

Zorgzaam Leuven: binnen de nationale projecten rond chronische zorg een succesvolle oefening in buurtgerichte zorgreorganisatie

✍ J. HEYRMAN, G. PINT, A. PEETERS, M. VAN DE PUTTE, G. VAN POTTELBERGH

9 februari 2021



Inleiding

Rond 2013 startten de Belgische overheden zowel nationaal als regionaal een ambitieus reorganisatieproject rond chronisch zieken. Het doel was een doorgedreven verandering van de zorgverlening voor deze patiëntengroep. Jaarlijks slorpt dit belangrijkste onderdeel van de zorg immers 70% van het budget op. De motivatie was gebaseerd op een baanbrekend KCE-rapport (2012) (1). Een interministeriële oriëntatienota die voortvloeide uit een nationale conferentie “Zorg voor chronisch zieken” (november 2013), legde volgens zes

actielijnen de twintig cruciale principes vast die verandering nodig hadden (2, 3). In 2016 stelden de acht ministers van Volksgezondheid in België het “Plan voor geïntegreerde zorg voor chronisch zieken” voor. Ze zochten zorgregio’s om beleidsvoorbereidend te proefdraaien met het oog op een landelijke wetgeving, voorzien tegen 2022. Uniek was dat de initiatieven zich moesten opstellen als “polen van veranderingsmanagement” binnen en met de bestaande structuren (om te voorkomen dat projecten zich onmisbaar maken) en zouden verdwijnen als de projectfinanciering stopt. Alleen een team “veranderingswerkers” werd toegewezen. Hun financiële ondersteuning op lange termijn moesten ze halen uit efficiëntiewinsten die opnieuw geïnvesteerd mogen worden. Dat plan wordt op dit moment uitgewerkt in twaalf pilotprojecten, met een doelgroep van 1,2 miljoen mensen. Zorgzaam Leuven (ZZL) is er hier een van en kende zijn start in 2018. In 2020 bleek dit een van de succesvolste proefprojecten te zijn (fig. 1).

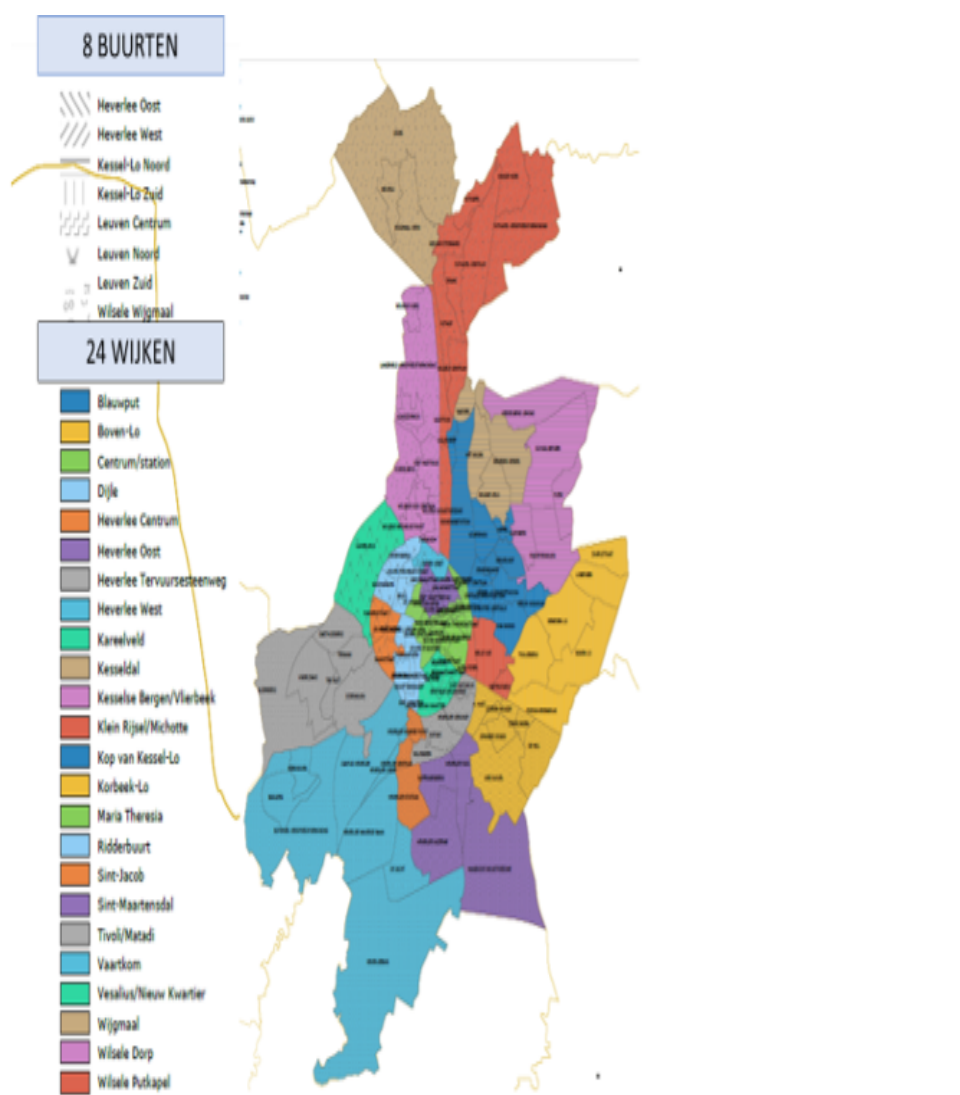


Fig. 1: Zorgzone Leuven, ingedeeld in 8 “natuurlijke” buurten en 24 wijken.

Zorgzaam Leuven is geen klassiek “onderzoeksproject”, maar eerder een “gestuurd veranderingstraject” met als doel de bestaande zorg voor chronisch zieken binnen de

doelregio Groot-Leuven grondig en blijvend te hervormen.

Wat houdt het project Zorgzaam Leuven in?

ZZL is geen klassiek “onderzoeksproject”, maar eerder een “gestuurd veranderingstraject” met als doel de bestaande zorg voor chronisch zieken binnen de doelregio Groot-Leuven grondig en blijvend te hervormen. Een consortium van meer dan 60 lokale organisaties sloot zich aan, met een stuurgroep waarin de stad en de bevolking, de welzijnszorg en de gezondheidszorg met zowel de eerste- als de tweedelijnsdiensten vertegenwoordigd zijn. Er is een centrale “veranderingscel” van een zevental deeltijdse krachten. Via overleg, co-creatie en uniforme motivatie stuurde ZZL alvast een schat aan lopende initiatieven aan, zoals o.a. bewegingscoaches, “health literacy”-acties, zorgzame thuisleveringen van medicatie, vroegtijdige zorgplanning tot wijkregisseurs en zorgcommunicatie-apps.

ZZL concentreert zich op een zorgregio van 100.000 inwoners. Deze werden conceptueel volgens kwetsbaarheid gestratificeerd in een bevolkingspiramide met vier doelgroepen: de kwetsbaar chronisch zieken (groep A), de complex chronisch zieken (groep B), de personen met één of enkele chronische aandoeningen (groep C) en de gezonde populatie, met risico op een chronische ziekte (groep D) (4). In groep D bereiken buurtacties gericht op een gezonde levensstijl momenteel een 1.000-tal Leuvenaars. In groep B en C bereiken proactieve zorg- en medicatieprogramma’s ongeveer 2.000 chronisch zieken. De projectlijnen in groep A, de meest kwetsbare personen, bereiken een 1.000-tal mensen. Hier zijn acties in de woonzorgcentra en de ziekenhuizen belangrijk, evenals acties voor thuiswonende personen rond zorgcoördinatie, casemanagement en medicatieprogramma’s. In de groepen A en B leggen de zorgverlenende teams zoveel mogelijk patiënten een informed consent voor, wat nuttig en belangrijk is in het kader van wetenschappelijke opvolging en monitoring (fig. 2).

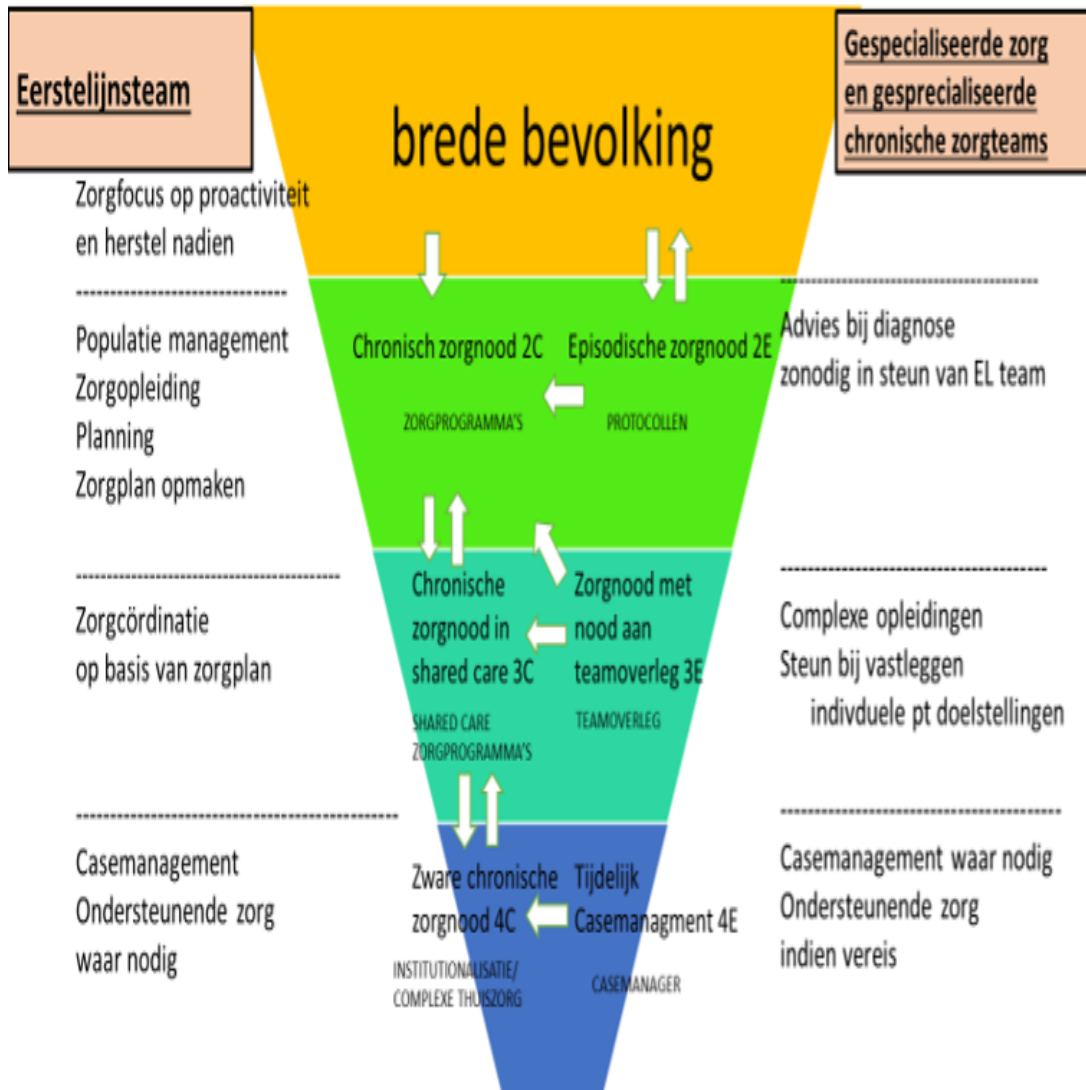


Fig. 2: Het getrapte model van zorgorganisatie (aangepaste Kaiser-Permanente-piramide).

De Zorgzame Buurt als nabije zorg, de focus op kleinschaligheid

Populatiegericht werken en het “zorgzame buurt”-concept zijn belangrijke pijlers van ZZL. In dit artikel wordt vooral de optielijn rond schaalverkleining en buurtgerichte zorgintegratie toegelicht.

In Vlaanderen vond er een herstructurering plaats van de eerstelijnszorg op een tussenniveau. Er kwam een opdeling in 60 eerstelijnszones om deze eerste lijn te versterken en het werk van lokale overheden, zorg- en hulpverleners beter op elkaar af te stemmen. Door haar buurtbenadering herstructureert ZZL nog een trapje fijnmaziger tot op buurtniveau, zo dicht mogelijk bij de woonplaats van de mensen. Nabije zorg is belangrijk, dichtbij de vertrouwde omgeving en afgesteld op de concrete noden van de populatie, die kunnen verschillen van buurt tot buurt. Het is sinds lang bekend en bestudeerd dat er in elke samenleving “natuurlijke” netwerken en samenhorigheden bestaan. Leuven heeft haar populatie sociografisch gezien opgesplitst in acht buurten van gemiddeld 12.500 inwoners voor verschillende doeleinden, zoals politie, burgerparticipatie en

dus ook zorgverlening. Daarnaast is er een verdere opdeling in 24 wijken van 4.000 inwoners, evenals een kleine extra cluster van welomschreven ad hoc-aandachtsbuurten. Men ging van start met die “natuurlijke samenhorigheden” en hun nabije zorgverleners in de overtuiging dat de dagelijkse zorgintegratie tussen mantelzorgers, vrijwilligers, buurtvoorzieningen en lokale professionele zorgverleners ieders wens is en dat dit, mits zelfsturing en lokale regie, tot een snelle meerwaarde kan leiden. Het doel is om te komen tot een aantal “zorgzame buurten” als basisterritorium.

Als opstart zette ZZL één of twee keer per buurt netwerkbijeenkomsten op. Een eerste bijeenkomst nodigde de lokale zorgverleners uit ter kennismaking en positionering van de eigen praktijk op de buurtkaart. Het verraste iedereen hoeveel diversiteit van dagelijkse zorg er vanuit aanpalende of nabije straten geleverd wordt. De tweede bijeenkomst was eerder gericht op de vorming van een geïnteresseerd buurtgroepje en het kiezen van enkele lokale actiepunten. De eerste ervaringen in speerpuntbuurten zoals Wilsele-Dorp werden uitgeschreven in een praktisch scenarioboek voor de andere buurten (5).

Een multidisciplinair buurtteam vanuit zorgintegratie voor chronisch zieken

De eerstelijnszorg is versnipperd en als geheel vaak weinig gestructureerd, wat beperkend is om echt multidisciplinair samen te werken. Eén centrale actie binnen ZZL is daarom gericht op “multidisciplinaire buurtteams”. Zeven daarvan zijn reeds ontplooid en drie bijkomende zijn in opstart. Verschillende “lokale zorgverleners” van diverse disciplines (huisartsen, apothekers, thuisverpleegkundigen, psychologen, kinesitherapeuten, buurtwerkers, enz.) worden gestimuleerd om lokaal afspraken te maken en samen te werken rond de complexe problematiek van kwetsbare (groep A) of multimorbide (groep B) mensen in hun praktijk. Iedere zorgverlener mag dit doen op de eigen manier, zolang de buurtpopulatie en de individuele persoon met de zorgnood centraal staan (tabel 1).

ZELFSTURENDE BUURTEAMS ORGANISEREN DE ZORG OP NIVEAU VAN DE BUURT
Populatiemanagement en stratificatie: personen at risk opsporen en toeleiden naar acties van casemanagement, zorgcoördinatie, zelfmanagement
Afspraken over zorgplanning met de patiënt in functie van zorgdoelen en holistisch
Rollen afspreken op basis van multidisciplinaire transmurale zorgprogramma's (bv. hartfalen)
Voortgezet huisapothekerschap: medicatiereview, medicatiebegeleiding, therapietrouw, zorgzame thuislevering, preventie, vaccinatie
Acties opzetten rond preventie, educatie, zelfmanagement
Vaccinatieprogramma's opzetten in de buurt om de vaccinatiegraad te verhogen
Programma's voor vroegdetectie van chronische ziekten: bv. spirometrie, hartfalentest
Zorgaanbod in de buurt beter organiseren: bv. aanbod psychische zorg verhogen, buurtwerking
Multidisciplinaire afstemming (1 ^{ste} en 2 ^{de} lijn), kwaliteit van zorg, patiënten participatie

Tabel 1: "Value-based care"-model voor Leuvense buurtteams.

In elke "natuurlijke buurt" zijn veel zorgverleners "gericht op het lokale". Zij zijn reeds jarenlang actief en het grootste deel van hun dagelijkse praktijk bestaat uit zorgdragen voor de buurtbewoners, straat naast straat. "De facto" bestaan die samenwerkende groepen dus overal, zeker rond de meer kwetsbaren in de buurt.

De Belgische zorgorganisatie verzekert per discipline een hoogkwalitatieve zorg, maar samenwerking en zorg efficiëntie horen daar niet bij. Dit wordt zelfs wat ontmoedigd. Om deze samenwerking en teamvorming te bevorderen, gebruikt ZZL de methodiek van de "chronische zorgprogramma's", die sinds de diabetesprojecten voor de meeste zorgverstrekkers vertrouwde materie zijn geworden. Deze programma's bestaan ondertussen voor alle belangrijke chronische aandoeningen: chronisch hartfalen en longlijden, nierinsufficiëntie en chronisch psychisch lijden. Men streeft ernaar om deze verschillende zorgprogramma's als een geheel te implementeren samen met de zorgdisciplines uit de onmiddellijke buurt. ZZL hoopt zelfs nog verder te gaan: men wil voor deze groep van kwetsbaar chronisch zieken (groep A) tevens de lokale buurtondersteuning, het vrijwilligerswerk en de mantelzorg erbij betrekken.

De effectieve realisatie van deze organisatie is in handen van buurtteams. Momenteel is 40% van de huisartsen en 40% van de huisapothekers betrokken. Al werkend worden ook niet-betrokken zorgverleners uitgenodigd om aan te sluiten. Een buurtteam is dus geen vast team, maar een netwerk van zorgverleners die samenwerken voor een populatie in de buurt en die hierover afspraken maken, op maat van deze populatie.

Een buurtteam is dus strictu sensu geen zorgteam, want het bevindt zich op het niveau van de buurt en niet op het niveau van de patiënt. De buurtteams krijgen een sterke vorm van autonomie, maar werken wel binnen een inhoudelijk en financieel kader, waardoor ze passen binnen één model. Dit model bestaat uit een set van deelacties met o.a. vroegdetectie, zorgplanning, zorgprogramma's, medicatieacties, preventie en educatie, enz.

Om dit model duurzaam te implementeren, is er minstens nog vijf jaar nodig. Het nieuwe buurtteammodel is binnen ZZL de hoeksteen van verandering naar een "zorgzaam buurtmodel" binnen de gezondheidszorg.

Gecoördineerde buurtzorg vanuit Stad Leuven en vanuit de welzijnszorg

De Stad Leuven en verschillende Leuvense zorg- en welzijnspartners hadden al eerder vanuit hun expertise vier pilootprojecten "zorgzame buurten" opgestart voor de meest kwetsbaren. Deze initiatieven vormden de centrale motor binnen de buurtgerichte zorgintegratie. Twee hiervan komen hier aan bod.

Zorgzaam Kop van Kessel-Lo

Dit is een buurtgericht samenwerkingsproject, ingebed in Buurtcentrum Casablanca. Het concentreert zich op de meest kwetsbare personen in een wijk van 6.000 inwoners (kansarmoede, lage gezondheidsvaardigheden). Het initiatief begon als een experiment tussen Samenlevingsopbouw RISO, het CAW, het OCMW, het Wijkgezondheidscentrum De Central en Stad Leuven om te bekijken of de aanwezigheid van welzijnspartners in Buurtcentrum Casablanca de stap voor de meest kwetsbare bewoners verkleint om een hulpvraag te stellen. Diverse acties werden hiervoor opgezet, zoals permanentiemomenten in het buurtcentrum, waardoor buurtbewoners op vaste momenten in de week terecht kunnen bij een onthaalteam van ervaringswerkers van het OCMW, het CAW en vrijwilligers. Deze permanentiemomenten werden uitgebreid met huisbezoeken aan kwetsbare bewoners om zo ook proactief op zoek te gaan naar mensen die zelf de weg niet vinden naar het buurtcentrum. Aansluitend installeerde de CM ook het project SPAAK: goed opgeleide vrijwilligers helpen buurtbewoners met het managen van hun officiële documenten, zoals facturen, verzekeringspapieren, enz. (6). Deze concrete en welkome hulp bij het papierwerk blijkt vaak een opening om ook het gesprek aan te gaan over gevoelig liggende welzijns- of gezondheidsgerelateerde vragen. Deze initiatieven hanteerden de methodiek van het "geïntegreerd breed onthaal" (GBO) (7).

Het buurtcentrum experimenteerde tevens met een maandelijks overleg tussen de buurtwerkers, de

opbouwwerker, de ervaringswerkers van het CAW en het OCMW. Voor moeilijke casussen werd onderling afgestemd wie welke taak op zich zou nemen in functie van een optimale opvolging en ondersteuning. Deze boeiende uitwisselingen leidden tot de eerste stappen van een protocol voor casusbespreking en -opvolging.

Er werd ook gewerkt aan een “welzijns- en gezondheidsmapje” met hierin een medicatieschema, een GGZ-crisiskaart en de gegevens van het zorgteam. Vijftig exemplaren werden via welzijnspartners verspreid bij een diverse groep van kwetsbare bewoners in de buurt. De Covid-19-uitbraak maakte opvolging en evaluatie van de mapjes nog niet mogelijk.

De twee vermelde netwerkbijeenkomsten met geïnteresseerde zorgprofessionals uit de wijk zorgden voor een verbreding van de activiteiten en legden de basis voor een buurtteam.

In de volgende jaren zal Stad Leuven samen met de eerstelijnszone het GBO stadsbreed uitrollen. Hiervoor zal men, op basis van de ervaringen bij Zorgzaam Kop van Kessel-Lo, kijken naar hoe het OCMW, het CAW en de diensten voor maatschappelijk werk van de mutualiteiten in elke buurt aanwezig kunnen zijn, hoe men kan inzetten op casusoverleg en hoe men proactief op zoek kan gaan naar mensen die hun weg niet zelf vinden naar een buurtcentrum.

Zorgzaam Wilsle-Dorp

De twee geografisch afgelijnde buurten Wilsle-Dorp en Kareelveld (samen 5.000 inwoners) verenigden zich in Zorgzaam Wilsle-Dorp. Vanuit het concept “Positieve Gezondheid” streeft men ernaar om buurtbewoners en buurtprofessionals meer aansluiting bij elkaar te laten vinden (8). Het doel is om mensen, ondanks hun fysieke, mentale of sociale moeilijkheden, alle kansen te geven om zo lang mogelijk zelf de regie te behouden en in hun eigen buurt te kunnen blijven wonen. Daarbij volgt men het organisatiemodel van de buurtgerichte zorg (9, 10).

De buurtanalyse identificeerde een gemengde populatie, bestaande uit jonge, welstellende gezinnen, personen met een migratieachtergrond in de sociale woonwijken en een oudere populatie in de woonwijken en de woonzorgcentra. Er is een groot aanbod aan eerstelijnsgezondheidszorg: huisartsen, apothekers, kinesitherapeuten, tandartsen, diëtisten, vroedvrouwen, psychologen, een lokaal dienstencentrum en een lokaal buurtcentrum van de Stad Leuven. De bewoners zijn vragende partij voor verbeteringen in het aanbod voor jonge kinderen, vrijetijdsbesteding, winkelmogelijkheden in de buurt en een locatie om samen te komen.

In actieve samenwerking met het buurtcomité 3012WD werd de ruime kijk op gezondheid gelanceerd om de reeds bestaande activiteiten meer te doen aansluiten bij de hele buurt en om vooral kwetsbaren te betrekken. Dit deed men initieel via wekelijkse wandelingen, waarop iedereen welkom is. Na één jaar basiswerk werd er gezocht naar een match tussen enerzijds zorgvragers en anderzijds zorggevers. Deze actie maakte al snel deel uit van het ruimere “Leuven Helpt”, dat de coördinatie op zich kon nemen.

In de zoektocht naar participatie van kwetsbare personen speelt het begrip van de wederkerigheid een grote rol. Daarbij gaat men ervan uit dat iedereen in de buurt kwaliteiten heeft die voor iemand anders ingezet kunnen worden (fig. 3) (11).



Fig. 3: Het schema Positieve Gezondheidszorg met diverse zorglijnen.

Het schema Positieve Gezondheidszorg groepeert alle betrokkenen in zorglijnen (12). Rond de dimensie van het lichamelijk functioneren werden meermaals lokale multidisciplinaire activiteiten georganiseerd met betrekking tot thema's zoals COPD, hartfalen, medicatiegebruik, enz. Zorgverleners en bewoners uit de buurt organiseerden groepssessies “van de buurt, voor de buurt” rond thema's zoals gezonde gewoontes aanleren, eenzaamheid, mijn positieve gezondheid, waarom doe ik (niet) wat ik graag doe?, hoe kan ik praten met mensen die zich minder in hun vel voelen?, enz.

Daarnaast is er een hele online gemeenschap ontstaan die ook mee inzet op verbinding op het lokale buurtniveau. Vooral de Hoplr-groep, aangezet vanuit de stad, kent een groot succes met meer dan 650 leden. Hierin worden bijvoorbeeld activiteiten aangekondigd voor de buurt en kunnen aanbiedingen, alsook kleine en grote hulpvragen met elkaar gedeeld worden (fig. 4).

Positieve gezondheid in Wilsle-dorp

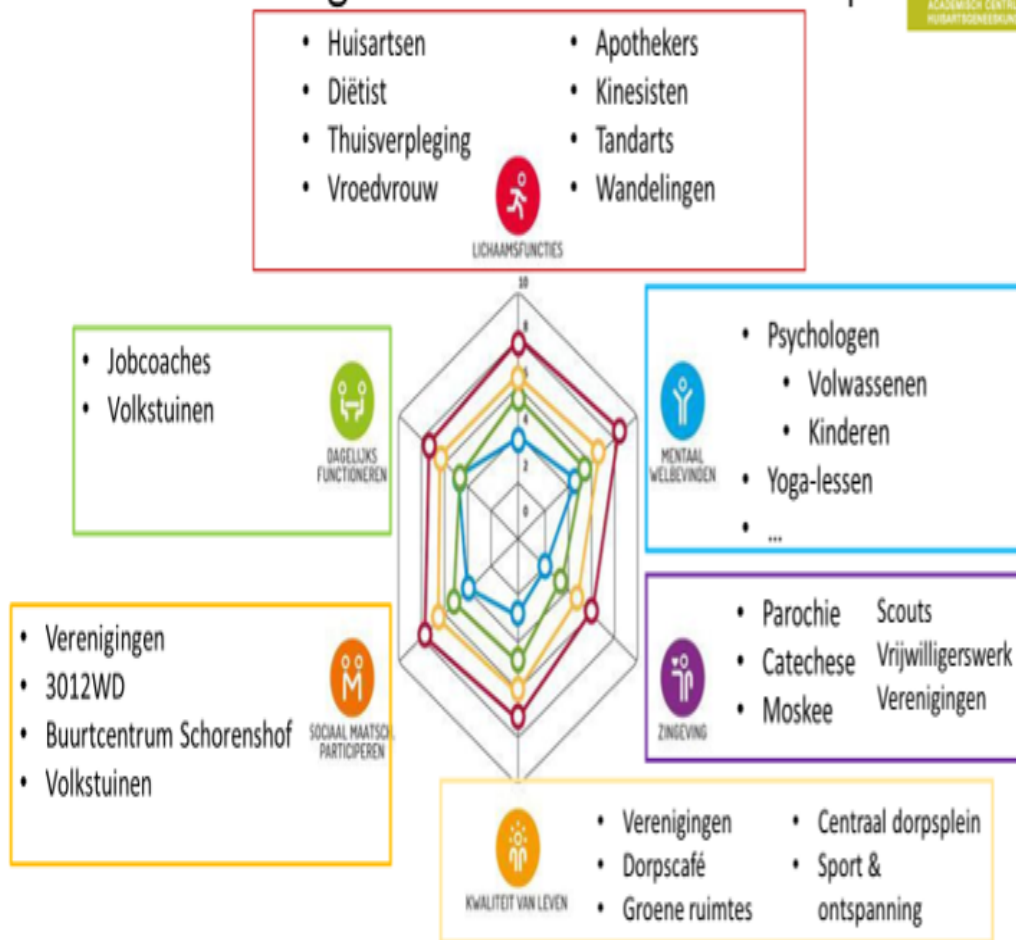


Fig. 4: Toepassing van het schema Positieve Gezondheidszorg op het zorgnetwerk Wilsle-Dorp.

Tot nu toe is de rode draad doorheen alle activiteiten van Zorgzaam Wilsle-Dorp de inzet op “verbinding”, hetgeen iedereen ten goede komt, zowel de buurtbewoners als de buurtprofessionals. Voor beide partijen ontstaan er extra mogelijkheden om mensen met vaak complexe moeilijkheden toch langer lokaal kansen te kunnen blijven bieden om eigen doelen te bereiken. Zo is dit model een kleine stap in de richting van een vermaatschappelijkte zorg.

Aandachtspunten verduurzaming Zorgzaam Wilsle-Dorp

Bij de uitbouw van de vermelde initiatieven blijkt er nood te zijn aan een zorgregisseur die de verschillende actoren in de buurt kent en beschikbaar is voor alle vragen uit de buurt. Voor complexere vragen is meer gespecialiseerde zorg aangewezen. Voor minder complexe vragen kan men zorg in de nabijheid organiseren, in samenwerking tussen formele en informele zorgverleners. Het principe van “presentie”, met name de aanwezigheid van zorgverleners en de mogelijkheid om actief zorg te vragen zonder in de oude rollen van geveer en vrager te vervallen, is daarbij mogelijk essentieel. Er is nood aan een laagdrempelig toegangspunt

waar mensen elkaar en het bestaande aanbod ongedwongen kunnen ontdekken.

De verdere inkanteling van welzijn en geestelijke gezondheidszorg in een buurtbenadering is van primordiaal belang voor de ruim gedeelde visieontwikkeling op gezondheid zoals die vooropgesteld wordt in Positieve Gezondheid. In die optiek is het wenselijk om de initiatieven van het GBO, maar ook van de Eerstelijnspsychologische Functie te laten aansluiten bij deze ontwikkelingen op buurtniveau. Daarbij is verbondenheid met de lokale besturen noodzakelijk om aandachtspunten uit de buurten op beleidsniveau te kunnen rapporteren.

Bespreking

Knelpunt: het verzoenen van de zorgparadigma's

Innoveren betekent evenzeer leren waar de knelpunten liggen. Een van de meest cruciale opgaven om bestaande zorg en zorgverleners te integreren is het leren verzoenen en zelfs wederzijds positief leren aanvaarden van de diversiteit aan referentiekaders en hulpstrategieën actief binnen de zorgverlening. De gemeenten, de welzijnszorg en de gezondheidszorg lijken soms drie werelden, met eigen strategieën, prioriteiten, methodieken en zelfs taalgebruik.

Verzoenen is niet altijd gemakkelijk. De ervaring met de buurtwerking wijst uit dat, op het niveau van de kleinschalige dagelijkse zorg, de lokale spelers deze aanvullende taken waarschijnlijk het makkelijkst zullen kunnen dragen. Ze werken immers allemaal aan welzijn en gezondheid. Ze doen het gewoon en ondervinden meteen de complementariteit.

Knelpunt: het eigenaarschap van een gericht innovatieproject

De zorgwereld maakt uitgesproken veranderingen mee. De voorbije jaren zijn al de betrokken spelers wel ergens ondergebracht in een van de drie vertegenwoordigde structuren. Zo definieerde Vlaanderen zestig eerstelijnsregio's. Aan hun zorggraad wordt een representatieopdracht opgelegd voor de hele eerste lijn, zowel gezondheids- als welzijnszorg, inclusief heel wat coördinatie- en beleidsplanning. Daarnaast werkt men aan regionale ziekenhuisnetwerken, een vijftiental voor Vlaanderen, die de tweedelijnszorg moeten overkoepelen. Samen hebben zij een normerende opdracht voor het oprichten van voorzieningen en diensten in de regio. Daarnaast rekent de overheid voor de uitvoering van haar maatschappelijke opdrachten naar de bevolking in toenemende mate op de steden en de gemeenten als nabij organisatieniveau voor de burger. Hoe kan men hierin een "gericht veranderingsproject" zoals ZZL enten, dat zich ad hoc richt op de chronisch zieken en de meest kwetsbaren en dat hierin met alle spelers een duurzaam proces wil realiseren?

ZZL heeft zich uitdrukkelijk opgesteld in dienstbaarheid naar ieder van de drie vertegenwoordigde structuren, als een opportuniteit voor elk van hen. Het werd een leerproces en een overtuigingsopdracht van elke dag. Naast het werk met co-creatiegroepen en gemeenschappelijke stuur- en overlegmomenten werkt ZZL ook expliciet met “ambassadeurs” binnen de diverse organisaties en beroepsgroepen, die samen de integrator vormen. Een proef op de som zou zijn wanneer al deze structuren in hun jaarrapporten aan de overheid met fierheid ZZL en haar verworvenheden zouden mee opnemen en omarmen.

Knelpunt: de hosting en samenstelling van het integratiemanagementteam

De overheid startte in 2018 met een heel rigide concept: eenheid van leiding, centrale planning en budgettaire centralisatie. ZZL verdedigde van in het begin het groeiemodel en opteerde voor een transparant consortium en een bottom-up benadering via zelfsturende teams, verantwoordelijk voor acties en budgetten.

De personeelsbezetting van het ZZL-integrator team is heel complex, net zoals de implementatie van de geïntegreerde zorg zelf. Een divers team met veel deeltijdse personen is noodzakelijk voor alle vereiste competenties, zoals o.a. projectmanagement, administratieve ondersteuning, de organisatie van events, communicatie, coaching van zorgverleners, kennis van bestaande veldprojecten, ervaring met innovatieve zorgvormen en links met academisch onderzoek. Naast het eigen kernteam is er voor duidelijk gedefinieerde projecten ook een intensieve coöperatie met meerdere medewerkers van organisaties binnen het consortium. Tot slot werkt men voor verschillende projecten samen met academische partners, waarbij deze laatsten zich concentreren op onderzoek en innovatie en het ZZL-team op innovatie en implementatie. Dit alles maakt van het ZZL-team een erg divers gezelschap dat deels wisselt in de tijd in functie van de lopende projecten en dat vele vertakkingen heeft naar de partnerorganisaties en de academische partners.

Leerpunten en waarschuwingen bij een nationale uitrol vanaf 2022

ZZL begint aan het derde van vier projectjaren. Er tekenen zich al wat lijnen af omtrent de boodschappen vanuit dit proefproject. Rond de kleinschalige bottom-up veranderingslijn “zorgzame buurten” waarover hier gerapporteerd wordt, zijn er alvast enkele duidelijke leerpunten.

Sociologisch onderzoek stelt dat een populatie van 10.000 à 15.000 inwoners - inclusief bewoners, zorg- en dienstverleners - de basiscluster is om nabijheid en samenhang te realiseren. ZZL ziet de samenhang echter eerder groeien in kleinere sociologische clusters van om en bij de 5.000 inwoners.

Elke eerstelijnszone heeft territoriumkaarten van natuurlijke bevolkingsclusters in wijken en buurten.

Buurtgericht werken is een kapstok voor deze databanken. Sociale informatie, bevolkings- en gezondheidszorggegevens zijn voor clustering op buurtniveau van onschatbare waarde om deze werking op te starten en aandacht te geven aan de grote diversiteit van de onderlinge wijken en clusters (13). Lokale prioriteiten krijgen zo een draagvlak.

De ontwikkelingsstrategie van een buurt- of een wijkweefsel kan verlopen volgens een aantal eenvoudige lijnen die werkbaar zijn en die men makkelijk als volgt kan formuleren: “Vertrek met een klein comité van enkele gemotiveerden met wat verschillende achtergrond, zoek enkele actiepunten om samen rond te werken en plaats ieders mogelijke bijdrage in een conceptueel kader van het type “positieve gezondheidszorg”. Voorzie een neutrale buurtontmoetingsplaats als ankerpunt, zorg voor blijvende kennisgeving van het initiatief en laat het dan groeien.” ZZZ werkte hiervoor een stappenplan uit. Voor de continuïteit is het waarschijnlijk cruciaal dat iemand de rol van buurtregisseur of wijkmanager kan opnemen of hiertoe zelfs aangesteld en gefinancierd kan worden zodat deze persoon kan fungeren als aanspreekpunt, facilitator en continuïteitsverantwoordelijke.

Men moet nog een oplossing vinden om de vertegenwoordigde organisaties, zoals de zorggraden, de regionale zorgzones en ook de gemeentelijke structuren, te stimuleren om “thematische ad hoc-projecten” zoals ZZZ te omarmen en op te nemen in hun beleid. Chronische zorg is toch een kernopdracht voor al deze structuren. Het integratiemanagementteam moet de juiste plaats krijgen in zijn uitvoerende acties, met de opdracht om de zorgintegratie op gang te trekken binnen de regio. ZZZ volgt de optie om zoveel mogelijk eigenaarschap bij de zorgverleners zelf te leggen in plaats van in grote werkgroepen en overlegstructuren. Een subtiel evenwicht.

Een intelligent financieringssysteem is cruciaal. Dit kan (r)evolutionair zijn met kleine, intelligente stappen. De innovaties rond een nieuw financieringsmodel voor de eerstelijns- en de transmurale zorg zijn nog niet volledig geïmplementeerd, maar de eerste ervaringen tonen alvast aan dat het wel degelijk mogelijk is om via vrij beperkte veranderingen een aantal nieuwe dynamieken in gang te zetten. Vooral de taakfinanciering voor een buurtteam is veelbelovend.

Nog een persoonlijke slotnota vanwege de auteurs: de coronacrisis heeft de centrale organisaties behoorlijk verlamd in hun samenwerking. De lokale groepen zijn echter ongelooflijk creatief en innovatief gebleven. Het was aandoenlijk om te zien hoe de zorgsector een ongelooflijke positiviteit kan opbrengen en een grote flexibiliteit toont in de zaken die ze noodzakelijk achten.

Zorgzaam Leuven toont aan dat kleinschalige buurtontwikkeling op een schaal van 5.000 tot 10.000 inwoners een gunstig niveau is voor het convergeren van twee complementaire ontwikkelingslijnen die gezondheids-, welzijns- en buurtzorg verbinden en

vertalen naar diensten voor die populatie.

Besluit

Hoewel het nog te vroeg is voor finale conclusies, toont het lopende proefproject Zorgzaam Leuven (ZZL) aan dat kleinschalige buurtontwikkeling op een schaal van 5.000 tot 10.000 inwoners een gunstig niveau is voor het convergeren van twee complementaire ontwikkelingslijnen die gezondheids-, welzijns- en buurtzorg verbinden en vertalen naar diensten voor die populatie. Het ontwikkelde model van buurtteams werkt mobiliserend voor de lokale zorgverleners en de groeilijnen vanuit “zorgzame buurten” kunnen gestuurd worden naar een polyvalent buurtweefsel. Het schema Positieve Gezondheidszorg levert hiervoor een mooi kader. Dit verbinden en laten groeien gebeurt het best stap voor stap, gestuurd door een impulsinitiatief op gemeentelijk/zorgregioniveau per 100.000 inwoners. Een welbewust stappenplan kan helpen. Bij elkaar brengen en ontmoeten is een eerste stap. Een tweede stap is een intelligente taakfinanciering die samenwerking stimuleert rond chronische patiënten die gebaat zijn bij een gezamenlijke aanpak gebaseerd op zorgprogramma's. Om buurtteams en buurtzorg echt te doen slagen, is het evenwicht tussen enerzijds voldoende externe coaching en inhoudelijke input via zorgprogramma's en anderzijds het bewaken van de eigenheid en het eigenaarschap over de acties van het buurtteam essentieel.

Mededeling

M. Van de Putte en G. Van Pottelbergh worden als projectcoördinatoren verloond voor hun inspanningen.

Auteursverwijzing

J. Heyrman (1, 6), G. Pint (2), A. Peeters (3), M. Van de Putte (4), G. Van Pottelbergh (5)

(1) Emeritus hoogleraar huisartsgeneeskunde KU Leuven en facilitator werkgroep Zorgzame Buurten in het project Zorgzaam Leuven.

(2) Docent Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde KU Leuven, huisarts in Wilsele en initiatiefnemer Zorgzaam Wilsele-Dorp.

(3) Projectverantwoordelijke Zorgzame Buurten Stad Leuven.

(4) Apotheker en projectcoördinator Zorgzaam Leuven.

(5) Huisarts, docent Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde KU Leuven en projectcoördinator Zorgzaam Leuven.

(6) Correspondentieadres: em. prof. J. Heyrman, Beukenlaan 22, 3001 Heverlee; e-mail: jan.heyrman@kuleuven.be

Abstract

Zorgzaam Leuven: within the Belgian chronic care policy development projects a successful exercise in close to patient care reorganisation in the local community context

“Zorgzaam Leuven” is a change and management project aiming at care integration for chronic patients. It started in 2018 for a duration of four years, as one of the twelve national policy development projects in Belgium. It is led by a consortium of 60 local care organisations. This paper reports on the bottom-up development line, with close care integration at the level of the caring communities.

Two converging action lines are highlighted. The first one focuses on the local caregivers, who are stimulated to act as the “local multidisciplinary care team”. Within the development of the existing national chronic care programs, they are asked to organise themselves with other local caregivers and care structures, leading to initiatives including local volunteers and patient caretakers. They rethink all other care initiatives starting from the local needs and opportunities. Secondly, other initiatives were based on municipal and local welfare care integration, in correspondence with the same local care communities. Two of them, the most advanced projects, are discussed.

Some early reflections on eminent bottlenecks are mentioned: the difficulties to reconcile fundamentally different care paradigms, and to adopt and host this type of broad change initiatives. Finally, a couple of learning points are listed, important for the extrapolation to national governance from 2022 onwards.

Complex care reorganisation needs smart stimuli on a broad scale. Local initiatives regarding close to patient care integration showed a lot of opportunities when stimulated by a change management team supported by a large consortium of care organisations and structures.

Samenvatting

Zorgzaam Leuven is een veranderingsproject naar zorgintegratie voor chronisch zieken. Het werd in 2018 voor vier jaar opgestart als één van de twaalf landelijke beleidsvoorbereidende overheidsprojecten en het wordt gedragen door een consortium van 60 lokale organisaties. Dit rapport gaat dieper in op de bottom-up veranderingslijn vanuit de nabije zorgintegratie in acht zogenaamde zorgzame buurten.

Twee convergerende lijnen worden besproken. De eerste lijn concentreert zich op de lokale zorgverleners, die men stimuleert om zich te gedragen als het “de facto multidisciplinair buurtteam”. Dit doet men door bij de uitbouw van de officiële zorgprogramma’s voor chronisch zieken bij voorkeur de nabije andere hulpverleners

uit de buurt in te schakelen met een uitloop naar lokale vrijwilligers en mantelzorgers, alsook door andere verwante zorginitiatieven te herdenken vanuit de lokale buurtbehoeften en mogelijkheden. Daarnaast werkten de stad en de welzijnszorg in vier pilootbuurten een maatschappelijke lijn uit rond integratie als zorgzame buurt. De twee meest geavanceerde worden gerapporteerd in hun opzet, doelstelling en stapsgewijze zorgintegratie. Bovendien wordt besproken hoe de lijnen elkaar stilaan aanvullen.

Als reflectie worden enkele ervaren knelpunten opgesomd: het verzoenen van de grondig verschillende paradigma's waarmee de diverse organisaties opereren en het adopteren en hosten van dergelijke gerichte veranderingsprojecten in de bestaande representatieve structuren. Ten slotte worden een aantal leerpunten vermeld die alvast kristalliseren vanuit dit halfwegproject en die rond 2022 belangrijk kunnen zijn bij de brede uitrol van dit beleidsvoorbereidende project.

Het reorganiseren van complexe zorg vraagt geconcentreerde, slimme en breedschalige stimuli over een breed spectrum. Initiatieven op het buurniveau van de nabije zorg blijken beloftevol om dagelijkse integratie van de zorg op patiëntniveau te garanderen, op voorwaarde dat ze ondersteund worden door een integratieteam gedragen door een consortium van zorgorganisaties en -instellingen.

Literatuur

1. Paulus D, Vandenheede K, Mertens R. Position paper: "Organisatie van de zorg voor chronisch zieken in België". KCE-rapport 190A, 2012.
2. Oriëntatienota: "Geïntegreerde visie op de zorg voor chronisch zieken in België". Nationale conferentie "Zorg voor chronisch zieken", 2013 (<https://www.health.belgium.be/en/node/29497>).
3. <https://www.zorgzaamleuven.be/buurten>
4. <https://www.cm.be/diensten-en-voordelen/thuiszorg/hulp-aan-huis/spaak>
5. <https://www.departementwvg.be/welzijn-en-samenleving/gbo>
6. Huber M, Knottnerus JA, Green L, et al. How should we define health? *BMJ* 2011; 343: d4163.
7. <http://www.vvsg.be/kennisitem/vvsg/buurtgerichte-zorg>
8. Bekaert A, Denys B, De Muynck J, et al. *Buurtgerichte Zorg. De actief zorgzame buurt als toekomstmodel voor Vlaanderen en Brussel*. VVDC & Kenniscentrum Woonzorg Brussel, 2016.
9. samensterk.blog
10. Institute for Positive Health (<https://iph.nl>).
11. <https://www.leuven.be/leuven-cijfers>
12. Tools - Institute for Positive Health (<https://iph.nl>).
13. De test (<https://mijnpositievegezondheid.be>) (<https://www.zorgzaamleuven.be/buurten>).