

## Rondetafelgesprek 1 : Link D-SCOPE & Beleid

*Binnen D-SCOPE vinden we het belangrijk om aansluiting te vinden met huidige ontwikkelingen in de zorg (vb. pilootprojecten geïntegreerde zorg voor chronisch zieken, reorganisatie van de eerstelijnszorg, etc.). Daarom werd tijdens deze workshop afgetoetst hoe de D-SCOPE bevindingen en cijfers concreet vertaald kunnen worden naar het beleid.*

### Deelnemers:

Koninckx Marc	Familiehulp vzw
Van Eeckhout Stefan	Zorgbedrijf Antwerpen
Reynaerts Veronique	OCMW Tienen
Berteloot Stefaan	Kabinet Jo Vandeurzen
Raeymaekers Peter	Koning Boudewijnstichting
Raeymaekers Nin	OCMW Brugge
Verschraegen Jurn	Expertisecentrum Dementie Vlaanderen
Paquay Louis	Wit-Gele Kruis Vlaanderen
Bert Desmet	OCMW Brugge
Van Dormael Dorien	Steunpunt Mantelzorg
Temmerman Sabine	VLOCO
Dirk Doucet	VUB
Meganck Martine	OCMW Brugge

Moderatoren; prof. dr. Dominique Verté, prof. dr. Jos Schols, prof. dr. Tinie Kardol

Notulisten; Lieve Hoeyberghs, Michael Van der Elst, Bram Fret

Uit het ronde tafelgesprek werden een aantal linken gelegd met het streefdoelen van het huidige zorgbeleid en het D-SCOPE project.

## Gerichte detectie van kwetsbare ouderen

Vandaag blijft proactieve detectie van kwetsbare ouderen noodzakelijk. Deze groep blijft nog te vaak onder de radar. Heel vaak worden bij detectie-programma's 'alle' ouderen gescreend. Zo bijvoorbeeld ook binnen het Nationaal Programma Ouderenzorg in Nederland. Dit is een zeer moeilijke opgave en verwacht erg veel inzet en structuur. Het voordeel van het D-SCOPE project is dat men werkt met **risicoprofielen voor kwetsbaarheid**, wat zorgt voor een meer gerichte detectie, wat uiteindelijk efficiënter zal zijn. Zo geeft men ook aan in Tienen waar ze eerst alle 85+'ers zouden screenen, tot het bleek dat het er meer dan 1100 waren. Hier zien ze het werken met risicoprofielen binnen D-SCOPE als groot voordeel.

**Kanttekening:** In de derde fase van het D-SCOPE project zullen verschillende personen met de ouderen contact opnemen (vrijwilliger, professional, dispatcher). Dit vraagt een goede organisatie. Een belangrijke opmerking wordt hierover gegeven, namelijk dat we moeten waken dat er geen **overaanbod komt van professionelen**. Dit zou volgens de deelnemers wel eens kunnen leiden tot **zorgweigering**. Als men proactieve detectie en toeleiding doet, moet men vooral ervoor zorgen dat er een **vertrouwensrelatie** tot stand gebracht wordt, dit wordt misschien moeilijker wanneer er verschillende personen aanwezig zijn.

## Rol van 'casemanagement' binnen D-SCOPE?

Tot op heden is de rol van een casemanager niet duidelijk omschreven wie deze rol zou moeten/kunnen opnemen. In situaties dat nood aan chronische zorg noodzakelijk wordt en waar de zelfregie in het gedrang komt, en waar vervolgens casemanagement in beeld komt, rijst de vraag wie deze rol op zich moet nemen en hoe dit eruit moet zien. Een aantal vragen hierover hebben nood aan verduidelijking: Is het wel normaal dat elke organisatie die aan huis komt precies die rol van casemanager kan / zal opnemen? In Nederland werken we met een casemanager dementie, een casemanager CVA...maar wat doen we met de oudere die meerdere aandoeningen heeft? Voorkeur wordt gegeven aan niet-specialistische casemanagers. Daarnaast is het belangrijk om een rol van 'dispatcher' te voorzien die de detectie en toeleiding coördineert. Dit is een andere functie dan de uiteindelijke casemanager die de zorgcoördinatie van de oudere (eens hij in het zorgtraject zit). D-SCOPE zal vooral een bijdrage leveren aan de uitwerking van deze dispatcher-functie.

## Maximaliseren van lokale capaciteit

Tijdens het rondetafelgesprek werd aangehaald dat het inschakelen van andere buurtactoren voor het detecteren van ouderen een interessante piste is. Het gaat vooral over het **maximaliseren van de lokale capaciteit**. Hierbij dienen we ons de vraag te stellen wie uit de gemeenten essentieel is of



een belangrijke rol/opdracht kan vervullen (bijvoorbeeld apothekers). Het is van belang het netwerk dat reeds aanwezig is te benutten of te laten aansluiten.

Sommige problemen kunnen opgelost worden door een vrijwilliger in te schakelen en daar is niet telkens een huisarts of maatschappelijk werker voor nodig. **Vermaatschappelijking duidt ook op een welzijnscomponent en gaat verder of breder dan enkel fysieke kwetsbaarheid.** Eigenlijk mag het onderzoek niet enkel focussen op kwetsbaarheid en meer aandacht geven aan het brede aspect van welzijn (plezier, ambiance, sociale contacten, etc.). Er wordt het voorbeeld gegeven van een case van een oudere met autisme, zonder sociale relaties. Zijn enige vorm van zingeving was zijn dagelijkse praatjes met de kassierster van de Albert Hein.

#### Rol van vrijwilligers

Het idee van vrijwilligers uit de eigen buurt inzetten, vanuit het principe ons-kent-ons, is een haalbare kaart. Vrijwilligers benutten, als het maximaliseren van de lokale capaciteit, is een sterk punt binnen het D-SCOPE project. **Vrijwilligers werken als een soort van lokale antennes en zouden eventueel de vertrouwensbanden binnen de lokaliteit kunnen verstevigen.** Daarnaast wordt vraag gesteld of vrijwilligers ook kunnen worden ingezet bij follow-up van de cases en om bv. sociale eenzaamheid te bestrijden. Een voorbeeld uit Nederland wordt toegelicht waar ze zorgen voor een vangnet in de buurten. Waarbij in eerste instantie een niet specialistisch beroepsprofiel de eerste opvang doet en deze persoon problemen constateert, moet er een goede toeleiding gebeuren naar een gepaste zorg. Volgorde van werken voor D-SCOPE kan dus zijn: eerst vrijwilliger, daarna beroepskracht (gecoördineerd door de dispatcher) en dan zorgcoördinatie door casemanager.

**Kanttekening:** Meer focus op vrijwilligers is oké, maar dan is het ook belangrijk om mee te nemen wat de limieten of de grenzen van de vrijwilligers zijn (bv. bij ouderen met een psychiatrische problematiek).

#### Rol van de dispatcher

Het is belangrijk dat de dispatcher organisatie-onafhankelijk werkt en ook onafhankelijk is van marktmechanismen. Zo kan een neutrale, aangepaste doorverwijzing plaatsvinden. Deze persoon moet goed op de hoogte zijn van het aanbod in de lokaliteit, ook rekening houdend met verschillende actoren. Benutten en maximaliseren van de krachten die er reeds zijn.



**Kanttekening:** Er bestaat lokaal al een groot en gevarieerd aanbod aan dienstverlening, is een extra functie noodzakelijk? Reactie: het gaat er niet om om meer zorgaanbod te realiseren, maar om de ondersteuning te bieden om de weg te vinden in het gevarieerde aanbod aan dienstverlening.

### **Empowerment van kwetsbare ouderen**

Ook de ouderen rechtstreeks betrekken. Het is de bedoeling ouderen te empoweren. Het kan zijn dat ouderen op het moment dat we ze gaan bezoeken niet kwetsbaar zijn. Ze zouden moeten weten waar en bij wie ze terecht kunnen als ze kwetsbaarheid ervaren en nood hebben aan ondersteuning. Het van de ouderen zelf laten komen, dat ze de vraag stellen. En dan die problemen oplossen die zij zelf aanbrengen als een probleem.

Een aantal ideeën/vragen werden aangehaald:

- Wat bij 'zorgmijders' mensen waar nog geen enkele zorgwerker of welzijnsdienst aan huis komt. Ligt er daar geen opdracht van het lokaal bestuur om een lichte screening uit te voeren? (vb. om te vermijden dat iemand 8 maanden dood ligt in zijn appartement).
- Waar kan dan de huisarts terecht als hij een patiënt heeft die geen medische hulp nodig heeft? Hoe binnen D-SCOPE hiermee aan de slag?
- Is er ook een meldpunt binnen het onderzoek? Bijvoorbeeld de case van een vrouw die dement wordt, haar man die enkel Spaans spreekt en niet weet wat de regels zijn inzake huishoudelijk afval. Hij zou in zulk geval terecht kunnen bij een meldpunt. Een meldpunt moet door iedereen gekend zijn. In Oostende heeft men al ervaring met het werken met een seniorenmeldpunt dat los staat van de zorg.

