram om uiteindelijk te kunnen doorstromen naar het beoogde doel, namelijk het geïntegreerd, buurtgericht zorgcentrum.

Dit onderzoek zelf vormt al een deel van het vervolgonderzoek. Via de enquête is men reeds gaan kijken naar de noden van de buurtbewoners en waar zij het meeste belang aan hechten. Ook werd op deze manier reeds gekeken wat de mogelijkheden zijn voor een buurtgericht zorgcentrum naar de toekomst toe.

Een organigram werd ontwikkeld naar aanleiding van de resultaten in combinatie met reeds bestaande literatuur en het voorgaande onderzoek. Figuur 3 geeft een voorstelling weer van een mogelijkheid tot het organiseren van het opzetten van een buurtgericht zorgnetwerk.



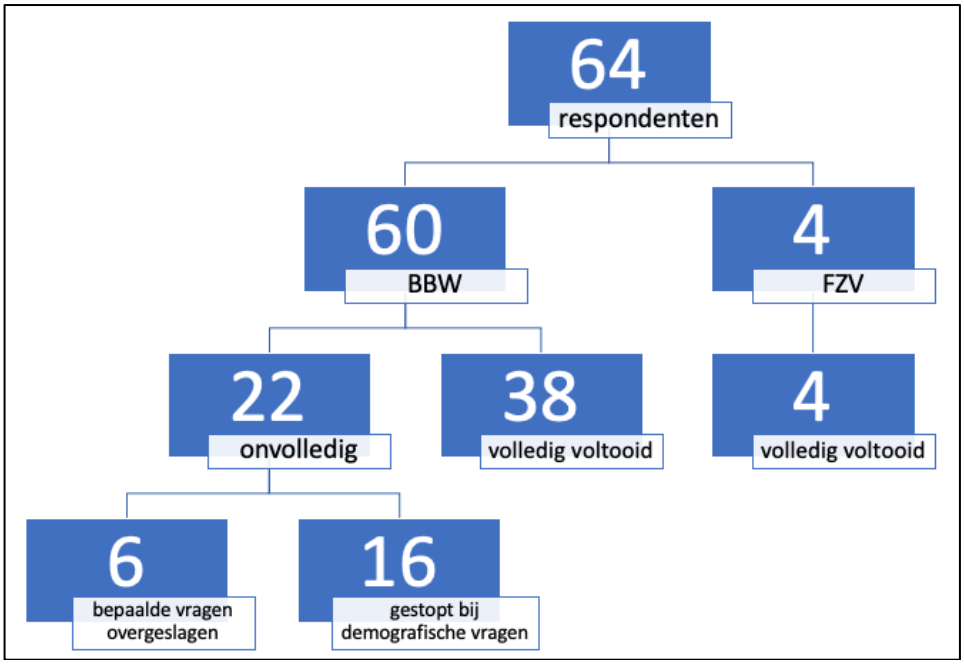
Figuur 3: organisatie/beleid buurtgericht zorgcentrum. (Groen = informele connector)

3.2. Resultaten uit de enquête

Tijdens de enquête kwamen niet alle vragen aan bod die werden gesteld tijdens de interviews. Dit niet enkel en alleen om de enquête kort te kunnen houden maar ook om enkel vragen te stellen die relevant zijn voor de implementatie van buurtgerichte zorg en de uitouw van een geïntegreerd, buurtgericht zorgcentrum. Het is onnodig om vragen te stellen in een enquête waarop de antwoorden onmogelijk een verandering zouden kunnen teweegbrengen voor het beoogde doel. Zo zou men de bij de deelnemers van de enquête mogelijk valse hoop of ideeën kunnen scheppen.

Een eerste bemerking die men kan maken over de enquête is dat er slechts vier reacties kwamen van formele zorgverleners. Dit aantal is dus te weinig om iets te zeggen over ideeën van formele zorgverleners over de vragen die werden gesteld in de enquête. Echter de antwoorden die er kwamen van de weinige zorgverleners die wel deelnamen aan de enquête waren gelijklopend met de meningen van de formele zorgverleners die deelnamen aan het interview. Omwille van deze reden zal tijdens dit onderdeel enkel gekeken worden naar de resultaten van buurtbewoners en kunnen we stellen dat de mening van de formele zorgverleners terug te vinden is in de bespreking van de resultaten van de interviews.

Tabel 2: Deelnemers enquête. (BBW: buurtbewoner, FZV: formele zorgverlener)

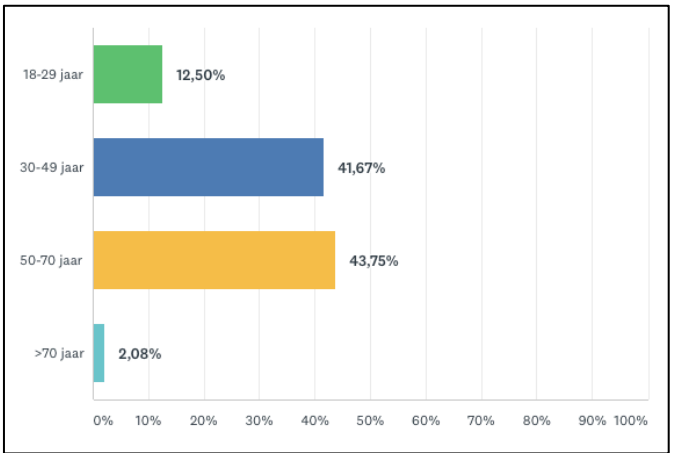


Er kwam een redelijke respons op de enquête, er werden namelijk 64 reacties verzameld. Hieronder waren 60 reacties van buurtbewoners, waarvan 16 deelnemers vroegtijdig afhaakten en 6 deelnemers die één of meerdere vragen hadden overgeslaan.

3.2.1. Profiel van deelnemende buurtbewoners

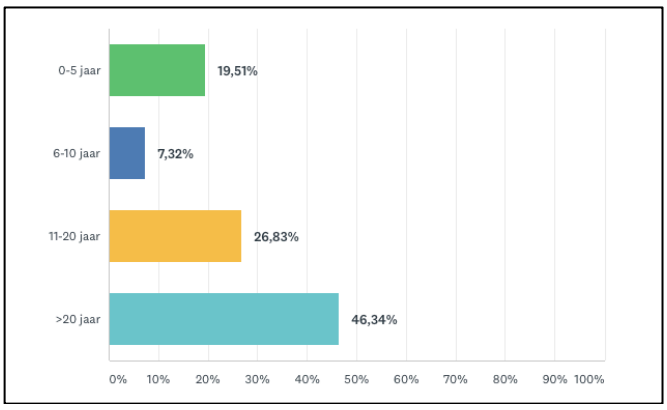
Zoals blijkt uit grafiek 1 zijn de buurtbewoners, die hebben deelgenomen aan de enquête, volgens leeftijd redelijk verdeeld, enkel de ouderen van Wilsele-Dorp lijkt men niet te hebben bereikt met deze enquête.

Grafiek 1: Verdeling leeftijd buurtbewoners die deelnamen aan de enquête.



14% van de deelnemers is tussen 18 en 29 jaar oud, 41% heeft een leeftijd tussen 30 en 49 jaar, 43% is 50-70 jaar oud en 1 deelnemer was ouder dan 70 jaar. 66% van de buurtbewoners die hebben deelgenomen, zijn tot op heden niet actief betrokken in Wilsele-Dorp. Slechts een klein aantal van de deelnemers was mannelijk, 75% van de deelnemers waren vrouwelijke buurtbewoners. De meerderheid van de deelnemers wonen reeds meer dan 20 jaar in Wilsele-Dorp. 27% is tussen 11 en 20 jaar woonachtig te Wilsele-Dorp, slechts 7% woont 6 á 10 jaar in deze buurt en 20% kan men beschouwen als niewelingen want zij wonen minder dan 5 jaar in Wilsele-Dorp.

Grafiek 2: Verdeling aantal jaren woonachtig te Wilsele-Dorp door buurtbewoners die deelnamen aan de enquête.



Er werd ook gekeken naar het gebruik van de formele zorgverlening binnen Wilsele-Dorp door de deelnemers. Hieruit blijkt dat de meerderheid voor formele zorgverlening niet altijd gebruik maakt van het aanbod binnen Wilsele-Dorp. De meest gebruikt formele zorgverlening door eigen buurtbewoners binnen Wilsele-Dorp zijn huisartsen (61% maakt altijd gebruik van huisartsen binnen Wilsele-Dorp) en apothekers (43% maakt altijd gebruik van apothekers binnen Wilsele-Dorp). Voor de andere formele zorgverlening kiezen de deelnemende buurtbewoners er op heden voor om hiervoor minstens deels tot zelfs altijd naar een andere buurt uit te wijken.

3.2.2. Noodzaak aan hulp door informele zorgverlening?

Ongeveer tweederde van de buurtbewoners gaf aan om nu of in de toekomst mogelijk hulp nodig te zullen hebben van informele zorgverleners. Meerdere jongere bewoners geven hiervoor als uitleg in de open vragen aan nu nog goed voor zichzelf te kunnen zorgen maar dat men natuurlijk nooit weet wat de toekomst zal brengen en op die manier eventueel later hulp handig zou kunnen zijn. Anderen zijn mensen die alleen wonen, een aandoening hebben of reeds wat ouder zijn en waarbij hulp welkom zou zijn voor allerhande dagdagelijkse taken of sociaal contact. Ook werd aangegeven dat dit initiatief leuk zou zijn om de cohesie en sfeer binnen Wilsele-Dorp aan te zwengelen en allerhande activiteiten te organiseren.

Deelnemers die geen hulp nodig achten van informele zorgverlening geven voornamelijk als reden op dat men in nog voldoende gezonde status verkeert en dat wanneer dit zou veranderen er nog altijd huisgenoten of kinderen zijn die in de buurt wonen om hen te helpen waar nodig. Voor sommigen lijkt de drempel naar informele zorgverlening en het vragen van hulp te groot.

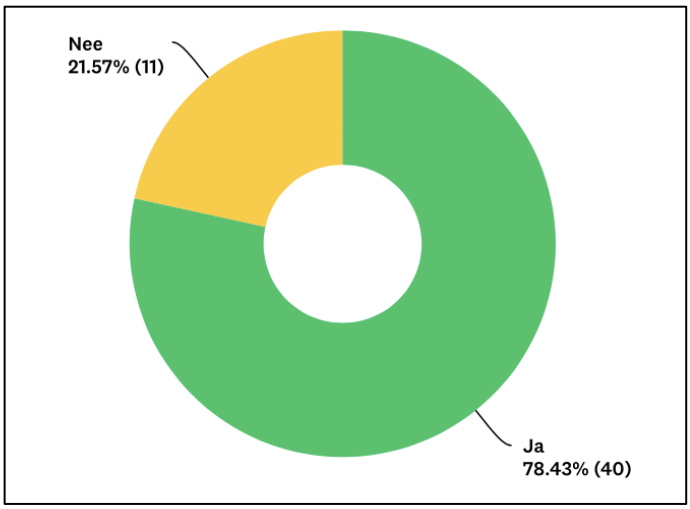
3.2.3. Is er verbinding nodig tussen formele en informele zorgverlening?

Ondanks het feit dat één derde aangaf geen nood te hebben aan informele zorgverlening vindt bijna 90% van de bevraagden dat er een verbinding moet komen tussen formele en informele zorgverlening. De redenen die men hiervoor opgeeft zijn gelijklopend met deze uit het vorige onderzoek en dienen hier dus niet verder besproken te worden. Bewoners die geen nut zien in deze verbinding, zijn niet zozeer bang voor het vervagen van informele zorgverlening maar stellen zich vooral vragen bij privacy en het bewaren van beroepsgeheim voor formele zorgverleners. Ook dit zijn antwoorden die naar voren kwamen in het voorgaande onderzoek.

3.2.4. Nood aan een verbindende locatie?

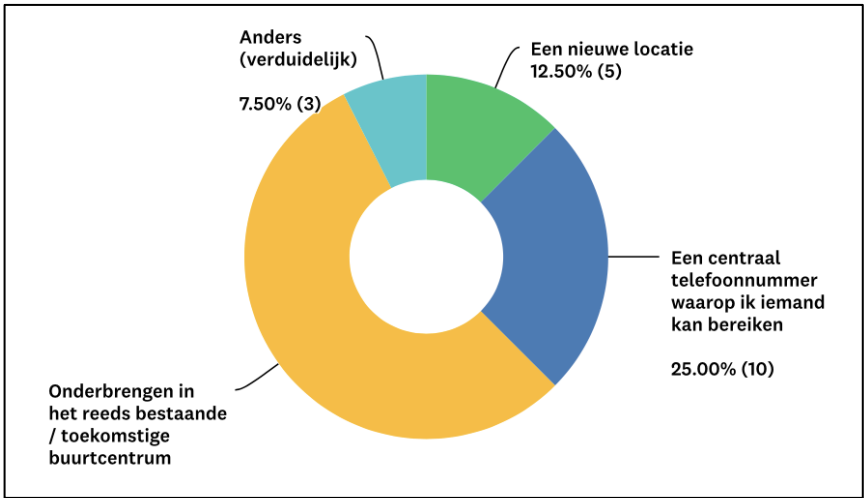
Iets meer dan drievierde van de deelnemers geeft aan dat het opportuun is om, wanneer er verbinding wordt gemaakt tussen de formele en informele zorgverlening, te voorzien in een centrale locatie die deze verbinding kan ondersteunen.

Grafiek 3: Nood aan centrale, verbindende locatie volgens deelnemende buurtbewoners.



Slechts 12,5% hiervan wenst hiervoor te starten vanuit een nieuwe locatie. De meerderheid, namelijk 55%, vindt het een beter idee om deze centrale locatie onder te brengen in het buurtcentrum. De overige reacties (=’anders’) gaven aan dat een centraal telefoonnummer, in combinatie met het onderbrengen van een buurtgericht zorgcentrum in het reeds bestaande buurtcentrum, handig zou zijn. De helft van de personen die kiezen voor een telefoonnummer geeft aan dat dit best in combinatie met een centrale locatie gebeurt.

Grafiek 4: Keuze infrastructuur centrale locatie door deelnemende buurtbewoners.



Buurtbewoners die kiezen voor een centraal telefoonnummer doen dit omwille van mobiliteitsproblemen. Het zou voor sommigen namelijk te moeilijk zijn om zich te verplaatsen en voor hen kan een centraal telefoonnummer, om toch toegang te krijgen tot informele zorgverlening, de oplossing zijn.

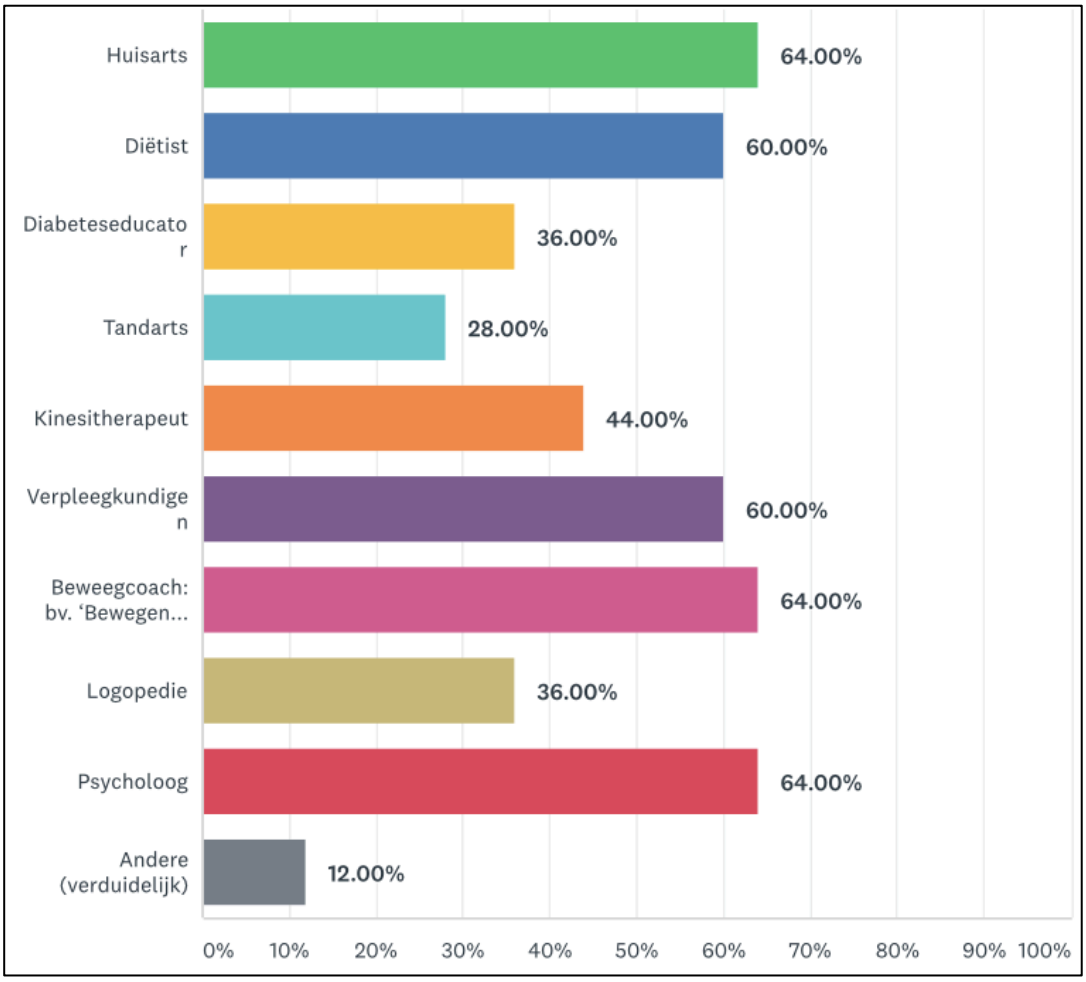
"Wij wonen redelijk ver van het centrum en dat is voor ons niet haalbaar, een centraal telefoonnummer zou voor ons een ideale oplossing zijn." (BBW)

3.2.5. Welke diensten zou een buurtgericht zorgcentrum moeten huisvesten?

Hier werden vele mogelijkheden opgegeven en de meeste daarvan werden dan ook aangeduid als gewenst. Om hierin een verdeling te maken werd er voor gekozen om te kiezen voor diensten die als erg gewenst worden beschouwd wanneer meer dan 80% van de buurtbewoners hiervoor heeft gekozen. Diensten die door 60-80% worden aangegeven door buurtbewoners worden als gewenst beschouwd en diensten waarvoor minder dan 60% van de deelnemers kozen worden als mogelijk beschouwd.

Hieruit blijkt dat de gelegenheid om iets te eten of het onderbrengen van cultuur in het buurtgericht zorgcentrum als een mogelijkheid kan worden beschouwd maar zeker geen prioriteit is. Het aanbieden van drinkgelegenheid en de mogelijkheid om workshops te kunnen organiseren of hieraan deel te nemen worden als gewenst beschouwd. Binnen de groep van erg gewenste diensten vindt men volgende categoriën terug: organiseren van thema-avonden, groepssessies rond bepaalde zorggroepen, mogelijkheid tot sport en ontspanning, de mogelijkheid om er vergaderingen te kunnen organiseren alsook de mogelijkheid om er op een informele manier contact te kunnen maken met andere buurtbewoners, het verdelen van informatie over zowel formele als informele zorgverlening en Wilsele-Dorp en het aanbieden van (para)medische zorgverlening. Dit zijn natuurlijk vele mogelijkheden en dus werd in de enquête de mogelijkheid gegeven om de keuzen te rangschikken volgens prioriteit. Wanneer men hiernaar kijkt, merkt men op dat de meerderheid (para)medische zorgverlening op nummer één plaatst, gevolgd door het verdelen van informatie. Op een gedeelde derde plaats komt men uit op het organiseren van thema-avonden en groepsessies.

Grafiek 5: Keuze (para)medische dienstverlening die een geïntegreerd, buurtgericht centrum zou moeten bieden volgens deelnemende buurtbewoners.



Binnen (para)medische zorgverlening is er een groot aanbod en daarom werd hier ook de mogelijkheid gegeven om hierin te specifiëren. Ongeveer tweederde van de buurtbewoners die kiezen voor (para)medische zorgverlening zien hierin huisartsen, diëtisten, verpleegkundigen, beweegcoachen en psychologen. Bijna de helft kiest ook voor kinesitherapeuten en éénderde ziet binnen het buurtgericht zorgcentrum een plaats voor diabeteseducatie en logopedie. Overige antwoorden, en dus een minderheid, kiest voor tandartsen of ergotherapie (= 'andere' in grafiek 5, werd door respondenten in de enquête verduidelijkt).

3.2.6. Openingstijden van het buurtgericht zorgcentrum

Meer dan 90% van de buurtbewoners die deelnamen aan de enquête geeft aan dat ze, wanneer er een buurtgericht centrum zou zijn, hiernaartoe zouden komen. Het is natuurlijk ook de bedoeling dat men de mogelijkheid heeft om hier naartoe te komen en het belang van de openingsuren is dan ook niet te onderschatten. De meesten kiezen voor toegankelijkheid op sommige weekdagen. Éénderde is van mening dat het buurtgericht zorgcentrum alle weekdagen open zou moeten zijn. Slechts 14% kiest voor een opening tijdens het weekend. Als men dan gaat kijken op welk tijdstip van de dag men toegang wenst tot het buurtgericht zorgcentrum blijkt dat de voorkeurstijd zowel in de voormiddag als de avond is. Een opening in de namiddag werd door en minderheid aangeduid.

3.2.7. Formele zorgverleners ook aanwezig op informele activiteiten in buurtgericht zorgcentrum?

Het buurtgericht zorgcentrum zou dienen als ondersteuning voor het verbinden van zowel formele als informele zorgverleners alsook buurtbewoners. Het bleef natuurlijk de vraag of buurtbewoners ermee opgezet zouden zijn wanneer formele zorgverleners hen ook zouden ontmoeten op een informele manier of activiteit. Het antwoord hierop is duidelijk. 90% van de ondervraagde buurtbewoners geeft namelijk aan dat het ook aangenaam zou zijn wanneer formele zorgverleners hier naartoe zouden komen op informele momenten.

Hoofdstuk 4: Discussie

4.1. Bedenkingen bij de resultaten

4.1.1. Profiel centrale medewerker

Zoals reeds aangehaald zou een centrale medewerker binnen het concept van buurtgerichte zorg best volgende eigenschappen bezitten: iemand die sociaal begaan is en de juiste 'mindset' heeft en dus mee is met het verhaal achter buurtgerichte zorg voor iedereen. Aangezien het hier gaat over buurtgerichte zorg zou het optimaal zijn, moest deze persoon de buurt ook goed kennen. Dit alles is nog niet voldoende om een buurtgericht zorgcentrum te laten functioneren, deze persoon zal ook op de hoogte moeten zijn van de uitgebreide sociale kaart van Wilsele-Dorp alsook een coördinerende functie moeten kunnen volbrengen. Zoals reeds aangegeven, vragen sommige formele zorgverleners zich af of dit dan niet een medisch geschoold iemand zal moeten zijn.

De meningen hieromtrent zijn verdeeld. Het grootste argument voor medische scholing, is dat diegene mogelijk ook medisch gerichte vraagstukken zal voorgeschoteld krijgen en dan beter en sneller een inschatting zal kunnen maken om door te verwijzen naar de juiste zorgverlener. Een tegenargument is dat deze persoon inderdaad moet inschatten naar wie hij of zij zal moeten doorverwijzen maar dat de formele zorgverlening er altijd is om te ondersteunen waar nodig en dat het dus zeker geen noodzaak is dat deze persoon een medische achtergrond of kennis heeft. Daarenboven zou iemand met een medische achtergrond mogelijk te veel de stempel van medische zorg op het buurtgericht zorgcentrum kunnen drukken. Het antwoord op deze vraag lijkt dus meer te neigen naar een niet medisch geschoolde centrale medewerker. Wat niet wil zeggen dat zomaar iedereen geschikt is om deze rol op zich te nemen. Men zal nog steeds moeten voldoen aan het vooropgestelde profiel. Het vooropgestelde profiel dat naar voren komt in dit onderzoek is sterk te vergelijken met het profiel dat wordt aangeraden in de 'visietekst buurtgerichte zorg'.[2] Men heeft het daarin over een buurtzorgregisseur. Deze wordt beschreven als iemand die lokaal verankerd is en makkelijk aanspreekbaar is, iemand die alle partijen op een gelijkwaardige manier benadert, iemand die samenwerking en sociale cohesie stimuleert, een goede manager is en altijd vertrekt vanuit het belang van de zorgnoden van de verschillende partijen.[2] Gezien het gewenste profiel volgens dit onderzoek en de mogelijkheid om het buurtgericht zorgcentrum onder te brengen in het buurtcentrum, lijkt de buurtwerker de geschikte persoon om de rol van centrale medewerker op zich te nemen.

4.1.2. Medische zorgverlening binnen het geïntegreerd, buurtgericht zorgcentrum

Dit is één van de meest opmerkelijke punten van het onderzoek. Het is zowat het enige onderwerp waarbij er een groot verschil kan worden opgemerkt tussen buurtbewoners en formele zorgverleners.

In de enquête geven buurtbewoners namelijk aan dat het aanbieden van (para)medische zorgverlening prioritair is voor hen. En hierin specifiëren ze dat ze er voornamelijk nood aan hebben huisartsen, verpleegkundigen en psychologen terug te vinden in het geïntegreerd, buurtgericht zorgcentrum. Het implementeren van medische zorgverlening in het centrum lijkt voor buurtbewoners belangrijk te zijn.

Dit staat echter lijnrecht tegenover de mening van de formele zorgverleners, die duidelijk werd uit de interviews. Formele zorgverleners geven namelijk aan dat het voor hen onmogelijk, of zelfs ongewenst, lijkt om in het buurtgericht zorgcentrum medisch zorgverlening toe te passen. Volgens formele zorgverlening zou het implementeren van medische zorgverlening namelijk weinig bijdragen aan buurtgerichte zorg ten opzichte van hoe de medische zorgverlening nu georganiseerd is in Wilsele-Dorp. Het zou volgens hen de drempel kunnen verhogen om zich naar het buurtgericht zorgcentrum te begeven en zou volgens hen mogelijk ook weinig gebruikt worden.

Zoals blijkt uit de enquête lijkt de mening van formele zorgverleners, over het feit dat buurtbewoners er hun weg niet naar zouden vinden, dus ongegrond te zijn.

Waarom de formele zorgverleners in Wilsele-Dorp er deze mening op nahouden is niet geheel duidelijk geworden. Dit zou in de toekomst nog verder bevraagd kunnen worden om op die manier mogelijke drempels vanuit het standpunt van formele zorgverleners in kaart te brengen en hiervoor mogelijke oplossingen te kunnen bedenken.

Het onderwerp paramedische zorgverlening daarentegen zorgt voor minder verdeeldheid en lijkt door beide groepen gewenst. Men heeft het hier dan over diabeteseducatoren, diëtisten, bewegingscoachen, logopedie en ergotherapie.

Dit lijkt dan ook een mogelijkheid en blijkbaar wenselijk voor beide partijen. Duidelijk iets waar men in de toekomst over kan nadenken wanneer men een buurtgericht zorgcentrum zou oprichten. Men kan bij opstart paramedische zorgverlening aanbieden en naar de toekomst toe nadenken over de mogelijkheden voor het aanbieden van medische zorgverlening.

4.1.3. Verbinden van verschillende bevolkingsgroepen

Een opmerking die vaker naar voren kwam tijdens de interviews is dat het niet gemakkelijk zal zijn om verschillende bevolkingsgroepen binnen de buurt met elkaar te verbinden. Men heeft het hier dan over verschillende interessegebieden, verschillen in communicatieniveau's, taalbarrières bij allochtone buurtbewoners en dergelijke. Een oplossing die hiervoor werd geboden, is het aanbieden van activiteiten, maar ook dit blijkt voor drempels te zorgen binnen het kader van verbinden van verschillende bevolkingsgroepen zoals meteen zal blijken. In 'handreiking: van polarisatie naar verbinding in buurten' wordt een stappenplan meegegeven voor het verbeteren van cohesie tussen verschillende bevolkingsgroepen.[17] Dit stappenplan zou men ook kunnen toepassen in de buurt 'Wilsele-Dorp'. Een eerste stap is het signaleren en duiden van polarisatie, in de buurt en bij verschillende partijen gaan bevragen waar volgens hun in de buurt verdeeldheid heerst tussen bevolkingsgroepen. In een tweede stap kan men dan analyseren in welk stadium deze polarisatie zit. Waar in de buurt zit voornamelijk polarisatie en welke bevolkingsgroepen zijn er betrokken? Gaat het hier enkel om polarisatie in gedachte of wordt er ook naar gehandeld? Uit deze analyse zal dan duidelijker worden waarom er net scheiding van bevolkingsgroepen lijkt op te treden en van hieruit kan men dan in stap drie oplossingsgericht gaan denken. In de vierde en laatste stap van het proces zal men beleid in vraag stellen en kijken waar aanpassing mogelijk is om het te 'matchen' aan de problematiek die er zich stelt tussen de verschillende bevolkingsgroepen. Op deze manier brengt men dus verschillende bevolkingsgroepen in kaart, zal men kijken welke gedachten er heersen tusssen de groepen en op welke manier dit best aangepakt kan worden, bijvoorbeeld door te richten op een bepaalde doelgroep binnen de verschillende bevolkingsgroepen die makkelijker contact hebben, denk hierbij aan de kinderen. Eens hierover duidelijkheid is kan men in samenspraak met de verschillende bevolkingsgroepen activiteiten organiseren of delen in het beleid aanpassen zodat cohesie tussen hen versterkt wordt.

4.1.4. Activiteiten voor iedereen

In dezelfde lijn als het vorige onderwerp brengt men ook aan dat men ervoor moet opletten dat men activiteiten aanbiedt die voor iedere buurtbewoner aantrekkelijk zijn of toch ten minste een gevarieerd aanbod aan activiteiten waardoor iedere buurtbewoner wel ergens zijn gading vindt. Een probleem dat hieraan gekoppeld wordt is dat wanneer men het aanbod gaat verdelen men ook een verdeling krijgt van buurtbewoners volgens interesse en op die manier niet iedereen kan verbinden. De vraag is echter of iedere buurtbewoner wel met elkaar verbonden moet worden. Het antwoord hierop lijkt volgens dit onderzoek negatief te zijn. Het is met buurtgerichte zorg niet de bedoeling om echt alle buurtbewoners met elkaar te gaan verbinden. Wel is het de bedoeling om het netwerk van iedere buurtbewoner uit te breiden waar mogelijk en de verbinding te maken met informele en formele zorgverlening en op deze wijze een groter opvangnet te creëren. Niettegenstaande

is het wel belangrijk om voldoend 'mix' te verkrijgen tussen verschillende bevolkingsgroepen om op die manier niemand uit te sluiten. Hieruit kan men dus afleiden dat het inderdaad kan om enkele activiteiten te richten op alle buurtbewoners. Maar om ervoor te zorgen dat men het uiteindelijke doel bereikt zal men ook activiteiten op poten moeten zetten die specifiek gericht zijn naar bepaalde doel- of interessegroepen om op die manier iedereen de kans te geven deel te nemen aan activiteiten binnen hun interesse en zo ook te laten integreren binnen buurtgerichte zorg in Wilsele-Dorp. Zoals daarnet reeds aangehaald zou men het afstemmen van activiteiten op de buurt kunnen doen aan de hand van polarisatie-analyse binnen Wilsele-Dorp en in samenspraak met alle betrokken partijen.

4.1.5. Ook nood aan een centraal telefoonnummer

Zoals reeds werd aangegeven in de bespreking van de resultaten, zijn er toch een aantal buurtbewoners en formele zorgverleners die voordeel zien in het opzetten van een centraal telefoonnummer in kader van een buurtgericht zorgcentrum. Dit omdat er wordt gedacht aan minder mobiele buurtbewoners die het moeilijk hebben om zich door de buurt te verplaatsen. Om ook hen de kans te geven deel te nemen aan buurtgerichte zorg of tenminste de kans te geven het netwerk te kunnen contacteren zonder gehinderd te worden door immobiliteit. Dit standpunt is begrijpelijk gezien de geografie van de buurt Wilsele-Dorp. Het is een langgerekte buurt met wel wat uithoeken en scheidingen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de spoorweg die dwars door de buurt loopt en waarvan uit vorig onderzoek reeds bleek dat het wel degelijk een echte scheidingslijn vormt.[4] Verder is de buurt Wilsele-Dorp ook redelijk heuvelachtig en lopen vele wegen bergop, wat het voor minder mobiele buurtbewoners moeilijker maakt om zich te voet of per fiets te verplaatsen.

Daarnaast kan een centraal telefoonnummer ook handig zijn om een buurtgericht zorgcentrum of het netwerk voor buurtgerichte zorg makkelijk en snel te bereiken. Denk hierbij dan voornamelijk aan formele zorgverleners die buurtgerichte zorg en het buurtgerichte zorgcentrum in hun zorgspectrum willen implementeren en snel enkele inlichtingen willen opvragen voor hun patiënten.

4.1.6. Financiële haalbaarheid

De interviews tonen aan dat er geen duidelijk zicht is op de financiële ondersteuning die het concept zou moeten krijgen en de manier waarop deze verkregen zou moeten worden. Wel blijkt dat men het er over ens is dat het een duurzaam project moet zijn. Hoe men dit zal bekomen is dus nog een vraagstuk dat men zal moeten oplossen alvorens men kan overgaan tot het uitbouwen van een geïntegreerd, buurtgericht zorgcentrum. Dit is een probleem dat zich niet enkel in een buurt als Wilsele-Dorp stelt, zo stelde men in de 'visietekst: buurtgerichte zorg' reeds dat financiering een belangrijk werkstuk vormt.[2] Hierin heeft men het over oplossingen zoals een heroriëntering van regelgevingen, zowel op federaal-,

Vlaams- en gemeentelijk niveau als aanpassingen binnen RIZIV-regelgevingen. Dat dit een tijdsrovend en arbeidsintensieve oefening zal worden is duidelijk, maar het zou uiteindelijk het initiatief van de zorgzame buurt moeten ondersteunen en dit zou op redelijk korte termijn reeds kunnen zorgen voor besparingen in de gezondheidszorg. Deze zouden dan voornamelijk voortvloeien uit het preventieve aspect van buurtgerichte zorg en het feit dat oudere inwoners langer thuis zouden kunnen blijven wonen en dus een verplaatsing naar een woon- en zorgcentrum kunnen uitstellen.[2]

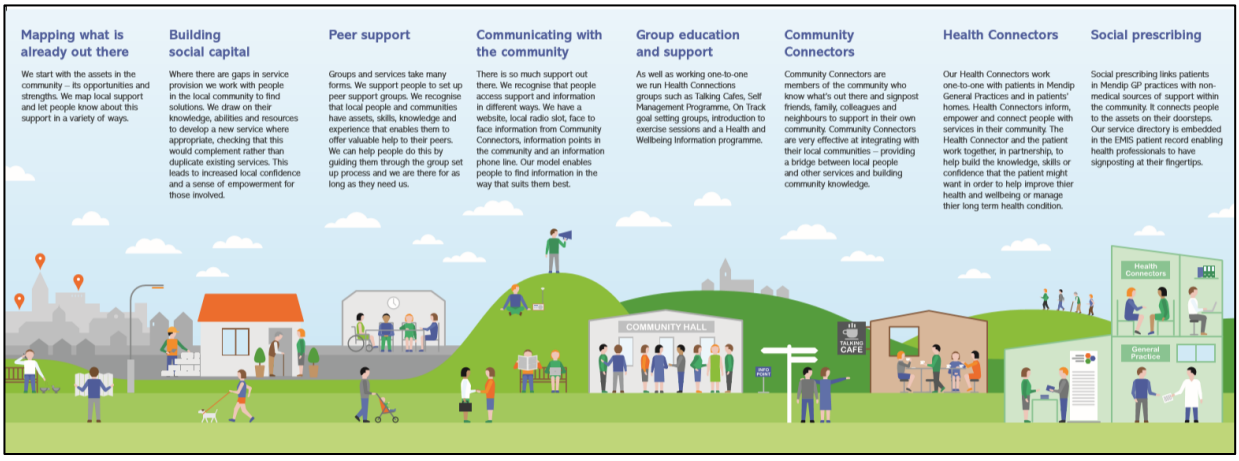
4.2. Aanzet tot 'Fase 3' uit het conceptuele schema

4.2.1. Organigram buurtgericht zorgcentrum

Zoals werd aangehaald tijdens de interviews met de formele zorgverleners is het belangrijk om bij het opzetten van een buurtgericht zorgnetwerk en een buurtgericht zorgcentrum te voorzien in een goed organigram. Dit moet duidelijk weergeven wie instaat voor welke taken en op welke manier het beleid gevoerd zal worden.

Voortvloeiend uit de resultaten van dit onderzoek in combinatie met het zorgmodel uit voorgaand onderzoek en reeds gepubliceerde literatuur met betrekking tot het organiseren van buurtgerichte zorg, wordt in figuur 3 een oplossing geboden voor het opzetten van de organisatie van buurtgerichte zorg en een geïntegreerd, buurtgericht zorgcentrum. Er werd voor dit model gekozen omdat er binnen Wilsele-Dorp, zoals uit vorig onderzoek bleek, reeds een geëngageerd burennetwerk is van waaruit vertrokken kan worden.[4] Ook is er reeds een bestuurgroep, namelijk 'Zorgzaam Wilsele', dewelke zich bezighoudt met buurtgerichte zorg. Verder is er een geëngageerd buurtcentrum, hetgeen een belangrijke schakel kan vormen binnen het hele concept van buurtgerichte zorg. Met de aanwezigheid van al deze componenten leek het dus opportuun om het organigram hierop af te stemmen.

Het voorgestelde organigram lijkt naar analogie te zijn met het 'Compassionate Frome Model' maar dan toegepast op de situatie van Wilsele-Dorp.[18] In onderstaande figuur wordt het 'Compassionate Frome Model' wat verduidelijkt.



Figuur 4: Verschillende componenten van het 'Compassionate Frome Model'.[18]

Twee componenten uit het 'Compassionate Frome Model' verdienen in kader van dit onderzoek wat meer aandacht. Namelijk de 'community connectors' en de 'health connectors'.

'Community connectors' zijn vrijwillige buurtbewoners die zich inzetten voor buurtgerichte zorg en die 'opgeleid' worden om de buurt en de buurtbewoners te ondersteunen op verschillende vlakken (zorg, beweging, opleiding…). Vermoedelijk zullen enkele formele zorgverleners uit de buurt zich opgeven om op te treden als 'community connectors'. Ze vormen een brug tussen de buurt en het netwerk en sporen mensen aan zich in te zetten voor buurtgerichte zorg, elk op zijn of haar manier. De 'health connectors' zijn eerder maatschappelijke werkers die op buurtniveau werken. Ze leggen de link tussen formele en informele zorg en gaan waar nodig de buurtbewoner met het netwerk verbinden. Niet zomaar met alle diensten, enkel degene die van toepassing zijn voor die specifieke buurtbewoner en in samenspraak met de buurtbewoner zelf. Het is de bedoeling dat de buurtbewoner zo geleid wordt naar de verschillende diensten die hem of haar kunnen ondersteunen in het verbeteren van zelfzorg op vlak van algemene gezondheid, in de brede zin van het woord. Binnen Wilsele-Dorp lijkt het volgens het onderzoek niet mogelijk dat de formele zorgverleners deze taak op zich nemen wegens tijdgebrek. Men kan als formele zorgverleners die buurtgerichte zorg implementeren in het zorgspectrum en dit waar nodig dan ook aanhalen bij hun patiënten. Maar de taak van 'health connector' zou best worden toevertrouwd aan iemand met het juiste profiel die er de nodige tijd voor kan maken.

Bij de organisatie van buurtgerichte zorg en het daarmee gepaard gaande organigram komen enkele belangrijke termen en betrokken partijen aan bod die hieronder besproken zullen worden.

4.2.1.1. De buurt: Wilsele-Dorp

4.2.1.1.1. Buurtbewoners

Het oprichten van een geïntegreerd buurtgericht zorgcentrum staat in het teken van de algemene gezondheid van de buurtbewoners. Het is voor en deels door hen dat buurtgerichte zorg zal werken. Buurtgerichte zorg is zorg op buurtniveau en buurtbewoners spelen hierin dus een belangrijke rol. Zo geeft Aveling in haar onderzoek aan dat het netwerk enkel zal werken als de buurt zich engageert en inzet voor het project buurtgerichte zorg.[20,21] Er zullen steeds buurtbewoners zijn die het project minder genegen zijn maar ook voor hen is het belangrijk dat ze ondersteuning vinden op hun manier, bijvoorbeeld door enkel en alleen al een goed contact met een andere buurtbewoner.

4.2.1.1.2. Informele zorgverleners

Iedere buurtbewoner kan op een bepaald moment ageren als een informele zorgverlener. Enkelen onder hen zullen zich echter, zoals in het model van Frome beschreven wordt, moeten opwerpen als 'community connectors'. Zij vormen de eerste schakel tussen de buurt en de formele zorgverlening.[4] Dit doordat ze dichter bij de buurtbewoners staan dan formele zorgverleners en in hun dagelijkse omgang met de buren contacten kunnen leggen. Zij kunnen door hun implementatie in het netwerk sneller de weg naar formele zorgverlening vinden en zo mogelijk de andere buurtbewoners ondersteunen waar nodig. Ook vormen zij, waar gewenst, een verlengstuk van de formele zorgverlening.

4.2.1.1.3. Horizontale cohesie

Een belangrijke term binnen de organisatie van buurtgerichte zorg is horizontale cohesie. Dit omvat de contacten tussen buurtbewoners en mogelijk ook informele zorgverleners onderling.[20,21] Zoals eerder gezegd zal niet elke buurtbewoner met alle andere buurtbewoners in contact komen, laat staan goed met elkaar overweg kunnen. Zo blijkt uit de enquête dat er toch wat buurtbewoners in Wilsele-Dorp zijn die weinig nood lijken te hebben aan contacten met andere buurtbewoners op dit moment. Ze geven in de open vragen aan dat hun contacten als gezin onderling of de contacten met kinderen en/of vrienden hen voldoende ondersteunen. Het kan, bij het opzetten, daarom nuttig zijn om vooreerst beroep te doen op reeds bestaande burennetwerken.[20] Informele zorgverleners zouden van hieruit kunnen werken en de verbinding leggen. Het is natuurlijk niet de bedoeling om enkel te steunen op bestaande netwerken want dan zou men waarschijnlijk een groot deel van de buurt over het hoofd zien.[20] Het is aan informele zorgverleners om op een informele manier stilaan deze netwerken uit te breiden of mogelijks zelfs enkele nieuwe buurtnetwerken op te starten. Het uitbreiden van deze netwerken zou ondersteund kunnen worden door een geïntegreerd, buurtgricht centrum en de organisatie van activiteiten of de aangeboden diensten. Er lijkt, volgens de enquête, toch heel wat interesse te zijn in bepaalde activiteiten en deze zouden dan ook een beginpunt kunnen vormen bij het

opzetten van nieuwe netwerken. Idealiter zou men zo op lange termijn iedere buurtbewoner met een informele zorgverleners kunnen verbinden op een directe danwel indirecte (via contacten met buurtbewoners die wel in contact staan met een informele zorgverlener) manier. Het is hierbij dus niet van belang dat elke buurtbewoner met alle andere buurtbewoners in contact komt maar wel dat elke buurtbewoner een netwerk rondom zich heeft, een netwerk van buren en/of informele zorgverleners en dat deze verbindigen ondersteund worden door het beleid in kader van buurtgerichte zorg.[1,20]

4.2.1.2. Het geïntegreerd, buurtgericht zorgcentrum

Binnen dit hele concept zou het buurtgericht zorgcentrum optreden als facilitator van contacten tussen zowel buren onderling als buurtbewoners met informele zorgverleners en in contacten naar de formele zorgverlening toe. Binnen dit model, gebaseerd op de resultaten van dit onderzoek, zou het buurtgericht zorgcentrum worden ondergebracht in het buurtcentrum van Wilsele-Dorp. Echter zal de werking hiervan los staan van de werking van het buurtcentrum. Het zal een eigen entiteit vormen die door een aparte groep zal gestuurd worden. Ook zal de dagdagelijkse werking van het buurtgericht zorgcentrum steunen op een eigen medewerker, de centrale medewerker. Weliswaar zou dit, zoals blijkt uit dit onderzoek, best ook een buurtwerker zijn.

4.2.1.3. Stuurgroep 'Zorgzaam Wilsele'

Binnen het organigram is er ook een overkoepelende bestuursgroep nodig. De bestuursgroep van 'Zorgzaam Wilsele' richt zich nu ook al op buurtgerichte zorg en het lijkt vanzelfsprekend dat zij ook het geïntegreerde, buurtgericht zorgcentrum zullen sturen. Volgens Aveling bestaat een dergelijke bestuursgroep echter uit meerdere betrokken partijen zoals hieronder zal worden verduidelijkt. De gehele stuurgroep zou best één keer per maand samenzitten.[20] Momenteel bestaat de stuurgroep 'Zorgzaam Wilsele' reeds uit verschillende partijen, namelijk huisartsen, kinesitherapeuten, afgevaardigden van het buurtcentrum en 'Stad Leuven', vertegenwoordigers van het buurtcomité, gezinsbond, Lokaal Dienstencentrum en buurtbewoners.

4.2.1.3.1. 'Core' team

Het 'core' team is een kleine groep binnen de bestuurgroep die frequent overleg zullen plegen over de lopende zaken van het buurtgericht zorgcentrum en buurtgerichte zorg. Zij vormen eigenlijk het hoofdbestuur en staan in voor het dagelijkse functioneren en organiseren van het project.[20,21] Echter nemen zij grote beslissingen zeker niet alleen. Hiervoor is overleg nodig met de gehele bestuursgroep. Wel hebben zij een rol in het kort op de bal spelen van dagelijkse bekommernissen en het snel bijsturen waar nodig. Ze volgen als het ware de dagelijkse evolutie op. Wie uiteindelijk deel zal uitmaken van dit 'core' team zal door 'Zorgzaam Wilsele', ervan uitgaande dat zij zullen optreden als bestuursgroep, zelf uitgemaakt moeten worden.

4.2.1.3.2. Andere bestuursleden

Naast het 'core' team zijn er nog vele andere bestuursleden die deel uitmaken of zouden moeten uitmaken van de bestuursgroep. Binnen 'Zorgzaam Wilsele' is dit reeds het geval. Samen zullen zij de grote sturende kracht achter buurtgerichte zorg en het buurtgericht zorgcentrum vormen.

4.2.1.3.2.1. Stad Leuven

Uit de interviews blijkt dat er belang wordt gehecht aan het lokale bestuur, in dit geval dus 'Stad Leuven'. Via hen is er ook verbinding met de buurtwerking, en het zou optimaal zijn wanneer er een afgevaardigde van 'Stad Leuven' zetelt binnen de bestuursgroep 'Zorgzaam Wilsele' zoals nu reeds het geval is. Zo blijven ook zij op de hoogte van de ontwikkelingen en is er sneller contact mogelijk van 'Zorgzaam Wilsele' naar 'Stad Leuven' toe indien nodig. Op deze manier heeft 'Stad Leuven' op een rechtvaardige en evenredige manier ook inspraak in de besturing van buurtgerichte zorg.

4.2.1.3.2.2. Formele zorgverlening

Formele zorgverleners vormen een belangrijke groep binnen buurtgerichte zorg en het is dus meer dan logisch dat ook zij inspraak hebben in de sturing van buurtgerichte zorg. Daarom dat dus enkele formele zorgverleners die zich geroepen voelen zich zullen moeten engageren om te zetelen binnen de stuurgroep 'Zorgzaam Wilsele'. Ook dit blijkt reeds het geval te zijn binnen Wilsele-Dorp.

4.2.1.3.2.3. Informele zorgverlening

Natuurlijk vormen ook de buurtbewoners één van de belangrijkste groepen uit buurtgerichte zorg. Echter is het niet mogelijk om iedere buurtbewoner te laten zetelen in de stuurgroep. Men kan er wel voor kiezen om op roterende basis enkele informele zorgverleners te integreren in de stuurgroep 'Zorgzaam Wilsele'. Men zou dan telkens één van de informele zorgverleners kunnen uitnodigen op de bestuursvergadering en op deze manier heeft men telkens een andere inkijk van het buurtnetwerk binnen 'Wilsele-Dorp'.

4.2.1.3.2.4. Centrale medewerker buurtgericht zorgcentrum

Ook de centrale medewerker zou binnen de stuurgroep moeten zetelen aangezien deze dagelijks in contact staat met de buurtbewoners en zowel informele als formele zorgverleners. Ook is deze centrale medewerker meer dan wie ook op de hoogte van de dagelijkse werking van het buurtgericht zorgcentrum en de verschillende aspecten die hierin meespelen.

4.2.1.4. Verticaal beleid/inspraak

Hierboven werd reeds de term horizontale cohesie aangehaald. Echter is er zeker ook nood aan verticaal beleid, en dit in beide richtingen. Het verticaal beleid gaat over beslissingen die gemaakt dienen te worden rondom het buurtgericht zorgcentrum en de activiteiten en

aangeboden diensten binnen het kader van buurtgerichte zorg.[20] Verticaal beleid moet op termijn zorgen voor het versterken en de ondersteuning van de horizontale cohesie. Door middel van het beleid dat gevoerd wordt, heeft men namelijk een grote invloed op de contacten tussen buurtbewoners en hoe deze zich zullen ontwikkelen. Het is dan ook belangrijk om niet licht om te springen met deze beleidsdynamiek. Zowel een falen van horizontale cohesie als een falen van verticaal beleid kan grote gevolgen hebben voor buurtgerichte zorg aangezien beiden steunpilaren vormen voor het gehele project. Zowel binnen het top-down als bottom-up beleid zijn er drie stromingen. Het is echter niet de bedoeling dat deze beleidsvorm belerend is ten opzichte van de buurt. Men moet er enkel voor zorgen dat het beleid op zodanige manier gevoerd wordt dat iedere buurtbewoner voordeel kan halen uit buurtgerichte zorg en dat niet enkel steeds dezelfde personen aan bod komen. Het is de bedoeling om met deze verticale beleidsdynamiek tot burgerparticipatie te komen. Men zou hiermee als het ware schipperen tussen trap 4 en 5 van de participatieladder volgens Wilcox.[22] Dit wil zeggen dat men ergens zit tussen samen nadenken, beslissen en handelen als buurtbewoners en beleidsgroep en het enkel optreden als richtinggevende en ondersteunende beleidsgroep voor een zelfsturende buurt binnen het kader van buurtgerichte zorg.

4.2.1.4.1. Top-down

Vertrekkende vanaf het ‘core’ team dat instaat voor dagelijkse beleid en opvolging zal er overleg gepleegd worden en inspraak zijn naar de stuurgroep ‘Zorgzaam Wilsele’. De stuurgroep ‘Zorgzaam Wilsele’ zal op zijn beurt in samenspraak met de buurtbewoners beslissingen nemen rondom het buurtgericht zorgcentrum en alle betrokken activiteiten en aangeboden diensten. En deze veranderingen zullen dan weer hun effect hebben op de interactie met de buurt ‘Wilsele-Dorp’. Op deze manier is er een stroom van beslissingen die effect zullen hebben op de andere organismen binnen het netwerk, vertrekkende van de kern van de stuurgroep tot bij de buurtbewoners zelf. Deze ‘top-down’ beslissingen zijn niet strikt maar moeten enkele grote lijnen uittekenen waarop verder gebouwd kan worden in samenspraak met de buurt. Op deze manier kan een optimaal klimaat gecreëerd worden voor een zorgzame buurt.

4.2.1.4.2. Bottom-up

Beleid en inspraak functioneert niet optimaal wanneer dit een éénrichtingsverkeer betreft. Dit wil niet zeggen dat over elke beslissing inspraak wordt verwacht van iedere betrokken partij maar wel dat er de mogelijkheid moet bestaan om vanuit de buurt input te geven naar de bestuursgroep toe. Op deze manier is er inspraak van de buurtbewoners en is de stuurgroep op de hoogte van wat er speelt binnen de buurt ‘Wilsele-Dorp’. Het is door rekening te houden met deze ‘bottom-up’ communicatie dat men als bestuursgroep door het maken van zijn beslissingen binnen hun beleid over buurtgerichte zorg de horizontale cohesie en het engagement van de buurtbewoners kan versterken en ondersteunen. Wanneer men als buurtbewoner aanvoelt dat hun mening ertoe doet zal dit normaal gezien het engagement vergroten en op zijn beurt mogelijk de horizontale cohesie aanzwengelen

en/of ondersteunen.[3] Via dit onderzoek werd er reeds gekeken waar buurtbewoners nood aan hebben of welke activiteiten buurtbewoners interessant zouden vinden. Dit was reeds een eerste stap van 'bottom-up' inspraak in het beleid van buurtgerichte zorg. Het is op deze manier, door rechtstreeks contact of via ideëenbussen, dat men in de toekomst verder zal moeten werken om zo iedere buurtbewoner de kans te geven zijn interessen kenbaar te maken en het beleid hieraan te kunnen aanpassen zo de mogelijkheid zich aanbiedt. Men kan wel niet verwachten dat zomaar iedere buurtbewoner onmiddellijk van zich zal laten horen en zal instappen in het proces van burgerparticipatie. Om buurtbewoners, die dit nog niet uit zichzelf doen, hiertoe aan te zetten stellen De Weger et al. enkele richtlijnen voor.[23] Een eerste en belangrijke voorwaarde is dat beleid transparant gebeurt en dat input van buurtbewoners op een veilige manier kan gebeuren zonder dat ze moeten vrezen voor al te negatieve reacties op hun inbreng. Verder stelt men dat het belangrijk is om van in het begin buurtbewoners aan te zetten tot inspraak, op een later tijdstip is het moeilijk om hen nog gemotiveerd te krijgen. Ook mag men, zoals reeds werd aangehaald, niet uit het oog verliezen dat alle partijen evenwaardig zijn en dus hun mening, drempels en motivatie evenredig van belang zijn. Men moet deze dan ook (h)erkennen. Een laatste richtlijn is om ook tijd en energie te investeren in buurtbewoners die zich niet zeker genoeg voelen om deel te nemen aan buurtgerichte zorg. Men zou hen ondersteuning en zekerheid kunnen geven om van daaruit te groeien en een belangrijk onderdeel te worden van het buurtleven en buurtgerichte zorg. Indien men dit dan ook nog eens zou doen binnen de verschillende bevolkingsgroepen zou men uiteindelijk alle buurtbewoners kunnen bereiken.

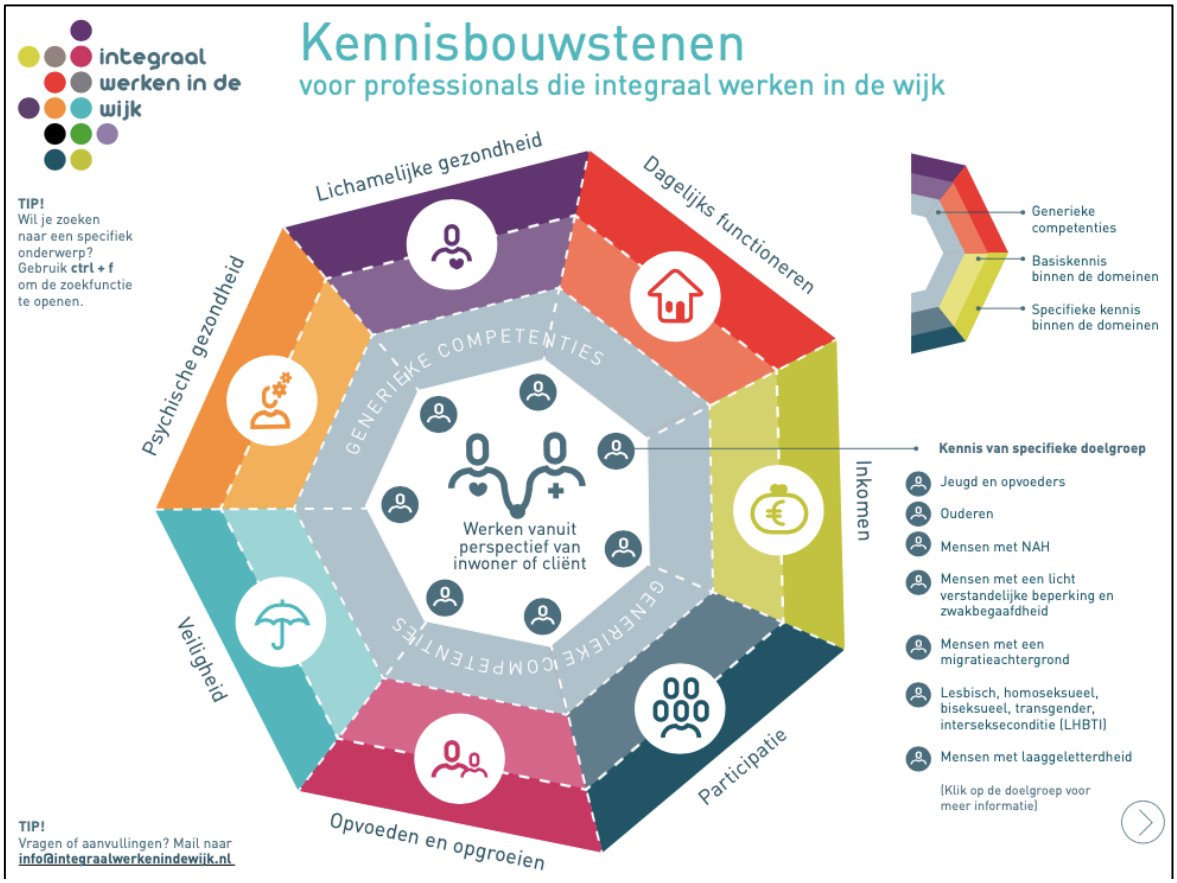
4.2.1.5. Communicatie

Net zoals het beleid is ook communicatie binnen deze organisatie van groot belang.[1,20] Er zijn verschillende communicatiemogelijkheden binnen het opzet van buurtgerichte zorg. Ten eerste is er, zoals nu ook bij praktijkgerichte zorg aanwezig is, de communicatie tussen patiënt (en dus mogelijk ook buurtbewoner) en formele zorgverlener. Deze communicatie gaat in praktijkgerichte zorg voornamelijk over het puur medische aspect van gezondheid. Met het opzetten van buurtgerichte zorg zou het de bedoeling zijn dat de formele zorgverlening ook frequenter andere aspecten van gezondheid betrekt in zijn of haar spectrum. Dit is eenvoudiger mogelijk wanneer men als formele zorgverlener een geïntegreerd buurtgericht zorgcentrum zou kunnen integreren in zijn of haar zorg. Het is dan natuurlijk ook de bedoeling, dat eens er een buurtgericht zorgcentrum is, men als formele zorgverlener hiernaar zal verwijzen. Ten tweede is er de communicatie tussen buurtbewoners en informele zorgverleners. Deze communicatie is nieuw binnen buurtgerichte zorg ten opzichte van praktijkgerichte zorg. Enkele buurtbewoners zullen zich moeten opwerpen als informele zorgverleners en/of connectoren en staan op deze manier iets dichter bij de formele zorgverlening aangezien ze in nauw contact zullen samenwerken met het oog op buurtgerichte zorg. Dit contact mag echter niet teveel opgedrongen worden en moet zo goed als mogelijk op een natuurlijke manier ontstaan. Dit kan door contact met andere buurtbewoners of dat buurtbewoners worden aangetrokken door activiteiten in het

kader van buurtgerichte zorg en op die manier in contact komen met andere buurtbewoners of informele zorgverleners. Deze communicatie is erop gericht om de drempel naar formele zorgverlening te verlagen en om het sociale netwerk van buurtbewoners te vergroten. Vervolgens is er ook de communicatie gericht naar het buurtgericht zorgcentrum. Deze communicatie kan zowel van buurtbewoners, informele zorgverleners als formele zorgverleners komen en zou, zoals hierboven reeds werd aangehaald, best gebeuren via verschillende communicatiekanalen.

4.2.2. Ondersteuning van organisatie en aanpak buurtgerichte zorg

Het opzetten van een netwerk is niet het enige wat moet gebeuren. Nadien moet het netwerk ook aan de slag gaan. Zowel de bestuursgroep als de uitvoerende actoren zullen hun verschillende taken moeten opnemen om buurtgerichte zorg te doen slagen. Het geïntegreerd, buurtgericht zorgcentrum kan hierbij een helpende hand zijn om alle betrokken partijen te verbinden, communicatie te vergemakkelijken en plannen tot uitvoering te laten komen. Echter wat betreft de taken van de verschillende actoren binnen het netwerk zal het nog wat zoeken zijn. Gelukkig moet men hiervoor niet volledig zelf opnieuw het warm water gaan uitvinden. Ondersteuning bij het oplossen van deze vraag kan men terugvinden in 'Kennisbouwstenenvoor professionals die integraal werken in de wijk.'[24] In deze publicatie biedt men aan de hand van de verschillende aspecten van algemene gezondheid mogelijke problemen en oplossingen aan alsook welke actoren dit eventueel zouden kunnen aanpakken. Hiernaast wordt ook kennis gedeeld over verbinding met verschillende bevolkingsgroepen en worden generieke competenties besproken welke van belang zijn binnen buurtgerichte zorg.[24]



Figuur 5: Kennisbouwstenen voor professionals die integraal werken in de wijk.[23]

Binnen Wilsele-Dorp zelf is men met 'Zorgzaam Wilsele' reeds op goede weg. Men heeft een uitgebreide sociale kaart en implementeert reeds enkele informele zorgverleners binnen buurtgerichte zorg. Verder organiseert men activiteiten om zo buurtbewoners aan te trekken en te laten kennismaken met buurtgerichte zorg. Deze activiteiten zorgen ook reeds voor het aanzwengelen van de sociale cohesie. Dit alles wil echter niet zeggen dat men het doel al heeft bereikt. Er is nog een lange weg te gaan. Eén van de drempels, die met dit onderzoek toch wel duidelijk werd, is dat men niet alle bevolkingsgroepen lijkt te bereiken en dat er een scheiding lijkt te zijn tussen verschillende bevolkingsgroepen. Een andere drempel is dat er tot nog toe slechts een klein deel van de buurtbewoners werkelijk deelneemt aan burgerparticipatie. Dit zijn toch belangrijke elementen die men nog zal moeten verbeteren om tot buurtgerichte zorg te komen. In bovenstaande delen werden reeds enkele mogelijke wegen uitgestippeld om alle bevolkingsgroepen te identificeren, de mogelijkheid te kunnen creëren om hen te verbinden en om burgerparticipatie te versterken bij éénieder van hen.

4.3. Implicaties van het onderzoek voor de toekomst

4.3.1. Onderzoek ondersteunt het concept

Door het uitvoeren van dit onderzoek werd het concept buurtgerichte zorg en de mogelijkheid van een geïntegreerd, buurtgericht zorgcentrum aangehaald bij zowel buurtbewoners als formele zorgverleners. Dit, alsook de deelname aan het onderzoek, heeft mogelijk reeds de cohesie tussen beide partijen verhoogd. Ook is het feit dat men nu op de hoogte is van deze vorderingen waarschijnlijk reeds getriggerd om, indien het hele concept tot stand zou komen, als buurtbewoner een kijkje te gaan nemen en eventueel zelfs deel te nemen aan buurtgerichte zorg. Als formele zorgverlener is men op de hoogte van de mogelijkheden van een geïntegreerd, buurtgericht zorgcentrum en kan men naar de toekomst toe al nadenken over het implementeren van buurtgerichte zorg binnen het zorgspectrum.

Daarenboven is door dit onderzoek ook reeds een stap gezet in de richting van werkelijke burgerparticipatie. Buurtbewoners werden bevraagd naar hun mening over de invulling van een buurtgericht zorgcentrum. Het is nu van belang om de buurtbewoners nog meer te betrekken en aan te zetten tot burgerparticipatie en om dan als beleidsgroep in samenspraak met de buurtbewoners tot een uitgewerkt model te komen.

4.3.2. Vervolgonderzoek

Vooreerst kan het handig zijn, om zoals hierboven reeds werd aangegeven, bij formele zorgverleners te bevragen wat hun drempels voor het implementeren van formele zorg binnen een geïntegreerd, buurtgericht zorgcentrum zijn. Hieraan gekoppeld kan men dan polsen naar mogelijke oplossingen. Verder moet, alvorens het opzetten van een geïntegreerd, buurtgericht zorgcentrum mogelijk is, de financiële haalbaarheid onderzocht worden.

Indien er in de toekomst werk wordt gemaakt van buurtgerichte zorg, met implementatie van een geïntegreerd, buurtgericht zorgcentrum, is het wenselijk om hieraan ook een vervolgonderzoek te koppelen. Dit onderzoek zou dan kunnen nagaan of, na implementatie van een buurtgericht zorgcentrum met bijhorende buurtgerichte activiteiten en aangeboden diensten, het algemeen welbevinden van de buurtbewoners in Wilsele-Dorp er daadwerkelijk door verbeterd is. Men zou dan tegelijkertijd met het opstarten van het buurtgerichte zorgcentrum bij een groot deel van de bevolking kunnen nagaan hoe zij hun algemene gezondheid, volgens bijvoorbeeld de verschillende aspecten van positieve gezondheid volgens Huber, ervaren. Het gebruik van de de aspecten van positieve gezondheid binnen dit onderzoek kan handig zijn daar deze niet enkel rekening houden met

lichaamsfuncties maar ook kijken naar het dagelijks functioneren, participatie, het mentaal welbevinden, zingeving en kwaliteit van leven.[25,26] Men wil met buurtgerichte zorg namelijk inspelen op al deze aspecten. Dit zou dan op regelmatige tijdstippen over verloop van enkele jaren kunnen herhaald worden om de evolutie te volgen. Idealiter zou men deze resultaten dan kunnen vergelijken met een controlepopulatie die geen gebruik maakt van het geïntegreerd, buurtgericht zorgcentrum. Natuurlijk is algemene gezondheid niet enkel verbonden aan buurtgerichte zorg en moet men er van bewust zijn dat er redelijk wat 'confounders' kunnen zijn.

4.3.3. Andere buurten

Natuurlijk is buurtgerichte zorg niet enkel toe te passen op Wilsele-Dorp. Naar de toekomst toe zal men dit in de meerderheid van de buurten moeten toepassen. Een manier om binnen een wijk een verbinding tussen formele en informele zorgverleners op te zetten werd reeds besproken in voorgaand onderzoek. Daarin werden ook richtlijnen meegegeven voor het opzetten van gelijkaardig onderzoek binnen andere wijken. Hiermee zal men moeten starten alvorens men kan overgaan tot de volgende fase: het opzetten van het netwerk met een geïntegreerd buurtgericht zorgcentrum. Wanneer men zo ver is, kan men aan de hand van dit werk overgaan tot deze volgende fase. De antwoorden op de resultaten en de conclusies die hieruit worden getrokken met betrekking tot Wilsele-Dorp zijn natuurlijk niet zomaar toepasbaar op andere buurten. Echter is de methodiek voor het opzetten van het onderzoek bij betrokken partijen wel zo goed als universeel. Aan de hand van de gevolgde methodiek in dit werk kan men ook in andere buurten achterhalen of er een geïntegreerd, buurtgericht centrum gewenst is en hoe dit er dan zou moeten uitzien in de betreffende wijk. Wat men wel deels uit dit werk zou kunnen meenemen naar verschillende wijken is de beleidsorganisatie. Wie, binnen dit organigram, de verschillende functies in elke specifieke buurt zal moeten innemen daarentegen, zal moeten blijken uit zelfgevoerd, gelijkaardig onderzoek binnen de verschillende wijken. Verder kan men ook meenemen hoe men burgerparticipatie kan verbeteren en verschillende bevolkingsgroepen kan verbinden. Deze zijn namelijk toepasbaar op meerdere buurten.

4.4. Sterkten van dit onderzoek

Voor het opstellen van zowel interview als enquête werd rekening gehouden met wetenschappelijke richtlijnen. Op deze manier werd er voor gezorgd dat relevante vragen werden gesteld en dat de antwoorden nuttig waren in kader van het beoogde doel.

De vragen van de enquête werden ook gebaseerd op de interviews. Op deze manier werd er duidelijk welke vragen beantwoord moesten worden door de buurtbewoners en relevant waren voor verdere uitwerking van het beoogde project.

De enquête werd zowel op papier als online afgenomen. Op deze manier werd een breder publiek bereikt. Men kon de buurtbewoners ook herinneren aan het onderzoek door een online reminder te sturen via mail of sociale media. Hoewel dit een voordeel had kunnen zijn, werden via de papieren enquêtes weinig tot geen deelnemers bereikt. Dit is mogelijk te wijten aan de COVID-19 pandemie waardoor buurtbewoners zich zo weinig mogelijk buiten huis mochten begeven. Gelukkig was er de online enquête waarmee men ook zonder zich naar buiten te hoeven begeven toch kon deelnemen.

4.5. Hiaten in dit onderzoek

Het is onduidelijk om via deze enquête exact te weten welke doelgroepen er nu net werden bereikt. Men kan hierin wel een verdeling zien van de leeftijd en geslacht, betrokkendheid binnen het gebeuren van Wilsele-Dorp en het aantal jaren woonachtig te Wilsele-Dorp. Er is echter geen duidelijkheid of met deze enquête ook mensen bereikt werden uit een sociaal zwakkere populatiegroep, mensen met een immigratieachtergrond of mensen die meer geïsoleerd leven. Uit de gegevens van de enquête blijkt ook dat ouderen niet werden bereikt, er nam slechts 1 buurtbewoner deel met een leeftijd boven 70 jaar.

De enquête werd enkel verspreid in een nederlandstalige versie, anderstalige buurtbewoners werden hier hoogst waarschijnlijk door uitgesloten.

Om zoveel mogelijk mensen te bereiken werden ook een papieren versie en flyers verspreid in Wilsele-Dorp. Echter strooide de COVID-19 pandemie en de daarmee gepaard gaande, noodzakelijke maatregelen, roet in het eten. Mensen moesten thuis blijven en dus daalde de mogelijkheid op het zien van de flyers of de papieren versie van de enquête. Ook de bedoeling om van deur-tot-deur enquêtes af te nemen om op deze manier alle mogelijke doelgroepen te bereiken, viel hierdoor in het water.

Men kan dus wel stellen dat er een redelijk deel van de buurtbewoners werd bereikt, met uitzondering van de ouderen. Maar men kan echter niet met zekerheid weten of elke doelgroep werd bereikt. Om elke doelgroep te bereiken zou men in de toekomst, zo de omstandigheden het toelaten, kunnen werken met enquêteurs die buurtbewoners aan huis gaan opzoeken en laten deelnemen.

Voor een correcte toepassing van de QUAGOL-methode voor analyse van de interviews is er noodzaak aan meerdere onderzoekers om ‘bias’ te vermijden. Echter bij deze analyse was er slechts één onderzoeker die de analyse uitvoerde. Het is dus mogelijk dat de antwoorden die werden gegeven tijdens de analyse op een bepaalde manier ‘gebiast’ werden door de mening van deze onderzoeker. Het is namelijk de bedoeling van meerdere onderzoekers om alles te laten analyseren door minstens 2 personen om er zo voor te zorgen dat wat 1 onderzoeker belangrijk of net niet belangrijk vindt, niet te sterk naar voren komt en

hierdoor dus meer in de verf gezet wordt of net weggelaten wordt in de resultaten. De analyse is echter op een zo objectief mogelijke manier en naar beste vermogen uitgevoerd om dit te voorkomen. Ook was er frequent overleg met promotor en co-promotor.

Hoofdstuk 5: Besluit

Voortgaande op vorig onderzoek werd dit onderzoek gevoerd naar de mogelijkheden voor het opzetten van een centrale locatie binnen buurtgerichte zorg, namelijk een geïntegreerd, buurtgericht zorgcentrum.

Uit het onderzoek blijkt dat de grote meerderheid van zowel formele zorgverleners als buurtbewoners nood lijkt te hebben aan zulke centrale locatie om een netwerk tussen formele en informele zorgverlening binnen Wilsele-Dorp te doen slagen. Wel werd duidelijk dat een geïntegreerd, buurtgericht zorgcentrum slechts een ondersteuningsmiddel is en niet het doel op zich kan zijn.

Vooraleer men kan overgaan tot het uitbouwen van een buurtgericht zorgcentrum zal men nog enkele fasen moeten doorlopen zoals reeds werd aangegeven in het conceptuele schema. Dit onderzoek vormde reeds een eerste fase. In een tweede fase zal men de drempels die met dit onderzoek naar boven zijn gekomen nog verder moeten uitklaren en hier mogelijk oplossingen voor moeten zoeken in samenspraak met alle betrokken partijen. De twee grootste drempels die naar voren kwamen waren enerzijds dat formele zorgverleners, in tegenstelling tot de buurtbewoners, geen plaats zien in het buurtgerichte zorgcentrum voor formele zorgverlening en anderzijds dat er nog een tweede belangrijke drempel te vinden is in het bereiken van alle bevolkingsgroepen binnen Wilsele-Dorp. Men zal, eventueel aan de hand van voorgestelde richtlijnen (zie supra), deze verschillende bevolkingsgroepen moeten (h)erkennen en vervolgens proberen met elkaar te verbinden.

In een derde fase zal men naast het hebben van een uitgebreide sociale kaart, dewelke hier reeds aanwezig is, een organigram moeten invullen waarin men duidelijk weergeeft wie instaat voor welke taak. Ook hiervoor werd reeds een aanzet gegeven in dit onderzoek. Daarna kan men in samenspraak met alle betrokken partijen beslissen over de geboden diensten en activiteiten in het kader van buurtgerichte zorg. Voor de buurtbewoners die deelnamen aan dit onderzoek lijkt dit voornamelijk in de richting te gaan van het organiseren van thema-avonden, het geven van groepssessies rond bepaalde zorggroepen, de mogelijkheid tot sport en ontspanning, het organiseren van vergaderingen en het op een informele manier in contact kunnen treden met andere buurtbewoners. Verder is voor hen het verdelen van informatie over zowel formele als informele zorgverlening en Wilsele-Dorp als het aanbieden van (para)medische zorgverlening van belang. Deze zullen afgestemd moeten worden met de ideeën van de formele zorgverleners en de rest van de buurtbewoners.

Pas hierna, in een vierde fase kan men beginnen spreken over het opzetten van een buurtgericht zorgcentrum. Al zal men in deze fase natuurlijk eerst nog de financiële haalbaarheid met betrokken partijen en instanties moeten onderzoeken. Indien het haalbaar lijkt kan men gaan nadenken over mogelijkheden tot het promoten van en het

implementeren binnen het zorgspectrum van een geïntegreerd, buurtgericht zorgcentrum binnen het kader van buurtgerichte zorg.

Er is dus nog een hele weg te gaan voordat men uiteindelijk een geïntegreerd, buurtgericht zorgcentrum zal kunnen uitbouwen. Maar tijdens het onderzoek bleek een positieve en enthousiaste kijk op het gehele concept vanuit alle betrokken partijen. Mits het volgen van de verschillende fasen lijkt het dan ook mogelijk om op relatief korte termijn binnen het kader van buurtgerichte zorg een geïntegreerd, buurtgericht zorgcentrum te kunnen implementeren in Wilsele-Dorp.

Dankwoord

Graag bedank ik promotor prof. dr. Van Nuland Marc voor het sturen van het onderzoek met zijn kennis over het voeren van kwantitatief en kwalitatief, wetenschappelijk correct onderzoek. Ook bedank ik co-promotor dr. Pint Geert voor het delen van zijn enthousiasme en kennis over buurtgerichte zorg.

Daarnaast wil ik ook alle deelnemers aan zowel interview als enquête bedanken gezien zonder hun mening dit onderzoek niet mogelijk was geweest.

Literatuurlijst

1. Turner, A., M.A. (2018). The international knowledge base for new care models relevant to primary care-led integrated models: a realist synthesis. *National Institue for health research; Health services and delivery research, 6;25*.

2. Bekaert, A., J.D. (2016). Buurtgerichte zorg. De actief zorgzame buurt als toekomstmodel voor Vlaanderen en Brussel. *Brussel: VVDC & Kenniscentrum Woonzorg*.

3. Jones, M., R.K. (2013). The role of community centre-based arts, leisure and social activities in promoting adult well-being and healthy lifestyles. *Int. J. Environ. Res. Public Health, 10;1948-1962.*

4. Vanneste, H., W.W. (2018). Verbinden van formele en informele zorgverleners binnen wijkgerichte zorg: wat zijn in de wijk de sterktes, knelpunten en mogelijke oplossingen om dit te realiseren? *Niet gepubliceerde masterproef, K.U. Leuven.*

5. Van Audenhove, C., A.D. (2016). Een stap verder met wijkgericht werken. *OCMW Gent, Zorg voor de buurt: technische nota. Leuven: KU Leuven.*

6. Starks, H., S.T. (2007). Choose your method: a comparison of phenomenology, discourse analysis, and grounded theory. *Qual. Health res., 17(10): 1372-1380.*

7. WHO global strategy on people centred and integrated healthservices: interim report. *World Health Organization. (2015; Geneva).*

8. People-centred and integrated healthservices: an overview of the evidence. *World Health Organization. (2015; Geneva).*

9. Ryan, F., M.C. (2009). Interviewing in qualitative research: the one-to-one interview. *international journal of therapy and rehabilitation*, 16(6);309-314.

10. Turner, D. (2010). Qualitative interview design: a practical guide for novice investigators. *the qualitative report, 15(3);754-760.*

11. *Wegwijzer: een interview afnemen. Associatie K.U. Leuven.*

12. Bite-size guide to patient insight: writing an effective questionnaire. (2018). *NHS England.*

13. Boynton, P.M., T. G. (2004). Hands-on guide to questionnaire research: selecting, designing and developing your questionnaire. *BMJ (clinical research ed.), 328;1312-1315.*

14. Tip sheet on question wording. (2015). *Harvard University: program on survey research. World Health Organization.*

15. Mortelmans, D. (2013). *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden* (4e herziene druk). Leuven: Acco.

16. Dierckx de Casterlé, B., C. G. (2012). QUAGOL: a guide for qualitative data analysis. *Int. J. Nurse Stud., 49(3): 360-371.*

17. Van Wonderen, R. (2019). Handreiking: van polarisatie naar verbinding. Utrecht. *Kennisplatform integratie en samenleving.*

18. Abel, J., K.H. (2018). Reducing emergency hospital admissions: a population health complex intervention of an enhanced model of primary care and compassionate communities. *British Journal of General Practice, DOI:https://doi.org/10.3399/bjgp18X699437*

19. https://healthconnectionsmendip.org/pdf/hcm-foldout-A5.pdf

20. Aveling, E.L., G.M. (2017). Optimising the community-based approach to healthcare improvement: comparative case studies of the clinical community model. *Social science & medicine, 173; 96-103.*

21. Aveling, E.L., G.M. (2012). Quality improvement through clinical communities: eight lessons for practice. *Journal of health organization and management, 26(2); 158-174.*

22. Ooms, H., v.d.B.M. (2018). Kennisbouwstenen voor professionals die integraal werken in de wijk. *Integraal Werken in de Wijk.*

23. De Weger, E., V.V.N. (2018). Achieving successful community engagement: a rapid realist review. *BMC Health Serv Res., 18(1):285*

24. Wilcox, D. (1994) The guide to effective participation.

25. Huber, M., M.V. (2016). Heroverweeg uw opvatting van het begrip 'gezondheid'. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 160, A7720.*

26. Huber, M., K.J. (2011). How should we define health?. *BMJ, 343:d4163*

Bijlagen

1. Goedkeuring door Onderwijs-BegeleidingsCommissie

KU LEUVEN UZ LEUVEN

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

English version below.

Ons kenmerk: MP009276
Uw kenmerk: Masterproef studie: Van praktijkgerichte naar wijkgerichte zorg.
Leuven, 29-04-2019

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Marc Van Nuland
Geachte Wouter Weckx

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven verleent hierbij een gunstig advies aan de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie. De studie werd goedgekeurd op 29-04-2019

De Commissie keurt de aanvraag goed. De wetenschappelijke achtergrond van de studie had sterker uitgewerkt kunnen worden. Normaal moet een vragenlijst toegevoegd worden bij een aanvraag, maar we begrijpen dat dit enkel kan na de afwerking van de interv

Aangezien het om een Masterproefproject binnen de Groep Biomedische Wetenschappen van de KU Leuven gaat, werd de aanvraag tot de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven ingediend via de Onderwijs-Begeleidings-Commissie.

De Commissie heeft geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy. De Ethische Commissie Onderzoek UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiënt-gegevens bij contact met levende personen, patiënten en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten.

Dit gunstig advies betreft de indiening van 17-04-2019 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit gunstig advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de commissie die eerder uw dossier goedkeurde.

De Commissie bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

De Commissie bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. Minne Casteels
Voorzitter
Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry
Voorzitter
Onderwijs-BegeleidingsCommissie voor Medische Ethiek KU Leuvenv

---

Aandachtspunten (indien van toepassing)

De Ethische Commissie UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiëntgegevens bij contact met de patiënt en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten. Het EC verwijst naar de richtlijnen van ICH/GCP hierover op de website, en benadrukt dat een GCP-opleiding van elke hoofdonderzoeker verwacht wordt voor studies die vallen onder de Wet op Medische Experimenten. Het EC verwijst tevens naar de Belgische wetgeving (Wet van 8/12/1992 ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer en Wet van 22/8/2002 betreffende de rechten van de patiënt), en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (van toepassing op 25 mei 2018).

Bij gebruik van elektronisch medische gegevens is een formeel akkoord van de dienstraad vereist. De opdrachtgever is verantwoordelijk voor de conformiteit van de anderstalige documenten met de Nederlandstalige documenten.

Onderzoek op embryo's in vitro valt onder de wet van 11 mei 2003. Voor dergelijk onderzoek is er naast een positief advies van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven ook een goedkeuring van de Federale Commissie voor medisch en wetenschappelijk onderzoek op embryo's in vitro noodzakelijk vooraleer dit onderzoeksproject kan doorgaan.

Vooraleer u dierexperimenten mag opstarten is een goedkeuring vereist van de Ethische Commissie Dierproeven (ECD). U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie voor het onderdeel met dierproeven en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen.

Onderzoek op humane kadavers vereist een goedkeuring van het Ethisch Comité voor Zorg en Begeleiding. U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen

Dit gunstig advies van de Commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor dus zelf verantwoordelijk.
Bovendien dient u, als betrokken hoofdonderzoeker, erover te waken dat de resultaten van dit onderzoek, correct worden weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz.

U wordt eraan herinnerd dat bij klinische studies iedere door u waargenomen ernstige verwikkeling onmiddellijk zowel aan de opdrachtgever (desgevallend de producent) als aan het EC Onderzoek UZ/KU Leuven moet worden gemeld, ook al is het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk.

Our reference: MP009276

Your reference: Master's thesis study: Van praktijkgerichte naar wijkgerichte zorg.
Leuven, 29-04-2019

DEFINITIVE FAVOURABLE ADVICE

Dear Marc Van Nuland
Dear Wouter Weckx

The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven hereby grants favourable advice to the proposed study, as it was described in the protocol. The Commission is of the opinion that from an ethical standpoint there are no objections to the proposed study. The study was approved on 29-04-2019

De Commissie keurt de aanvraag goed. De wetenschappelijke achtergrond van de studie had sterker uitgewerkt kunnen worden. Normaal moet een vragenlijst toegevoegd worden bij een aanvraag, maar we begrijpen dat dit enkel kan na de afwerking van de interv

Given that the study takes the form of a Master's thesis within the Group Biomedical Science, the application to the Research Ethics Committee UZ/KU Leuven was submitted to the Educational-Support Committee.

The Committee has no objection to the project on the basis of confidential treatment of the data and compliance with the Belgian legislation concerning privacy. The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven wishes for the head researcher / promoter of the study to be aware of their responsibilities with regard to the privacy of personal / patient details, when in contact with living persons, patients, and / or contained within electronic medical records, including the correct implementation by employees and students.

This favorable advice concerns the submission of 17-04-2019 and is given for the duration of the Master's thesis of the student(s) concerned. Any amendment to the protocol will invalidate this favorable advice. In that case, you must submit an amendment for advice to the committee that previously approved your file.

The Committee confirms that they work in accordance with the ICH-GCP principles (International Conference on Harmonisation Guidelines on Good Clinical Practice), with the most recent verison of the Helsinki Declaration, and with applicable laws and regulations.

The Committee confirms that in case of a conflict of interest, the members concerned have not participated in decision regarding the study.

Kind regards,

Prof. dr. Minne Casteels
President / Chairperson
Research Ethics Committee UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry
President / Chairperson
Education-Support Committee for Medical Ethics KU Leuven

Points of Interests (if applicable)

The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven wishes for the head researcher / promoter of the study to be aware of their responsiblities with regard to the privacy of personal / patient details, when in contact with living persons, patients, and / or contained within electronic medical records, including the correct implementation by employees and students. The Ethics Committee refers to the guidelines of the ICH/GCP here on the website, and emphasises that GCP-training is expected from every head-researcher for studies that come under the Law on Medical Experimentation. The Ethics Committee refers at the same time to the Belgian legislation (Law from 8/12/1992 for the protection of personal privacy and Law from 22/8/2002 regarding the rights of the patient), and the General Data Protection Regulation (which comes into effect on May 25th 2018).

For use of electronic medical data, a formal agreement from the clinical board is required. The study promotor is responsible for the conformity of foreign language documents with the Dutch language version.

In vitro research on embryos comes under the Law of 11 May 2003. For such research, besides positive approval from the Ethics Committee, approval by the Federal Committee for Medical and Scientific Research on Embryos In Vitro is also necessary before a project can commence.

Before you may commence animal experimentation, approval is required from the Animal Ethics Committee. You must register with this committee for the animal testing component and follow their advice. Please note that you may start the investigation only after you have obtained a definitive favorable opinion from this committee.

Research on human cadavers requires approval of the Care and Support Ethics Committee. You must therefore register with this committee and follow their advice. Please note that you may start the investigation only after you have obtained a definitive favorable opinion from this committee.

This favorable opinion from the Commission does not mean that it takes responsibility for the planned study. You remain responsible for this yourself. In addition, as the principal investigator, you must ensure that the results of this research are correctly displayed in publications, reports for the government, etc.

You are reminded that any serious complication you observe must be reported immediately to both the study promotor (if applicable, the producer) and the Ethics Committee, even if the causal link with the study is unclear.

2. Informatiebrief en 'Informed consent' formulier interview

KU LEUVEN

Informatiebrief

Van praktijkgerichte naar wijkgerichte zorg: Geïntegreerd buurtgericht zorgcentrum, explorerend onderzoek bij betrokken partijen.

Promotor: Prof. Dr. Van Nuland Marc, Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde Kapucijnenvoer 33 blok j - bus 7001 3000 Leuven

Copromotor: Dr. Pint Geert
Student: Weckx Wouter

Achtergrond en doel van het onderzoek

Het onderzoek wordt gevoerd naar aanleiding van de masterthesis die de huisartsen-in-opleiding moeten maken. Het onderwerp van het onderzoek betreft het omschakelen van praktijkgerichte zorg naar wijkgerichte zorg. In dit onderzoek wordt er dieper ingegaan op de resultaten van het vorige onderzoek: "Verbinden van formele en informele zorgverleners binnen wijkgerichte zorg: Wat zijn in de wijk de sterktes, knelpunten en mogelijke oplossingen om dit te realiseren?".

Uit de literatuur is gebleken dat wijkgerichte zorg een meerwaarde biedt op vlak van lokale gezondheidszorg. Wijkgerichte zorg is een toekomstmodel voor de organisatie van het ondersteunings-, hulp- en zorgaanbod in Vlaanderen, om zo de hulp en zorg voor iedereen bereikbaar, beschikbaar en betaalbaar te houden. Dit model biedt kansen om de kwaliteit van leven te verhogen en de kosten van de hulp- en zorgverlening te doen dalen. Het beoogt een samenhangende én wijkgerichte aanpak van wonen, zorg en welzijn. (Visietekst Buurtgerichte Zorg: De 'actief zorgzame buurt' als toekomstmodel voor Vlaanderen en Brussel, Prof. Dominique Verté).

Uit het vorige onderzoek en uit vergaderingen van "Zorgzaam Wilsele-Dorp" is gebleken dat er in de buurt nood is aan een verbindende locatie om tot wijkgerichte zorg te komen in Wilsele-Dorp. Een antwoord vinden op de vragen hoe dit buurtgericht zorgcentrum er dan zou moeten uitzien en welke mogelijkheden dit zou moeten bieden alsook welke diensten het zou moeten huisvesten, is het doel van dit onderzoek.

Met dit onderzoek zal men naast het bestuderen van de literatuur rond wijkgerichte zorg en buurtgerichte zorgcenta (in hoeverre deze reeds bestaat) gaan bevragen wat de ideeën en meningen zijn rond het opzetten van zulk geïntegreerd buurtgericht zorgcentrum. Deze bevraging zal plaatsvinden door middel van interviews bij formele zorgverleners (huisartsen, apothekers, kinesitherapeuten, thuisverpleegkundigen…) en enquêtes bij de

1

KU LEUVEN

buurtbewoners. Hierdoor hoopt men tot een globaal beeld te komen van de meningen van de wijk over hoe zo een geïntegreerd buurtgericht zorgcentrum er zou moeten uitzien en hoe het de buurt zou kunnen ondersteunen.

Implicaties voor de deelnemer
Het is voor elke deelnemer slechts toegelaten éénmalig deel te nemen aan een interview (formele zorgverlener) of enquête (buurtbewoner). Tijdens deelname wordt er verwacht dat men zijn/haar mening/idee geeft omtrent vooropgestelde vragen. Indien een zorgverlener ook inwoner is van Wilsele-Dorp mag deze zowel deelnemen aan één interview (als zorgverlener) als één enquête (als buurtbewoner) invullen.

Vertrouwelijkheid van gegevens
De studiegegevens worden van een code voorzien vooraleer ze aan derden worden overgemaakt, m.a.w. de opdrachtgever en/of zijn vertegenwoordiger(s) mogen de gegevens pas na codering krijgen. De code (link tussen de deelnemer en zijn/haar gegevens) wordt door de onderzoeker/onderzoeksteam bewaard. De onderzoeker is bijgevolg de enige persoon die een verband kan leggen tussen code en deelnemer. De verzamelde gegevens zullen geen elementen bevatten waarvan de combinatie tot de identificatie van de deelnemer zou kunnen leiden (bv. combinatie van initialen, geslacht en volledige geboortedatum). Na het uitschrijven van de antwoorden zullen de formulieren gewist worden. Het blijft voor het onderzoek enkel van belang tot welke onderzoeksgroep (formele zorgverlener of buurtbewoner) een bepaalde mening hoorde.

Rechten van de deelnemer
De deelnemer heeft steeds het recht aan de onderzoeker te vragen welke gegevens over hem/haar worden verzameld in het kader van het onderzoek en wat de bedoeling ervan is.

Vrijwillig karakter van deelname
De deelname aan dit onderzoek is volledig vrijwillig. Elke deelnemer heeft het recht te weigeren om deel te nemen aan het onderzoek of op elk ogenblik te stoppen, zonder dat men een reden moet geven. De beslissing om al dan niet (verder) deel te nemen, zal geen enkele invloed hebben op de relatie tussen de formele zorgverleners en de buurtbewoners. De deelnemer zal tijdig op de hoogte gebracht worden van belangrijke nieuwe informatie die een invloed zou kunnen hebben op zijn/haar bereidheid om verder aan het onderzoek deel te nemen. Deelname kan ook door de onderzoeker, de opdrachtgever of het Ethisch Comité worden stopgezet. Deze beslissing wordt dan om grondige redenen (bv veiligheid van de deelnemer) genomen. Een toestemming van de deelnemer is hiervoor niet noodzakelijk.

Risico's en ongemakken
Er zal niet met medicatie of een specifieke behandeling gewerkt worden, waardoor er ook geen risico's en ongemakken hieromtrent kunnen ontstaan.

KU LEUVEN

Informed Consent Formulier

Van praktijkgerichte naar wijkgerichte zorg: Geïntegreerd buurtgericht zorgcentrum, explorerend onderzoek bij betrokken partijen.

Ondergetekende verklaart dat hij/zij voldoende tijd heeft gehad om het document te lezen en dat zijn/haar vragen omtrent het onderzoek voldoende beantwoord zijn. Hiermee verklaart hij/zij te zullen deelnemen aan het onderzoek door middel van deelname aan een interview (formele zorgverlener).

Handtekening deelnemer interview:
Gelezen en goedgekeurd

Ik, ondergetekende, Weckx Wouter, bevestig dat ik mondeling de nodige informatie heb gegeven over dit onderzoek, dat ik een kopie heb gegeven van de informatie- en toestemmingsfolder die door de verschillende partijen werd getekend, dat ik bereid ben om zo nodig alle aanvullende vragen te beantwoorden en dat ik geen druk op de deelnemer heb uitgeoefend om aan het onderzoek deel te nemen.

Handtekening onderzoeker:

3

3. Uitwerking interview

Masterthesis: opstellen interview

Welk soort interview?:

Gestructureerd open-ended interview geeft antwoorden die beter te vergelijken zijn doordat de vragen steeds op dezelfde manier gesteld worden bij alle deelnemers.

Opstellen vragen: welke vragen?

ONDERZOEKSVRAAG -> opdelen in verschillende **THEMA'S** (welke onderdelen van onderzoeksvraag dienen uitgeklaard te worden) **->** elk thema heeft een duidelijke **INTERVIEWVRAAG** (1 duidelijke vraag behandeld 1 thema) **->** bij elke interviewvraag horen ook **SUBVRAGEN** (aanvulling bij vastlopen deelnemer, terug op het juiste spoor zetten)

Naast het opstellen van vragen die inhoudelijke informatie geven wat betreft de onderzoeksvraag ook opstellen van enkele demografische vragen (ter vergelijking meningen verschillende groepen).

Opstellen vragen: hoe op te stellen?

- Open-ended
- Neutraal: geen veronderstellingen of oordelende vraagstelling
- Duidelijke taal, op niveau deelnemer
- Vermijden 'waarom'-vragen
- 1 grote vraag per thema

Schema interview:

Belang goede volgorde voor goed verloop interview: belang opstellen goede interviewgids.

- Jezelf voorstellen
- Voorstellen onderzoek waarbinnen het interview kadert
- Uitleg anonimiteit, vertrouwelijkheid informatie en dat opname wordt gemaakt
- Verwachte tijdsduur interview meegeven
- Navragen of verduidelijking nodig is voor start interview
- Start interview (= opgestelde vragen)
    - Demografisch
        - Leeftijd
        - Geslacht
        - Beroep
        - Woonplaats (binnen of buiten Wilsele-Dorp)
    - Onderzoek
        - Zie infra (interviewvragen)

Deelnemers selecteren:

Voldoende variatie in populatie (achtergrond, leeftijd, geslacht) en voldoende deelnemers.

- Te streven naar **2 deelnemers per beroepsgroep**
- Totaal aantal deelnemers **minimaal 10**.

Binnen dit onderzoek: interview voor formele zorgverleners:

- Huisarts
- Apotheker
- Kinesitherapeut
- Psycholoog
- Thuisverpleging
- Buurtwerker
- Thuishulp (/OCMW?)

Interview afnemen:

- Slechts 1 vraag tegelijkertijd stellen
- Neutrale houding aannemen, neutrale reacties (bv niet plots beginnen noteren, of erg enthousiast reageren op een antwoord -> kan indruk fout of goed antwoord meegeven wat mogelijk de volgende antwoorden gaat beïnvloeden)
- Goede overgang maken tussen de vragen van verschillende thema's
- Actief luisteren
- Controle over interview behouden
- Nut van 'probing questions': meer te weten komen achter een mening van deelnemer

---

Interviewvragen:

- *Onderzoeksvraag:* Van praktijkgerichte naar wijkgerichte zorg: Geïntegreerd buurtgericht zorgcentrum, explorerend onderzoek bij betrokken partijen.

- *Thema's:*
  - *Verbinding formele en informele zorgverleners*
    - ***Interviewvraag:*** *Hoe staat u tegenover het verbinden van formele en informele zorgverleners?*
  - *Noodzaak buurtgericht zorgcentrum*
    - ***Interviewvraag****: Uit vorig onderzoek en uit vergaderingen met 'Zorgzaam Wilsele-Dorp' blijkt dat er gedacht wordt in de richting van de oprichting van een gecentraliseerde locatie (een buurtgericht zorgcentrum). Wat is uw mening hierover?*
      - *Subvragen:*
        - *Wat zijn volgens u mogelijke valkuilen of nadelen aan een buurtgericht zorgcentrum?*
        - *Hoe kan een buurtgericht zorgcentrum volgens u de buurt ondersteunen? (ondersteuning van de nulde lijn)*
        - *Hoe zou een buurtgericht zorgcentrum u als formele zorgverlener kunnen helpen? (ondersteuning van de eerste lijn)*
  - *Zorgdimensies/sectoren binnen een buurtgericht zorgcentrum*
    - ***Interviewvraag****: Hoe zou een buurtgericht centrum er volgens u moeten uitzien?*
      - *Subvragen:*
        - *Welke diensten moet een buurtgericht zorgcentrum bevatten?*
        - *Moet er plaats zijn voor andere zaken dan zorgverlening op zich?*
  - *Praktische realisatie van een buurtgericht zorgcentrum*
    - ***Interviewvraag****: Wanneer u zou mogen beslissen over de organisatie/realiseren van een buurtgericht zorgcentrum, hoe zou u dit dan aanpakken?*
      - *Subvragen:*
        - *Hoe zou zo een buurtgericht zorgcentrum volgens u gefinancierd moeten/kunnen worden? (Gebouw,Onderhoud, loon "werknemer"…)*

- *Zal er volgens u een nieuwe job gecreëerd moeten worden om dergelijk buurtcentrum te realiseren?*
- *Zou er volgens u bij opstart van een buurtgericht zorgcentrum duidelijke en doorgedreven promotie moeten plaatsvinden? Op welke manier? Spelen sociale media hierin volgens u ook een rol?*

Uitgebreide interviewgids: (zwart = fase interview, blauw = tekst interviewer, oranje = mogelijke subvragen)

- Jezelf voorstellen
  - Hallo, ik ben Weckx Wouter, huisart-in-opleiding, ik zal vandaag het interview afnemen dat kadert binnen het onderzoek voor mijn masterthesis.
- Voorstellen onderzoek waarbinnen het interview kadert
  - Het onderzoek gaat dieper in op resultaten van de masterthesis die ik samen met medestudenten heb gemaakt tijdens het vierde masterjaar in de opleiding geneeskunde. Het overkoepelende thema is het verbinden van formele en informele zorgverleners. Uit vorig onderzoek bleek er noodzaak te zijn aan een gecentraliseerde locatie om deze verbinding te ondersteunen. Dit interview heeft als doel om bij de betrokken partijen in Wilsele-Dorp na te gaan wat hun mening hieromtrent is.
- Uitleg anonimiteit, vertrouwelijkheid informatie en dat opname wordt gemaakt
  - Dit interview zal worden opgenomen om later te kunnen analyseren. Uw gegevens worden echter geanonimiseerd door het toekennen van een code. Na analyse zal de opname van dit interview vernietigd worden.
- Uitleg vrijwillige karakter deelname interview:
  - Deelname aan dit interview is geheel vrijwillig en u kan op elk moment uit het interview stappen zonder hiervoor een duidelijke reden te moeten opgeven. De reeds verkregen informatie zal wel nog gebruikt worden voor het onderzoek.
- Verwachte tijdsduur interview meegeven
  - Verwacht wordt dat het interview ongeveer één uur zal duren.
- Navragen of verduidelijking nodig is voor start interview
  - Voorafgaand werd een informatiebrief aan u bezorgd met meer uitleg over het onderzoek en mijn contactgegevens. Zijn er, voor we starten met het interview, nog vragen?
- Start interview (= opgestelde vragen)

  Dan kunnen we nu van start gaan met het interview. Ik zal beginnen met enkele vragen omtrent uw demografische gegevens.

  - Demografisch:
    - Leeftijd
      - Wat is uw leeftijd?
    - Geslacht (moet niet bevraagd worden)
    - Beroep
      - Welk is uw beroep?
    - Woonplaats (binnen of buiten Wilsele-Dorp)
      - Woont u binnen of buiten Wilsele-Dorp?

Nu kunnen we overgaan tot de onderzoeksvragen. Om te beginnen zal ik eerst peilen naar uw mening rond het overkoepelende thema.

- Onderzoek:
  - ***Interviewvraag:*** *Hoe staat u tegenover het verbinden van formele en informele zorgverleners?*

    Aansluitend op dit thema blijkt..

  - ***Interviewvraag****: Uit vorig onderzoek en uit vergaderingen met 'Zorgzaam Wilsele-Dorp' dat er gedacht wordt in de richting van de oprichting van een gecentraliseerde locatie (een buurtgericht zorgcentrum). Wat is uw mening hierover?*
    - *Subvragen:*
      - *Wat zijn volgens u mogelijke valkuilen of nadelen aan een buurtgericht zorgcentrum?*
      - *Hoe kan een buurtgericht zorgcentrum volgens u de buurt ondersteunen? (ondersteuning van de nulde lijn)*
      - *Hoe zou een buurtgericht zorgcentrum u als formele zorgverlener kunnen helpen? (ondersteuning van de eerste lijn)*

    We hebben het nu gehad over uw mening rond de idee van een buurtgericht zorgcentrum. Nu zou ik iets dieper willen ingaan op het inhoudelijke van een buurtgericht zorgcentrum.

  - ***Interviewvraag****: Hoe zou een buurtgericht centrum er volgens u moeten uitzien?*
    - *Subvragen:*
      - *Welke diensten moet een buurtgericht zorgcentrum bevatten?*
      - *Moet er plaats zijn voor andere zaken dan zorgverlening op zich?*

    We zijn er nu achter gekomen hoe het ideale buurtgerichte zorgcentrum er volgens u moet uitzien. Rest ons natuurlijk de vraag hoe dit organisatorisch zou moeten worden aangepakt.

  - ***Interviewvraag****: Wanneer u zou mogen beslissen over de organisatie/realiseren van een buurtgericht zorgcentrum, hoe zou u dit dan aanpakken?*
    - *Subvragen:*
      - *Hoe zou zo een buurtgericht zorgcentrum volgens u gefinancierd moeten/kunnen worden? (Gebouw,Onderhoud, loon "werknemer"…)*
      - *Zal er volgens u een nieuwe job gecreëerd moeten worden om dergelijk buurtcentrum te realiseren?*
      - *Zou er volgens u bij opstart van een buurtgericht zorgcentrum duidelijke en doorgedreven promotie moeten plaatsvinden? Op welke manier? Spelen sociale media hierin volgens u ook een rol?*

4. Uitwerking enquête

Opstellen enquête voor onderzoek

Houdt de vragenlijst kort:

- stel enkel vragen die belang hebben

Belang van volgorde vragen:

- Ze moeten elkaar in logische orde opvolgen
- kijk uit dat bepaalde vragen de antwoorden op elkaar niet beïnvloeden
- begin steeds elk onderdeel met een kleine inleiding
- in begin vragen die makkelijk te beantwoorden zijn
- demografische en gevoelige onderwerpen pas op het einde van de enquête
    - goed uitleggen waarom deze gegevens nodig zijn en dat deze anoniem blijven

Om antwoorden beter te kunnen vergelijken en analyseren best gebruik maken van gesloten vragen:

- open vragen worden namelijk makkelijk open gelaten
- geef echter wel de mogelijkheid om naast vast gedefinieerde antwoorden ook zelf een antwoord te formuleren of mening te geven
- zorg ervoor dat alle mogelijke antwoorden aan bod komen

Voor het opstellen van de vragen:

- goed vooropstellen van de te onderzoeken onderwerpen
    - hiervoor best eerst gebruik van kwalitatief onderzoek bij deelpopulatie
- best korte, duidelijke vragen
    - echter bij gevoelige onderwerpen kan best wat meer uitleg gegeven worden om minder dreigend over te komen
- Goed opgestelde vragen betekenen voor elke deelnemer hetzelfde en bevragen één onderliggend concept en zoeken niet naar een antwoord voor een ander concept
    - vermijd gebruik jargon
    - vermijd vage termen of uitleg, goed specifiëren
    - vermijd te ingewikkelde teksten of vraagstellingen
    - vermijd suggestieve of emotionele vraagstellingen
- bij gebruik van vragen met een antwoord op een schaling:
    - meestal 5-7 eenheden op de schaal met best een middenmaat
    - gebruik geen akkoord/niet-akkoord verwoording om bias te vermijden gezien deelnemers meer geneigd zijn om akkoord aan te duiden.

KU LEUVEN

Enquête

Van praktijkgerichte naar wijkgerichte zorg: Geïntegreerd, buurtgericht zorgcentrum: explorerend onderzoek bij betrokken partijen.

Promotor: Prof. Dr. Van Nuland Marc

Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde
Kapucijnenvoer 33 blok j - bus 7001 3000 Leuven

Copromotor: Dr. Pint Geert
Student: Weckx Wouter

Achtergrond en doel van het onderzoek

Het onderzoek wordt gevoerd naar aanleiding van de masterthesis tot het behalen van de graad van master in de huisartsgeneeskunde. Het onderwerp van dit onderzoek betreft het omschakelen van praktijkgerichte naar wijkgerichte zorg.

Deze enquête peilt naar de mening van alle buurtbewoners om zo een duidelijk beeld te krijgen van wat er in de toekomst binnen Wilsele-Dorp nodig is om de gezondheid van deze buurtbewoners, in de brede zin van het woord, te optimaliseren.

Het doel van deze enquête is te weten te komen hoe de buurtbewoners en zorgverleners binnen Wilsele-Dorp denken over volgende onderwerpen:

- *Verbinden van formele en informele zorgverleners*
- *Noodzaak aan een verbindende locatie (een geïntegreerd buurtgericht zorgcentrum)*
- *Welke diensten een geïntegreerd buurtgericht zorgcentrum zou moeten huisvesten*

Vertrouwelijkheid van gegevens

De gegevens van deze enquête worden anoniem verwerkt. Aangezien er in deze enquête niet wordt gevraagd naar naam, adres of contactgegevens zal er geen link gelegd kunnen worden tussen de antwoorden en de deelnemers. Door deelname aan deze enquête stemt u ermee in dat de ingevulde gegevens anoniem gebruikt mogen worden voor dit onderzoek.

Deze enquête kan ook online ingevuld worden via pc, tablet of smartphone op onderstaande website of via de QR-code:

https://nl.surveymonkey.com/r/28PRCTW

Ingevulde, papieren enquêtes kunnen binnengebracht worden in het buurtcentrum of bij enkele formele zorgverleners binnen Wilsele-Dorp (huisartsen, kinesitherapeuten, apothekers). Deze enquête loopt tot en met 27 maart 2020.

KU LEUVEN

Vraag 1: Verbinden van formele en informele zorgverleners?

Formele zorgverleners zijn de zorgverleners zoals u ze kent, namelijk huisartsen, apothekers, kinesitherapeuten, thuisverpleegkundigen en dergelijke. De **informele zorgverleners** zijn buurtbewoners die zich inzetten voor de buurt en andere buurtbewoners en dit in verschillende opzichten. Bijvoorbeeld iemand die kan helpen met het ophalen van medicatie, samen gaan wandelen, activiteiten organiseren voor de buurt en dergelijke. Tussen beide groepen zou men een verbinding kunnen maken om op die manier de zorg en beleving binnen Wilsele-Dorp voor alle buurtbewoners te optimaliseren.

Als u nadenkt over uw eigen situatie, bent u dan van mening dat u nu of in de toekomst misschien wel hulp zou kunnen gebruiken van informele zorgverleners? (kruis aan)

☐ JA ☐ NEE

Waarom wel of waarom niet? (verduidelijk hieronder)

Bent u van mening dat er tussen beide groepen zorgverleners een verbinding gemaakt moet worden? (kruis aan)

☐ NEE ☐ JA

Waarom wel of waarom niet? (verduidelijk hieronder)

Mogelijke voordelen:

- ☐ Ondersteunen informele zorgverlening
- ☐ Verbeteren zorgverlening
- ☐ Betere communicatie mogelijk
- ☐ Verlagen drempel naar zorgverlening
- ☐ Andere: (verduidelijk)

Mogelijke nadelen:

- ☐ Problemen met beroepsgeheim
- ☐ Verminderen privacy
- ☐ Vraagt veel engagement
- ☐ Vervagen van informele zorgverlening
- ☐ Andere: (verduidelijk)

KU LEUVEN

Vraag 2: Noodzaak aan een geïntegreerd buurtgericht zorgcentrum?

Indien er een verbinding wordt gemaakt tussen formele en informele zorgverleners, denkt u dan dat er nood is aan een centrale locatie om deze verbinding vlotter te laten verlopen? (kruis aan)

☐ JA ☐ NEE

Indien u van mening bent dat een centrale locatie deze verbinding en daarbij ook de buurt kan ondersteunen, hoe zou deze centrale locatie (het geïntegreerd buurtgericht zorgcentrum) volgens u dan vorm moeten krijgen? (kruis aan)

☐ Een nieuwe locatie

☐ Een centraal telefoonnummer waarop ik iemand kan bereiken

☐ Onderbrengen in het reeds bestaande / toekomstige buurtcentrum

☐ Anders (verduidelijk hieronder)

Indien u verder nog opmerkingen heeft over dit onderwerp kan u deze in onderstaand tekstvak verwoorden.

KU LEUVEN

Vraag 3: Welke diensten zou een geïntegreerd buurtgericht zorgcentrum moeten huisvesten?

Een buurtgericht zorgcentrum zou niet alleen de focus leggen op formele zorg maar op zorg in de brede zin van het woord (zingeving, participatie, mentaal welbevinden…). Indien er een geïntegreerd buurtgericht zorgcentrum zou komen, welke activiteiten vind u dat er dan zouden moeten kunnen plaatsvinden? (meerdere antwoorden mogelijk, kruis aan wat voor u van toepassing is en **geef nadien de top 3 aan** met de nummers 1, 2 en 3.)

- ☐ Workshops (bv. koken, breien, knutselen…)
- ☐ Sport en ontspanning (bv. yoga, mindfullness, gezelschapsspelen, bewegen bij beperkingen…)
- ☐ Gelegenheid om iets te drinken
- ☐ Vergaderingen (bv. door verschillende verenigingen van Wilsele-Dorp)
- ☐ Cultuur (bv. buurttoneel of fanfare kunnen er repeteren)
- ☐ (Para)medische zorgverlening (bv. diëtist, diabeteseducator, bewegen op voorschrift, huisartsen of kinesitherapeuten…)
- ☐ Gelegenheid om langs te komen en een praatje te maken met andere buurtbewoners
- ☐ Informatie verkrijgen over bestaande formele zorgverlening (bv. via een uithangbord, aanwezige personen…)
- ☐ Thema-avonden (bv. rond algemene gezondheid, voorstel buurtbewoners…)
- ☐ Gelegenheid om iets te eten
- ☐ Informatie verkrijgen over bestaande informele zorgverlening (bv. via een uithangbord, aanwezige personen…)
- ☐ Groepssessies rond bepaalde zorggroepen (bv. sessies rond diabetes, hartfalen…)
- ☐ Andere: (verduidelijk hieronder)

KU LEUVEN

Indien u bij de vorige vraag (para)medische zorgverlening heeft aangeduid, gelieve dan hieronder te verduidelijken welke zorgverlening u nodig acht in een geïntegreerd buurtgericht zorgcentrum.

- ☐ Huisarts
- ☐ Diëtist
- ☐ Diabeteseducator
- ☐ Tandarts
- ☐ Kinesitherapeut
- ☐ Verpleegkundigen
- ☐ Beweegcoach: bv. 'Bewegen op voorschrift'
- ☐ Logopedie
- ☐ Psycholoog
- ☐ Andere (verduidelijk hieronder)

Indien er een geïntegreerd buurtgericht zorgcentrum zou zijn, wanneer zou dit dan best toegankelijk zijn? (meerdere antwoorden mogelijk, kruis aan wat voor u van toepassing is)

- ☐ Voormiddag
- ☐ Namiddag
- ☐ Avond
- ☐ Enkele weekdagen
- ☐ Alle weekdagen
- ☐ Weekend

KU LEUVEN

Indien er een geïntegreerd buurtgericht zorgcentrum zou zijn, zou u hier dan naartoe komen? (kruis aan)

☐ JA ☐ NEE

Waarom wel of waarom niet? (verduidelijk hieronder)

Wanneer er activiteiten plaatsvinden in het buurtgericht zorgcentrum zou ik het aangenaam vinden dat ook de formele zorgverleners, die werkzaam zijn in Wilsele-Dorp, hier aanwezig zijn. (kruis aan)

☐ NEE ☐ JA

Vraag 4: Maakt u gebruik van formele zorgverlening in Wilsele-Dorp?

Indien je gebruik maakt van een bepaalde categorie van formele zorgverlening, geef dan aan of je hiervoor gebruik maakt van het aanbod in Wilsele-Dorp. (kruis aan wat voor u van toepassing is voor elke categorie)

Huisarts:	☐ Altijd	☐ Meestal	☐ Soms	☐ Zelden	☐ Nooit
Tandarts:	☐ Altijd	☐ Meestal	☐ Soms	☐ Zelden	☐ Nooit
Logopedie:	☐ Altijd	☐ Meestal	☐ Soms	☐ Zelden	☐ Nooit
Psycholoog:	☐ Altijd	☐ Meestal	☐ Soms	☐ Zelden	☐ Nooit
Apotheker:	☐ Altijd	☐ Meestal	☐ Soms	☐ Zelden	☐ Nooit
Coaching:	☐ Altijd	☐ Meestal	☐ Soms	☐ Zelden	☐ Nooit
Diëtist:	☐ Altijd	☐ Meestal	☐ Soms	☐ Zelden	☐ Nooit
Kinesitherapeut:	☐ Altijd	☐ Meestal	☐ Soms	☐ Zelden	☐ Nooit

KU LEUVEN

Demografische gegevens:

Tot slot zou ik u graag nog enkele gegevens willen vragen om zo een inschatting te kunnen maken welke groep van de populatie welke mening deelt. Ook deze gegevens blijven anoniem aangezien je geen naam, adres of contactgegevens dient in te vullen.

Kruis aan wat voor u van toepassing is.

U bent: ☐Zorgverlener ☐Buurtbewoner ☐Beide

Leeftijd: ☐18-29 jaar ☐30-49 jaar ☐50-70 jaar ☐>70jaar

Geslacht: ☐Man ☐Vrouw

Actief (in een vereniging) binnen Wilsele-Dorp: ☐Ja ☐Nee

Wonende te Wilsele-Dorp: ☐Ja ☐Nee

Aantal jaren woonachtig te Wilsele-Dorp: ☐0-5 ☐6-10 ☐11-20 ☐>20

Mocht u nog vragen of opmerkingen hebben over deze enquête of het onderzoek, dan kan u ons contacteren via onderstaande emailadressen:

marc.vannuland@kuleuven.be (promotor)
wouter.weckx@student.kuleuven.be (student)

Alvast bedankt voor uw deelname aan deze enquête.

Met vriendelijke groet,

Weckx Wouter
Huisarts-in-opleiding, KU Leuven.

ADDENDUM

Men kan er deze dagen niet omheen. Ten tijde van dit schrijven heerst de COVID-19 pandemie. Wereldwijd worden drastische maar noodzakelijke maatregelen genomen om de verspreiding handelbaar te maken. De zorgsector gaat hierdoor gebukt onder enorme werkdruk, zowel eerste als tweede lijn worden overspoeld door vragen van al dan niet besmette patiënten. Richtlijnen over triage en doorverwijzing in kader van COVID-19 infecties worden meermaals aangepast om de druk op de zorg en in het bijzonder de ziekenhuizen te verminderen. Men neemt hierdoor patiënten slechts op in uiterste gevallen en ontslaat ze vroeger uit het ziekenhuis dan normaal. Het is op dit moment dat het agentschap zorg en gezondheid met de term schakelzorg naar voren komt.[1] Het is in dergelijke schakelzorgcentra dat triage zal plaatsvinden en zal bekeken worden hoe, zo de medische toestand het toelaat, patiënten zo lang mogelijk in hun thuissituatie verzorgd kunnen worden. Ook zullen patiënten, die nog niet volledig hersteld zijn maar alsnog het ziekenhuis dienen te verlaten door het inkorten van de ligtijd, verwezen kunnen worden naar deze schakelzorgcentra. Zo het niet haalbaar lijkt dat verzorging in de thuissituatie plaatsvindt, zullen patiënten mogelijk opgevangen kunnen worden in zulke schakelcentra om de ziekenhuizen te ontlasten. Dit totdat het mogelijk wordt geacht dat de thuiszorg voor de patiënt opnieuw kan worden opgestart.

Het is ook tijdens deze moeilijke tijden dat de link tussen formele en informele zorg een uiterst belangrijke rol kan spelen. Namelijk in de preventie van en de nazorg na een ziekenhuisopname. Het is in dit kader dat het agentschap zorg en gezondheid oproept tot het sensibiliseren van buurtnetwerken en aanzet tot zorgzame buurten. Dit met behulp van een centraal meldpunt waar eventuele zorgnoden gemeld kunnen worden en van waaruit zorg in de thuissituatie georkestreerd kan worden.

Het is dan ook mooi om te zien hoe in deze tijden solidariteit onder de mensen opflakkert. Tijdens de ‘lock-down’ in België worden in vele wijken verschillende initiatieven opgestart om het voor iedereen mogelijk te maken dat de thuissituatie houdbaar blijft. Zo werd via het sociale buurtplatform ‘Hoplr’ een verdubbeling van het aantal berichtgevingen waargenomen en werden duizenden solidariteitsacties opgestart.[2] Het gaat hier dan ander andere over boodschappen doen voor ouderen en risicogroepen die best zo min mogelijk met anderen in contact komen, het opvangen van kinderen, isolatie van eenzame buurtbewoners tegengaan, over tips tegen verveling tijdens thuisisolatie tot informatieve berichtgeving van de lokale besturen. Ook worden via verschillende sociale media flyers verspreid, waarop men contactgegevens kan invullen en dan kan achterlaten bij kwetsbare buurtbewoners om duidelijk te maken dat er iemand is die hen kan helpen.

Het zijn zulke initiatieven die rechtstreeks verband houden met, en het beoogde doel zijn van het verbinden van formele en informele zorgverlening. Het zou de bedoeling moeten zijn dat deze niet enkel plaatsvinden wanneer uitzonderlijke omstandigheden ons ertoe

dwingen. Het is te allen tijde belangrijk dat de fysieke en mentale gezondheid van buurtbewoners wordt ondersteund en dat sociale isolatie wordt vermeden. Uit het vorige en huidige onderzoek binnen het kader van verbinden van formele en informele zorgverlening binnen Wilsele-Dorp is wel degelijk gebleken dat zo goed als alle betrokken partijen hiervoor open staan en baat kunnen bij hebben. En het is duidelijk geworden dat een goed georganiseerde, centrale locatie, dewelke de draaischijf kan worden van deze verbinding en van waaruit de coördinatie van dit netwerk zou kunnen plaatsvinden, de ondersteuning is die een zorgzame buurt nodig heeft om zich te ontwikkelen en te onderhouden. Een locatie waar buurtbewoners en zorgverleners elkaar kunnen treffen en van waaruit verbindende en verzorgende, in de brede zin van het woord, activiteiten zouden kunnen plaatsvinden.

Bronnen addendum:

1. Agentschap zorg en gezondheid; A. Craps, T.B. NOTA: Schakelzorgcentrum en cohortzorg bij COVID-19. (14/03/2020).

2. https://blog.hoplr.com/nl/samen-tegen-corona-inspiratie-en-hartverwarmende-acties-van-hoplr-buren/