

V L A A M S P A R L E M E N T



Zitting 2008-2009

13 januari 2009

HOORZITTING

over woonzorg binnen en buiten instellingen (gecombineerde projecten)

VERSLAG

**namens de Commissie Wonen en Zorg
uitgebracht door de dames Vera Van der Borgh, Veerle Heeren en Hilde De Lobel**

Samenstelling van de commissie:

Voorzitter: mevrouw Else De Wachter.

Vaste leden:

mevrouw Hilde De Lobel, de heren Leo Pieters, Felix Strackx, mevrouw Greet Van Linter, de heer Christian Verougstraete;

de heren Carl Decaluwe, Tom Dehaene, de dames Cindy Franssen, Veerle Heeren;

de dames Dominique Guns, Anne Marie Hoebeke, Vera Van der Borgh;

de dames Else De Wachter, Michèle Hostekint, Elke Roex.

Plaatsvervangers:

mevrouw Agnes Bruyninckx, de heren Jan Penris, Wim Van Dijck, mevrouw Gerda Van Steenberge;

mevrouw Sonja Claes, de heer Dirk de Kort, de dames Vera Jans, Sabine Poleyn;

de dames Hilde Eeckhout, Margriet Hermans, de heer Bob Verstraete;

mevrouw Els Robeyns, de heer Bart Van Malderen, mevrouw Els Van Weert.

Toegevoegde leden:

mevrouw Helga Stevens;

mevrouw Mieke Vogels.

INHOUD

	Blz.
1. Uiteenzetting door de heer Geert Polfliet, vzw Placidus.....	4
1.1. Waar staan we?.....	4
1.2. Hoe kan je een lappendeken naadloos maken?.....	4
1.3. Verplichte haute couture.....	5
1.4. Kleinschaligheid prediken en grootschaligheid belonen	5
1.5. Een nieuw patroon tekenen voor een nieuwe meegroeipullover	5
1.6. Vragen van de leden	6
2. Uiteenzetting door de heer Paul Van Tendeloo, algemeen directeur ouderenzorg vzw Emmaüs	8
2.1. Stand van zaken	8
2.2. Ten Kerselaere.....	8
2.3. Van tien aanleunwoningen naar een hele nieuwe wijk.....	9
2.4. Een woonzorgwijk.....	9
2.5. Muren afbreken	9
2.6. En nieuwe muren bouwen	10
2.7. Maatschappelijke meerwaarde	12
2.8. Besluit.....	12
2.9. Vragen van de leden	12
3. Uiteenzetting door de heer Yves Wuyts, Verbond der Verzorgingsinstellingen.....	13
3.1. Burgers en geestelijke gezondheid – de zorgtrechter	13
3.2. Wonen en geestelijke gezondheidszorg.....	13
3.3. Wonen bij dalende behoefte aan geestelijke gezondheidszorg.....	13
3.4. Toekomst: zorg in de samenleving.....	14
3.5. Vragen van de leden	14
4. Uiteenzetting over Abbeyfieldprojecten Vlaanderen	15
4.1. De Europese context.....	15
4.2. Trends en evoluties.....	15
4.3. Alternatief woonaanbod voor ouderen	15
4.4. Ontstaan van Abbeyfield	15
4.5. Basisfilosofie	15
4.6. Wijkgericht.....	15
4.7. De juridische structuur	16
4.8. Meest gestelde vragen	16
4.9. Toekomst	17
4.10. Vragen van de leden	17

DAMES EN HEREN,

De Commissie Wonen en Zorg hield op 3 december 2008 een hoorzitting over woonzorg binnen en buiten instellingen (gecombineerde projecten).

Gehoord werden de heer Geert Polfliet, vzw Placidus, de heer Paul Van Tendeloo, Ten Kerselaere, vzw Emmaüs, de heer Yves Wuyts, Verbond der Verzorgingsinstellingen en mevrouw Charlotte Bevernage, de heer Guy Hoogmartens en mevrouw Danielle Hanssens, Abbeyfieldprojecten Vlaanderen.

1. Uiteenzetting door de heer Geert Polfliet, vzw Placidus

Ik ben verantwoordelijk voor een aantal intramurale zorginstellingen, een aantal woon- en zorgcentra, een serviceresidentie, maar ik ben ook bestuurder bij de thuiszorgorganisatie Familiezorg. Mijn uiteenzetting zal dan ook beide domeinen beslaan.

1.1. Waar staan we?

Ouderenzorg vandaag is het resultaat van een eeuw intuïtieve inzet van het vrije initiatief, gevolgd door een goede dertig jaar overheidsinmenging, sturing en in toenemende mate regulering en financiering van die regulering. Daarbij is men steeds gaan verder breien op de historisch gegroeide modellen op basis van een wens tot professionalisering, toegankelijkheid, veiligheid en bereikbaarheid. Deels speelden ook de controledrang van de overheid en haar wantrouwen ten opzichte van de initiatiefnemers. Dat alles geschiedde onder de immense maatschappelijke druk van explosieve vergrijzing en implosieve ontgroening en onder een permanente budgettaire spanning. Bejaarden zijn geen gehandicapten, noch a priori zieken en zeker geen gevangenen, toch behoeven zij blijkbaar niet dezelfde budgettaire ruimte.

Wonen en zorg, en bejaardenzorg in het bijzonder zijn als een eeuwenoude gebreide pullover, vol gaten door de steken die men liet vallen zonder ze op te rapen. Iedere bevoegde formatie heeft er in een eigen kleur een stuk aan gebreid of gaten gestopt. De pullover is een onsamenvattend geheel dat weinig heeft van een kledingstuk en waar reeds een fortuin aan wol inzet. Een oude wijze huismoeder zou nu de brei uittrekken, de wol recupereren en een nieuwe, eigentijdse trui beginnen te breien.

Thuiszorg en intramurale zorg kennen een vrij onafhankelijke evolutie en dito financiering. Het ontwerp van Woonzorgdecreet wil ze terecht dicht bij elkaar krijgen, want eigenlijk houden ze zich met hetzelfde bezig. Daarbij wordt nochtans vergeten dat een aantal obstakels verankerd zijn in de federale

structuren. In de thuiszorg zijn de verpleegkundigen federaal gefinancierd, polyvalent verzorgenden Vlaams. De thuiszorgorganisaties die de polyvalent verzorgenden opleiden tot zorgkundigen kunnen die zelf niet aanwerven want zorgkundigen vallen onder de federale normering. In een woonzorgcentrum vallen ze allemaal onder dezelfde federale RIZIV-financiering (Rijkinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering). Het nieuwe decreet wil dat intramuraal en extramuraal elkaar overlappen. Dat betekent dat de federaal gefinancierde verzorgsters uit instellingen op het domein van de Vlaams gefinancierde werknemers komen en omgekeerd. Dat zou vonken kunnen geven.

De woon- en zorgcentra worden al jaren in de richting gestuurd van gespecialiseerde centra voor zware zorgprofielen, waarvoor een meer adequate financiering werd vastgelegd. Thuiszorg krijgt ook een steeds betere financiering voor de zware zorgprofielen. Ook die sector specialiseert zich meer en meer in dergelijke thuiszorg.

Een vrij grote groep zorgvragende bejaarden die O of A scoren op de gangbare, financieringsgerelateerde maar niet steeds relevante Katz-schaal, wordt beschouwd als tweederangsbejaarden of tweederangszorgvragers. Zwaar zorgbehoevende bejaarden gaan altijd voor op bejaarden met een O- of A-profiel. Als de thuiszorgorganisatie personeel te kort heeft, worden de bejaarden met O- of A-profiel het eerst niet meer geholpen. Er is niet echt continuïteit in hun thuiszorg.

1.2. Hoe kan je een lappendeken naadloos maken?

De thuiswonende zorgvrager heeft dankzij een liberaal verstrekkingssysteem een ruim gamma van los van elkaar werkende disciplines ter beschikking, zonder gemeenschappelijke visie, noch benadering of aanpak. Een instelling hanteert verplicht een multidisciplinaire aanpak waarbij iedereen in de instelling door permanent overleg dezelfde benadering heeft van de resident en zijn wensen.

Er zijn al tal van overlegorganen om de verschillende disciplines van de thuiszorg op elkaar af te stemmen. Ik citeer hier letterlijk uit de doelstellingen en missie van een samenwerkingsinitiatief thuiszorg: "Het Samenwerkingsinitiatief Thuiszorg, kortweg SIT, heeft als hoofddoel de zieke of zorgbehoevende persoon zo lang mogelijk in het vertrouwde milieu te houden." Die visie bevat geen kwalitatieve elementen, eigenlijk wil de dienst gewoon zo lang mogelijk zijn klanten houden. Een multidisciplinaire aanpak is moeilijk te organiseren in een wijk waar vijftig huisartsen, vijftientwintig zelfstandige thuisverpleegsters, vijf thuiszorgorganisaties, twaalf kinesisten en vier mutualiteiten de vaste dienst uitmaken.

Veel bejaarden verhuizen een paar keer. Als de kinderen het huis uit zijn, zal hij in het beste geval het veel te grote huis ruilen voor een kleiner verblijf in een omgeving waar hij zich thuis voelt. Maar als één van de twee behoefte heeft aan een veilige omgeving dan is het al snel uitkijken naar serviceflats, een aanleunwoning of eenzelfde product met een gelijksoortige naam. Daar is de gemiddelde verblijfsduur ook al verminderd tot ongeveer vier jaar en dan is het uitkijken naar een rusthuis, een woon- en zorgcentrum, waarbinnen de bejaarde mogelijks op basis van de zorgevoluitie nog een paar keer verhuist van afdeling. Dit scenario houdt geen rekening met woondrempels zoals huur, sociale huisvesting, aangepaste woningen, toegankelijkheid enzovoort.

Het is onmogelijk om de status van eigenaar, private of sociale huurder door te trekken tot de laatste levensfase. De gewone private serviceflat is voor vele bejaarden niet betaalbaar, daarom hebben de sociale huurmaatschappijen een soort sociale aanleunflat uitgewerkt. In de fase van de serviceflat zijn er nog een paar zeer beperkte keuzes mogelijk, maar eens in een woon- en zorgcentrum, is iedereen sociaal huurder. In een woon- en zorgcentrum wordt door de VIPA-financiering (Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden) van 60 procent een deel van de woonkost betaald. Een deel van de VIPA-financiering dient om de specifieke zorguitrusting te betalen.

De bewuste keuze voor een woon- en zorgvisie zoals in het huidige decreet is opgenomen, moet het mogelijk maken om de twee aspecten volledig uit elkaar te trekken. Men huurt of koopt in een woon- en zorgcentrum, en men krijgt er de service en de zorg op maat. Binnen de huidige wetgeving is dit nog steeds niet mogelijk.

1.3. Verplichte haute couture

Het is goed dat we het opnemen voor de minder mondigen in de maatschappij. Het is goed dat wij de kwaliteit bepalen voor hen die in een zwakke positie zitten. Maar is het normaal dat we niet stilstaan bij de maatschappelijke kost, de rekening voor de volgende generaties? De verpleegkundigen in het woon- en zorgcentrum leveren voor minder dan vijftig procent van hun werktijd echte verpleegkundige taken, voor verzorgenden ligt dat iets hoger. Dat is niet onlogisch. In de thuissituatie worden heel wat van deze taken ook door mantelzorgers opgenomen. Daar is geen competentienorm van kracht. De huidige stijging van de vergrijzing blijft volgens professor Pacolet duren tot ongeveer 2030. Wie zal dat blijven betalen?

Als we de competentienormen zouden invoeren in de

bouw, en de metselaars vervangen door ingenieurs, is het niet zeker dat de huizen van betere kwaliteit zouden zijn, maar wel dat de kostprijs véél hoger zal zijn. Het mes snijdt aan twee kanten, want medewerkers die onder hun niveau werken, hebben eerder last van burn-out of gebrek aan motivatie. Ze functioneren minder efficiënt en kwaliteitsvol of zoeken uitdagingen in andere sectoren.

1.4. Kleinschaligheid prediken en grootschaligheid belonen

Heel wat studies wijzen op de minimale schaalgrootte om te kunnen overleven. Om rendabel te zijn, ligt de schaalgrootte iets hoger. Recente studies spreken over 90 tot 120 woongelegenheden. Om comfortabel een kwaliteitsbeleid te voeren, moet je de capaciteit verdubbelen. Overheidsdiensten blijven bijvoorbeeld in VIPA-projecten aandringen om de schaalgrootte af te bouwen. Dat terwijl het zorglandschap bezaaid is met kleinere initiatieven die moeite hebben om te overleven, en de stringente programmering in vele regio's een rem is op het rendabel maken door schaalvergroting.

1.5. Een nieuw patroon tekenen voor een nieuwe meegroeipullover

Voor het woonbeleid beschikt Vlaanderen al over heel wat kennis en zou even goed kunnen vertrekken van een woonzorgcorporatie. Binnen het woonzorgbeleid maken we dan definitief plaats voor een echt woonbeleid. We kunnen dit professioneel aanpakken. In het woon- en zorgcentrum huurt of koopt men dan een woongelegenheid, eventueel met huursubsidie.

Het aandeel van de bouwkost in de dagprijs bedraagt 8,23 euro met en 20,58 euro zonder VIPA-steun. Als de commerciële sector die 12 euro kan overbruggen en aan dezelfde prijs de diensten kan bieden, zonder enige vorm van overheidstussenkomst, hebben noch onze, noch de OCMW-sector enige reden van bestaan. Het is de moeite waard om de verschillen te onderzoeken.

Een project zonder VIPA zou 637,94 euro huur per maand opleveren. Die prijs is haalbaar voor heel wat mensen. Bepaalde bewoners zullen er dan ook voor kiezen om hun verblijfplaats te kopen. Daarnaast is er natuurlijk nog de factor zorg, die nog niet berekend is.

Thuiszorg moet eindelijk eens ernstig worden genomen. Hoewel de politieke wereld de mond vol heeft van het stimuleren van de thuiszorg, is enkel het urencontingent opgetrokken. Er is geen continuïteit. Voor de lichtere zorgprofielen volstaan de opvang-

mogelijkheden niet. Daarnaast is er een structurele cofinanciering van provincies en gemeenten, op vrijwillige basis. Momenteel wordt die financiering afgebouwd. Als gemeenten en provincies echt een rol te spelen hebben, moet dat structureel gemaakt worden. Zo worden ze verplicht om hun deel te financieren.

Het humanresourcesbeleid in de woon- en zorgcentra moet professioneler. Niet de overheid moet bepalen welke competenties er nodig zijn, de 'workload' moet dat bepalen. De werklust wordt dan weer bepaald op basis van het zorgprofiel. De Katz-schaal volstaat daarvoor niet want is maar een foto. Het RAI (resident assessment instrument) zal dan weer de administratieve last van de instellingen sterk doen stijgen.

De sector zou heel wat laaggeschoolden kunnen tewerkstellen. De opleidingsorganisaties voor thuiszorg hebben heel wat competenties om laaggeschoolden permanent te begeleiden.

De dagprijs in het woon- en zorgcentrum en de RIZIV-financiering voor de rvt-afdeling (rust- en verzorgingstehuis) mag niet langer worden gebruikt om andere initiatieven, al dan niet in testfase, te financieren. Ik denk daarbij aan kortverblijf, dagverzorgingscentra, dienstencentra en andere initiatieven. Een correcte financiering van iedere zorgvorm is noodzakelijk. Testprojecten moeten uit een andere pot betaald worden. Al jarenlang worden de tekorten van de dagverblijfscentra bijgepast door rvt-instellingen.

Naast projectfinanciering van zeer dure, eerder marginale projecten met zeer specifieke benadering, zouden proefprojecten opgezet moeten worden om nieuwe betaalbare woon- en zorgvormen te ontwikkelen en te testen. Nederland kent het begrip regelgevingsluwte. Bepaalde projecten moeten in een testfase van de regelgeving kunnen afwijken. De regelgevingsluwte moet gepaard gaan met een permanente kwaliteitscreening.

Er is dringend behoefte aan een vereenvoudiging van de financieringsstromen en de daaraan gekoppelde planlast. Momenteel is dat een immens kluwen. In de instellingen werken hooggeschoolde administratieve medewerkers permanent aan de administratieve verplichtingen. Die personeelsleden worden niet gesubsidieerd.

Regelgeving en de daaraan gekoppelde inspecties en controles moeten beter op elkaar afgestemd worden. Een consequente aanpak en een uniforme norminterpretatie zijn nodig. Een liaisonfunctie woon en zorg binnen de verschillende overheidsdiensten zou waarschijnlijk wonderen doen. In een richtlijn staat bij-

voorbeeld dat er nergens in een rusthuis gerookt mag worden behalve op de kamer of in het verblijf van een bewoner. Welke brandweercommandant begrijpt dat? Brandweercommandanten gaan trouwens op een verschillende manier met de regelgeving om. Het gevaar bestaat dat een brandweercommandant akkoord gaat met de bouwplannen, maar later opgevolgd wordt door een nieuwe commandant die weigert een attest af te leveren voor een gebouw. Ik zwijg dan nog over de verschillende interpretaties in de verschillende gemeenten waardoor de kostprijs van een gebouw gevoelig kan verschillen.

Hetzelfde probleem rijst bij de kwaliteit van zorg. Het is nodig dat alle rusthuizen dezelfde regels respecteren, bijgevolg moet de inspectie homogeen zijn. Als de inspectie lang mistoestanden gedooft, moet de overheid de instelling financieren als ze plotsklaps op korte termijn wijzigingen eist.

Naadloze zorg kan pas starten met een eenvormige communicatie. Een elektronisch zorgdossier, aangevuld met universele elektronische transferdocumenten moet de communicatiebarrières wegnemen tussen thuiszorg, ziekenhuis en woon- en zorgcentrum. Dat zal ongetwijfeld leiden tot minder overbodige onderzoeken en therapieën. Door het gebrek aan communicatie bijvoorbeeld over de onderzoeken die al uitgevoerd zijn, worden er heel wat middelen verspild. Er zijn privé-initiatieven om de informatie-uitwisseling te stroomlijnen, maar dergelijke zaken worden beter gestuurd en gecoördineerd door de overheid. Als er verschillende initiatieven naast elkaar mogen bestaan, zijn er nog altijd verschillende normen, protocollen.

Ten slotte moet er dringend werk gemaakt worden van homogene bevoegdheden. Ik nodig elk lid van de commissie uit om de administratie van een rust- en verzorgingstehuis van nabij te komen bekijken.

1.6. Vragen van de leden

De heer Tom Dehaene: Ik treed de spreker bij in zijn opvatting dat de splitsing van woon- en zorgkosten winstpunten oplevert, om te beginnen de duidelijkheid over de te lage RIZIV-financiering. Bestaan daarover cijfers?

Kent de heer Polfliet interessante woonvormen voor O's en A's uit het buitenland, eventueel met het oog op een proefproject in Vlaanderen? Is bijvoorbeeld groepswonen hier haalbaar?

Vindt de spreker dat de zorgplannen vandaag onvoldoende gebruikt worden? Kunnen de elektronische zorgdossiers, die in sommige provincies al bestaan, een uitkomst bieden? Kent hij buitenlandse voorbeelden van de aanpassing van de personeelsnorm

voor verpleegkundigen, die vandaag vaak andere dan verpleegkundige taken vervullen? Veel initiatiefnemers melden dat bouwen met VIPA door de zware procedure en de bijkomende normen duurder wordt, waardoor het verschil kleiner wordt. Klopt dat?

In Denemarken kan de thuiszorg acht tot tien keer per dag langskomen voor men naar een residentiële omgeving verhuist. Is het ook in Vlaanderen mogelijk om het aantal bezoeken als criterium te hanteren? Geloof de heer Polfliet in een systeem van accreditatie met frequentere inspectie in bepaalde rusthuizen en een lagere frequentie in andere die volledig in orde bleken?

Mevrouw Vera Van der Borgh: De cijfers over bouwen met VIPA verbazen mij, want de cijfers die ik heb ontvangen spreken over een hogere bouwkost per vierkante meter indien men bouwt met VIPA, dan wanneer men bouwt zonder VIPA. Mijn pleidooi om het nut van VIPA in vraag te stellen, betekent trouwens geenszins het in vraag stellen van de openbare instellingen. Ik ben ervan overtuigd dat alle drie de spelers, zijnde openbare, vzw's en commerciële, nodig zijn gelet op de uitdagingen in de ouderenzorg. Mijn kritische visie op VIPA fundeer ik ook onder andere op basis van een antwoord van de minister op een vraag van mij waaruit blijkt dat de meerderheid van de voorzieningen vandaag bouwprojecten start zonder VIPA-financiering. In de praktijk lijken hun dagprijzen nochtans erg dicht bij elkaar te liggen, of ze nu openbaar of commercieel zijn. Dat vraagt om verdere analyse. Wat vindt de heer Polfliet? Met zijn opmerkingen over de logge procedures en de zeer zware administratie ga ik in elk geval akkoord.

Mevrouw Elke Roex: De scheiding van woon- en zorgkosten kan vandaag nog niet. Men kan hooguit een ruwe schatting maken zoals de heer Polfliet. Mag men er wel van uitgaan dat de VIPA-subsidie voor een deel dient om de woonkosten draaglijker te maken? Het is immers een instrument van Welzijn en zou de zorgkosten moeten compenseren. Moeten we voor de woonkosten niet eerder een beroep doen op het beleidsdomein Wonen, zoals in de sociale huur? Om de samenstelling van de dagprijs uit te klaren, is nog onderzoek nodig. Het is zeker de moeite om dat te doen.

De heer Geert Polfliet: Ik bedoelde niet dat VIPA moet beslissen over het voortbestaan van openbare instellingen. De vraag is hoe het komt dat sommige bouwprojecten binnen het bouwplafond blijven en andere niet. Op vraag van VVI (Verbond der Verzorgingsinstellingen), ben ik bezig de verschillende factoren, zoals grondaanpassingen, materiaalkeuze, bouwtype, woonconcept en bouwconjunctuur te verwerken in een handboek voor initiatiefnemers,

met beslissingsboom en zo meer. De studie moet klaar zijn tegen Pasen 2009. Het is niet zo dat VIPA a priori duurder is, want recent bleef een VIPA-project 300 euro onder het bouwplafond. Er bestaan enorm veel misverstanden. Wel is zeker dat de lange duur van de VIPA-procedure kosten meebrengt, die niet in de bouwkosten verrekend worden.

Als men woon- en zorgkosten scheidt, en de bewoners huur laat betalen, dan moeten de VIPA-middelen die voor woonkosten dienden voortaan de zorg ondersteunen. Ik pleit dus niet voor een afschaffing van die middelen. Wat vrijkomt doordat sommigen hun woonkosten helemaal zelf kunnen betalen, komt dan vrij als extra voor de zorgkosten.

De reden waarom velen starten zonder VIPA is de lange wachttijd. Bestuurders rekenen vandaag zoals in de commerciële sector: wachten op de exploitatie van bedden kost ook geld.

Ook in Nederland is er een tekort aan verpleegkundigen. Men kan werken met buitenlandse verpleegkundigen, ofwel hen nog alleen inzetten voor strikt verpleegkundige taken, zoals in Nederland. Wij doen thans een test met dat laatste en laten verpleegkundigen toezicht houden op de zorgverstrekkers. Deze manier van werken leidt tot een gigantische stijging in kwaliteit. Verpleegkundigen inzetten voor zuiver verzorgende taken kan niet blijven duren. De ziekenhuizen zullen de meeste verpleegkundigen weggakken.

Mevrouw Vera Van der Borgh: Ik denk dat de test van de heer Polfliet in de meeste instellingen al bestaat, en wel uit noodzaak. Er is inderdaad een tekort en op een open markt kunnen de verpleegkundigen kiezen wat hen het beste lijkt. Daarnaast wil ik nog wijzen op de bestaande belasting van verpleegkundigen met administratieve taken en op de normen die onder meer een continue dienstverlening vereisen, ook 's nachts.

De heer Geert Polfliet: In sommige instellingen zijn de Vlaamse normen voor het aantal verpleegkundigen inderdaad hoger dan het aantal strikt verpleegkundige taken, zeker als het gaat om laag zorgbehoevenden. Een deel van de verpleegkundigen oefent verzorgende en huishoudelijke taken uit. Men zou hen zonder kwaliteitsverlies kunnen inzetten voor toezicht op een kwaliteitsvol zorgproject.

In Nederland bestaan projecten die voor een deel bestaan uit aangepaste flats, zoals de Humanitasstichting in Rotterdam en Ter Reede in Vlissingen, maar zij worden in Vlaanderen niet aanvaard door de brandweer. Mensen die nog goed zijn, wonen er naast O's en A's. Men heeft geen gettovorming, men functioneert als dienstencentrum en trekt ook het

thuismilieu aan. Ik kijk uit naar het uittesten ervan in Vlaanderen. De scheiding van huur en zorg zal toelaten om daar veel flexibeler mee om te gaan, zowel voor zwaar als licht zorgbehoevenden.

Inspecteurs moeten fungeren als adviseurs. Dat gebeurt thans niet altijd. Ik pleit voor structureel overleg. De gelijkschakeling van rvt- en rob-inspectie (rustoord voor bejaarden) zorgde wel al voor een verbetering. Als de brandweer slechts vergunningen voor één jaar aflevert, moet men elk jaar weer een erkenning aanvragen en de hele inspectie doorlopen. Daar moet iets aan gedaan worden. Ik geef het voorbeeld van de vaste drukknop op het toilet, die men oplegt en inspecteert in weerwil van de betere oplossingen die door instellingen met ervaring worden gehanteerd.

Voor de zwaardere zorgprofielen is de RIZIV-financiering vrijwel adequaat, voor de lagere schrijnend onvoldoende.

2. Uiteenzetting door de heer Paul Van Tendeloo, algemeen directeur ouderenzorg vzw Emmaüs

2.1. Stand van zaken

In Vlaanderen bestaan de volgende mogelijkheden op het vlak van wonen, zorg en welzijn: zelfstandig wonen thuis, nieuwe woonvormen met aangepaste zorg- en dienstverlening, en residentieel wonen (intramuraal met zorg). Zij kunnen ook alle drie gebundeld worden in een woonzorgwijk. Het eerste, zo lang mogelijk thuis blijven in de eigen, vertrouwde omgeving, is wat de meeste mensen willen. Als de zorgbehoefte groter wordt, is preventie mogelijk, woningaanpassing, advisering, mantelzorg, vrijwilligershulp, thuiszorg en thuiszorgondersteuning.

Wat de nieuwe woonvormen betreft, geven wij ouderen altijd de boodschap mee om op tijd te verhuizen. De bekendste zijn de serviceflats, maar er zijn ook aanleun- en binnenkort assistentiewoningen, kangeroe- en duplexwoningen, en groepswonen of Abbeyfield. Intramuraal wonen ten slotte is er voor complexe en permanente zorg samen met partners, waarbij overal in Europa een tendens naar meer kleinschaligheid is ingezet. De woonzorgwijk, waar dit alles kan verbonden worden, is een levensloopbestendige wijk met veiligheid, comfort, sociale betrokkenheid en toegankelijkheid. Het gaat om een verkeersveilig woonmilieu met informatie en activiteiten die aantrekkelijk zijn voor iedereen.

Op het ontwerp van Woonzorgdecreet ga ik op het verzoek van de commissie niet in.

2.2. Ten Kerselaere

Al meer dan 29 jaar biedt woon- en zorghuis Ten Kerselaere in Heist-op-den-Berg onderdak en zorg aan ouderen die niet meer zelfstandig kunnen wonen vanwege ernstige dementie of fysieke problemen. Maar tegelijk heeft het steeds gezocht naar middelen om ouderen toe te laten zo lang mogelijk thuis te blijven wonen. De realisatie van de woonwijk d'Oude Molen biedt daartoe nieuwe mogelijkheden. Het is een verhaal van 29 jaar zoeken naar nieuwe woon- en zorgvormen voor ouderen, samen met vele partners met wie we lokaal samenwerken.

Van bij de oprichting werd gezocht naar zorgvormen die ouderen toelaten langer thuis te blijven wonen. Zo ontstonden dagverzorging en kortverblijf die de thuiszorg en vooral de mantelzorg ondersteunen. Zorg en dienstverlening gedurende één of meerdere dagen in de week of gedurende enkele weken in het jaar, verlichten de zorg op het thuisfront en dragen ertoe bij dat opname in een rusthuis kan uitgesteld of vermeden worden.

Het centrum voor kortverblijf (tien woongelegenheden) kent jaarlijks ongeveer 220 tijdelijke gebruikers met een gemiddelde verblijfsduur van vijftien dagen. Dat is goed voor ongeveer 90 percent bezetting op jaarbasis. Naast de traditionele thuiszorgondersteuning biedt het centrum eveneens crisisopvang en palliatief kortverblijf aan, en volgend jaar mogelijk revaliderend kortverblijf door de zorgvernieuwingprojecten van zorgprotocol 3. Hiervoor zal uitbreiding van de programmering noodzakelijk zijn, zo niet zullen trouwe gebruikers in de kou dreigen te komen staan door plaatsgebrek.

De centra voor dagverzorging (twee keer vijftien plaatsen) hebben dagelijks een optimale bezetting, met andere woorden 30 forfaitgerechtigde (dat wil zeggen zwaar zorgenbehoevende, dus B of hoger op de Katz-schaal) ouderen per dag. Sinds vorig jaar wordt in een aangepast individueel vervoer voorzien voor de gebruikers van en naar het centrum. Veilig vervoer van en naar het centrum voor dagverzorging door goed opgeleide chauffeurs, en aangepaste en goed uitgeruste auto's is in deze tijden noodzakelijk.

Volgend jaar worden de centra vernieuwd en volledig gescheiden qua doelgroep. Ouderen met dementie zullen opgevangen worden in een apart centrum. De aanwending van eigentijdse domotica zoals dwaaldetectie is hiervoor noodzakelijk. Deze zou zowel thuis als in het centrum aangewend kunnen worden. De nieuwe technologie willen we aantonen in de ingediende thuiszorgprojecten dankzij samenwerking met de alarmcentrale van het Wit-Gele Kruis en de Christelijke Mutualiteiten (CM).

Met de introductie van domotica in het centrum voor dagverzorging kunnen we aantonen dat residentiele opname van personen met dementie op een verantwoorde manier, zo lang mogelijk uitgesteld of vermeden wordt door aanwending van hoogtechnologische toepassingen. Samenwerking met de thuiszorg is hier een sleutelbegrip. Ik merk op dat vandaag in dagverzorging animatie nog steeds niet gesubsidieerd wordt door Vlaanderen.

2.3. Van tien aanleunwoningen naar een hele nieuwe wijk

Ook de aanleunwoningen hadden tot doel de combinatie tussen het wonen in een gewoon huis en zware zorg mogelijk te maken. Vlakbij het rusthuis bouwde de lokale sociale huisvestingsmaatschappij tien woningen bestemd voor hoofdzakelijk echtparen waarvan één van de partners zware zorg nodig had, die oorspronkelijk door Ten Kerselaere werd aangeboden maar vandaag mede door de thuiszorg gedragen wordt. Destijds betaalden de bewoners inkomensgerelateerde huur aan de maatschappij en een dagprijs voor de zorg aan Ten Kerselaere. Een samenwerking met de sociale huisvesting kan, maar heeft zijn implicaties voor het toewijzingsbeleid. Het is belangrijk in het achterhoofd te houden dat ook mensen met een hoger inkomen en met een eigendom een bijzondere nood kunnen hebben aan een aangepaste woning.

En hier begint het verhaal van onze woonwijk d'Oude Molen en van wat vandaag in het welzijnsjargon de woonzorgwijk of in Nederland woonzorgzone wordt genoemd. Wie de aanleunwoningen aandachtig bekijkt, zal zien dat de verbinding met Ten Kerselaere via de achterdeur verloopt en dat de voordeur van de woningen tot voor twee jaar uitkeek op een kaal stuk grasland. Dat is op het eerste gezicht geen voorbeeld van integratie in een normale woonomgeving. De integratie van zorg en wonen stond nochtans van bij de aanvang voorop. Diezelfde bouwmaatschappij was immers van plan om een volledige nieuwe woonwijk te bouwen op het bouwterrein tussen het woon- en zorgcentrum en de dorpskern.

Maar zoals zo vaak in de sociale huisvesting was er te weinig geld om dit meteen te realiseren, doken elders grotere prioriteiten op en bleef het stuk land gedurende twintig jaar omzeggens leeg. Slechts mondjesmaat werden er huizen gebouwd. Maar de plannenmakers verloochenden hun ideeën niet en zetten door. Met resultaat, want begin 2006 werden de eerste woningen in gebruik genomen. En dat zijn, toevallig of niet, achttien seniorenwoningen. Het woon- en zorgcentrum wil de volgende jaren ook nog nieuwe assistentiewoningen bouwen gezien de

grote behoefte in de regio. De woonwijk d'Oude Molen krijgt eindelijk vorm. De droom om ingebed te zijn in een gewone woonwijk met een gemengd doelpubliek, jong en oud, met of zonder nood aan zorg, wordt werkelijkheid.

2.4. Een woonzorgwijk

Een dergelijke gewone woonwijk, die aantrekkelijk is voor allerlei bewoners, maar waarin een verhoogd zorgniveau aanwezig is zodat mensen er ondanks een stijgende zorgvraag kunnen blijven wonen, heet een woonzorgwijk. De idee is zoals zo vaak in de welzijnszorg komen overwaaien uit Scandinavië en Nederland, waar wonen en zorg veel meer dan hier lokaal gepland en georganiseerd worden. Ouderen, maar ook mensen met een handicap of psychiatrische problemen, kunnen er blijven wonen dankzij aangepaste woningen en dankzij de aanwezigheid van een zogenaamd zorgkruispunt, een plek die diverse vormen van zorg aanbiedt, zowel in huis als aan huis bij de bewoners van de wijk.

De wijk wordt zo ontworpen en ingericht dat ze levensloopbestendig is, dat iedereen er moet kunnen blijven wonen, in elke fase van zijn leven, ook wanneer de nood aan zorg toeneemt. De persoon hier kan mijn inziens netwerkcoördinator worden. Zo ontstaat een kwaliteitsvol zorgcontinuüm.

In d'Oude Molen zijn veel ingrediënten aanwezig voor de realisatie van een woonzorgwijk. Het gaat om het woon- en zorgcentrum zelf, met zijn diversiteit aan woon- en zorgvormen, de sociale woonwijk die uit de grond gerezen is, maar ook het psychiatrisch verzorgingstehuis (pvt) met dertig bewoners en Home Marjorie, waar momenteel tien mensen met de ziekte van Huntington wonen en dat straks uitbreidt met een tweede woning voor tweemaal acht. Er is vooral ook de meer dan 25 jaar oude traditie van samenwerking tussen de lokale bouwmaatschappij en Ten Kerselaere en de goede samenwerking met de andere aanbieders van zorg en diensten, zoals OCMW en gemeente, en thuiszorgdiensten, waarmee een woonzorgnetwerk opgericht kan worden.

2.5. Muren afbreken

Om te komen tot een echte woonzorgwijk moeten inderdaad veel muren worden afgebroken, tussen wonen en zorg bijvoorbeeld. De afstemming tussen beide beleidsdomeinen was tot voor kort geen uitgangs- of aandachtspunt. Het woonbeleid is voornamelijk afgestemd op betaalbaar wonen voor lage inkomensgroepen en niet zozeer op bijzondere doelgroepen. Het welzijnsbeleid aan de andere kant heeft ertoe geleid dat zorg en wonen samen worden aan-

geboden aan ouderen, aan mensen met een handicap of met een psychiatrische problematiek.

De aandacht die er aanvankelijk bijna uitsluitend was voor goede zorg gaat in het welzijnsbeleid duidelijk meer en meer ook naar het aanbieden van beter wooncomfort. Ook in het woonbeleid gaat hier en daar al meer aandacht naar aangepast wonen voor doelgroepen. Anders dan in Nederland waar er een duidelijke taakverdeling is tussen wonen en zorg, ook voor bijzondere doelgroepen, komen in Vlaanderen beide partijen op mekaars terrein en groeit de nood aan afspraken, nieuwe samenwerkingsvormen en afstemming van regelgeving.

Ook tussen residentiële zorg en thuiszorg staan heel wat muren die een ideale samenwerking moeilijk maken. Een van de problemen is de rantsoenering in de tijd van de thuiszorg, om nog maar te zwijgen over de wachtlijsten. Coördinatie van de thuiszorg vanuit het zorgkruispunt zou meer flexibiliteit en dus meer zorg op maat mogelijk maken.

Een ander knelpunt is dat verzorgingsinstellingen noch sociale huisvestingsmaatschappijen commerciële activiteiten mogen aanbieden, terwijl een seniorenrestaurant in het lokale dienstencentrum een sterke bijdrage kan leveren aan de integratie van bewoners van het rusthuis in de wijk. Het zou ook warme maaltijden kunnen leveren in de wijk, zelfs aan jonge gezinnen met werkende ouders. Maar wat vandaag nog niet mogelijk lijkt, kan morgen misschien wel.

Ook in Ten Kerselaere zelf werden muren afgebroken, letterlijk dan. Ze worden gelukkig wel vervangen door nieuwe. In 2006 startte een volledige verbouwing waarbij de grootschaligheid van drie afdelingen van dertig tot veertig bewoners wordt ingevuld voor de kleinschaligheid van veertien woningen voor telkens acht bewoners. Doel is nabije zorg met intermenselijke en professionele nabijheid als fundament, en architectonisch ondersteund door middel van het kleinschalig wonen.

2.6. En nieuwe muren bouwen

VIPA-middelen waren en zijn hier meer dan welkom. De gestegen bouwindex kost ons voorlopig circa één miljoen euro extra, te betalen met eigen middelen, dus de dagprijs. Elke woning heeft een eigen voordeur met bel en brievenbus. Elke bewoner beschikt over een eigen zit- en slaapkamer van 25 m² met eigen sanitair. Daarnaast heeft elke woning een gemeenschappelijke huiskamer, keuken, badkamer en tuintje. De woningen zijn zo ontworpen dat ze op drukke momenten of wanneer er minder personeel aanwezig is, bijvoorbeeld 's nachts, kunnen geclusterd worden. Zo kan er samengewerkt worden, bij-

voorbeeld voor het nachttoezicht. Kleinschaligheid en huiselijkheid worden aldus verzoend met de eisen en beperkingen inzake zorg en veiligheid.

Zorg op maat neemt een centrale plaats in. Via de achterdeur zijn de huisjes verbonden met het centrumgedeelte, waar onder andere een fitnesszaal, een kapperszaak, een restaurant en een strijkatelier gelegen zijn. Ondertussen werden de eerste tien woningen in gebruik genomen, de laatste vier volgen einde januari 2009.

Onze residentiële doelgroep wordt gevormd door enerzijds ouderen met zware lichamelijke zorg zoals mensen met CVA (cerebrovasculair accident), MS (multiple sclerose) tot comapatiënten, en anderzijds ouderen met ernstige dementie. Vijfenzeventig procent van deze mensen heeft nood aan maaltijdbegeleiding. Als we goed luisteren naar bewoners en mantelzorgers, zijn er tot op heden weinig klachten over de zorg. Residentiële ouderen vragen aandacht, tijd van medewerkers om met hen bezig te zijn. Tot op vandaag wordt de welzijnscomponent echter amper gefinancierd voor animatie. Hier ligt de grote uitdaging voor Vlaanderen. Zorg voor deze broodnodige welzijnscomponent, creëer de functie van maaltijdbegeleiding, huismoeder/huisman, iemand die de krant kan voorlezen, muziek kan opzetten, of beter nog zelf kan zingen, de kapper binnenlaat, de tafels dekt, mee de afwas doet.

Op meer dan 100 bewoners zijn er amper vijf met een A-score op de Katz-schaal. Vandaag spreken we over ongeveer 30.000 bewoners in België met O- of A-profiel die in de woon- en zorgcentra verblijven. Horen ouderen die geen zorg, maar uitsluitend dienstverlening nodig hebben vandaag nog thuis in een woon- en zorgcentrum? Kunnen we deze dure huisvesting zonder specifieke zorgvraagstelling maatschappelijk verantwoorden? Moet hier geen maximumgrens op komen van bijvoorbeeld tien procent, al dan niet gelinkt aan OCMW-rusthuizen? Leeftijdgenoten met zware zorg dreigen maanden te moeten wachten op een plaats. Bovendien bewijzen Nederlandse voorbeelden dat alternatieven zoals assistentiewoningen de ouderen meer dan voldoening schenken. Ze zijn bovendien een pak goedkoper.

Naast het individuele vervoer worden ook poets- en strijkdiensten aangeboden aan senioren uit de buurt en aan medewerkers. Een modern gezins- en personeelsbeleid in de ouderenzorg is noodzakelijk. Belangrijk is dat onze medewerkers zichzelf kunnen ontplooien en groeien volgens een persoonlijk ontwikkelingsplan. Wij wensen voor onze verpleegkundigen eveneens bijzondere beroepstitels, evenwaardig met die van de ziekenhuizen. Er zijn eigen referentieverpleegkundigen nodig voor dementie, pallia-

tieve zorg, medicatiebeleid, wondzorg, diabetes en continenzorg.

De huidige zwaar zorgenbehoevende bewoners worden door de ziekenhuizen sneller doorverwezen dan ooit. De gemiddelde verblijfsduur is gedaald onder de twee jaar. Vroegtijdige zorgplanning en onderhandelbare zorg vragen om deskundige hoog gekwalificeerde medewerkers die niet alleen autonoom beslissingen moeten durven nemen omdat ze vaak alleen staan, maar ook multidisciplinair overleg moeten beheersen.

Professionaliteit wordt ook verwacht van het managementteam, dat bij vele woon- en zorgcentra bestaat uit één persoon, die instaat voor zorgbeleid, financieel beleid, kwaliteitsbeleid, MRSA-preventie (methicillin resistent staphylococcus aureus) en milieu, energierationalisatie en bouwbeheer.

Bouwen dan maar. Nieuwe initiatieven opstarten is geen sinecure. Onduidelijkheid omtrent de toekomst van VIPA, de terugbetaling van de lening, een forfait van 17 euro gedurende het eerste jaar, geen middelen meer uit de sociale Maribel (die goed was voor tien percent van het totale personeel), al deze zaken zorgen ervoor dat meerjarenplannen de eerstkomende jaren dieprood kleuren.

De directiefunctie net zoals de functies sociale dienst, psycholoog, arts, boekhouder, opsteller-klerk, onderhoud en technicus worden in tegenstelling tot de Vlaamse gehandicaptenzorg niet gefinancierd.

In assistentiewoningen blijven ouderen de regie over hun eigen leven voeren, beschikken ze over een aangepaste huisvesting en betalen ze een pak minder voor wonen en zorg. Het gaat om mensen met verminderd lichamelijk functioneren, verminderd cognitief functioneren, verhoogd valrisico, mensen met sterk beperkte mobiliteit, eenzaamheid, onveiligheidsgevoel, ontbrekende mantelzorg, met andere woorden actieve bewoners met nood aan een beschermd wonen.

De assistentiewoning staat voor veilig en comfortabel zelfstandig wonen, gecombineerd met een ruim aanbod van diensten. Huiselijk en beschermd wonen met weliswaar aandacht voor de nodige domotica, zoals een oproepsysteem naar een alarmcentrale en sensing. Er moet voldoende parkeergelegenheid zijn. De inplanting van een lokaal dienstencentrum zorgt voor een dynamiek met de buurt en versterkt het sociale netwerk van alle bezoekers en kan zeker overwogen worden. Hier kan een gezellig café-restaurant aan verbonden worden, met aanbod van warme maaltijden.

Een invoering van een begeleider-huismeester, die men woonassistent kan noemen, in de conceptnota

van het vernieuwd Ouderendecreet is een pluspunt. Hij zou de dagelijkse permanente aanwezigheid overdag garanderen. De taken die deze persoon moet uitoefenen, zijn die van de huidige dagelijks verantwoordelijke van de serviceflats en die van de animator in het rusthuis, naast mogelijke andere. De begeleider-huismeester doet de intake en screening, geeft advies tot opname, onthaalt de nieuwe bewoners, voert opvolgingsgesprekken, en organiseert overleg omtrent zorg en communicatie.

Voor ontspanning kunnen de bewoners uit de assistentiewoningen terecht bij de ouderenverenigingen of in het nabije woon- en zorghuis. Een taak van de woonbegeleider kan inhouden het aanbod van de verschillende zorg- en ontspanningsmogelijkheden te begeleiden voor de bewoners van de woningen. De zorgcoördinator van SEL (samenwerkingsinitiatieven eerste lijn) of GDT (geïntegreerde diensten voor thuisverzorging) kan betrokken worden bij de zorgplanning. De begeleider-huismeester is medeverantwoordelijk voor de interne organisatie, uitbouw en opvolging van de bewonerszorg en van bepaalde ondersteunende diensten. Door gebruik te maken van verschillende instrumenten wordt de continuïteit van zorg gewaarborgd.

Het belangrijke centrale deel van Ten Kerselaere blijft overeind, maar wordt wel opgefrist. Het wordt meer en meer een ontmoetingsplaats voor de eigen bewoners en hun familieleden, maar ook voor de gebruikers van dagverzorging, voor de bewoners van Home Marjorie en het psychiatrisch verzorgingstehuis, en voor de nieuwe wijkbewoners. In overleg met de gemeente en het OCMW wordt gedacht aan een lokaal dienstencentrum dat wil functioneren als een loket met info- en helpdesk waar ouderen en hun familie terecht kunnen met elke vraag in verband met zorg, welzijn en wonen, ook met die vragen waarop het woon- en zorgcentrum zelf geen antwoord kan bieden. Vrijwilligerswerk en mantelzorg kunnen hier georganiseerd worden en ondersteuning krijgen.

Socio-culturele activiteiten, uitstapjes, vorming en infoavonden voor mantelzorgers staan op het programma. Internet, café en seniorenrestaurant maken deel uit van het ontmoetingscentrum met dienstverlening, dat ook ruimte kan aanbieden voor consultatie van diverse welzijns- en gezondheidsdiensten, gaande van sociale dienst van OCMW en mutualiteit, over Kind&Gezin, centrum geestelijke gezondheidszorg tot mantelzorgverenigingen. Maar ook vergaderingen van lokale verenigingen kunnen. Ons lijkt deze samenwerking met gemeente, OCMW, mutualiteiten op lokaal vlak in de 21ste eeuw veel zinvoller dan honderden verplichte recreatieve activiteiten te organiseren.

2.7. Maatschappelijke meerwaarde

Met de verbouwing van Ten Kerselaere en de gelijktijdige realisatie van de sociale woonwijk wordt een belangrijke nieuwe stap gezet naar de verdere integratie van de bewoners en gebruikers in de lokale gemeenschap en naar de integratie van zorg, wonen en welzijn voor alle bewoners van de nieuwe wijk. Bijkomende troeven zijn de aanwezigheid van een gemeentelijk initiatief voor buitenschoolse opvang en van het provinciaal domein De Avereften, met fiets- en wandelpaden en met een natuureducatief centrum. Er komt ook een fietsverbinding tussen het domein en het centrum van Heist.

Met de bewoners van Ten Kerselaere en de natuurgidsen van De Avereften werden vorig jaar reeds een aantal natuuractiviteiten georganiseerd. Het ophalen van herinneringen, ook wel reminiscentie genoemd, is een belangrijke methodiek om het langetermijngeheugen te stimuleren. De natuur zit vol geluiden, geuren, beelden en materialen die het geheugen prikkelen. Elkaar herinneringen vertellen in de rustgevende context van het bos bevordert bovendien de sociale contacten tussen de bewoners onderling, het personeel en de vrijwilligers.

Veel redenen dus om opnieuw van start te gaan met een reeks activiteiten. Nieuw is dat we voortaan ook kinderen van de lagere school bij dit project betrekken. De kinderen uit de omliggende scholen ontdekken met de natuurgidsen het herfst- en lentebos. Zo ontstaat een intergenerationeel project.

Ten Kerselaere is samen met al zijn lokale partners overtuigd van de maatschappelijke meerwaarde van een dergelijk project. Het is bereid een voortrekkersrol te blijven vervullen in het zoeken naar betere woon- en zorgvormen voor ouderen. Evenmin als Rome wordt de woonzorgwijk op één dag gebouwd. Hier en daar staan zoals gezegd nog wetten en praktische bezwaren in de weg.

2.8. Besluit

Samenvattend geef ik nog wat Vlaanderen ons bieden kan in verband met wonen, zorg en welzijn: extra ondersteuning van kleinschalig genormaliseerd wonen met huiselijkheid, het maaltijdgebeuren voor de residentiële doelgroep, het medewerkersbeleid, animatie in de dagverzorging, dagverzorging bij dementie, domoticaondersteuning in de thuiszorg, assistentiewoningen met een woonassistent, het zorgkruispunt met coördinator, het lokale diensten-centrum, informatie- in de plaats van activiteitsplicht en het geheel van woonzorgwijk of -netwerk.

2.9. Vragen van de leden

De heer Tom Dehaene: De spreker bewees zijn voortrekkersrol in de zoektocht naar nieuwe zorgvormen. Wat is de ervaring met technologie voor dwaaldetectie? Moeten de senioren geen drempel overwinnen? Wat hebt u geleerd over de manier waarop samenwerking met de sociale huisvestingsmaatschappijen tot stand kan komen?

Mevrouw Vera Van der Borgh: Het project is inderdaad indrukwekkend en is op veel vlakken een voorloper. Hoe gaat u specifiek om met het probleem van het personeelstekort? Ik herinner mij van een bezoek dat bedlegerige bewoners naar het restaurant werden gebracht met het oog op contact. Hoe verloopt dat? Is er geen weerstand van de andere bewoners?

De heer Leo Pieters: Welke rol heeft het lokale politieke bestuur gespeeld?

De heer Paul Van Tendeloo: Domotica kan inderdaad voor extra problemen zorgen bij ouderen. De slogan is dan ook: 'keep it simple'. Veel ervan wordt in Vlaanderen ontwikkeld, maar in Nederland toegepast. Ook in Nederland zelf gebeurt echter veel wetenschappelijk onderzoek zoals bij Vilans, dat ook een aanbevelingswaardige website heeft. Wij hebben een werkgroep met mensen van Vilans, CM en het Wit-Gele Kruis rond domotica in de thuiszorg. Daaruit kwam een eenvoudig en veilig product, in twee of drie makkelijk toepasbare vormen. Wij hopen voor een project in aanmerking te komen. Centraal staat de noodzaak van samenwerking, zoals met een alarmcentrale in de thuiszorg, met het oog op betaalbaarheid. Het dwaalsysteem bestaat erin dat mensen door een gps-systeem in riem of polsband en een computer kunnen gedetecteerd worden.

De belangrijkste en eigenlijk enige drempel in de samenwerking met de huisvestingsmaatschappijen was die van de inkomens. Negentig procent van de geïnteresseerden in een aanleunwoning bij het zorgcentrum bleek een te hoog inkomen te hebben. Daarom hebben wij nu ook plannen om eigen assistentiewoningen te bouwen.

Wat het eigen personeelsbeleid betreft, krijgen wij een subsidie voor gezinsvriendelijk beleid, dat we in 2009 zullen presenteren. Ons humanresourcesbeleid houdt rekening met functieprofielen en competentie management. Wij ervaren het als een grote bedreiging dat er plannen bestaan om bijzondere beroepstitels met bijkomend inkomen toe te kennen aan verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen maar niet in woon- en zorgcentra. Wij wensen onze eigen referentiepersonen, die niet weggeplukt wor-

den door algemene ziekenhuizen. Onze zorgprofielen vereisen deskundigheid.

Het klopt dat verpleegkundigen veel administratief werk moeten verrichten, zoals voor het elektronisch zorgdossier. Volgend jaar overwegen wij een project rond elektronisch medicatiemanagement samen met apotheker en huisarts. Ook dat vergt van de verpleegkundigen een serieuze deskundigheid. Op dit moment hebben wij geen tekort aan verpleegkundigen of verzorgenden dankzij onze investering in goede relaties met (hoge)scholen, die de vorm aannemen van presentaties en stages. Onze zorgvernieuwing en alternatieve aanpak wekt veel interesse bij jonge mensen.

Zowel OCMW als gemeentebestuur hebben altijd heel positief gestaan tegenover ons woon- en zorgbeleid. Succes in lokale initiatieven vereist dat niet te veel betutteld wordt. Best is om te starten met een kleine stuurgroep, waarin mensen zitten die hetzelfde doel voor ogen houden. Ook op dat punt biedt Nederland inspirerende modellen die als voorbeeld kunnen gelden.

3. Uiteenzetting door de heer Yves Wuyts, Verbond der Verzorgingsinstellingen

In tegenstelling tot de andere sprekers zal ik het niet hebben over ouderen maar over mensen met onder andere een psychisch probleem. Het is ook zo dat Vlaanderen op dit punt veel minder bevoegdheden heeft dan in de ouderenzorg. Zij zijn beperkt tot de centra voor geestelijke gezondheidszorg, aansturing van kwaliteit en erkenning van voorzieningen. Het hele regelgevende kader en de financiering zijn federaal.

3.1. Burgers en geestelijke gezondheid – de zorgtrechter

De zorgtrechter toont dat 40 percent van de bevolking op enig moment in zijn leven een probleem van geestelijke gezondheidszorg heeft, dat is elk jaar een kwart van de Belgen. Doch slechts acht percent gaat in zorg en slechts vier percent naar de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. Vrijwel alleen die laatsten zijn relevant voor wonen en zorg.

3.2. Wonen en geestelijke gezondheidszorg

Mensen met een tijdelijk psychisch of psychiatrisch probleem leven meestal thuis. Zij hebben geen andere woonvereisten dan u en ik. Voor deze groep staan wonen en zorg naast elkaar.

Mensen in een acute crisissituatie of met tijdelijke maar ernstige psychiatrische problemen, blijven

meestal in hun bestaande woonsituatie, al gaan ze soms tijdelijk naar een voorziening voor geestelijke gezondheidszorg (een psychiatrisch ziekenhuis of een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis). Ook bij hen blijft de thuissituatie bestaan, daarnaast komt geestelijke gezondheidszorg in actie.

De derde groep wordt gevormd door mensen met ernstige en langdurige psychiatrische problemen. Voor hen zijn wel specifieke huisvestingsmaatregelen nodig. Zij verblijven immers geruime tijd (korter of langer) in een zorgomgeving, waarbij de oorspronkelijke woonsituatie vanwege de kosten opgegeven wordt.

De geestelijke gezondheidszorg zit als volgt in elkaar. De eerste lijn wordt verzorgd door de huisartsen en al dan niet private psychiaters. Daarna komen de ziekenhuizen (psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen algemene ziekenhuizen), de psychiatrische verzorgingstehuizen (pvt) en de sector beschut wonen. Daarnaast bestaan nog ambulante centra voor geestelijke gezondheidszorg. De groep van ernstig en langdurig zieken vertrekt uit een psychiatrisch ziekenhuis naar een pvt als gemikt wordt op een zeer lange verblijfsduur, met het oog op de combinatie van wonen, zorg en begeleiding. Wie nog beter functioneert, kan doorschuiven naar de initiatieven beschut wonen, waar ze huisvesting krijgen in al dan niet individuele woongelegenheden, die eigendom zijn van of gehuurd worden door de initiatieven. De leefkosten komen in dat geval op de rekening van de bewoner, die huurt van het initiatief.

Het is vooral over die laatste groep dat Vlaanderen bevoegd is inzake wonen. Toch is ook hier weer een verschil met de andere sectoren. In de organisatie van wonen en zorg houdt men in de ouderenzorg rekening met toenemende zorgbehoeften over de verblijfsperiode, bij personen met een handicap met gelijkblijvende zorgbehoeften. In de sector geestelijke gezondheidszorg wordt echter gemikt op een daling van de zorgbehoeften. Heel wat maatregelen inzake wonen en zorg vertrekken nochtans van de eerste twee groepen.

3.3. Wonen bij dalende behoefte aan geestelijke gezondheidszorg

Bij uitstroom worden de ex-patiënten die voldoende vaardigheden hebben verworven om alleen te gaan wonen, geconfronteerd met de wachtlijsten in de sociale huisvesting. De wachttijd van twee tot drie jaar is niet bevorderlijk voor de sociale inclusie. Het doet mij wel plezier dat men overweegt om dergelijke mensen voor de duur van hun verblijf in een verzorgingstehuis 'on hold' te zetten met behoud van rechten. Doel is immers te vermijden dat iemand net

aan de beurt komt, als hij nog niet volledig klaar is voor ontslag.

Een ander probleem is dat de huisvestingsmaatschappijen voorrang geven aan mensen uit het eigen werkingsgebied. Het vorige domicilie van de betrokkenen is echter een psychiatrisch ziekenhuis. Men verplicht hen op die manier in de buurt van een dergelijk ziekenhuis te gaan wonen zelfs als ze uit een andere regio komen. Bovendien verwachten de huisvestingsmaatschappijen meer en meer van de geestelijke gezondheidszorg dat zij levenslang zorg blijven dragen voor mensen die ooit in een voorziening waren opgenomen. Wij ontvangen verwijten over brokkenmakers tot tien jaar na hun ontslag. Blijkbaar rust nog altijd een stigma op onze sector.

Als de ex-patiënten uitstromen naar sociale verhuurkantoren, botsen zij opnieuw op wachtlijsten en op de ongelijke spreiding over Vlaanderen. Ook dezelfde concentratie op het werkingsgebied treedt er op zoals bij de huisvestingsmaatschappijen.

Een beroep doen op huursubsidies vormt een derde spoor bij de uitstroom. De mensen die in een zorgvoorziening verbleven zijn evenwel tussen de mazen van de decreetwijziging van vorig jaar gevallen. Mensen met hun domicilie in een zorgvoorziening worden immers beschouwd als daklozen, en die konden vroeger genieten van een voorrangsgeregeling. Voortaan echter moeten daklozen eerst bij het OCMW een federale installatiepremie aanvragen. Het lokale OCMW interpreteert de noodzaak van een premie, die eigenlijk dient voor een uitzet. Die hebben ze meestal al, waardoor voortaan de toegang tot de huursubsidie wordt doorgesneden.

Een ander kanaal binnen de huursubsidie is dat voor verhuizing van een ernstig gehandicapte naar een aangepaste woning. De pvt en de woningen van de initiatieven beschut wonen zijn dat echter al, want ze zijn door Vlaanderen erkend. Ook die deur gaat dus dicht. Verder is het zo dat Vlaanderen 'aangepast' interpreteert als rolstoeltoegankelijk, terwijl voor het RIZIV ook de psychiatrische problematiek tot de ernstige handicap behoort. Ik ben benieuwd te vernemen wat de relevantie van rolstoeltoegankelijkheid is voor een depressief iemand.

3.4. Toekomst: zorg in de samenleving

De toekomst van de geestelijke gezondheidszorg in Europa ligt in steeds meer zorg in de samenleving, in de natuurlijke omgeving van de zorgvrager. Doel is de mensen zo lang mogelijk thuis te houden en eventueel na behandeling terug naar huis te begeleiden. Vlaanderen zal dan ook meer moeten inzetten op vroegbehandeling thuis, thuisbegeleiding en een verdere differentiatie inzake haal- en brengfuncties.

Het federale niveau zal in die ontwikkeling wellicht afstevenen op een verdere afbouw van de residentiële opvangplaatsen in de sector geestelijke gezondheidszorg. Tegelijk zal meer huisvestingscapaciteit nodig zijn voor voornamelijk alleenstaanden. De sector geestelijke gezondheidszorg en het beleidsdomein Wonen zullen meer moeten samenwerken.

In Birmingham wordt de combinatie tussen wonen en zorg op een interessante manier gemaakt. Wonen hoort in het Verenigd Koninkrijk bij 'Welfare' en wordt lokaal aangestuurd, terwijl de geestelijke gezondheidszorg bij de 'National Health' hoort. Lokale organisaties kunnen net als hier huisvesting aanbieden, maar de combinatie tussen huisvesting en ondersteuning van het dagelijks leven is vernieuwend, te vergelijken met een soort combinatie van sociale huisvesting en gezinshulp. De woningen komen in gradaties van ondersteuning inzake dagelijks functioneren, van niets, over zes tot acht uur per week, tot acht tot tien uur per dag. Daar bovenop komt de specifieke inbreng van de geestelijke gezondheidszorg, volledig losgekoppeld van huisvesting en ondersteuning dagelijks leven. De bewoner betaalt voor de componenten huisvesting en zorg in functie van zijn inkomen. Dat maakt het makkelijk personen van de ene woonvorm naar de andere te transfereren op basis van een veranderde zorgbehoefte. Er is immers geen financiële barrière.

3.5. Vragen van de leden

De heer Tom Dehaene: Het is goed dat wonen en zorg ook bekeken worden vanuit een andere invalshoek dan alleen die van de senioren. Het is inderdaad van belang dat mensen die kunnen vertrekken vanuit een residentiële omgeving in de geestelijke gezondheid, daartoe de mogelijkheid kunnen krijgen. 'On hold' zetten is een goed idee. We moeten durven nadenken over een minimumaantal woningen met voorrang voor die mensen, binnen elke huisvestingsmaatschappij, gemeente of regio.

De heer Yves Wuyts: Er zijn al huisvestingsmaatschappijen die een beperkt aantal plaatsen vrijhouden voor bijvoorbeeld beschut wonen. Er wordt dan een driehoekscontract opgemaakt: een wooncontract tussen huisvestingsmaatschappij en huurder, een begeleidingsovereenkomst tussen het initiatief beschut wonen en de bewoner, en een samenwerkingsovereenkomst tussen het initiatief en de maatschappij.

Mevrouw Michèle Hostekint: Het probleem van ex-psychiatrische patiënten in de sociale huisvesting is reëel. Er werd al een lacune opgevuld door hun woning 'on hold' te zetten voor de duur van het verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis. Wat de bevoegdheidsdiscussie tussen Huisvesting en Welzijn

betreft, ben ik gewonnen voor uw idee om plaatsen voor te behouden in de sociale huisvesting. De denktank Wonen-Welzijn zal zich daarover kunnen buigen, net als over het genoemde probleem van de huursubsidie.

De heer Leo Pieters: In welke mate houdt het project dat de heer Van Tendeloo beschreef, rekening met de geestelijke gezondheidszorg? Hoe was in Heist de samenwerking met de sociale huisvesting?

De heer Yves Wuyts: Ik ben blij dat combinaties tussen rvt en pvt mogelijk zijn. De uitstroom uit psychiatrische verzorgingstehuizen gaat immers voor een deel richting rusthuizen, zeker als de somatische problematiek de overhand neemt. De combinatie op eenzelfde locatie kan ook een meer efficiënte inzet van verpleegkundigen mogelijk maken.

De heer Paul Van Tendeloo: Wij hadden het voordeel dat de directie van pvt tot onze groep behoort. Zij waren dan ook meteen bereid mee te spreken over de woonzorgwijk en vonden dat hun pvt erin thuis hoorde. De samenwerking speelt zich af op vlak van de verpleegkunde, meer bepaald de uitwisseling van deskundigheid. Zo hebben wij die op palliatief gebied en het pvt heeft die op het vlak van sociale agogiek. Het pvt kan verder gebruik maken van de diensten van het centrum. Er zijn zowel gemeenschappelijke als aparte activiteiten. Beschut wonen is er vandaag nog niet maar er is wel de mogelijkheid om daar naartoe te gaan. Er is al een project in Duffel.

4. Uiteenzetting over Abbeyfieldprojecten Vlaanderen

4.1. De Europese context

Mevrouw Charlotte Bevernage: Ons project is al in vier huizen operationeel. Ik schets eerst de Europese context van de veroudering. Het aantal 60-plussers stijgt. We leven langer en veel langer, en het aantal 100-jarigen neemt toe. Er zijn voorts meer en meer alleenstaanden. Om allerlei sociale redenen komen ook meer en meer senioren alleen te staan. Studies leren dat 30 percent van hen zich eenzaam voelt. Er zijn ook meer en meer onzekerheden: financiële, relationele en familiale. Mensen hebben meer mogelijkheden doch ook meer behoeften. Niet iedereen kan gebruikmaken van de veelheid die bestaat. Er zijn steeds minder inkomsten, zowel publiek als privaat. Die hele context vraagt een creatief en divers beleid.

4.2. Trends en evoluties

Het is duidelijk dat de visies wijzigen: oud worden is geen ziekte, het kan en mag 'fun' zijn en blijven. Ouderen willen zelfstandig blijven en vooral geen last zijn. Het accent lag te lang en te veel op 'zorg voor'. We moeten durven 'out-of-the-box' denken. Er ontstaan meer omvattende concepten over wonen en zorg, zoals de woonzorgzones en de fusie van thuiszorg en het ouderendecreet. Goed wonen is ook welzijn en preventie. Sociale cohesie en solidariteit zijn meer nodig dan ooit.

4.3. Alternatief woonaanbod voor ouderen

Alternatieve woonformules krijgen stilaan ingang. Ik noem kangoeroewonen en groepswonen met voorbeelden als Andromede, Abbeyfield en Klein Begijnhof.

4.4. Ontstaan van Abbeyfield

Abbeyfield is 50 jaar geleden ontstaan in de straat met die naam in Londen. Ondertussen zijn een 1000-tal 'Abbeyfield societies' over Groot-Brittannië verspreid en verder is het concept verspreid in 17 landen in totaal. Sinds 1998 is Abbeyfield ook operationeel in België, maar terwijl in Engeland ook Abbeyfield met zorg bestaat, hebben wij hier altijd gekozen voor een werking met zelfstandige senioren buiten de zorgsector.

4.5. Basisfilosofie

Het basisprincipe van Abbeyfield is dat iedereen een rol heeft te spelen in de maatschappij, jong en oud. Ouderen hebben recht op autonomie en het behoud van de regie van hun leven. Abbeyfield gaat voor kleinschalig groepswonen voor senioren, die eerder producent dan consument zijn. De doelgroep van zelfstandige senioren kiest bewust en bepaalt zijn eigen leefregels. Ze willen samenwonen in een groepswoning met acht tot vijftien flats en met behoud van privacy. Daartoe heeft iedereen een aparte, eigen leefruimte maar er zijn ook gemeenschappelijke delen, voornamelijk om de eenzaamheid te doorbreken. Het concept vraagt actieve participatie in en buiten het huis. Abbeyfield is dan ook heel wijkgericht.

4.6. Wijkgericht

Abbeyfield heeft drie pijlers, waarvan het huis de eerste is. Het ligt centraal, liefst in een bevolkte wijk, en beantwoordt aan de normen van 'lifetime housing'. Er is al dan niet een 'housekeeper'. De bewoners vormen de tweede pijler. Ze zijn zelfstandig en

zelfredzaam. Ze participeren en zijn medeverantwoordelijk. De derde pijler van de lokale vzw wordt gevormd door de vrijwilligers.

In België zijn voor het ogenblik drie Abbeyfieldhuizen operationeel, in Etterbeek, Namen en Lixhe. Op korte termijn komt er een nieuw project in Watermaal-Bosvoorde en er zijn verder concrete vragen uit Gent, Kruibeke, Zwijndrecht en Tervuren. De belangstelling komt zowel van de sector Wonen en Zorg als van burgemeesters. In Etterbeek werden drie huizen architecturaal omgevormd tot één Abbeyfieldhuis. De huizen hebben we te danken aan de Regie der Gebouwen. Het project geniet de volle steun van de burgemeester.

4.7. De juridische structuur

De heer Guy Hoogmartens: De juridische structuur bestaat erin dat een eigenaar de woning verhuurt, de Koning Boudewijnstichting of een gemeentebedrijf. De huurder is de lokale vzw. De bewoners zijn lid van de algemene vergadering, die een raad van bestuur kiest waarin ook buitenstaanders zitting hebben met het oog op diversiteit. De drie lokale vzw's worden overkoepeld door een vzw die het concept promoot.

De lokale vzw betaalt de huur aan de eigenaar, plus de verzekering en de gemeenschappelijke kosten (zoals voor een dagelijkse of wekelijkse maaltijd). De kosten worden vervolgens gedeeld door de bewoners, die de financiële verantwoordelijkheid voor het huishouden dragen. Als iemand zeer zorgbehoevend wordt en niet langer thuis kan geholpen worden, moeten zij ook zorgen voor een nieuwkomer. Hij of zij wordt gedurende veertien dagen getest tijdens een gastverblijf. Als het voor de twee partijen lukt, dan wordt men aanvaard als nieuw lid en gaat de gemeenschap verder.

4.8. Meest gestelde vragen

Mevrouw Charlotte Bevernage: Wat kost het voor de bewoner? Hij betaalt een prijs die de volgende elementen bevat: de huurprijs, die afhankelijk is van het huurcontract tussen de lokale vzw en de eigenaar; de algemene kosten, zijnde verzekeringen, elektriciteit en verwarming; één warme maaltijd, met een frequentie die de groep zelf kiest; een housekeeper. Wat dat laatste betreft, loopt in Canada een project dat onderzoekt welke rol de housekeeper kan spelen in de continuïteit van de huizen. In België zijn projecten gestart zonder housekeeper maar finaal hebben ze toch allemaal hulp in een vorm die de gemeenschap heeft gekozen. Het gaat dan om zaken zoals koken en onderhoud.

Abbeyfield is niet alleen voor mensen met geld.

Omdat de mix van bewoners belangrijk wordt geacht, is er in Etterbeek solidariteit met mensen die een klein inkomen hebben. Elk huis zal wellicht in de toekomst ook een kleine bijdrage moeten storten aan Abbeyfield Belgium, dat nu nog volledig met vrijwilligers werkt maar wellicht naar een secretariaat met een coördinator zal moeten evolueren.

Wat gebeurt bij ziekte of afhankelijkheid? Ik kan de ontwikkeling van goede thuiszorgdiensten en alarmcentrales alleen toejuichen. Er wordt een afspraak gemaakt met de referent van de bewoner en de bewoners zelf over opname in een ziekenhuis of rvt in de wijk. Het is daarom van belang dat het Abbeyfieldhuis gekend is door de andere zorgvoorzieningen.

Hoe start een Abbeyfieldhuis? Iedereen moet het project leren kennen. Lokale belangstellenden worden samengebracht, zowel vrijwilligers als kandidaat-bewoners. Vervolgens moet men een geschikt gebouw vinden en financiering zoeken. Er moet onderhandeld worden om de huurprijs zo laag mogelijk te houden. Er wordt een lokale vzw opgericht. Mevrouw Danielle Hanssens begeleidt het startproces in Watermaal-Bosvoorde in een compleet nieuw huis, gebouwd op maat van Abbeyfield.

Mevrouw Danielle Hanssens: Na aankondiging in de pers en met hulp van de gemeente, zijn er eerst verschillende bijeenkomsten geweest met kandidaat-bewoners en vrijwilligers. Ondertussen zijn we pas gestart met een kleine groep van kandidaat-bewoners en vrijwilligers. Vanaf de tweede bijeenkomst wordt om de twee weken het vademecum doorlopen per hoofdstuk, zodat de mensen vertrouwd raken met het concept en mekaar leren kennen. Het huis met negen flats zal klaar zijn in april 2009. De groep zal wellicht nog wijzigen, maar de kern zal blijven. Er is tijd nodig om de grote stap naar groepswonen te zetten. Na twee maanden wordt de lokale vzw opgericht.

Mevrouw Charlotte Bevernage: Kandidaat-bewoner is de senior. De vragen komen van jonge zestigers tot pientere tachtigers. Hij moet bepaalde eigenschappen hebben, zoals sociaal gericht zijn, in de instelling met elkaar willen omgaan, initiatief tonen, energie in de groep willen steken om die te stichten, in stand te houden en de kwaliteit ervan te behouden.

Wat is de rol van Abbeyfield Belgium? Wij maken promotie en initiëren projecten. Wij staan ook in voor de erkenning als Abbeyfieldhuis. Wij ondersteunen en coördineren de Abbeyfieldhuizen en leggen de link met Abbeyfield Internationaal.

4.9. Toekomst

Abbeyfield heeft toekomst. De Koning Boudewijnstichting publiceerde een rapport over solidair wonen, dat vlugger ingang vindt in Brussel en Wallonië dan in Vlaanderen. Maar wij hebben tijd om het te laten groeien. Woongroepen zijn niet de enige oplossing, maar door de bewuste en vrije keuze en het accent op zelf doen, stijgen zelfwaardering en dynamiek. Dergelijke initiatieven zijn daarom belangrijk, besluit het onderzoek. Volgens professor Pacolet zal Abbeyfield nooit voor het grote publiek zijn, maar zal het wel door zijn voorbeeldfunctie het karakter van ouderenvoorzieningen wijzigen. “Het belang van Abbeyfield overstijgt zijn aantal”, besloot hij op een studiedag in 2002.

Wat onze verwachtingen voor 2009 betreft, willen wij Abbeyfield verder promoten in Vlaanderen maar ook geïntegreerd zien in woon- en welzijnsprojecten die gericht zijn op beter ouder worden. Wij willen het groepswonen verder versterken als alternatief. Wij zouden graag een Vlaams onderzoeksproject gefinancierd zien rond alternatief wonen voor ouderen. Wij zouden ook graag starten met een concreet project in Vlaanderen. Het initiatief kan van een OCMW komen, uit de privé, of in het kader van een woonzorgzone ontstaan. Alles is mogelijk.

4.10. Vragen van de leden

Mevrouw Cindy Franssen: Hoe ziet u de samenwerking met buurtdiensten en ander aanbod door het middenveld? Hoe worden kwetsbare senioren, zoals mensen in armoede, betrokken? Is een inkomensafhankelijke bijdrage mogelijk?

Mevrouw Charlotte Bevernage: Dat laatste is afhankelijk van de mogelijkheden die het gebouw biedt. De huurprijs mag niet te duur zijn en dat hangt af van de initiatiefnemer, die echter ook een huisvestingsmaatschappij kan zijn. Anderzijds moeten de kandidaat-bewoners elkaar vrij kunnen kiezen, wat botst met een eventuele lijst van prioriteiten. De huisvestingsmaatschappijen zelf zijn niet tegen een dergelijke wijziging van de regelgeving. Dat zou veel mensen ten goede komen, ook Ten Kerselaere. Het moet in elk geval wel gaan over gezonde senioren, die zelfstandig zijn maar niet alleen willen blijven.

Mevrouw Cindy Franssen: Het is dus niet zo dat mensen die een lager inkomen hebben, minder hoeven te betalen door een vorm van solidariteit?

Mevrouw Charlotte Bevernage: Dat kan wel, in Etterbeek is het zo.

De heer Guy Hoogmartens: De enige voorwaarde

van de gemeente was daar dat alle bewoners moeten beantwoorden aan de normen van de sociale huisvestingsmaatschappij. Daarbuiten kiezen de bewoners elkaar met het oog op de cohesie van de groep.

Mevrouw Charlotte Bevernage: Maar het moet ook duidelijk zijn dat niet alle eigenaars huisvestingsmaatschappijen zijn.

Een Abbeyfieldhuis mag nooit een eiland op zichzelf worden. De lokale vzw moet waken over de wijkgerichtheid. De mensen van Etterbeek bijvoorbeeld gaan een of twee keer per week samen eten in het Vlaamse dienstencentrum Chambéry.

De heer Guy Hoogmartens: De mensen kiezen hun huisarts of gezinshulp zoals thuis, al kan dat laatste gemeenschappelijk gebeuren. Wat de erkenning betreft, zijn wij tegen beperkingen op grond van het aantal prestaties en tegen het samentellen van de inkomens om onmiddellijk het hoogste tarief toe te passen. De normen voor een individueel gezin mogen door hun toepassing op een collectief gezin geen beperking opleveren.

De heer Leo Pieters: Wat moet de politiek doen om de verscheidenheid die vandaag gepresenteerd werd samen te brengen, zodat we de beste accenten eruit kunnen halen?

De heer Guy Hoogmartens: Onze vzw is op geen enkele wijze erkend. Wij hoeven niet aan normen te beantwoorden en krijgen geen subsidies. Een zekere erkenning zou nochtans nuttig zijn en bepaalde normen zijn nodig, zoals inzake veiligheid. Het zou het ons bijvoorbeeld mogelijk maken ons te verbinden met een dienst voor gezinshulp.

Mevrouw Charlotte Bevernage: Ik pleit voor de erkenning als project van alternatief en gezond wonen. In de evolutie naar woonzorgzones is ook plaats voor ons woonproject voor ouderen buiten de zorg. Een werkgroep daarover zou nuttig zijn, zeker als die een onderzoek naar de integratie van alternatieve projecten kan uitvoeren.

De heer Guy Hoogmartens: Abbeyfield valt volgens mij onder de wetgeving op de rusthuizen, met alles wat daarbij hoort. Toch beantwoorden onze huizen niet aan die normen. In de gradatie van gezond naar zorgbehoevend is plaats voor alternatieven. Nog niet voor elke invulling is het pad geëffend. Ons project is van belang omdat het senioren als actieve actoren behandelt.

De heer Yves Wuyts: De prioriteit voor mij is het uitbouwen van de lokale zorgkruispunten,

al dan niet in het kader van een woonzorgcentrum.

De heer Paul Van Tendeloo: Ik ben het daar volledig mee eens, maar hun uitbouw is geen sinecure. Er zijn immers heel veel actoren betrokken. Met VVI bereiden wij een studiedag ‘Vlaams Zilver’ voor tegen het najaar van 2009.

Mevrouw Cindy Franssen: Minister Keulen antwoordde mij in de commissie Wonen dat hij zich bewust is van het probleem van de huursubsidie voor mensen die uit beschut wonen komen. Hij beloofde dit mee te nemen in de verdere bespreking.

De verslaggevers,

De voorzitter,

Vera
VAN DER BORGHT
Veerle HEEREN
Hilde DE LOBEL

Else
DE WACHTER
