

drift for transition

Een omgevingsbekwaam centrum

Notitie Gezondheidscentrum Levinas

datum

23-05-2018

Auteurs

Sarah Rach
Frank van Steenbergen
Derk Loorbach



Een omgevingsbekwaam centrum

Notitie Gezondheidscentrum Levinas

Auteurs

Sarah Rach
Frank van Steenberg
Derk Loorbach

Met medewerking van Franka Blok (stagiair Bestuurskunde, EUR)

Datum

23-05-2018

Deze studie is uitgevoerd in opdracht van Gezondheidscentrum Levinas

Coverfoto door: Iris van den Broek (bron: Rotterdam Branding Toolkit)

INHOUDSOPGAVE

1. INLEIDING.....	3
1.1 Methodologie.....	3
1.2 Leeswijzer.....	3
2. DE GEZONDHEIDSZORG IN TRANSITIE.....	4
2.1 Landschap: autonome trends die de druk opvoeren.....	4
2.2 Regime: in stand houden van gevestigde partijen en belangen.....	4
2.3 Niches: richtinggevende alternatieven.....	5
2.4 Urgentie en persistentie: een verlopen houdbaarheidsdatum.....	5
2.5 Transitieduiding: een chaotische fase van opbouw en afbraak.....	6
3. DE GEZONDE WIJK ALS RICHTING?.....	7
3.1 De gezonde wijk?.....	8
3.2 Vervagende grenzen in de zorg.....	8
3.3 Alternatieven uit het land.....	10
4. TRANSITIEOPGAVEN IN KRALINGEN-CROOSWIJK.....	14
4.1 Het versnipperde zorgaanbod in Kralingen-Crooswijk.....	14
4.2 De complexe en intensieve zorgvraag.....	15
4.3 Thematische focus voor Kralingen-Crooswijk.....	16
5. GC LEVINAS ALS OMGEVINGSBEKWAAM CENTRUM.....	17
5.1 Heroriëntatie rol en positie van GC Levinas.....	17
5.2 Handelingsperspectief van GC Levinas.....	18
5.3 Experimenteren met een omgevingsbekwaam gezondheidscentrum.....	19
5.4 Productief maken van spanningen.....	21

1. INLEIDING

De Nederlandse gezondheidszorg is de afgelopen jaren in een proces van transitie terecht gekomen. Dit gaat gepaard met schokken in de zorg die vooral van invloed zijn op de eerstelijnszorg in Nederland en de wijze waarop de zorg op lokaal niveau – in steden, dorpen en wijken – wordt georganiseerd. Deze transitie wordt enerzijds gedreven door autonome ontwikkelingen als vergrijzing en digitalisering, maar wordt ook sterk beïnvloedt door beleidswijzigingen zoals marktwerking en decentralisaties van zorg en welzijn. Deze ontwikkelingen werken verstoring, maar zij bieden tegelijk een voedingsbodem voor allerlei experimenten en gedachten over alternatieve typen gezondheidszorg. In deze notitie zullen wij de transitiedynamiek beknopt proberen te beschrijven alsmede de implicaties te schetsen voor het gebied Kralingen-Crooswijk en de specifieke situatie van gezondheidscentrum Levinas.

De aanleiding voor deze studie kwam vanuit gezondheidscentrum Levinas en hun beweegreden was tweeledig: hoe kan het centrum en haar zorgaanbieders meer grip krijgen op alle ontwikkelingen om hen heen en hoe kan het centrum vormgeven aan hun rol als gezondheidscentrum in Kralingen-Crooswijk? De sluiting van het Havenziekenhuis was hiervoor een katalysator aangezien dit mogelijk druk veroorzaakt op de eerstelijnszorg in het gebied. In combinatie met de algehele turbulente situatie in de gezondheidszorg leidde dit tot vragen over hun eigen bestaan en koers voor de toekomst.

1.1 Methodologie

Om de context van de lokale gezondheidszorg in Kralingen-Crooswijk te duiden hebben wij in de periode februari 2018 – mei 2018 drie methodieken ingezet, te weten

- 1) Een deskstudie van rapporten, onderzoeken, notities, etc. over de ‘gezonde wijk’, de gezondheidszorg in Rotterdam en de lokale context van Kralingen-Crooswijk.
- 2) Acht interviews met professionals uit Kralingen-Crooswijk die actief zijn op het snijvlak van zorg, welzijn, wonen, opvang, etc. Zij zijn geselecteerd op basis van het netwerk van Gezondheidscentrum Levinas en via inzichten uit de deskstudie
- 3) Twee participatieve sessies in maart 2018. Sessie 1 had als insteek wat een gezonde wijk is en wat de rol van GC Levinas daarin kan zijn. Sessie 2 richtte zich op de vraag wat er nodig is om aan een gezond Kralingen-Crooswijk te werken en wie daarin samenwerkingspartners zijn. Genodigden waren tijdens de eerste sessie met name professionals die in GC Levinas werkzaam zijn en tijdens de tweede sessie was een bredere groep professionals uit Kralingen-Crooswijk en Rotterdam uitgenodigd.

1.2 Leeswijzer

In dit rapport presenteren we onze bevindingen door in hoofdstuk 2 de huidige transitiedynamiek te schetsen waarmee we het huidige momentum proberen te duiden. In hoofdstuk 3 verkennen we de notie van ‘de gezonde wijk’ als richtinggevend kader. Het volgende hoofdstuk gaat specifiek in op de context van Kralingen-Crooswijk en de uitdagingen die zich hier manifesteren op het vlak van de eerstelijnszorg alsmede op het vlak van gezondheid in brede zin. In het concluderende hoofdstuk staan we stil wat dit alles betekent voor de rol van GC Levinas en presenteren we een handelingsperspectief. We sluiten dit hoofdstuk af met een pleidooi om dichtbij de kracht van GC Levinas zelf te blijven en middels een concreet experiment vorm te geven aan een **omgevingsbekwaam** gezondheidscentrum.

2. DE GEZONDHEIDSZORG IN TRANSITIE

Om de transitiedynamiek binnen de gezondheidszorg te kunnen vatten, maken we gebruik van een van de centrale raamwerken binnen de transitiewetenschap, te weten het multi-level perspectief. Dit perspectief onderscheidt drie type niveaus: het landschap, het regime en de niches. Het landschapsniveau beslaat de meer abstracte en autonome trends die zich op mondiale en nationale schaal afspelen. Denk hier bijvoorbeeld aan klimaatverandering, technologisering en individualisering. Het regime slaat op de bestaande orde, de status quo met haar dominante manier van denken, doen en organiseren. En als laatste vormen de niches alternatieven die op innovatieve wijze inspelen op de tekortkomingen van het regime en de druk die vanuit landschapstrens wordt opgevoerd. Deze drie niveaus zullen we hier kort uiteenzetten voor het systeem van de gezondheidszorg waarin specifieke aandacht is voor de eerstelijnszorg.

2.1 Landschap: autonome trends die de druk opvoeren

Een aantal ontwikkelingen legt druk op de huidige manier hoe zorg georganiseerd is. Met de vergrijzing, stijgende kosten en het afbouwen van de verzorgingsstaat, groeit de vraag hoe de zorg en gezondheid in algemene zin in de toekomst efficiënt en betaalbaar georganiseerd kan worden. Dit heeft geleid tot beleid om langer thuis te blijven wonen en zorg dichterbij burgers te organiseren. De verwachting is dat de invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) en de decentralisaties van verantwoordelijkheden naar gemeentes (met bijbehorende bezuinigingen) hiervoor een stimulans zijn. Daarnaast kan een trend als de technologisering bijdragen aan de mate van eigen regie van patiënten en dat 'zorg op afstand' meer populair wordt. Dat gaat hand in hand met trends zoals individualisering en de participatiesamenleving die meer eigen regie van burgers vragen. Hoewel door individualisering het niet vanzelfsprekend is om gebruik te maken van het persoonlijke netwerk en ten gevolge daarvan meer gebruik maken van professioneel aanbod, is tegelijkertijd de ontwikkeling gaande om via mantelzorgers een beroep te doen op het informele netwerk voor ondersteuning in zorgbehoeften. Ten gevolge van vergaande specialisaties en marktwerking is er sprake van 'krimp' en centralisering bij ziekenhuizen om de zorgkosten te drukken. Dit type trends, die ook op elkaar ingrijpen, legt druk op de huidige manier waarop de zorg is georganiseerd.

2.2 Regime: in stand houden van gevestigde partijen en belangen

Kenmerkend aan het huidige zorgstelsel is de sterke focus op het *genezen* van ziektes (en de daarbij horende financiële prikkels). Deze focus gaat gepaard met vergaande **specialisaties** alsmede een eendimensionale blik op zorg en gezondheid. Om de hiermee gepaard gaande zorgconsumptie te financieren, kenmerkt het systeem zich door **marktwerking en bezuinigingen**. Dit werkt **concurrentie** tussen zorgaanbieders (en daarmee versnippering) in de hand en leidt ook tot **schaalvergroting** en een focus op **efficiëntie**. Hierdoor is de zorg erg bureaucratisch geworden en is het stelsel in steeds mindere mate mensgericht. Vanuit wet- en regelgeving en beleid bestaat een sterke scheiding tussen zorg, welzijn en wonen. Financiering vindt plaats op basis van een verrichte handeling wat een belemmering vormt om de aandacht naar preventie te verleggen. Daarnaast is de financiering van welzijn georganiseerd in aanbestedingen die de continuïteit belemmert wat het opbouwen van vertrouwensrelaties en maatwerk niet in de hand werkt. Tevens zijn artsen in de afgelopen decennia steeds meer gericht op het constateren van ziekte(s) en het bieden van zorg. Hoewel deze werkwijze in

verandering is – en artsen steeds meer integraal werken en zich richten op de eigen regie van patiënten – is de afstand tussen zorg en welzijn een historische erfenis. Dit uit zich in een zeker wantrouwen naar elkaar, met enerzijds het idee dat: “het probleem is dat artsen vaak de neiging hebben om zaken in het medische te trekken en te denken in zorgtermen en niet in welzijnstermen” en anderzijds het idee dat “welzijn geen kleine zorghandelingen kan verrichten”.

2.3 Niches: richtinggevende alternatieven

De laatste jaren heeft een verschuiving plaatsgevonden **van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag**. Dit denken is gevat in het concept positieve gezondheid dat meer uitgaat van wat mensen wel kunnen (in plaats van uit te gaan van hun beperkingen) en hun eigen regie daar in. De hamvraag in deze visie is: hoe kan de grootst mogelijke kwaliteit van leven worden bereikt binnen de beperkingen die iemand heeft? Positieve gezondheid omslaat 6 aandachtsgebieden: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, meedoen en dagelijks functioneren. Deze benadering heeft de potentie om te leiden tot persoonsgerichte zorg, een focus op de kracht van mensen, focus op een betekenisvol leven en regie bij mensen zelf. De rode draad is dat dit soort visies richting geven aan een andere type lokale leefomgevingen: sociaal, gezond en inclusief. Hierin is de gedachte dat ook allerlei symptomen van onduurzaamheid ondervangen kunnen worden, zoals eenzaamheid, ongezonde levensstijl, psychische klachten, improductiviteit, etc. Dit soort visies impliceren een andere manier van denken, organiseren en werken: meer integraal, meer mensgericht, preventiegericht en meer gericht op potentie en veerkracht.

Daarnaast zijn ook andere alternatieve ontwikkelingen waar te nemen als het gaat om gezondheid en gezonde leefomgeving. Zo is steeds meer aandacht voor het vergroenen van de leefomgeving en wordt de relatie gelegd tussen gezonde vormen van mobiliteit zoals lopen en fietsen (zoals ook bleek tijdens de eerste bijeenkomst in GC Levinas). Hiermee wordt de inrichting van de fysieke leefomgeving steeds meer vanuit een integraal perspectief benaderd waar gezondheid een van de thema's is (naast bijvoorbeeld thema's als natuur, mobiliteit, voedsel en energie). Neem bijvoorbeeld ook het besef dat bestaande gebouwen verduurzaamd kunnen worden door isolatie, energieopwekking en duurzame materialen en dat dit kan bijdragen aan de gezondheid en het welzijn van de gebruikers. Of het ontstaan van voedselcollectieven die zich richten op de bevordering van gezondheid en welzijn.

Het lijkt er echter op dat ondanks de vele initiatieven die in Nederland gaande zijn (zie ook paragraaf 3.3), dit nog niet optelt richting een radicaal andere structuur in de zorg. De initiatieven laten zien dat er een cultuurverandering gaande is, waarbij een nadruk ligt op meer integrale zorgverlening die uitgaat van wat mensen nog wel kunnen, eigen regie en participatie. Deze cultuurverandering manifesteert zich in het experimenteren met andere werkwijzen en samenwerkingsmodellen tussen verschillende organisaties, maar leidt nog niet tot structurele verandering in financiering en wet- en regelgeving. Tevens ontbreekt de noodzakelijke ruimte om te innoveren bij ministeries, gemeenten en zorgverzekeraars. Een verbreding, verdieping en opschaling van dit soort experimenten is vanuit het transitieperspectief noodzakelijk om tot een alternatieve, meer duurzame lokale zorg te geraken.

2.4 Urgentie en persistentie: een verlopen houdbaarheidsdatum

Kortom, het zorg en welzijnsdomein is sterk in beweging. Onder druk van decentralisaties, marktwerking, politieke verschuivingen en technologische innovatie wordt steeds meer verwacht van zelf- en

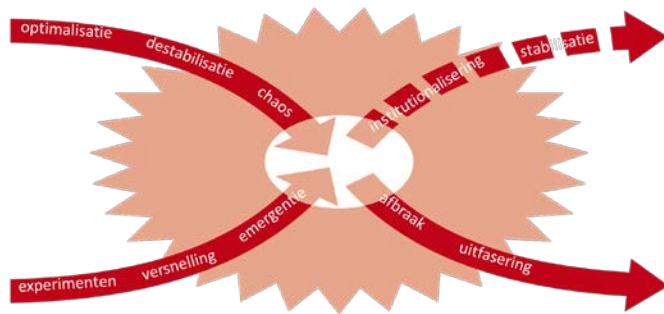
samenredzaamheid, preventie en eerstelijnszorg. Deze beweging lijkt vooral ingezet vanuit een economische ratio om zorg en welzijn toegankelijk, efficiënt en van voldoende kwaliteit te behouden. Tegelijk wordt er al jaren gewezen op de vergrijzing die zal blijven doorzetten, de toenemende kosten door technologische vooruitgang en de noodzaak en mogelijkheden om op andere wijze naar kwaliteit van leven, gezondheid en zorg te kijken. Desondanks overheerst toch het gevoel dat vooral ingezet wordt op het verder optimaliseren van het bestaande model in combinatie met een trend om de verantwoordelijkheden zoveel mogelijk bij burgers, de uitvoering en de eerstelijnszorg te leggen terwijl de structuren in stand blijven en de winsten naar een beperkt aantal grote spelers gaan. Vanuit ons transitieperspectief is dit proces te begrijpen als een vorm van padafhankelijkheid: het stelsel dat we met elkaar in decennia hebben opgebouwd proberen efficiënter te maken en te optimaliseren in een veranderende omgeving loopt steeds verder vast en begint te kraken.

In toenemende mate wordt duidelijk dat deze huidige organisatie van de zorg niet houdbaar is op de lange termijn. Niet alleen is het systeem financieel onhoudbaar, er ontstaat meer behoefte aan maatwerk, persoonlijke aandacht en een integrale werkwijze. Gezondheid is immers niet geïsoleerd te bezien van de context zoals de woonomgeving, zingeving, een sociaal netwerk en de financiële situatie waarin men zich bevindt. Met andere woorden: gezondheid vereist per definitie een integrale aanpak. Dit besef vindt plaats tegen de achtergrond van een fundamentele discussie over de toekomst van de zorg in een vergrijzende samenleving. In de afgelopen jaren is een discussie ontstaan over de dominante opvatting en werkwijze in het zorgdomein die is gericht op problemdiagnose en behandeling. Deze werkwijze is reactief: het streven naar een zo efficiënt mogelijke individuele behandeling van medische problemen. Zeker in een vergrijzende samenleving is er een sterk toenemende behoefte aan preventie en het effectief kunnen omgaan met beperkingen in de medische gezondheid.

2.5 Transitieduiding: een chaotische fase van opbouw en afbraak

Uit deze beschrijving van de transitiedynamiek valt op te maken dat we ons momenteel in een vrij chaotische transitiefase bevinden van de gezondheidszorg. Enerzijds zien we een destabilisatie van oude structuren en werkwijzen. Anderzijds een opkomst van een alternatieve werkwijzen en paradigma's zoals de notie van positieve gezondheid en integraal maatwerk. Tevens is een kentering zichtbaar van gespecialiseerde zorg naar generalistische zorg en van professionele zorg naar zelfzorg¹. Maar die onderstroom is nog niet geland in het ontstaan van nieuwe structuren, oftewel het veld is nog volop in ontwikkeling. De periode van afbraak en opbouw verlopen gelijktijdig en door elkaar heen. In de praktijk van de eerstelijnszorg op lokaal niveau wordt dit ook zeker gevoeld. Er is zoveel in beweging, er komt zoveel op lokale partijen af dat men door heel het land – en vooral in de grote(re) steden – het overzicht kwijt is: wie is nu allemaal actief in een stad? Wie gaat nu nog waarover? Etc.

¹ SCP 2017, Sociale staat van Nederland 2017, hoofdstuk 7 gezondheid en zorg.
https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2017/De_sociale_staat_van_Nederland_2017



Figuur 1. Visualisatie van een transitie (Loorbach 2014)

Gezien de recente decentralisaties alsmede de nadruk op de menselijke maat is het van belang om op lokaal niveau aan de slag te gaan met de huidige uitdagingen en richting te geven aan bestaande alternatieven. Het is zaak om te kijken wat wel werkt op lokaal niveau en wat directbetrokkenen ervaren als duurzaam. En om deze alternatieven vervolgens verder op te schalen en richting institutionalisering te brengen. Het is tevens zaak om hierin stevige (normatieve) keuzes te maken, want de huidige ontwikkelingen kunnen ook tot een transitie leiden die niet per se leidt tot een integrale en mensgerichte zorg.

3. DE GEZONDE WIJK ALS RICHTING?

Voor steeds meer maatschappelijke vraagstukken wordt de wijk gezien als ideale schaalniveau om problemen op te lossen. Ook wanneer we het concept van positieve gezondheid loslaten op het wijkniveau lijkt het een match. Zo hebben de 6 dimensies van positieve gezondheid raakvlakken aan de sociale en fysieke infrastructuur van wijken: voorzieningen op het gebied van sport, onderwijs, welzijn, voedsel, etc. kunnen een bijdrage leveren aan de gezondheid van de inwoners van een wijk.

Vanuit het transitieperspectief is de focus op wijken te begrijpen, omdat dit het schaalniveau is waarin grotere transities zich manifesteren en voelbaar en zichtbaar worden, en de wijk tegelijkertijd een broedplaats is voor verandering. Op dit lokale schaalniveau worden experimenten opgestart waarin de focus ligt op het creëren van nieuwe relaties en alternatieve manieren van denken, doen en organiseren². Ook op het thema van gezondheid bestaan al langere tijd experimenten op wijkniveau gericht op gezonde bewoners, gezonde leefomgeving, gezonde zorg, gezond meedoen en een gezonde startpositie³ (zie paragraaf 3.3). Recent hangt de focus op wijken als interventieschaal ook samen met het beleid voor ouderen om langer zelfstandig thuis te wonen alsmede beleid gericht op preventie. Om dit te faciliteren is het noodzakelijk dat het aanbod van zorg en voorzieningen ook dichtbij is. Met de decentralisaties zijn gemeentes primair verantwoordelijk gemaakt omdat deze bestuurslaag dichterbij haar inwoners staat en de data heeft om hierop passend beleid en passend aanbod op te organiseren.

² Van Steenberghe, F., Buchel, S. & Schipper, K. (2017) Maat op de wijk. Rotterdam: DRIFT, Erasmus Universiteit Rotterdam

³ Platform 31 (2013) Gezonde wijk in praktijk.

<http://www.experimentgezondewijk.nl/gezondewijk/eboek/eboekgezondewijk.pdf>

3.1 De gezonde wijk?

De respondenten die we gedurende dit traject hebben gesproken, delen een breed perspectief op de wijk als gezonde leefomgeving. Een gezonde wijk kenmerkt zich met name door sociale cohesie, mensen die naar elkaar omkijken, waar genoeg ruimte is voor de natuur en beweging en waar (zorg)voorzieningen bereikbaar, toegankelijk en met elkaar verbonden zijn.

Verskillende rapporten laten zien dat de aandacht voor gezonde wijken al langer bestaat. In zijn inleidende bij de Hogeschool Rotterdam gaat Toon Voorham (2007) in op wijkzorg⁴. Hij voorzagt destijds het risico dat onder invloed van schaalvergroting en specialisatie het draagvlak voor laagdrempelige eerstelijnszorg in de wijken kon verdwijnen: *“We groeien naar een specialistische eerste lijn, die mogelijk wel kwalitatief goede zorg verleent, maar tegelijkertijd versnipperd is”* (p.13). Volgens hem waren twee scenario’s denkbaar: 1) een laagdrempelige eerste lijn waarbij de hulpverlener een gezin kent en er een team van hulpverleners klaar staat om waar nodig te helpen met allerlei vragen of 2) een specialistische eerste lijn die zich bezig houdt met specifieke doelgroepen (jeugd, ouderen, werknemers, etc.) en specialistische vraagstukken zoals bijvoorbeeld COPD of diabetes. Om de wijk als interventieniveau meer onder de aandacht te brengen, stelde Voorham voor om de gezondheidssituatie van de wijk als uitgangspunt te nemen. In 2012 stelt zijn collega Rosendal, lector wijkzorg bij de Hogeschool Rotterdam, dat hoewel preventie nog onvoldoende gefinancierd wordt *“bij de wijkbenadering selectieve preventie een van de kernelementen is”* (p. 21)⁵. Kortom, in de afgelopen 10 jaar is binnen de eerste lijn de aandacht steeds meer naar de wijk is verschoven, hoewel hier nog geen concrete invulling aan is gegeven.

Zowel uit de gesprekken als de deskstudie komt dus naar voren dat er al jaren een beweging naar het schaalniveau van de wijk gaande is waardoor meer nadruk ligt op preventie en een gezonde leefomgeving. Echter, het wordt niet duidelijk wat ‘wijkzorg’ of ‘de gezonde wijk’ concreet betekent voor de specifieke rol en invulling van de verschillende partners die werkzaam zijn in de wijk. Om handen en voeten te geven aan het benaderen van gezondheid op wijkniveau heeft het RIVM begin 2018 een ‘Toolkit Preventie in de wijk’ uitgebracht die zich niet enkel richt op het individu, maar ook op de omgeving. De toolkit legt een sterke nadruk op zogenaamde ‘wijktypen’ (met wijkkenmerken zoals gezondheid en leefstijl, fysieke omgeving, participatie, voorzieningen, sociale omgeving en bevolking)⁶ en legt de relatie tussen ruimtelijke kenmerken en preventie thema’s. Zo wonen bijv. in een centrumwijk veel werkende alleenstaanden en zijn stress en eenzaamheid nuttige indicatoren en zijn preventiethema’s bijvoorbeeld genotmiddelen bij jongvolwassenen.

3.2 Vervagende grenzen in de zorg

Zoals in de inleiding van dit hoofdstuk is gesteld, zijn grotere transitieën voelbaar en zichtbaar in wijken. Dit is ook merkbaar in Kralingen-Crooswijk waar door abstractere ontwikkelingen zoals decentralisaties, bezuinigingen, vergrijzing, politieke verschuivingen en technologische innovatie (zie hoofdstuk 2) leiden tot een versnippering van het zorgaanbod en een vervaging van hoe zorg georganiseerd is in de 0^e, 1^e en 2^e lijn. Bovendien kenmerkt wijkzorg zich idealiter door een integrale werkwijze wat inhoudt dat er meer oog is voor de omgeving in relatie tot gezondheid. Dit betekent onder

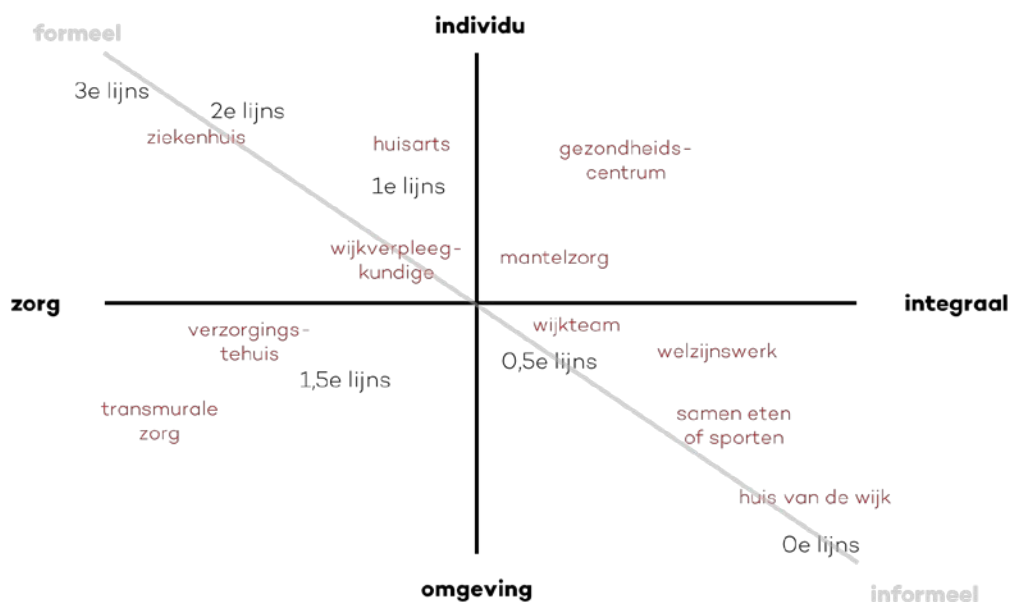
⁴ Voorham (2007) De toekomst van de eerste lijn in Rotterdam: meer wijkgericht! Rotterdam: Kenniskring Eerstelijnszorg – Hogeschool Rotterdam

⁵ Rosendal (2012) Werk maken van wijkzorg. Rotterdam: Hogeschool Rotterdam

⁶ RIVM (2018) Toolkit Preventie in de wijk.

andere dat er meer zorgondersteuning wordt georganiseerd vanuit de 0^e lijn en meer welzijn vanuit de 1^e lijn.

Onderstaande visualisatie van de indeling tussen zorgtypen komt steeds meer onder druk te staan en grenzen worden meer fluïde. Er is een sterke trend om meer zorg te organiseren in het vlak rechtsboven (individueel-integraal) en tegelijkertijd in het vlak rechts onderaan (omgeving-integraal) dat vanuit de historie van de gezondheidszorg geen logisch vlak is. Dit is meer het vlak waarin het welzijnswerk, middenveldorganisaties en de gemeenschapsopbouw actief zijn. Deze partijen nemen nu ook meer laagdrempelige 'zorg' op zich gericht op bijv. voeding, beweging, etc. maar meer vanuit een activeringsinstek dan een zorginstek. Dit kan effecten hebben op de kwaliteit van het aanbod en kan zo in conflict komen met de eerstelijnszorg.



Figuur 2. Visualisatie van de huidige zorgstructuur in 0^e, 1^e, 2^e en 3^elijnszorg.

Een breder perspectief op gezondheid (zoals positieve gezondheid) benadrukt de invloed van welzijn op de gezondheid van mensen. Samen met de ontwikkeling om de zorg dichterbij huis en met ondersteuning uit het sociale netwerk van de burger te organiseren, komen thema's zoals eenzaamheid, sociale cohesie en zingeving dicht bij de praktijk van zorg. Een integrale benadering van zorg op wijkniveau is echter nog steeds lastig omdat preventie en wijkgerichte zorg geen resultaatgebied is (want de eerstelijns wordt door zorgverzekeraars op productie gefinancierd en niet op passende uitkomstindicatoren⁷). Dit leidt ertoe dat organisaties elkaar beconcurreren terwijl voor integrale zorg samenwerking noodzakelijk is. Voor de huisarts zijn bijv. gelden beschikbaar om samenwerking van de grond te brengen, maar niet voor andere eerstelijnsprofessionals. De gelden komen bovendien pas vrij nadat de samenwerking tot stand is gekomen, de voorbereiding is onbetaald en kost veel tijd. Deze vervaging van grenzen in combinatie met bezuinigingen en starre en achterhaalde financieringswijzen leidt er volgens professionals toe dat

⁷ Schelleman-Offermans, Tietschert, Derickx, Ruwaard & Jansen (2015) Wijkgericht werken en integrale zorg. Maastricht University: Faculty of Health, Medicine and Life Sciences

men 'hetzelfde of zelfs meer moet doen met minder'. Tevens leidt het tot frustratie omdat men in de praktijk onvoldoende zicht heeft wie nou precies waarvan is en wie wat wel/niet doet. Meer integraal en generalistisch werken betekent in de praktijk vaak dat de bal en de verantwoordelijkheid in het midden ligt wat het handelingsperspectief kan belemmeren. De structurele kenmerken zoals de financiering van de zorg en de verkokering van zorg, welzijn en wonen, voedt het onderlinge wantrouwen naar elkaars doen en laten is geen vruchtbare voedingsbodem voor samenwerking tussen partijen die wel in toenemende mate van elkaar afhankelijk zijn.

3.3 Alternatieven uit het land

Om meer grip te krijgen op het innovatie binnen het lokale zorglandschap is een inventarisatie gemaakt van 61 initiatieven die in Nederland ontplooid zijn op het gebied van zorg, welzijn en preventie⁸. De initiatieven zijn geselecteerd op basis van het innovatieve, transformatieve en integrale karakter van bepaalde projecten en programma's. Uit deze eerste inventarisatie blijkt dat initiatieven te categoriseren zijn als: pilot op doelgroep, samenwerkingsverband, participatietraject of een woonconcept. Uit tabel 1 blijkt dat innovatie vooral gericht is op het bevorderen van onderlinge samenwerking.

Categorie van de interventie	Aantal
Samenwerkingsverband	28
Pilot gericht op specifieke doelgroep	15
Participatie en gezonde leefomgeving	8
Overig (gericht op integrale aanpak)	7
Woonconcept	3
	61

Tabel 1. Innovatieve praktijken per categorie

Wanneer we de initiatieven uitsplitsen naar schaalniveau zien we dat de wijk en ook de gemeente veelal worden gehanteerd als interventieschaal (tabel 2).

Schaalniveau van de interventie	Aantal
Wijk	18
Gemeente	13
Stad	8
Regio	6
Landelijk	6
Gebied	3
Organisatie	2
Buurt	2
Individueel	1
Straat	1
Provincie	1
	61

Tabel 2. Innovatieve praktijken per schaalniveau

⁸ Blok, F. (2018) Stageopdracht: Innovatieve Zorginnovaties

Wat verder opvalt aan de lokale innovaties is dat deze zich met name richten op de 0^e en 1^e-lijnszorg en alles daartussen (zoals preventie en gezonde leefomgeving). Weinig tot niets is gericht op 1,5e en 2elijns zorg.

Focus van de interventie	Aantal
Eerstelijnszorg	15
Welzijn	15
Preventie	6
Sport	6
Vraag- en informatievoorziening	4
Wonen	4
Participatie	3
App	2
Jeugd	2
Overig	2
Leefomgeving	2
	61

Tabel 3. Innovatieve praktijken per focus

Voor deze analyse van lokale zorginnovaties is vervolgens ingezoomd op 12 initiatieven (zie tabel hieronder) die toepasbaar zijn op wijkniveau en die een handvat kunnen bieden voor verandering in denken of doen. Wat overeenkomt tussen de geselecteerde initiatieven is dat ze zich allen richten op het organiseren of aanbieden van zorg op microschaal en dat ze gericht zijn op het bevorderen van de eigen regie van cliënten of uitgaan van de eigen kracht van de cliënt. Daarnaast richten de initiatieven zich op meer dan één thema (variërend van armoede tot zingeving) en zijn daarmee allen gericht op het samenwerken met meerdere partners. Dit betekent ook dat de initiatieven een multidisciplinaire aanpak ontplooiën voor de vraagstukken die ze adresseren. Zo adresseert 'Moeders van Rotterdam' de thuissituatie van zwangere en kersverse moeders, inclusief de financiële situatie, het sociaal netwerk en de leefomgeving om goede zorg te bieden aan moeder en kind en die de balans herstelt in al die leefvelden.

Qua visie op een gezonde wijk en de invulling daarvan verschillen de initiatieven onderling. Wat overeenkomt in de benadering van de gezonde wijk is dat ze gericht zijn op preventie, op samenwerking (onder de noemers van 'co-creatie' of 'co-productie') en op het direct in contact staan met de doelgroepen. Woonconcepten zoals het 'Bejaardenhuis een tweede jeugd' en 'Kijk! Een gezonde wijk' zijn beiden initiatieven die expliciet gericht zijn op het verbeteren van de fysieke leefomgeving, terwijl andere initiatieven zich richten op preventie ('Social Brokers'), mentaal welzijn ('MOTTO'), een integraal aanbod van zorg ('TOM in de buurt'). Wat veel van de initiatieven gemeen hebben is dat ze in co-creatie en co-productie met hun doelgroepen werken aan het vormgeven van een gezonde leefomgeving. Zo is het Habion project 'Bejaardenhuis een tweede jeugd' een reactie op het beleid om langer zelfstandig thuis te wonen en de daardoor ontstane leegstand van verzorgingshuizen. Dit ondanks dat er een woonbehoefte is voor ouderen. Daarom ontwikkelt Habion in co-creatie met bewoners en zorgpartners leegstaande bejaardenhuizen, waarbij emancipatie en participatie van ouderen centraal staat in het vormgeven van een fijne woonomgeving en sociale cohesie met burens. Andere initiatieven zoals 'Kijk! Een gezonde wijk', 'Sociaal makelaar' en 'Zorgvrijstaat West' leggen de nadruk op deelname van burgers

in besluitvorming en mogelijkheden voor burgerinitiatieven in het verbeteren van hun (gezonde) leefomgeving.

Type experiment	Naam	Vernieuwende element	Financiering
Samenwerkingsverband	Bureau Frontlijn*	Bijeenbrengen van hulp voor burgers in achterstandswijken na huisbezoek	Gemeentelijke financiering
	Overvecht Gezond!	Multidimensionale kijk op klachten	Zvw, gemeente, aanvullende verzekeringen
	Social Brokers	Opleiden van vrijwilligers en hen onderling van elkaar te laten leren	Gemeentelijke financiering
	Tom in de Buurt	Gecombineerd budget WMO en welzijn/één aanspreekpunt	Gemeentelijke financiering (middels aanbesteding)
Woonconcept	Habion – bejaardenhuis een 2 ^e jeugd	Participatie van de oudere in zijn/haar woonomgeving	Huur van zorginstellingen
	Zorgbutler*	Verhuur ouderenwoning en zorg losgekoppeld	Huur van bewoners
Pilots op doelgroepen	Moeders van Rotterdam *	Aanpak multi-problematiek bij zwangeren en moeders in armoede	Privaat gefinancierd
	MOTTO*	Inzet van zelfgetrainde vrijwilligers	Donaties, giften, nalatenschap
Participatie op gezonde leefomgeving	Buurtteam Plus	Formaliseren van bewonersinitiatief	Gemeentelijke financiering
	Kijk! Een gezonde wijk	Uitgaan van de beleving van bewoners	Het Rijk, subsidies
	Sociaal Makelaars	Ondersteuning bieden aan burgerinitiatieven	Gemeentelijke financiering
	Zorgvrijstaat*	Een zorgcoöperatie opzetten in Rotterdam West	Eigen financiën

*: initiatief uit Rotterdam

Tabel 4. Selectie van 12 initiatieven

Een ander opvallend element is dat twee van de initiatieven uit de tabel hierboven ('Social brokers' en 'MOTTO') werken met vrijwilligers. De vrijwilligers worden intensief getraind om een vertrouwenspersoon voor jongeren te zijn of met ouderen over zingeving te praten. De verwachting is dat vrijwilligers op deze manier bijdragen aan preventie en druk weg kunnen nemen bij eerstelijnszorg. Hier is echter ook een kritische kanttekening bij te plaatsen, namelijk dat vrijwilligers ingezet worden ter vervanging van betaalde krachten als bezuinigingsmaatregel en/of dat ongeschoolde mensen werk doen waar eigenlijk professionele hulp nodig is.

Tekstkader 1:

Wat zijn veelbelovende voorbeelden uit het land (niches)?

Tom in de Buurt: Een van de initiatieven die innovatief is op het gebied van financiering en samenwerking is Tom in de Buurt. Tom is een samenwerkingsverband van zorg- en welzijnsorganisaties die gezamenlijk hebben ingeschreven op de aanbesteding van de gemeente ten tijde van de decentralisaties in 2015. De budgetten voor WMO en welzijn zijn gecombineerd waardoor TOM een aanspreekpunt is voor mensen die ondersteuning nodig hebben. TOM werkt met wijkcoaches die samen met de cliënt op zoek gaan naar passend aanbod op basis van wat de cliënt nog zelf kan en wat de cliënt wilt. Er zijn ook kritieken op TOM omdat de gemeente - vanwege hun contract met TOM - het liefst alles via TOM laat lopen en op die manier het gebruik van pgb's ontmoedigt.

Overvecht Gezond! Is een langer lopend samenwerkingsverband van zorg- en welzijnsorganisaties in Utrecht Overvecht. Middels verschillende activiteiten weten de verschillende zorgprofessionals elkaar te vinden. Professionals organiseren 'inloopsprekuren' bij elkaar zodat ze regelmatig op een laagdrempelige manier kunnen overleggen, ze maken gebruik van thematische routekaarten om de juiste organisaties te identificeren en één specifieke partner is verantwoordelijk voor het adviseren van bewoners voor een integraal aanbod.

Habion 'Bejaardenhuis een tweede thuis': Met 'een tweede thuis' pakt Habion de leegstand van gesloten verzorgingshuizen aan. Dit is afhankelijk van de interesse van een groep ouderen die daar mogelijk wilt gaan wonen en dat gebouw mee willen vormgeven. Habion speelt een sleutelrol door de ouderen aan te moedigen om ideeën te ontwikkelen en helpt ze vervolgens uit te voeren door contacten te leggen met de gemeente en zorgverleners. Anders dan voorheen speelt Habion op deze manier een faciliterende rol en ligt het initiatief voor de invulling van het gebouw bij de bewoners.

Wat uit deze voorbeelden is op te maken is dat er een beweging gaande is richting *meer participatie* van de doelgroep in het vormgeven van passend (zorg)aanbod en *preventie* door de nadruk op welzijn gerelateerde thematiek. Daarnaast is er binnen de initiatieven een duidelijke focus op een multidisciplinaire benadering en het koppelen van verschillende leefvelden die van belang zijn voor gezondheid. Dit gebeurt enerzijds door met een open, holistische blik te opereren en verschillende disciplines en diensten in huis te hebben en anderzijds door samenwerking en door cliënten door te verwijzen.

4. TRANSITIEOPGAVEN IN KRALINGEN-CROOSWIJK

Welke obstakels en kansen creëert dit voor het gebied Kralingen-Crooswijk? Uiteraard hebben veel van bovengenoemde ontwikkelingen en uitdagingen hun weerslag op het vlak van de zorg en gezondheid in Kralingen-Crooswijk. Zoals in paragraaf 2.5 is beschreven ervaren de professionals in Kralingen-Crooswijk de huidige situatie als chaotisch, dit heeft mede te maken met de vervagende grenzen tussen de diverse zorgtypen (zie paragraaf 3.2). Dit brengt twee specifieke uitdagingen met zich mee: het zorgaanbod is versnipperd en het is onduidelijk hoe men elkaar kan vinden en kan samenwerken. Ten tweede bestaat geen duidelijkheid over welke zorgvragen in Kralingen-Crooswijk urgent zijn, behalve dan dat ouderenzorg als thema een zekere urgentie heeft (zeker gezien de sluiting van het Havenziekenhuis, zie ook tekstkader 2) alsmede dat de wens bestaat om meer preventiegericht te werken. Maar wat zijn de implicaties van dit soort richtingen?

4.1 Het versnipperde zorgaanbod in Kralingen-Crooswijk

In Kralingen-Crooswijk is volgens de respondenten de urgentie hoog op het gebied van de onderlinge samenwerking. Betrokken zorgprofessionals ervaren dat er veel partijen in het gebied werkzaam zijn en verschillende activiteiten en initiatieven ontplooiën, maar dat men niet goed op de hoogte is van elkaar. Er zijn zorgen dat veel werk dubbel wordt gedaan. De groeiende groep kwetsbare ouderen die langer thuis woont, vergroot de noodzaak voor samenwerking en afstemming. Bij de complexere zorg voor deze doelgroep is afstemming tussen de verschillende betrokken partijen noodzakelijk om kwalitatief goede zorg te kunnen leveren. De voornaamste uitdaging die naar voren komt in de gesprekken met professionals uit Kralingen-Crooswijk is de wens en noodzaak om tot meer synergie en samenwerking te komen tussen de verschillende aanbieders van wonen, zorg en welzijn. Het zorg- en welzijnsaanbod is momenteel versnipperd en men is niet voldoende op de hoogte van elkaar.

Tekstkader 2

Sluiting Havenziekenhuis als katalysator

De sluiting van het Havenziekenhuis in Rotterdam brengt de discussie over de rol en positie van het Gezondheidscentrum Levinas Kralingen-Crooswijk in een versnelling. Het directe effect van de sluiting van het Havenziekenhuis is dat een zorgvoorziening in de buurt verdwijnt en vooral de ouderen in Kralingen-Crooswijk nu aangewezen zijn op andere ziekenhuizen. Ook voor de huisartsen brengt dit ingrijpende gevolgen met zich mee: de toegang tot zorg wordt complexer en er komt nog meer druk op de zorgverleners van GC Levinas om toch zorg te dragen voor deze toegang. Bovendien lijken huisartsen, en in bredere zin de zorgverlening in de wijk, niet of nauwelijks een rol te (kunnen) spelen bij dit soort beslissingen.

Tegelijkertijd, of misschien juist daardoor, ontstaan regelmatig nieuwe initiatieven en projecten waartoe de professionals zich (denken te) moeten verhouden. De professionals in Kralingen-Crooswijk ervaren de huidige situatie als chaotisch omdat er regelmatig initiatieven, projecten en programma's uit de gemeente en andere partijen worden geïnitieerd. Het is lastig om al deze ontwikkelingen bij te houden en in te schatten wanneer het waardevol is om daarbij aan te sluiten. Sommige van deze initiatieven zijn gericht op samenwerking en richten zich op verschillende schaalniveaus. Zo is Zorgimpuls bezig met een project gericht op regionale samenwerking tussen huisartsen en is er een lokaal samenwerkingsverband van welzijnsorganisaties, het zogenaamde 'coöperatief samenwerkingsverband Kralingen-Crooswijk'.

Hoewel in de praktijk de grenzen tussen de 0^e, 1^e en 2^e lijn vervagen (zie paragraaf 3.2), is zowel in de financiering als in het denken van professionals zorg en welzijn vrij gescheiden. Voor de aansluiting tussen de 1^e en 2^e lijn is transmurale samenwerking met specialisten noodzakelijk. Het lijkt er op dat zowel 0^e en 1^e lijn als 1^e en 2^e lijn niet als communicerende vaten werken, terwijl dit wel noodzakelijk is om maatwerk op wijkniveau te kunnen leveren. In potentie spelen de wijkteams een rol om de aansluiting tussen 0^e lijn en 1^e lijn te versoepelen. In de wijkteams zijn verschillende organisaties vertegenwoordigd zodat de lijntjes daartussen kort zijn. Een aantal zorgprofessionals die met de wijkteams te maken heeft, geeft echter aan dat door de grootte van Kralingen-Crooswijk het wijkteam ook erg groot is, en de lijntjes daardoor helemaal niet kort zijn. Daarnaast is het wijkteam in Kralingen-Crooswijk niet gemakkelijk bereikbaar en geeft een van de respondenten aan dat het beter zou zijn als het wijkteam een vast contactpersoon zou hebben bij de huisartsenpraktijken en gezondheidscentra. Hiernaast worden huisartsen en wijkverpleegkundigen als 'spinnen in het web' gezien, maar uiteindelijk zijn ook zij niet de enige die bijdragen aan de gezondheid van inwoners. Hiervoor zijn meer partners gezamenlijk verantwoordelijk en dit vergroot de urgentie om van elkaar op de hoogte te zijn zodat inwoners uit de wijk doorverwezen kunnen worden.

Verschillende (zorg)aanbieders zien elkaars meerwaarde wel in, maar tegelijkertijd heerst wantrouwen in elkaar kennis en kunde. Huisartsen zouden te veel op zorg gericht zijn en met name door middel van behandeling de gezondheid willen verbeteren. Het welzijnswerk zou daarentegen niet kundig genoeg zijn om kleine zorggerelateerde handelingen te verrichten. Hier lijkt wel een kanteling gaande te zijn, mede door het concept van positieve gezondheid: *"zorg/hulpverleners zijn heel erg geneigd gauw te bedenken wat een ander nodig heeft, maar we komen er steeds meer achter dat we eerst aan de persoon zelf moeten vragen wat die wil en denkt nodig te hebben"*.

4.2 De complexe en intensieve zorgvraag

Een tweede aspect dat sterk benadrukt is tijdens de sessies en de interviews is dat de zorgvraag van mensen steeds complexer en intensiever wordt. Bijvoorbeeld omdat mensen langer thuis blijven (moeten) wonen, maar ook vanuit een integrale blik op gezondheid waarin ook andere oorzaken een rol spelen zoals psychische problematiek, sociaal isolement, sociaal-economische problematiek, etc. Denk bijvoorbeeld aan de 6 aandachtsgebieden van positieve gezondheid (lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, meedoen en dagelijks functioneren). Ook de rol van de eigen regie van de bewoner is hierin een belangrijk element, zowel op het vlak van zelfonderzoek- en indicatie, maar ook als men zich verzet tegen bemoeienis van zorgprofessionals en/of zorg mijdt. Overigens is het binnen de discussie van deze zorgvraag opvallend dat 77% van de mensen in Kralingen-Crooswijk aangeeft dat hun 'ervaren gezondheid' goed tot zeer goed is⁹. Daarbij is 88% 'tevreden' met hun leven. Tijdens de sessie op 29 maart werd ook de vraag opgeroepen of er wellicht sprake is van enige beroepsdeformatie (bijv. zorgverleners altijd gefocust op het indiceren en zorgvragen).

⁹ Bron: Factsheet Kralingen-Crooswijk 'Durf te Zeggen' (Gemeente Rotterdam)

De gebiedsspecifieke kenmerken waar de hierboven beschreven versnippering problematisch is, zijn 1) ouderenzorg en 2) de zorg aan financieel kwetsbare inwoners. Dit brengt een aantal uitdagingen met zich mee voor de eerstelijnsgezondheidszorg. Ouderen die langer thuis blijven wonen hebben relatief meer gespecialiseerde zorg nodig bij hen thuis of bij de huisarts/paramedici. Voor ouderen die langer thuis wonen, gaat gezondheid ook over eenzaamheid, een toegankelijke woningvoorraad, een veilige buitenruimte en voorzieningen in de buurt. Huisartsen krijgen hierdoor met meer complexe zorgvraagstukken te maken.

Maar ook armoede en gezondheidsverschillen zijn een terugkerend thema in de interviews en behoeft volgens de respondenten extra aandacht in Kralingen-Crooswijk. Het gebied is een divers gebied waar grote sociaaleconomische verschillen tussen de inwoners bestaat en de gezondheid en zorgbehoefte dus ook verschilt (zie ook tekstkader 3). Hierbij is het belangrijk op te merken dat voor een groep financieel kwetsbare inwoners gezondheid verder gaat dan het verlenen van zorg, maar er ook aandacht nodig is voor bijv. schuldhulpverlening. Dit alles heeft een potentieel effect op de pluriformiteit van de zorgvraag tussen diverse wijken en personen. Mensen in armoede ervaren zowel subjectief als objectief gezien een slechtere gezondheid en sterven gemiddeld 7 jaar eerder. Dit verbreedt het gezondheidsvraagstuk naar aspecten zoals de financiële situatie en leefstijl van bewoners.

Hoewel deze twee onderwerpen (ouderenzorg en gezondheidsverschillen) nadrukkelijk naar voren kwamen tijdens het onderzoek, is de zorgvraag voor Kralingen-Crooswijk niet duidelijk. Tijdens de sessie op 29 maart gaven aanwezigen aan om op wijkniveau met bewoners in gesprek te gaan om te inventariseren wat er speelt en leeft onder de bewoners en hoe zij de gezondheidssituatie in hun wijk ervaren. De aanwezigen stelden dat op basis van deze input van bewoners op wijkniveau een breed gedeelde visie ontwikkeld kan worden over wat de juiste zorg is om te leveren in Kralingen-Crooswijk.

4.3 Thematische focus voor Kralingen-Crooswijk

Op basis van de interviews en de sessies hebben we vier aandachtspunten voor Kralingen-Crooswijk gedistilleerd:

1. Samenwerking: in hoeverre kan het zorgaanbod op elkaar worden afgestemd waarin integraal en mensgericht werken de boventoon voeren? Hoe kan met samenwerken aan de 'gezonde wijk'?
2. Zorgvraag: in hoeverre kan de zorgvraag van mensen in Kralingen-Crooswijk op adequate wijze in kaart worden gebracht? Hoe om te gaan met gezondheidsverschillen? En hoe kan hier vervolgens adequaat op worden gereageerd?

Tekstkader 3:

Een gemiddeld Kralingen-Crooswijk?

Het gebied telt omstreeks 53.000 inwoners en kent compleet diverse wijken: van de armste wijk in heel *Nederland* (de wijken Oud en Nieuw Crooswijk) tot de rijkste wijk van heel Rotterdam (Kralingen Oost) (bronnen SCP 2016 en Gemeente Rotterdam, OBI). Dit leidt tot een vertekenend beeld wanneer we de gemiddelden van het complete gebied afzetten met die van de stad. In dat geval lijkt Kralingen-Crooswijk een vrij gemiddeld gebied en komen er weinig uitschieters voor in de statistieken. Het is dus zaak om veel lokaler te kijken naar de zorgvraag: zowel op wijk- en buurtniveau als op individueel niveau.

3. Preventie en leefstijl: in hoeverre kan positieve gezondheid in de praktijk worden gebracht in Kralingen-Crooswijk? Oftewel, hoe kan gewerkt worden aan een gezonde leefomgeving en de 'gezonde wijk'?
4. Ouderen en langer thuiswonen: in hoeverre is er een nieuwe visie op ouderenzorg nodig voor Kralingen-Crooswijk? En hoe kan die eventueel worden omgezet in nieuwe structuren (e.g. woonconcepten) en werkwijzen (e.g.

In het volgende hoofdstuk zullen we uiteenzetten hoe gewerkt kan worden aan deze vier thema's.

5. GC LEVINAS ALS OMGEVINGSBEKWAAM CENTRUM

De druk voor verandering wordt door de huidige transitiedynamiek opgevoerd voor GC Levinas en de andere zorg- en welzijnspartijen in Kralingen-Crooswijk, alsmede (de vooral oudere) bewoners uit het gebied. Hoe moeten zij zich verhouden tot de huidige ontwikkelingen? Moeten zij roeien met de riemen die ze hebben, of juist streven naar meer ruimte, middelen en autonomie? Of: hoe kunnen zij onder de druk uitkomen en toewerken naar een (alternatieve) gewenste verandering? Op dit moment lijkt het vooral alsof de meeste partijen achter de feiten aan blijven lopen. In dit hoofdstuk trachten we een richtinggevend kader te schetsen hoe door betrokken partijen vormgegeven kan worden aan een gezond Kralingen-Crooswijk.

5.1 Heroriëntatie rol en positie van GC Levinas

GC Levinas ziet een aantal veranderingen op zich af komen en is daarom toe aan een herbezinning op haar eigen bijdrage aan gezondheid in Kralingen-Crooswijk. De toegenomen focus op de wijk als maat om gezondheid te organiseren, het sluiten van het Havenziekenhuis, maar ook veranderende financiering in 2019 en met name de chaotische dynamiek in het zorg- en welzijnsveld in Kralingen-Crooswijk vergroten de urgentie van GC Levinas om hier over na te denken.

Uit de gesprekken met professionals actief in GC Levinas als de interviews en de sessies valt op dat het gezondheidscentrum veel meer behoefte heeft aan een herijking van hun huidige positie dan aan een rigoureuze omschakeling naar een andere rol, focus en/of taken. Wel is er een sterke hang naar het zijn van een specifiek type *centrum*: een meer omgevingsbewuste en omgevingsbekwame partij die weet wat er speelt in de wijken en daar actief op inspeelt. Een centrum dat niet aan de zijlijn staat, maar een knooppunt is in het sociale en gezonde leven van Kralingen-Crooswijk. Een centrum dat middenin de transitie staat; in het oog van de orkaan. Een kanttekening bij deze ambitie is dat er weinig behoefte lijkt te bestaan om een meer wijkbrede functie te gaan vervullen waarin op proactieve en integrale wijze samenwerkingen worden aangegaan met bijv. het welzijnswerk, zorgpartijen, huisvestingspartijen, etc. en allerlei praktische activiteiten en projecten worden opgestart. Wel bestaat er behoefte om wijkbreed te fungeren op het vlak van de eerstelijnszorg en de verbinding op te zoeken richting andere gezondheidscentra en vakgenoten als fysiotherapeuten en huisartsen. Juist omdat in dit speelveld veel ontwikkelingen gaande zijn en initiatieven ontplooid worden, is het voor GC Levinas van belang om een duidelijke positie in te nemen om van daaruit de afweging te kunnen maken waarop in haar omgeving ingezet kan worden.

Potentiele thema's die naar voren zijn gekomen tijdens de interviews en sessies waar GC Levinas zich op kan richten zijn integrale samenwerking, het in kaart brengen van de zorgvraag, inzetten op preventie en leefstijl en inzetten op ouderen (zie paragraaf 4.3). Maar wat is eigenlijk het afwegingskader om een eventuele keuze op te baseren? Op basis van deze notitie is een keuze te bepalen op basis van de volgende factoren:

- a) De kracht GC Levinas als specialist en verbinder in de eerstelijns zorg: het bieden van kwalitatief hoogwaardige en persoonlijke laagdrempelige eerstelijnszorg.
- b) De filosofie op wat 'goede zorg' en 'gezondheid' is volgens de huisfilosoof Levinas in combinatie met de visie op positieve gezondheid en de richting van een 'gezonde wijk' (zie hoofdstuk 3)
- c) De urgentie van de lokale problematiek in Kralingen-Crooswijk zoals ouderenzorg en gezondheidsverschillen (zie hoofdstuk 4).
- d) De transitiedynamiek in de lokale zorg waarin de status quo onder druk staat en alternatieven zich steeds nadrukkelijker manifesteren wat vervolgens leidt tot een fase van chaos (zie hoofdstuk 2).

Op basis van deze factoren ligt het bijv. niet voor de hand om te focussen op sociaal-economische problematiek (zoals armoede of schulden), want dit ligt niet in lijn met de kracht van GC Levinas. Dit in tegenstelling tot zoiets als ouderenzorg of een gezonde leefstijl aangezien de zorgaanbieders van GC Levinas daar meer affiniteit mee hebben.

5.2 Handelingsperspectief van GC Levinas

Tijdens de interviews en sessies is duidelijk geworden dat veel partners en professionals in Kralingen-Crooswijk de ervaren chaos in het wijknetwerk delen en het daarom waarderen dat GC Levinas een traject is gestart om dit ter discussie te stellen en daar proactief een rol in te nemen. Daarbij bestaat nog steeds de vraag wat de verantwoordelijkheid van GC Levinas is in dit vraagstuk en welke rol zij willen innemen. Op basis van de interviews en sessies identificeren we vier richtingen die GC Levinas kan inslaan in de komende maanden en jaren:

1. Beweging in de wijken opstarten rondom gezondheid in brede zin, oftewel 'de gezonde wijk': hierin gaat het om het mobiliseren van lokale partners, het sluiten van convenanten, de agendering van problemen, etc. Maar ook om het inventariseren van vragen van bewoners (waar is behoefte aan?). Ook kan men zgn. inloopateliers organiseren voor bewoners en professionals rondom specifieke thema's om ervaringen uit te wisselen over gezondheid in Kralingen-Crooswijk.
2. Samenwerking stimuleren en netwerken: door middel van een netwerkplatform of met een netwerker/makelaar samenwerking stimuleren. Dit kan bijv. door samen met partners iemand aan te stellen die het wijknetwerk onderhoud. Of door het organiseren van afstemmingsoverleggen met wijkpartners: (wie doet wat? wie is waar actief? etc.). Of door het in kaart brengen van diverse netwerken zodat doorverwezen kan worden naar de juiste partijen en/of vaker aansluiten bij activiteiten en initiatieven van directe en indirecte partners uit Kralingen-Crooswijk.
3. Experiment(en) opstarten gericht op een specifieke doelgroep: door een project op te starten voor ouderen waarin de focus ligt op algehele welzijn, huisvesting/alternatieve woonconcepten, het tegengaan van isolement, het stimuleren van E-health, etc. Een idee uit

de sessie van 29 maart is om een proeftuin op te zetten voor ouderen waarbij persoonsgericht en vanuit vrijheid van regels en protocollen flexibel ingespeeld kan worden op de zorgbehoefte van ouderen. Een alternatief is het oprichten van een project gericht op preventie en leefstijl (bijv. voeding, sport, samenzijn etc.). Voorbeelden die tijdens de sessie naar voren kwamen waren beweegtuinen, zwemclubjes voor vrouwen. Overkoepelend voor dit soort experimenten per doelgroep is dat het vraaggericht moet zijn (wat is behoefte?) en dat het moet inspireren/motiveren/stimuleren en kan starten daar waar de signalen worden opgepikt: bij een wijkvoorziening of op individueel niveau.

4. 'Schoenmaker blijf bij je leest', oftewel werken vanuit de specialisatie: door te blijven focussen op de eerstelijnszorg en daarin een hoge standaard en kwaliteit waarborgen. Reflecteren op de vraag waar zijn we wel/niet van als gezondheidscentrum en beroepsgroep. Wel kan verbreding worden gezocht met andere eerstelijnspartijen in Kralingen-Crooswijk (zoals huisartsenpraktijken en gezondheidscentra) om de eerstelijnszorg duidelijker te profileren. En door zelf te bepalen met welke partners je wilt samenwerken op basis van kwaliteit: "zo moeten we bijvoorbeeld beslissen met welke thuiszorgorganisatie we samen gaan werken."

Deze vier opties sluiten elkaar niet uit en kunnen elkaar zelfs overlappen en versterken. Zo kan een experiment ook ingezet worden als middel om een zorgbehoefte in kaart te brengen, samenwerkingen te versterken en een discussie op te starten over gezondheid in Kralingen-Crooswijk.

5.3 Experimenteren met een omgevingsbekwaam gezondheidscentrum

Ons advies is om niet mee te gaan in de huidige chaos, maar om duidelijk af te bakenen en te positioneren waar je als centrum van bent en daarnaar omgevingsbewust te handelen. Deze rol kan op verschillende manieren verkend worden en een experiment kan een middel zijn om in de praktijk verder te ontdekken. We geven hierbij een aantal algemene richtlijnen en doen een aantal suggesties voor concrete experimenten voor GC Levinas.

Een logische reflex op de huidige chaos is om alles te willen afstemmen, overal van op de hoogte te zijn, met zoveel mogelijk partijen te gaan samenwerken en overal zelf bij willen zijn. Dit vanuit het idee dat je daarmee overzicht kunt houden en controle kunt houden over de alle ontwikkelingen. Dit is allereerst onhaalbaar omdat de gewenste richting van de gezonde wijk niet duidelijk is en er hoogstwaarschijnlijk nog veel verschillende projecten zullen opkomen in de komende weken, maanden en jaren. Ten tweede lijkt het vanuit de huidige capaciteit niet mogelijk om overal bij aangehaakt te zijn. Daarom stellen wij voor om primair te focussen op punt 4: **herdefiniëren waar je wel/niet voor bent**. Ons inziens is dit het werken vanuit de kracht van het gezondheidscentrum, wat betekent de integrale eerstelijnszorg.

Voorstel 1: Herijking 1^e lijn in Kralingen-Crooswijk

- Doel: vanuit de eigen kracht de rol van de eerstelijnszorg in Kralingen-Crooswijk herdefiniëren
- Derde sessie met 1^e lijnspartners uit K-C vanuit insteek: 1^e lijns staat onder druk. Hoe hiermee om te gaan? Ook richting de toekomst? Waar zijn we wel/niet van? Verkennen behoefte om samen een experiment op te starten omtrent het welzijn van ouderen (in brede zin en niet specifiek op bijv. huisvesting). Experimenteren welzijn en zorg ouderen. Wat ga je aanbieden? Wat doe je wel/niet (bijv. wekelijkse diners voor ouderen, bingo-avonden, etc.). Hoe is de

eertelijnszorg in de toekomst te financieren? Via een fonds? Via zorgverzekeraar? En hoe toe te werken naar duurzaam financiering van GC Levinas als geheel?

Het herdefiniëren waar je wel/niet van bent kan in combinatie met een experiment. Bijvoorbeeld gericht op ouderenzorg. De keuze voor **een experiment rondom ouderen** is te motiveren vanuit het idee dat dit een transitie uitdaging is aangezien deze groep in aantal toeneemt de komende jaren en daarmee een groot beslag zal leggen op het functioneren van de eerstelijnszorg. Een experiment kan ook een concreet middel zijn om in de praktijk vorm te geven aan een nieuwe rol en deze te ontdekken en aan te scherpen: al lerende doen en 'al doende te leren'. Dit kan vervolgens verbreed worden naar het gebied en andere (eerstelijnszorg-)partijen in Kralingen-Crooswijk, zodra duidelijk is hoe vanuit eigen kracht gewerkt kan worden.

Voorstel 2: Experiment rondom ouderenzorg

- Doel: door middel van een experiment transitie-uitdagingen rondom ouderen adresseren en in de praktijk leren over de eigen rol en toegevoegde waarde in dit vraagstuk
- Potentiële aspecten/onderwerpen die hierin een plek kunnen krijgen zijn volgens de respondenten en de sessies onder andere:
 - o Visievorming: is er een (gedeelde) visie nodig op ouderen en ouder worden? Welke waarde kennen we toe aan senioren? Hoe ver ga je in het behandelen? En hoe kijk je aan tegen doodgaan?
 - o Zorgvraag: er bestaat een wens om meer vraaggericht te werken en minder op basis van protocollen en regels. Dit is lastig want de zorgvraag voor ouderen is niet altijd duidelijk; ouderen zijn uiteraard geen homogene groep. Wellicht zou een regisseur ('positieve gezondheidsfunctionaris') die zorgvraag in kaart moeten brengen?
 - o Cohesie: het belang van sociale verbondenheid in een wijk voor ouderen. Een wijk waar men naar elkaar omkijkt en elkaar kent en ruimte is voor intergenerationele uitwisseling en ontmoeting (bijvoorbeeld via alternatieve woonvormen voor intergenerationeel wonen).
 - o Welzijn: het activeren, empoweren en inspireren van ouderen om hun eigen welzijn te kunnen vergroten. Een idee om welzijn onder te brengen in het gezondheidscentrum?
 - o Samenwerking: onderlinge afstemming en samenwerking bevorderen door bijv. een 'taskforce ouderenzorg', een soort combinatie van wijkverpleegkundige, huisarts/GC, ouderenzorg en thuiszorgorganisaties.

De **breed gedeelde behoefte voor meer samenwerking en afstemming** in de wijk is – ondanks dat het ook gezien kan worden als een systeemreflex – een niet te ontkennen uitdaging in Kralingen-Crooswijk. Om de regie dicht bij de verschillende partners uit de wijk te beleggen, kan geëxperimenteerd worden met een alternatieve manier van samenwerking en financiering door gezamenlijk een 'community-manager' of 'positieve gezondheidsfunctionaris' aan te stellen.

Voorstel 3: Co-gefinancierde 'community manager'

- Doel: op een alternatieve manier invulling geven aan samenwerking en de financiering daarvan.
- Er kan geëxperimenteerd worden met het aanstellen van een 'community manager' die via een coöperatief model met gewenste wijkpartners gefinancierd wordt. Vanuit elke partner kan een

bepaald bedrag ingelegd worden en kan gezamenlijk bepaald worden hoe aan een specifiek thema te werken. Deze verbinder legt connecties tussen de wijkpartijen en brengt netwerken in kaart. Tevens kan de verbinder worden ingezet bij praktische activiteiten door de wijkpartners (zoals een buurlunch, etc.). Dit is te vergelijken met een soort opbouwwerker. Maar dan aangestuurd door bewoners en een wijknetwerk zelf en dus niet afhankelijk van protocollen en targets van de gemeente of een welzijnsinstelling. Ook kan binnen dit model de bovenstaande punten worden meegenomen, omdat de community manager ingezet kan worden rondom specifiek thema's of een doelgroep zoals ouderen.

5.4 Het productief maken van spanningen

Tot slot nog enkele reflecties op de geadviseerde koers zodat enkele nuances en valkuilen worden belicht van de huidige transitiedynamiek. Allereerst kunnen we de hang naar samenwerking en afstemming ook zien als een systeemreflex. In een tijd van chaos hebben partijen vaak de neiging om controle te krijgen en de complexiteit te minimaliseren. Echter, controle is een illusie. Maar naast dat het ook naïef is kan het ook een averechtse werking hebben. Men wordt minder gericht op de praktijk (daar waar het verschil kan worden gemaakt) en is meer tijd kwijt aan het afstemmen, overleggen, etc. en geld en energie kwijt aan overhead wat tegelijkertijd ook weer meer complexiteit en bureaucratie met zich meebrengt. Het is zaak deze hang naar overzicht en controle ook kritisch te blijven bezien.

Een tweede kanttekening kan geplaatst worden bij de integraliteit binnen de nadruk op gezondheid. Niet alleen is integraliteit een lastig einddoel vanwege botsende logica's en belangen, ook creëert integraliteit een handelingsverlegenheid. Zo valt er collectief veel winst te behalen rondom het gezondheidsvraagstuk, want gezondheid is van iedereen. Maar gezondheid is tegelijkertijd van niemand. Hierdoor ligt de verantwoordelijkheid in het midden. Dit veronderstelt dat alle betrokkenen daadwerkelijk gaan handelen. En wie gaat dat midden (die integraliteit) financieren? Een derde kanttekening kan geplaatst worden bij de notie van maatwerk. Maatwerk moet de nieuwe standaard worden, maar is dit geen utopie dan wel een contradictie? Tevens is maatwerk tijdsintensief en dus duur.

Het gaat erom dit soort spanningen in de praktijk te verkennen en productief te maken. Vandaar ook de nadruk in ons advies op het experimenteren en het leren van het doen. Vanuit zo'n reflexieve insteek kan gewerkt worden aan een omgevingsbewust en -bekwaam centrum. En binnen die focus op de omgeving, op 'de Ander', kan niet alleen de filosofie van Levinas maar ook de kracht van gezondheidscentrum Levinas in de komende jaren verder tot wasdom komen.



drift for transition