

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



Zitting 2008-2009

30 maart 2009

MAATSCHAPPELIJKE BELEIDSNOTA

**WONEN EN ZORG IN VLAANDEREN IN 2020:
VISIE EN AANBEVELINGEN**

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, mevrouw Cindy Franssen;
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.

Toegevoegde leden:

mevrouw Mieke Vogels;
mevrouw Helga Stevens.

Zie ook:

1924 (2008-2009)

– Nr. 1: Verslag over hoorzitting

1934 (2008-2009)

– Nr. 1: Verslag over hoorzitting

2003 (2008-2009)

– Nr. 1: Verslag over hoorzitting

2024 (2008-2009)

– Nr. 1: Verslag over hoorzitting

2029 (2008-2009)

– Nr. 1: Verslag over hoorzitting

2035 (2008-2009)

– Nr. 1: Verslag over hoorzitting

2036 (2008-2009)

– Nr. 1: Verslag over hoorzitting

2076 (2008-2009)

– Nr. 1: Verslag over hoorzitting

2091 (2008-2009)

– Nr. 1: Verslag over hoorzitting

2199 (2008-2009)

– Nr. 1: Verslag over gedachtewisseling

INHOUD

	Blz.
1. Inleiding	5
1.1. De uitdaging	5
1.2. Zorgvriendelijke gemeenten	6
1.3. Principes van een geïntegreerd woonzorgbeleid	6
1.3.1. Het gelijkheidsprincipe	6
1.3.2. De normalisering van de zorg	6
1.3.3. Recht op nabije en toegankelijke zorg	7
1.3.4. Recht op keuzevrijheid en autonomie	7
1.3.5. Recht op kwaliteit van wonen en zorg	7
1.3.6. Recht op informatie en inspraak	7
1.3.7. Recht op betaalbare zorg	7
2. Wonen en zorg anno 2009: realiteit en knelpunten	7
2.1. Wonen	7
2.2. Organisatie van de zorg	8
2.3. Integratie van ICT in wonen en zorg	9
3. Wonen en zorg in 2020: een visie	9
3.1. Het Sociaal Huis fungeert als lokaal woonzorgloket	10
3.2. Het Sociaal Huis coördineert de diensten in elke gemeente	10
3.3. Een wijkgericht aangepast woonbeleid	11
3.4. Woonzorgzones, een zorgvriendelijke ruimtelijke ordening en mobiliteit	12
3.5. Een efficiënte en coherente organisatie van zorg	12
3.6. Een betaalbaar woonzorgbeleid	14
4. Aanbevelingen	15
4.1. Beleidsondersteunende maatregelen	15
4.1.1. Oprichting van een Expertisecentrum Wonen en Zorg	15
4.1.2. Het creëren van regelgevingsluwte	15
4.1.3. Oprichting van een Interdepartementale Beleidscel Wonen, Zorg en Ruimtelijke Ordening	15
4.1.4. Het in kaart brengen en verankeren in de regelgeving van woonzorgzones	16
4.1.5. Meer slagkracht voor de gemeenten	16
4.2. Wonen en ruimtelijke ordening	16
4.2.1. Het stimuleren van aanpasbaar bouwen en verbouwen	16
4.2.2. Het ondersteunen van architecten en bouwheren	17
4.2.3. Het Structuurplan Vlaanderen biedt innoverende kansen voor de ruimtelijke ordening	17
4.2.4. Het verhogen van de toegankelijkheid	17
4.3. Zorg en financiering	17

4.3.1. Een eenvormige inschaling	17
4.3.2. Een vraaggestuurde zorg	18
4.3.3. Homogene bevoegdheidspakketten	18
4.3.4. Lokale coördinatie van de zorg	18
4.3.5. De rol van verpleegkundigen evolueert	18
4.3.6. Onderzoek naar de inzet van ‘zorghotels’ of herstelverblijven	18
4.3.7. Nood aan uitbreiding van de assistentie bij dagelijkse activiteiten	19
4.3.8. Een betere coördinatie van de woonbegeleiding	19
4.4. De inzet van ICT en domotica	19
4.4.1. Een elektronisch zorgdossier	19
4.4.2. Domotica en ICT voor zorgvragers	19
4.4.3. ICT voor zorgverleners	20
4.4.4. ICT voor de overheid	20
Besluit	20

DAMES EN HEREN,

Voor u ligt de maatschappelijke beleidsnota van de Commissie Wonen en Zorg. Deze commissie werd opgericht om zich te buigen over de uitdagingen op het vlak van wonen en zorg waarvoor de vergrijzing in Vlaanderen ons stellen. In de herfst en winter van 2008-2009 organiseerde de commissie acht hoorzittingen, waarin ongeveer dertig experts aan het woord kwamen. De commissieleden legden ook werkbezoeken af om te zien hoe de integratie van wonen en zorg in de praktijk wordt gebracht. Het Instituut voor Samenleving en Technologie (IST) belegde over dit onderwerp enkele voorbereidende vergaderingen en op 7 januari 2009 een visieworkshop met een veertigtal experts. De hoorzittingen en de visieworkshop bieden het inhoudelijke materiaal voor deze beleidsnota. Deze nota is een synthese van weerkerende elementen, nodig voor een effectief en efficiënt woonzorgbeleid. Dit betekent niet dat de mensen die hebben deelgenomen allen instemmen met elk detail of dat het hier om een consensusstatement gaat.

De presentaties hebben bevestigd dat de uitdagingen om tot een coherent, efficiënt en financieel haalbaar woonzorgbeleid te komen tegen 2020, groot zijn. Alle verantwoordelijken en betrokkenen zullen in de volgende maanden en jaren geregeld samen moeten komen om de hier gepresenteerde visie op de integratie van wonen en zorg in 2020, en de weg ernaar toe, verder uit te werken. Er zullen op diverse terreinen nieuwe maatregelen genomen moeten worden om dit proces in de steigers te zetten.

De maatschappelijke beleidsnota is als volgt opgebouwd: een korte inleiding schetst de uitdagingen, waarna een beknopt overzicht van de huidige realiteit wordt gegeven. In een tweede luik wordt een uitgewerkte visie op de integratie van wonen en zorg in 2020 voorgesteld. Dit deel gaat niet uit van bestaande knelpunten, spanningsvelden en leemtes. Het is een denkoefening over hoe een geïntegreerd woonzorgbeleid in 2020 eruit zou kunnen zien, gebaseerd op talloze suggesties en verzuchtingen gehoord tijdens de hoorzittingen en in de visieworkshop. De tekst is opgesteld in de tegenwoordige tijd, alsof een geïntegreerd woonzorgbeleid reeds realiteit is. Dit valt vanzelfsprekend niet te verwarren met een echte evolutie in die richting. Die zal uiteraard afhangen van de concrete keuzes die gemaakt worden en de stappen die effectief gezet worden. In een derde deel van de nota komt een reeks maatregelen aan bod die de weg kunnen effenen naar het omzetten in de praktijk van de geschetste visie. De maatregelen en aanbevelingen vertrekken vanuit bestaande knelpunten, spanningsvelden en leemtes en verwijzen ook hiernaar.

De hier uiteengezette realiteit, visie en aanbevelin-

gen weerspiegelen de essentie van de vele elementen die deskundigen de voorbije maanden hebben aange-reikt om Vlaanderen op de kaart te houden als een plaats waar het goed is om te leven. Ook in de toekomst, en ook voor wie zorgbehoefstig wordt.

1. Inleiding

1.1. De uitdaging

We kunnen er niet omheen: Vlaanderen veroudert. Personen van 65 jaar en ouder vormden in 2000 20,5% van de Vlaamse bevolking. Naar verwacht zal deze groep in de jaren 2010, 2020 en 2030 respectievelijk 23,7%, 27,8% en 33,5% van de bevolking uitmaken (bron: FOD Economie – Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie, Dienst Demografie).

Een bijkomende demografische factor is de ontgroening of, anders gezegd, de afname van het aandeel jongeren in de bevolking. Tegen 2030 zal het aandeel jongeren onder de 20 jaar gedaald zijn tot minder dan 20% van de Vlaamse bevolking. Het is de middenmoot van de bevolking die verantwoordelijk zal zijn voor het leeuwendeel van de zorgen en de kosten die de vergrijzing met zich meebrengt. Geen geringe uitdaging, zeker niet wanneer men bedenkt dat het aantal actieven per oudere persoon gestaag zal dalen, namelijk van 2,5 personen in 2000 tot, naar verwacht, 2,27 in 2010, 1,89 in 2020 en 1,58 in 2030 (bron: FOD Economie – Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie, Dienst Demografie).

Laten we hierbij wel niet uit het oog verliezen dat heel wat ouderen nog lange tijd fit en gezond blijven, en dat het lang niet alleen ouderen zijn die onze zorg behoeven. Heel wat andere personen, zoals mensen met een handicap, ex-psychiatrische patiënten, mensen met chronische zorgbehoeften of thuislozen, vragen ook onze zorg, ongeacht hun leeftijd. Zo krijgt bijvoorbeeld een kwart van de bevolking te maken met psychische problemen, die al dan niet in de thuissituatie opgevangen kunnen worden. De verwachting is dat dit aantal niet zal dalen, integendeel. Depressie geldt bijvoorbeeld als een van de grootste gezondheidsuitdagingen in deze eeuw.

Deze evoluties vragen niet enkel om een adequaat antwoord vanuit de zorgsector. De zorg voor deze uiteenlopende segmenten van de bevolking kan niet losgekoppeld worden van een adequate, ondersteunende woonsituatie. Beide zijn als twee zijden van een medaille: zorg en wonen moeten op elkaar afgestemd worden. Vlaanderen heeft nood aan een effectief en efficiënt woonzorgbeleid.

Effectief als antwoord op wat mensen werkelijk nodig hebben en waarbij ondersteuning wordt aangeboden die werkt. Efficiënt in de economische betekenis waarbij overheidsmiddelen op een gepaste manier worden gebruikt, en in de betekenis van een goedfunctionerende dienstverlening die geen dubbel werk levert, geen onnodige verrichtingen doet en die mensen actief ondersteunt om een gepaste toegang te krijgen tot de voorzieningen.

1.2. Zorgvriendelijke gemeenten

De bevoegdheden voor wonen en voor zorg zijn verdeeld over verschillende ministeries en verschillende niveaus. Zeker voor de zorg is dit sterk het geval. Een groot deel van het medisch gezondheidsbeleid wordt op federaal vlak uitgetekend en krijgt federale werkingsmiddelen. Toch heeft Vlaanderen belangrijke bevoegdheden op het vlak van preventie, de inzet van verzorgenden, in het bijzonder in de thuiszorg, en bij het organiseren van regionale dienstencentra. Vlaanderen is bevoegd voor het woonbeleid en de ruimtelijke ordening, onder meer via het structuurplan. Het is echter op het lokale niveau dat wonen en zorg concrete vormen aannemen. Op dit niveau moeten de plaatselijke krachten dan ook gebundeld worden om een coherent woonzorgbeleid te realiseren, gefaciliteerd en ondersteund door de wetgeving op andere niveaus.

Lokale besturen en lokale actoren in de zorgsector worden het eerste geconfronteerd met de bestaande noden rond wonen en zorg en hebben een belangrijke coördinerende functie in de ontwikkeling en in het plaatselijke aanbod van diverse woonformules, evenals in het onderlinge overleg tussen zorgverleners. Overleg tussen zorgverleners heeft zich steeds meer verplaatst van een supralokaal naar een lokaal niveau. We komen er hieronder op terug. Een goede integratie van woon- en zorgfuncties in de gemeenten heeft verder oog voor de ruimtelijke ordening. Deze vormt een essentieel onderdeel van een effectief woonzorgbeleid. Het is duidelijk dat de gemeenten deze coördinerende functie alleen maar kunnen opnemen indien ze daarvoor de nodige financiële middelen ontvangen. Maar hun coördinerende functie zal vooral manifest worden in de afstemming van woon- en zorgfuncties op elkaar. Welke vorm deze afstemming kan aannemen, wordt verderop uitgelegd.

Wonen en zorg in 2020 kan niet anders dan een geïntegreerd en divers verhaal worden.

Geïntegreerd, want de uitdagingen die we al benoemden, kunnen enkel beantwoord worden door wonen en zorg zo efficiënt mogelijk op elkaar af te stemmen. Aanpasbare woningen en een sterke sa-

menwerking tussen diverse diensten zullen de zorg makkelijker en efficiënter maken. Alles wat een snelle en kwaliteitsvolle inzet van de zorg nog kan bevorderen, zoals de inzet van ICT en van domotica, zal deel uitmaken van dit geïntegreerde woonzorgbeleid.

En divers, want het integreren van de visie op wonen en die op zorg zal de mogelijkheid bieden om meer zorg op maat te realiseren. Mensen willen hoe langer hoe minder standaardpakketten of eenheidsworst. Ze verlangen naar zorg op maat.

Een voldoeninggevende woonzorgsituatie voor Vlamingen anno 2020 vergt daarom een variatie aan woonformules, naargelang de fysieke en psychische behoeften van de hulpvrager, en een pakket aan service- en zorgmodules dat toelaat in te spelen op de behoeften en in de mate van het mogelijke, de wensen van de betrokkenen.

1.3. Principes van een geïntegreerd woonzorgbeleid

Een visie over een woonzorgbeleid uiteenzetten kan niet zonder uit te gaan van een aantal principes waarover een brede consensus bestaat. Uit de hoorzittingen en de visiewerkshops kwamen volgende leidende principes naar voren:

1.3.1. Het gelijkheidsprincipe

Iedereen heeft in gelijke mate recht op zorg. Zorg wordt nu georganiseerd op basis van de leeftijds- en afhankelijkheidscategorie, zoals oudere, persoon met een handicap, ex-psychiatrische patiënt, ex-gedetineerde of thuisloze. Dat impliceert dat de financiering en de organisatie van de zorg sterk kunnen verschillen al naargelang de categorie waarin men terechtkomt. Dit leidt tot grote verschillen tussen de zorggebruikers: wie bijvoorbeeld een dag voor zijn 65ste verjaardag of een dag erna in een rolstoel terechtkomt, komt in een heel ander stelsel van tegemoetkomingen terecht. Het gelijkheidsprincipe vraagt om een andere benadering, die hieronder wordt toegelicht.

1.3.2. De normalisering van de zorg

Dit principe sluit enigszins aan bij het vorige: in plaats van aparte circuits te creëren voor verschillende zorggroepen en hen zo te segregeren, dient er voor hen ruimte gemaakt te worden binnen verschillende functionele beleidsdomeinen (mobiliteit, zorg, onderwijs, wonen, cultuur enzovoort). Dit houdt onder meer in dat wonen voor zorggebruikers ondergebracht wordt bij het reguliere wonen.

1.3.3. Recht op nabije en toegankelijke zorg

Mensen willen in de meeste gevallen hun vertrouwde omgeving niet verlaten wanneer ze zorgbehoevend worden. Ze willen hetzij een goede zorg aan huis, hetzij een aangepaste woonformule in de nabije omgeving van hun vertrouwde buurt, wijk of dorp. Het vraagt van elke lokaal geënte overheid een grote inspanning om in voldoende toegankelijke en betaalbare woonformules te voorzien, en ook de omgeving zo nodig aan te passen. Voor gespecialiseerde noden, zoals bij zware dementie of bij zware handicaps, zal dit niet steeds mogelijk zijn. In dit geval is het wel belangrijk dat de mantelzorger geen onoverkomelijke drempels ervaart om de persoon met zware zorgbehoeften te bezoeken. Het recht op nabije zorg vraagt om verder te kijken dan enkel naar de persoon van de zorgbehoevende.

Mensen hebben ook recht op toegankelijke zorg. Toegankelijkheid is een van de vijf basisdoelstellingen van het Mobiliteitsplan Vlaanderen. Dit betekent dat zorgvragers geen drempels ervaren die vermeden kunnen worden, bijvoorbeeld bij de toegang tot gebouwen waar openbare diensten gevestigd zijn (Op 13 maart 2009 heeft de Vlaamse regering een voorontwerp van besluit goedgekeurd tot vaststelling van een gewestelijke stedenbouwkundige verordening inzake toegankelijkheid.).

1.3.4. Recht op keuzevrijheid en autonomie

Mensen vragen zorg op maat van hun behoeften en willen zelf mee beslissen welke zorg ze invoeren. Dat kan het best gerealiseerd worden door een modulair systeem van zorgen en diensten. Dat is nu reeds goeddeels gerealiseerd in de thuiszorg: mensen roepen er bijvoorbeeld poetshulp in, maar bestellen geen warme maaltijden aan huis, of omgekeerd. Dit principe van autonomie is in mindere mate gerealiseerd in residentiële settings, waar men nog vaak intekent voor een totaalpakket. De keuzevrijheid is begrensd door het beperkte aanbod aan aangepaste woonformules en door lange wachtlijsten. Voldoende variatie in het aanbod en voldoende aanbod zijn nodig om tegemoet te komen aan het recht op keuzevrijheid en autonomie.

1.3.5. Recht op kwaliteit van wonen en zorg

De overheid kan niet in alle mogelijke woon- en zorgbehoeften van mensen blijven voorzien. Er zijn op de markt reeds zowel publieke als private aanbieders van zorg en van aangepast wonen. Het is wel de taak van de overheid om kwaliteitscontrole uit te oefenen op deze instellingen en diensten.

1.3.6. Recht op informatie en inspraak

Mensen willen zelf beslissingen nemen over waar ze wonen en welke zorgen ze willen krijgen. Dat kan pas wanneer ze voldoende zicht hebben op de mogelijkheden. Dan eerst kunnen ze actief mee beslissen welke optie voor hen het meest aangewezen is. Het realiseren van het recht op informatie en inspraak van burgers is een taak van de overheid.

1.3.7. Recht op betaalbare zorg

Het is goed dat mensen zelf tot op zekere hoogte verantwoordelijkheid opnemen voor hun zorgbehoeften, maar in een democratische welvaartsstaat wordt van de overheid verwacht dat ze de betaalbaarheid van de zorg nauwlettend in de gaten houdt. Mensen mogen niet verstoken blijven van essentiële zorgen wegens problemen met de betaalbaarheid ervan.

2. Wonen en zorg anno 2009: realiteit en knelpunten

Vlaanderen kent een relatief hoge levensstandaard en een zeer uitgebreid zorgaanbod. Het aantal huiseigenaars ligt hoger dan in de ons omringende landen. Dit is een van de elementen die ouder wordende burgers behoedt voor armoede, naast het feit dat Vlamingen doorgaans spaarzaam zijn. De combinatie van deze twee elementen compenseert in veel gevallen voor de pensioenen, die in Vlaanderen dan weer lager uitvallen dan in verschillende buurlanden. Desondanks gaat Vlaanderen heel wat uitdagingen tegemoet om wonen en zorg kwaliteitsvol en betaalbaar te houden voor een stijgende groep van zorgvragers (zie boven). Hoe zien de realiteit en haar uitdagingen eruit?

2.1. Wonen

2.1.1. Naast een segment van de bevolking dat de middelen heeft om woningen aan te passen naargelang de zich wijzigende noden, zijn er heel wat burgers die wonen in onaangepaste woningen. Dat veroorzaakt vooral moeilijkheden op het moment dat ze zorg nodig hebben. Volgens een studie van de Vlaamse Gemeenschap (2007) zijn vier op vijf woningen in Vlaanderen niet toegankelijk voor een rolstoel. Tweederde van de woningen heeft trappen of drempels in en rond de woning die bij toenemende mobiliteitsproblemen moeilijkheden veroorzaken. In bijna één op vijf woningen bestaat er een hindernis om van de woonkamer naar het toilet te gaan. Naast deze realiteit van onaangepaste woningen zijn er ook heel wat ouderen die in woningen blijven die

eigenlijk te groot zijn voor hen, bij gebrek aan een goed alternatief binnen hun vertrouwde wijk. Zij hebben wel een voordeel op vlak van aanpasbaarheid: wie een degelijke woning heeft en makkelijk de weg vindt naar premies, kan zijn woning alleszins aanpassen aan de zorgnoden. Veel burgers die woningen hebben zonder basiscomfort, slagen er daarentegen niet in om hun woning aangepast te krijgen. Hier is sprake van het Matteuseffect: subsidies en maatregelen bereiken vooral de mondige burgers.

2.1.2. Omwille van de demografische evoluties (zie boven) stijgt de vraag naar zorginstellingen (woonzorgcentra, dagcentra, herstelverblijven enzovoort), assistentiewoningen en sociale woningen. Het huidige aanbod aan assistentiewoningen komt bijvoorbeeld lang niet tegemoet aan de vraag. Mensen die een assistentiewoning betrekken verwachten ook meer zorg dan nu beschikbaar is. Vaak blijft de oproepbaarheid van zorg beperkt tot een crisissalarm. Zelden is er sprake van een huismeester die de zorgen en bekommernissen van bewoners op andere dan crisismomenten behartigt, een meermaals gehoorde verzuchting tijdens de hoorzittingen. Wat sociale woningen betreft, zijn er binnen de huidige legislatuur wel belangrijke inspanningen en engagementen aangegaan. Het aanbod zal in belangrijke mate uitbreiden. Ook hier zal aanpasbaarheid een steeds belangrijker element moeten vormen. Nu reeds zijn twee op de drie sociale huurders 55 jaar of ouder, een tendens die zich naar alle waarschijnlijkheid zal verder zetten, gezien de demografische evolutie. De ontwerprichtlijnen voor bouwen houden hier ook rekening mee. De richtlijnen voor 2008 (C 2008) leggen het accent op duurzaam, aangepast en aanpasbaar bouwen. Een enquête van de Bouwunie (zie verder) geeft aan dat bouwheren én klanten in toenemende mate aandacht hiervoor hebben. Op dit vlak kan nog een stap verder gegaan worden door het opleggen van een verplichte sokkel aan maatregelen die de toegankelijkheid en aanpasbaarheid van woningen garandeert. Vlaanderen telt reeds een aantal proefprojecten aangepast bouwen, waarbij de aandacht niet beperkt blijft tot de woning zelf, maar zich ook uitbreidt tot de toegankelijkheid van de omgeving (zie onder meer in Assebroek, of SHM Kempis Tehuis in Overpelt).

2.2. Organisatie van de zorg

2.2.1. Zoals vermeld ontbreekt het ons land niet aan zorgvoorzieningen. We hebben integendeel zoveel verschillende instanties en diensten actief in de zorgsector, dat de term ‘lappendeken’ meermaals opduikt in beschrijvingen van de huidige situatie. Eén van de experts verwoordde het als volgt op een hoorzitting: “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 eigen kleur een stuk aan gebreid of gaten gestopt. We beschikken nu over een onsamenhangend geheel dat weinig heeft van een kledingstuk en waar reeds een fortuin aan wol in zit.”

2.2.2. Een deel van de complexiteit van de organisatie van de zorg in Vlaanderen vloeit voort uit de huidige bevoegdheidsverdeling. Een aantal van de spelers actief in het zorgveld wordt federaal gefinancierd, andere krijgen hun middelen van het Vlaams niveau. Bovendien doet het provinciale of lokale niveau vaak ook een duit in het zakje. Deze bevoegdheidsverdeling over diverse instanties is een belemmering voor een geïntegreerde aanpak. Naast deze complicerende factor zijn er ook aspecten van zorg die van geen enkele instantie aandacht krijgen, bijvoorbeeld de animatie in woonzorgcentra. Ofschoon dit algemeen erkend wordt als een belangrijke welzijnscomponent, blijkt hier nauwelijks geld voor te zijn in de ouderenzorg (in contrast met de gehandicaptenzorg).

2.2.3. De organisatie van de zorg bevat enkele anomalieën en discriminaties. Hulp bij activiteiten van het dagelijks leven (ADL-assistentie) is bijvoorbeeld voorzien voor personen met een handicap die zelfstandig willen wonen, maar in veel mindere mate voor andere groepen van mensen die problemen krijgen met dagelijkse handelingen. Vooral ouderen die volgens een inschaling niet bijzonder zwaar zorgbehoevend zijn (de zogenaamde O- en A- groepen) krijgen weinig rechtstreekse hulp. Volgens een studie van de Vereniging voor Vlaamse Steden en Gemeenten (VVSG) krijgen deze mensen slechts 20,63 minuten directe zorg per dag. Op vlak van uitkeringen en praktische tegemoetkomingen maakt het een groot verschil uit of iemand invalide wordt een dag voor of na zijn 65ste verjaardag, wat strijdig is met het rechtvaardigheidsgevoel. Persoonsgebonden budgetten en persoonsgebonden assistentiebudgetten geven vanzelfsprekend meer ruimte bij de invulling van de eigen zorgvraag, maar deze zijn momenteel slechts weggelegd voor een zeer kleine groep van personen met een handicap.

2.2.4. Het profiel van de gebruikers van thuiszorg is de laatste jaren grondig gewijzigd. De zorgbehoefte van gebruikers stijgt, en de zorgvragers vormen een steeds meer divers publiek. Onder invloed van de tendens tot vermaatschappelijking van de zorg blijven mensen steeds langer thuis. Dat geldt niet enkel voor ouderen, maar ook voor psychiatrische patiënten. De zorg wordt enerzijds zwaarder door de stijgende graad van zorgbehoefte, en anderzijds uitdagender omdat de gebruikers van de thuiszorg meer divers zijn. Om de zorgopdracht goed te kunnen blijven vervullen, zijn er

dus zowel voldoende middelen als voldoende expertise nodig.

2.2.5. Er is momenteel een spanningsveld tussen de vrije keuze en het streven naar samenwerking bij diverse zorgverleners. In verschillende regio's, vooral plattelandsregio's, komen zorgverleners samen om de effectiviteit van hun werking te verhogen en beter op elkaar af te stemmen. Op andere plaatsen spint ieder zijn eigen garen in het bonte lappendeken van de zorg. De Samenwerkingsinitiatieven Thuiszorg (SIT) en Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnszorg (SEL) dienen een beter overleg en afstemming te creëren tussen verschillende zorgverleners actief in een bepaald gebied, wat op heel wat plaatsen ook gebeurt. Alleen blijkt dat in de praktijk niet altijd eenvoudig. Zoals een van de gehoorde experts het verwoordde: "Eigenlijk wil men een multidisciplinaire aanpak. Organiseer het maar eens in een wijk waar vijftig huisartsen, vijfentwintig thuisverpleegsters, vijf thuiszorgorganisaties, twaalf kinesisten en vier mutualiteiten de vaste dienst uitmaken!" De vrije keuze vormt een belangrijk element in de organisatie van de zorg en moet een belangrijk uitgangspunt blijven naar de toekomst toe. Deze mag evenwel niet in de weg staan van een grotere transparantie voor de zorgvrager en van een grotere effectiviteit van de diensten. Het Woonzorgdecreet biedt verdere aanzetten tot overleg tussen diensten, vooral dan binnen woonzorgzones, maar het is momenteel nog onduidelijk in welke mate dit een opstap zal zijn naar meer samenwerking.

2.2.6. De toenemende nood aan gekwalificeerd personeel om een verouderende bevolking bij te staan stelt veel woonzorgcentra nu reeds voor ernstige uitdagingen. Vacatures raken niet ingevuld. Verpleegkundigen hebben woonzorgcentra over het algemeen niet bovenaan hun lijstje staan. Dat is mogelijk te verklaren door het feit dat verpleegkundigen in woonzorgcentra voor minder dan vijftig procent van hun tijd echt verpleegkundige taken leveren. Dat demotiveert vaak.

2.3. Integratie van ICT in wonen en zorg

2.3.1. Verschillende bedrijven werken momenteel aan toepassingen van domotica in thuissituaties. Een knelpunt blijft voorlopig het niet modulair op elkaar aansluiten van diverse applicaties, waardoor de systemen vooralsnog niet erg interoperatief zijn. Vandaag moet men bij de bouw van een huis al voorzien dat men in de toekomst zo'n systeem wil installeren. Dat gebeurt nog erg weinig. Er bestaan verschillende niet met elkaar communicerende oplossingen, bijvoorbeeld voor CO₂-detectie. Het gebruik van sensoren en actuatoren voor dienstverlening rond dwaaldetectie, valdetectie of lichtroutes in

het huis voor valpreventie bijvoorbeeld, staat echter nog in haar kinderschoenen qua effectiviteit (te veel valse alarmen gegenereerd). Daarnaast is het steeds onontbeerlijk om een goed protocol uit te werken voor de opvolging van de verschillende alarmen. De vervanging van klassieke sleutelbeheersystemen door elektronische sleutelbeheersystemen die geautoriseerde personen via een soort elektronische badge toegang verlenen tot woningen wordt hier en daar in serviceflats of zorginstellingen toegepast. Al meer ingeburgerd is het personenalarmsysteem, waarbij iemand in nood een knop kan indrukken die via een vaste telefoonlijn een alarmcentrale bereikt. Vandaar komt het noodsignaal terecht bij de personen die de gebruiker heeft opgegeven om in geval van nood te contacteren. Reageert geen van deze personen, dan rukt een hulpdienst uit. Mobiele personenalarmsystemen worden vandaag ook op de markt gebracht, evenals de eerste systemen die niet meer via de vaste telefoonlijn werken, maar IP gebaseerd zijn en dus via het kabel- of adsl-abonnement bij de gebruiker worden afgeleverd. Zij zullen in de toekomst toelaten verschillende andere (zorg)diensten ook aan te bieden tot bij de mensen thuis.

2.3.2. Elektronisch medicatiemanagement zit al jaren in de denkpiste, maar is al evenmin operationeel. Professionele zorgverleners zijn gewend elk hun eigen dossier aan te leggen, en de doorstroming van de informatie over medicatiemanagement ligt moeilijk. Het stelt niet enkel voor deontologische uitdagingen – privacy van de patiëntgegevens – maar druist ook in tegen de weerstand om dergelijke informatie te delen met andere zorgverleners. Vlaanderen opteert wel voor elektronische communicatie via een e-healthplatform. Dit systeem werkt als een soort 'broker'. Het verzamelt zelf geen informatie, maar bemiddelt vragen van zorgverleners. Wie inzage wil in een bepaalde databank dient zijn identiteit aan te geven, waarna het platform checkt of deze identiteit klopt en of de betrokken persoon geautoriseerd is om bepaalde informatie aan te vragen. De toepassing van dit systeem ontbreekt vooralsnog. Wel zijn er proefprojecten die aspecten ervan testen, zoals het pilootproject inzake diabetes in Aalst, en bepaalde uitwisselingsprojecten tussen ziekenhuizen.

3. Wonen en zorg in 2020: een visie

Tijdens de hoorzittingen en de visiewerkshops werden heel wat suggesties geformuleerd die kunnen bijdragen tot een effectief, efficiënt en toekomstgericht woonzorgbeleid dat dicht staat bij de noden en vragen van burgers en rekening houdt met budgettaire beperkingen. De voornaamste elementen hiervan zetten we hieronder op een rij. In deze visie

gaan we uit van de situatie zoals deze er idealiter uit zou kunnen zien in 2020. We vertrekken dus niet van de huidige situatie en haar knelpunten, maar presenteren – in tegenwoordige tijd – een mogelijk woonzorgbeleid voor 2020. Referenties naar aanknopingspunten hiervoor vanuit de huidige praktijk en nieuwe verordeningen, zoals in het Lokaal Sociaal Beleidsplan of in het Woonzorgdecreet, worden in het tweede deel van deze beleidsnota gebracht.

3.1. Het Sociaal Huis fungeert als lokaal woonzorgloket

3.1.1. De inspanningen die heel wat gemeenten al leverden bij de aanvang van de eeuw om burgers informatie te geven over allerlei voorzieningen, maatregelen en premies die met wonen en ruimtelijke ordening of met sociale dienstverlening te maken hebben, zijn versterkt en gecentraliseerd. De woonloketten in het kader van lokale regionale woonprojecten zijn versmolten met de informatieve en adviserende functies van de regionale dienstencentra. Een goede integratie van wonen en zorg vraagt immers om één informatie- en adviespunt, waar alle burgers terecht kunnen met hun vragen over wonen, beschikbare woonformules in de gemeente – zeker op vlak van aangepast wonen – maar ook over alle beschikbare diensten in de gemeente, en eventueel ook buiten de gemeente. Het maakt niet uit of deze diensten nu aangeboden worden door de overheid of door publiekprivate of private actoren. Ten slotte verstrekt dit informatie- en adviespunt ook informatie over vrijwilligerswerk en organiseert het activiteiten, zoals informatie-avonden voor mantelzorgers of vormingsessies over innovaties op het vlak van wonen en domotica.

3.1.2. Vermits een deel van deze opdrachten reeds eerder opgenomen werden door het Lokaal Sociaal Huis, werd de werking hiervan versterkt. Burgers kunnen een beroep doen op consultants verbonden aan het Lokaal Sociaal Huis voor hun specifieke vragen over woonformules, meegroeiwonen/woningaanpassingen, domotica, premies, zorgverlening en ondersteunende diensten. Deze consultants worden geraadpleegd via een interactieve website, via teleconsultatie, in een ruimte van het Sociaal Huis of tijdens een huisbezoek.

3.1.3. Het Sociaal Huis verzamelt en registreert eveneens klachten en suggesties van burgers over het plaatselijke woonzorgbeleid, en geeft deze door aan de bevoegde instanties, al naargelang de materie aan het schepencollege, of aan Vlaamse of federale diensten.

3.2. Het Sociaal Huis coördineert de diensten in elke gemeente

3.2.1. In het Sociaal Huis vinden de diverse diensten die in de gemeente actief zijn – en zo nodig ook diensten die op bovenlokaal vlak opereren – op het vlak van wonen en zorg elkaar. De coördinator van het Sociaal Huis zorgt voor de permanente onderlinge afstemming van de verschillende diensten. Concreet fungeert deze plaats dus als de ‘professionele matchmaker’ tussen aanbod en vraag op het vlak van aangepaste woonformules en diensten. Het kan gaan om diverse woonformules: van aanpasbare woningen, aangepaste woningen, aanleunwoningen (assistentiewoningen) en kangoeroewonen, tot kleinschalig groepswonen of kleinschalige clusters voor intensieve zorg (aanpasbaar = woning die basistoegankelijkheid verzekert; aangepast = reeds aangepast op maat van de specifieke behoeften van de bewoners met een handicap of de ouder; aanleun- of assistentiewoningen = aangepaste woningen met oproepbare assistentie; groepswonen = gaat van kangoeroewonen tot leefgroepen zoals Abbeyfield houses; kleinschalige clusters voor intensieve zorg = kleinschalige rust- en verzorgingstehuizen met rond de klok verzorgenden.).

Diverse diensten bieden zorg op meer dan één vlak: thuiszorg, 24 uur op 24 oproepbare assistentie, dagverzorgingscentra, zorghotels (zie verder), boodschappen, ophaal- en klusjesdiensten en diensten voor woningaanpassingen en voor ondersteunende domotica. Ze vormen dus belangrijke schakels in het realiseren van ketenzorg (ketenzorg is gebaseerd op het idee dat diverse woonzorgformules zo naadloos mogelijk op elkaar dienen aan te sluiten, bijvoorbeeld een dagopvang, een centrum voor kortverblijf, assistentiewoningen en een woonzorgcentrum). Uiteenlopende zorgverleners vinden elkaar hier voor geregeld overleg en een effectieve afstemming op elkaar. Dat geldt zowel voor individueel overleg met en over zorgvragers (trajectbegeleiding) als voor overleg op niveau van de diensten. De diverse aanbieders worden gestimuleerd tot verdere samenwerking. Winwinsituaties op deze basis worden beloond, versnippering en verspilling van energie zijn voor eigen rekening van de diensten. Vanzelfsprekend zal niet aan elke woonzorgvraag op lokaal niveau kunnen worden voldaan. De reeds langer bestaande zorgregiowerking is verantwoordelijk voor een gepaste zorg voor iedereen binnen de regio.

3.2.2. Burgers met een zorgvraag die niet door de eenvoudige raadgevingen van een consultant van het Sociaal Huis op te lossen is, of door hun zorgbemiddelaar, doen een beroep op een ‘care manager’. Deze is verbonden aan het Sociaal Huis en kan ingeschakeld worden bij complexe zorgsituaties. De care manager geeft niet enkel advies over welke diensten

in te schakelen, maar berekent ook het kostenplaatje voor de betrokkene en zorgt voor de concrete coördinatie en opvolging van complexe zorgsituaties.

Professionele care managers, vertrouwd met zowel de plaatselijke diensten als met domotica en ICT, zijn goed geplaatst om samen met de hulpvrager en eventueel een zorgbemiddelaar – zoals de huisarts of thuisverpleegkundige – een zorgtraject uit te stippen en mee op te volgen. Het ontbreekt andere zorgactoren immers aan tijd en soms ook aan de knowhow om de zorg professioneel te coördineren in complexe situaties. De diverse overheden hebben ervoor gezorgd dat de gemeenten de nodige financiële slagkracht krijgen voor voldoende gekwalificeerd personeel in de lokale Sociale Huizen. Ze verdienen de meerkosten hiervan terug door een efficiëntere inzet van hulpverleners en diensten.

3.2.3. Het werk van de professionele dienstverleners in de gemeenten en de wijken wordt aangevuld door een actief vrijwilligersnetwerk, gecoördineerd door het zorgkruispunt. Iedereen wordt gesensibiliseerd tot het opnemen van vrijwilligerswerk. Dit kan vele vormen aannemen, naargelang het profiel van de medewerkers: bijvoorbeeld ICT-ondersteuning, boodschappen-, vervoer- en klusjesdienst, entertainment organiseren, een luisterend oor bieden enzovoort. Een professionele medewerker van het Sociaal Huis is verantwoordelijk voor de logistieke ondersteuning van de vrijwilligers en een sterk participatieve vrijwilligerswerking. Hij organiseert ook activiteiten die de sociale cohesie tussen de vrijwilligers bevorderen en nieuwe kandidaten aantrekken.

3.3. Een wijkgericht aangepast woonbeleid

3.3.1. In 2020 wonen zorgbehoevende senioren en andere burgers met zorgvragen niet langer in verouderde, onaangepaste woningen bij gebrek aan alternatief in hun vertrouwde wijk. Per wijk – of per gemeente – bestaan er immers uiteenlopende woonformules. Naast elkaar bestaan er zo onder meer oudere woningen die (nog niet) aanpasbaar gebouwd of verbouwd werden, aangepaste woningen, aangepaste sociale woningen, aanleun- of assistentiewoningen, groepswonen en kleinschalige clusters voor intensieve zorg. Wie nood heeft aan een bepaalde woonvorm, vindt binnen de vertrouwde wijk of gemeente een goed alternatief.

3.3.2. Bij het plaatselijke Sociaal Huis kloppen burgers aan – al dan niet via elektronische weg – met vragen over de diverse woonformules binnen de gemeente of wijk, hun beschikbaarheid, betaalbaarheid, en over eventuele financiële tegemoetkomingen. De lokale besturen volgen de evolutie in de vraag naar en het aanbod aan uiteenlopende woon-

formules, en geven – eventueel samen met de Vlaamse overheid, en middels intercommunales en sociale huisvestingsmaatschappijen – impulsen aan de woningmarkt om mogelijke tekorten op te vangen.

3.3.3. De gemeenten koppelen een bouwvergunning of verbouwingspremies aan bepaalde, door Vlaanderen gestelde minimumvoorwaarden voor aanpasbaar wonen. Alle architecten en bouwheren zijn vertrouwd met de wetgeving op dit vlak. Esthetiek combineren met maximaal comfort en aanpasbaarheid is de trend op de woningmarkt. Burgers zijn doordrongen van het concept aanpasbaar wonen of meegroeiwonen, en organiseren de ruimtes zo dat ze in de loop der jaren gemakkelijk van functie kunnen veranderen. Dit gebeurt onder meer door de installatie van verplaatsbare wanden, basisdomotica en wachtleidingen voor een mogelijke verplaatsing van sanitaire functies (Domotica is een technologisch veld waarbij electronicatoepassingen worden geïntegreerd om functies of taken te automatiseren. Het laat alle elektrische toestellen met elkaar communiceren en kan volgende functies hebben:

- switchfunctie: bv. het aan- en uitschakelen van elektrische toestellen en verlichting;
- motorfunctie: bv. het sturen van motoren in rolluiken en garagepoorten;
- timerfunctie: bv. om de wasmachine of het koffiezetapparaat op een bepaald moment aan te zetten.

De verschillende functies worden geactiveerd door drukknoppen, schakelaars, afstandsbediening of sensordetectie.).

3.3.4. Domotica spelen een belangrijke rol in een effectieve en efficiënte zorgorganisatie. Ze leiden niet enkel tot zogenaamde ‘smart homes’, woningen die veiliger zijn, maar hebben ook een belangrijke communicatieve functie. Ze vormen onder meer een verbinding tussen de wereld binnenhuis en de externe wereld. Dit is cruciaal bij het snel invoeren van hulp bij een crisis, maar evengoed om raad te vragen bij niet-urgente kwesties, en om in communicatie te blijven met familieleden, vrienden en aanbieders van zorg en diensten. Zeker voor de mantelzorgers vormen domotica een belangrijke schakel met de buitenwereld.

3.3.5. Het Sociaal Huis organiseert informatiesessies in gemeenten waar de toepassingen van domotica minder sterk zijn doorgedrongen. Het brengt ook up-to-date informatie over nieuwe ontwikkelingen in wonen en domotica. Ook de commerciële sector geeft impulsen via tal van websites en de marketing van comfortaanpassingen en -apparatuur.

3.4. Woonzorgzones, een zorgvriendelijke ruimtelijke ordening en mobiliteit

3.4.1. Elke gemeente telt een palet aan verschillende woonformules met bijzondere aandacht voor aanpasbaar en aangepast wonen. Daartoe heeft elke gemeente haar grondgebied ingedeeld in woonzorgzones. Elke woning maakt deel uit van een woonzorgzone die doorgaans tussen de 6000 en 12 000 inwoners telt met mogelijke lagere aantallen in schaars bevolkte gebieden. Elke burger woont dus in een woonzorgzone, hoewel slechts ongeveer tien procent van hen effectief zorg nodig heeft. Een woonzorgzone impliceert de aanwezigheid van een kernzone met een centraal dienstenaanbod, en in die kern ook een minimale aanwezigheid van andere cruciale voorzieningen (winkels, postpunten, dokters, apothekers enzovoort). Deze voorzieningen worden ruimtelijk verbonden via zeer toegankelijke en veilige voetgangerscircels. In de kern van de woonzorgzone is er een sterke concentratie van aanpasbare en/of aangepaste woningen of wooncomplexen met een zorgaanbod, en eventueel ook een woonzorgcentrum. De woonzorgzone wordt aangestuurd door de lokale overheid (concept van woonzorgzone zoals voorgesteld door dr. Sien Winters, onderzoekster bij het HIVA). Zij stimuleert een dienstverlening die ruimer is dan enkel een zorgaanbod.

3.4.2. Een uitbreiding van diverse woonformules en diensten gaat hand in hand met een ruimere omgeving die aangepast en toegankelijk is.

Daartoe is er permanent overleg tussen verschillende actoren. De gemeenten nemen, samen met het Vlaams Agentschap voor Wegen en Verkeer, verantwoordelijkheid op voor drempelvrije, veilige stoepen en wandelroutes. De gemeenten hebben ervoor gezorgd dat alle openbare gebouwen toegankelijk zijn, ook voor minder valide of mobiele burgers. Ze hebben ook voorzien in voldoende rustpunten/banken, veilige oversteekplaatsen met onder meer lichten die voldoende lang groen blijven, en drukknoppen bij oversteekplaatsen die voldoende laag geplaatst zijn. De openbare vervoersmaatschappijen staan in voor veilige en toegankelijke opstapplaatsen.

3.4.3. Een jaarlijkse bevraging door de gemeente in samenwerking met de openbare vervoersmaatschappijen wijst uit of het openbaar vervoersnetwerk en de werking van breng- en ophaaldiensten volstaan. Indien hieruit knelpunten naar voren komen, worden deze besproken in overleg met de verantwoordelijke diensten. De gemeenten moedigen burgers en organisaties aan om bij het Sociaal Huis suggesties voor verbeteringen in te dienen.

3.4.4. Naast het realiseren – al dan niet in samenwerking met externe partners – van een goede toe-

gankelijkheid, veilige routes en voldoende rustpunten neemt de gemeente het initiatief om voor elke wijk geregeld de aanwezigheid in kaart te brengevan de functies die aanwezig zijn om de leefbaarheid voor minder mobiele burgers te verhogen. Die functies kunnen zeer ruim zijn: een apotheker en dokter, winkels, een postpunt en restaurants of cafés. Vanzelfsprekend is de overheid niet verantwoordelijk voor de invulling van deze functies, maar ze maakt de spreiding ervan wel bekend. Deze informatie is waardevol voor de burgers zelf, en al evenzeer voor potentiële handelaars of aanbieders van diensten.

3.4.5. Bij het toekennen van vergunningen en de planning van de ruimtelijke ordening in Vlaanderen houdt men rekening met nieuwe evoluties in woonzorgformules. Kleinschalige woonzorgformules met diverse functies – bijvoorbeeld naast de woonfunctie ook nog een fitnesszaal, een kinesitherapeutische praktijk, een krantenwinkel of dierenoppasdienst – kunnen makkelijk ingebed worden. 'Regelgevingsluwte' wordt sedert enige tijd ingezet om vernieuwende initiatieven kansen te geven (regelgevingsluwte is een in Nederland gangbaar concept en gangbare praktijk om proefprojecten van start te laten gaan, ongehinderd door bestaande, beperkende regelgeving. Deze wordt tijdelijk opgeschort). Vernieuwende initiatieven in gemeenten worden opgevolgd en geëvalueerd door een Vlaams Expertisecentrum Wonen en Zorg (zie verder). Dit centrum doet zo nodig aanbevelingen voor aanpassingen in de ruimtelijke ordening.

3.5. Een efficiënte en coherente organisatie van zorg

3.5.1. Zorgbehoevenden worden niet langer in doelgroepokjes ingedeeld, zoals zorgbehoevende ouderen, personen met een handicap, thuislozen en ex-psychiatrische patiënten. Vanuit het gelijkheidsprincipe heeft elke burger een gelijk recht op zorg. De graad van zorgbehoefte vormt het uitgangspunt voor het recht op zorg, niet de concrete categorie of deelgroep van de zorgvragers.

Medewerkers van het Sociaal Huis hebben een overzicht van alle beschikbare formules aan zorg- en woonvormen, en kunnen met de betrokkene bekijken welke vormen of modules van zorg en woonst aangewezen zijn.

3.5.2. Om zorgbehoeften correct in te schatten en er een adequaat antwoord op te bieden, zijn de verschillende diensten en overheden het eens geworden over een eenvormig meetinstrument om de zorg in te schalen. In plaats van diverse schalen te hanteren, wordt er gebruikgemaakt van een eenvormige schaal, één die ook reeds in meerdere buurlanden zijn nut bewezen heeft en internationaal gangbaar is.

Deze eenvormige inschaling geeft de zorgverleners een objectieve basis om diensten en woonformules in te schakelen, na grondig overleg met de zorgvrager over diens noden en zorgen. Bij de inschaling van de zorgbehoefte wordt rekening gehouden met fysieke, psychische en sociale parameters.

3.5.3. De inzet van ICT en domotica vormt een belangrijke component van de zorgorganisatie, en wel op verschillende niveaus:

- Iedere woning is uitgerust met basisdomotica die, naargelang de zorgbehoefte, uitgebreid kunnen worden met bijkomende, eenvoudig te bedienen communicatie- of beveiligingsmiddelen. De ingezette ICT leidt onder meer tot snelle communicatie tussen *zorgvrager* en diverse zorgverleners. Teleconsulting en telemonitoring zijn algemeen ingeburgerd (telemonitoring = het op afstand volgen van het ziekteverloop door een zorgverlener; teleconsulting = het door een zorgverlener geven van advies, al dan niet medisch van aard, aan een zorgvrager). Voor de *mantelzorger* betekent teleconsulting een geruststelling. Zo kan hij op een handige manier, en zonder oppas of vervoer te hoeven organiseren, raad ontvangen bij medische of zorgkwesties. Verder vormen telecommunicatiemiddelen voor de mantelzorger een manier om snel en makkelijk met de buitenwereld te communiceren.
- Diverse *zorgverleners en aanbieders van diensten* communiceren via deze ICT met de zorgvrager, bijvoorbeeld om praktische afspraken te maken of een behandeling op te volgen. Bepaalde vormen van monitoring (bij chronisch hartfalen bijvoorbeeld, of voor diabeteswaarden) gebeuren elektronisch, waarna de betrokkene zelf, evenals zijn huisarts of een andere zorgverlener, automatisch op de hoogte wordt gebracht van ontwikkelingen die om bijsturing of behandeling vragen. Via teleconsulting zijn snelle reacties mogelijk, waardoor het gevoel van veiligheid en het zelfzorgvermogen van de zorgvrager duidelijk verhogen. Door telemonitoring en –consulting komt er mogelijk meer arbeidscapaciteit vrij bij zorgverleners, al is dit een complexe kwestie die heel wat onderzoek heeft gevergd en nog vergt (De effectiviteit van domotica in de thuiszorg in momenteel nog niet voldoende eenduidig wetenschappelijk bewezen. Verder veronderstelt deze manier van werken een andere wijze om met nomenclatuur om te gaan – zie hieronder. Hiertoe dient er nog een hele weg te worden afgelegd.).
- *Zorgverleners* communiceren ook *onderling* via ICT-netwerking, bijvoorbeeld tussen ziekenhuizen, artsen en apothekers, om het medicatiemanagement en de behandeling van patiënten te opti-

maliseren. Het elektronisch zorgdossier van elke burger (zie verder) speelt hierbij een belangrijke rol.

- De daartoe bevoegde *overheden* maken gebruik van ICT om evoluties in de gezondheidstoestand en de zorgnoden te registreren, en te evalueren of de zorg daar terechtkomt waar ze nodig is.

Het elektronisch zorgdossier is helemaal ingeburgerd. Elke burger heeft zo'n dossier, dat onder meer alle onderzoeken en uitslagen bevat die in de loop van zijn leven te noteren vielen. De huisarts heeft elke patiënt, of diens mantelzorger of voogd, de schriftelijke toelating gevraagd om deze gegevens – of een deel ervan – aan te wenden in de communicatie met diverse zorgverleners. Dit gebeurt in respect voor de bepalingen van de wet op de privacy. Privacy en eenvormigheid zijn gerealiseerd. Hierin spelen de standaardisatie van begrippen, protocollen en procedures een belangrijke rol.

3.5.4. De organisatie van de zorg kent preventieve, reguliere en gespecialiseerde componenten:

- De *huisarts* is verantwoordelijk voor *preventief advies*. Huisartsen opereren doorgaans in een interdisciplinaire samenwerking met diëtisten, psychologen, kinesitherapeuten, ergotherapeuten en domoticaspecialisten. De tijd van de solo-opererende huisartsen behoort tot het verleden.
- Voor *reguliere zorg* kunnen mensen terecht bij hun huisarts. Deze schakelen zo nodig een van de bovengenoemde zorgverleners in. Zo rust een domoticaspecialist een patiënt bijvoorbeeld uit met de nodige monitoring om vorderingen in beweging en hartslag, gewicht of het gehalte aan suiker in het bloed te volgen, met de nodige ICT om snelle communicatie en teleconsulting te realiseren, en zo nodig met domotica die de veiligheid in de thuissituatie verhogen. Indien bijkomende woonzorg of andere diensten nodig zijn, verwijst de huisarts de patiënt door naar het Sociaal Huis.
- Voor *gespecialiseerde zorg* kan men terecht bij medische specialisten, al dan niet verbonden aan ziekenhuizen. Indien een coördinatie van een complexe zorgsituatie nodig is, kan een beroep gedaan worden op de care manager, verbonden aan het Sociaal Huis.

3.5.5. Thuisverzorgenden en thuisverpleegkundigen van diverse diensten en organisaties overleggen geregeld op lokaal vlak, onder leiding van de coördinator van het Sociaal Huis, om de zorg zo efficiënt mogelijk te organiseren. Situaties waarin zorgverleners van verschillende diensten die een gelijkaardig zorgpakket aanbieden, elk ver moeten rijden om

cliënten te bezoeken, behoren tot het verleden. Diverse diensten hebben dezelfde belangen en knelpunten. Ze werken samen op winwinbasis, hierin gesteund door financiële stimulansen van de overheid. Vooral in rurale gebieden bestaat er een sterke netwerking en onderlinge afstemming van verschillende diensten.

De afstemming van diensten op elkaar gebeurt lokaal door de verantwoordelijken van deze diensten, samen met de coördinator van het Sociaal Huis. De onderlinge afstemming van de complexe zorg voor een concrete zorgvrager gebeurt door de care manager.

3.5.6. Een aantal diensten wordt per buurt, weer andere diensten worden lokaal of bovenlokaal ingericht. Zo zal bijvoorbeeld niet elke gemeente over een thuisbegeleidingsdienst voor mensen met een niet-aangeboren hersenletsel of voor de begeleiding van ex-psychiatrische patiënten beschikken. De zorgregiowerking bewijst in deze gevallen haar nut. De uiteenlopende hulpverleners kunnen makkelijk, met de inzet van ICT en met behulp van het elektronische dossier van hun cliënten, communiceren en overleggen met andere hulp- en dienstverleners die betrokken zijn bij die bepaalde zorgvrager.

3.6. Een betaalbaar woonzorgbeleid

3.6.1. Mensen zijn gewend om autonoom beslissingen te nemen. Veel burgers regelen hun zorg zelf, in overleg met een consultant van het Sociaal Huis voor lichte vormen van zorg, of in samenspraak met een care manager voor meer complexe vormen van zorg. Veel mensen hebben de nodige ‘appel voor de dorst’ om zelf tot op zekere hoogte verantwoordelijkheid op te nemen voor hun zorgvragen. Wie met eigen middelen bepaalde aspecten van zijn zorg wil regelen, kan dat vanzelfsprekend. Zowel de non-profit als de publieke en de commerciële sector spelen daarbij een belangrijke rol. Ze promoten allerlei comfortmiddelen en -diensten. Toch blijft de overheid voor iedereen financiële verantwoordelijkheid nemen voor die aspecten van de zorg waarover een grote consensus bestaat.

3.6.2. De zorgvrager heeft, naargelang zijn score op een eenvormig inschalingsinstrument, recht op een bepaald zorgbudget, een persoonlijk assistentiebudget. Dat budget wordt uitgereikt aan zorgvragers in de vorm van elektronische cheques. Een medewerker van het Sociaal Huis kan met de betrokkene de concrete aanwending hiervan bekijken. De publieke financiering houdt wel in toenemende mate rekening met de inkomens van zorgvragers. Dit fungeert als corrigerend mechanisme in het zorgbudget dat men uitgereikt krijgt. Een niet geringe groep van burgers,

die lange tijd in de marge van de samenleving verkommerde, heeft recht op gratis zorg.

3.6.3. Het merendeel van de woningen is aanpasbaar gebouwd. Dit beperkt de kosten voor zorgaanpassingen in de woningen wanneer mensen op latere leeftijd komen of om andere reden beperkingen ervaren. Omdat ze van meet af aanpasbaar gebouwd hebben, doen steeds minder mensen een beroep op woning-aanpassingspremies van de overheid. De premies worden geregeld aangepast aan de index. Een grote groep senioren kan een premie aanvragen om de woning aan te passen.

3.6.4. In principe zijn burgers verantwoordelijk voor de kosten van hun woonformule. Wonen is losgekoppeld van de zorg, waarvoor de overheid wel een grote verantwoordelijkheid opneemt. Voor diverse woonformules, vooral dan deze met een versterkte zorgcomponent (assistentie bij activiteiten van het dagelijks leven (ADL) bijvoorbeeld) zijn echter financiële tegemoetkomingen mogelijk van de overheid. Via een publiekprivate samenwerking wordt een antwoord geboden op de vraag naar assistentiewoningen en andere woonvormen, zoals kleinschalig groepswonen. De overheid voorziet in elke wijk of gemeente eveneens in een aantal ‘sociale assistentiewoningen’, die aan bepaalde vooropgestelde minimumeisen op het vlak van aanpasbaarheid voldoen. Dit is een opdracht van de sociale huisvestingsmaatschappijen.

3.6.5. De zorg is efficiënt georganiseerd door een aantal intussen ingeburgerde werkwijzen: concurrerende diensten maken geen onnodige verplaatsingen meer (zie boven), een efficiënte aanwending van het elektronische dossier voorkomt onnodige onderzoeken en overconsumptie, en een deel van de consultaties en de opvolging door artsen en andere zorgverleners verloopt via ICT. Deze werkwijze bespaart de overheid onnodige kosten.

3.6.6. Bepaalde diensten, zoals de klusjes-, ophaal- en boodschappendiensten, zijn enkel leefbaar omdat hun deels gefinancierde werking aangevuld wordt door de niet onbelangrijke inzet van vrijwilligers en door de sociale economie. Een actief vrijwilligersnetwerk in elke gemeente draagt in hoge mate bij tot de financiële haalbaarheid van diensten die het comfort van zorgvragers sterk verhogen. Ook de sociale economie draagt bij tot de leefbaarheid van bepaalde diensten (De sociale economie heeft haar waarde al bewezen in vernieuwende woonzorgprojecten, zoals in Wervik).

Conclusie

Uit de bovenstaande denkoefening over hoe een effectief en efficiënt woonzorgbeleid er anno 2020

concreet uit zou kunnen zien, blijkt duidelijk dat uiteenlopende aspecten van expertise samen dienen te komen om een geïntegreerd beleid te realiseren. Een goede inrichting van de ruimtelijke ordening en de samenwerking tussen lokale besturen en andere overheden enerzijds, en tussen uiteenlopende lokale actoren anderzijds, is cruciaal. De ruime en correcte inzet van ICT en domotica kan bijdragen tot een adequaat woonzorgbeleid. In het volgende deel schetsen we een aantal maatregelen die dit woonzorgbeleid mee kunnen helpen realiseren.

4. Aanbevelingen

4.1. Beleidsondersteunende maatregelen

4.1.1. Oprichting van een Expertisecentrum Wonen en Zorg

Er is in ons land al heel wat expertise op het vlak van vernieuwende woonzorgmodellen. Zo zijn er verschillende proeftuinen, maar een goed overzicht van deze projecten ontbreekt (enkele voorbeelden van proeftuinprojecten Levenslang wonen in ons land: de wijk Groenveld in Ninove, Roode Aarde in Oostham, Binnenplein in Berchem, G. Roelandplein in Assebroek, Kerkveld in Wijchmaal, en Sint-Amandswijk Maelstede in Avelgem). Omdat de meeste van deze projecten van korte duur zijn, is het moeilijk om er langetermijnlessen uit te trekken. De evaluatie is ook niet uniform, wat de transparantie niet ten goede komt.

Het in kaart brengen van de verschillende proeftuinen en het ontwikkelen van wetenschappelijke evaluatiecriteria zouden stappen vooruit zijn. In Nederland wordt de expertise op het vlak van wonen en zorg gebundeld in de Nederlandse Stuurgroep Experimenten Volkshuishouding (SEV) en in het kenniscentrum Aedes-Arcades. Het is aan te bevelen om ook in Vlaanderen een expertisecentrum op te richten dat dergelijke projecten of proeftuinen kan sturen en evalueren, en op basis daarvan dan aanbevelingen kan doen aan het beleid. Dit centrum zou ook de communicatie over de resultaten van innoverende woonzorgprojecten voor zijn rekening kunnen nemen, zowel voor het grote publiek als voor specifieke organisaties. Het expertisecentrum kan een platformfunctie vervullen door ervoor te zorgen dat uit de bestaande initiatieven de nodige ervaring kan worden gehaald, dat de initiatiefnemers elkaar makkelijker vinden en door ideeën te ontwikkelen voor verdere innovaties.

Dit expertisecentrum zou geënt kunnen worden op

het Vlaams Expertisecentrum Toegankelijkheid Enter vzw.

4.1.2. Het creëren van regelgevingsluwte

Een aantal veelbelovende innoverende projecten kan momenteel niet van start gaan omdat de bestaande regelgeving een obstakel vormt. Bij onze noorderburen kent men het concept ‘regelgevingsluwte’, zoals we hierboven al zagen.

Dit houdt in dat de toepassing van bestaande wetgeving tijdelijk opgeschort wordt binnen een wel afgebakend gebied of terrein, precies om goede randvoorwaarden te creëren voor innoverende concepten. Als het project zijn waarde bewezen heeft, wordt onderzocht of deze praktijk veralgemeend kan worden en of de regelgeving op structurele wijze aangepast moet worden. Het concept ‘regelgevingsluwte’ spitst zich niet toe op één bepaald beleidsdomein en kan in verschillende sectoren worden ingezet. Het is aan te bevelen dat de Vlaamse regering een wettelijke mogelijkheid tot ‘regelgevingsluwte’ inbouwt om innoverende projecten kansen te geven. Dit dient vanzelfsprekend te gebeuren met het oog op het algemeen belang, onder strikte voorwaarden en met een expliciete evaluatieplicht.

4.1.3. Oprichting van een Interdepartementale Beleidscel Wonen, Zorg en Ruimtelijke Ordening

Uit deze nota blijkt duidelijk dat de verschillende beleidsverantwoordelijkheden op elkaar afgestemd moeten worden om een geïntegreerd woonzorgbeleid te realiseren. Om deze afstemming de nodige slagkracht en impulsen te geven, zou het zinvol zijn een permanente interdepartementale beleidscel op te richten waarin specialisten op het vlak van wonen, zorg en ruimtelijke ordening hun krachten bundelen.

Deze cel zou bevoegd zijn voor beleidsvoorbereidend werk. Hij kan de voorwaarden voor innoverende woonzorgprojecten uitwerken – zoals concrete parameters van regelgevingsluwte – en ervoor zorgen dat de resultaten, gekoppeld aan concrete conclusies en aanbevelingen, doordringen tot bij de bevoegde beleidsverantwoordelijken. De beleidscel kan dit doen in nauwe samenwerking met het op te richten Expertisecentrum Wonen en Zorg. Terwijl dit expertisecentrum vooral de wetenschappelijke en praktische, uitvoerende aspecten van woonzorginitiatieven behartigt, is de interdepartementale beleidscel verantwoordelijk voor beleidsvoorbereidend werk over de sectoren heen.

4.1.4. Het in kaart brengen en verankeren in de regelgeving van woonzorgzones

Om elke wijk of gemeente te voorzien van de nodige woon- en zorgformules, is het afbakenen van ‘woonzorgzones’ een eerste stap. De eerste aanzet hiertoe wordt reeds gegeven in het Woonzorgdecreet. Woonzorgzones, die verschillende woonformules en diensten aanbieden, zullen qua territorium doorgaans uit bestaande wijken bestaan, of uit aanpalende, kleinere wijken (zie boven). Op ruraal vlak zal dit vaak per dorp bekeken worden of, ingeval van kleine dorpen, per bundeling van enkele deelgemeenten.

Binnen elke woonzorgzone zal in kaart worden gebracht welke woon- en zorgformules aanwezig zijn en welke ontbreken. Dit kan gebeuren aan de hand van een checklist, gestipuleerd door het Woonzorgdecreet, en aan de hand van de bestaande programmatienormen. Op basis van deze lijst of kaart kunnen de lokale verantwoordelijken een plan uitwerken om leemtes weg te werken en de toegankelijkheid van elke woonzorgzone te optimaliseren. Zij doen dit in samenwerking met andere bevoegde instanties.

Het concept van woonzorgzones wordt best verankerd in de regelgeving.

4.1.5. Meer slagkracht voor de gemeenten

Het is momenteel de vraag wie er een regierol dient te vervullen binnen de woonzorgzones. Een centrale rol kan gespeeld worden door woonzorgnetwerken, waarnaar verwezen wordt in het Woonzorgdecreet. In dit geval is het niet uitgesloten dat er parallelle netwerken die zogenaamde ketenzorg voorzien aan het werk zijn binnen een gemeente of een wijk (ketenzorg is gebaseerd op het idee dat diverse woonzorgformules zo naadloos mogelijk op elkaar dienen aan te sluiten, bijvoorbeeld een dagopvang, een centrum voor kortverblijf, assistentiewoningen en een woonzorgcentrum). Indien niet zozeer de zorgnetwerken zelf, maar wel een coördinator vanuit het Sociaal Huis van de gemeente iedereen op een lijn tracht te brengen, is er minder gevaar voor zorgnetwerken die blindelings naast elkaar opereren. Wel is het belangrijk dat de coördinator een neutrale, door iedereen aanvaarde figuur is. Veel gemeenten hebben immers ook een eigen aanbod aan diensten. Dit schept een mogelijk spanningsveld wegens het gelijktijdig opnemen van de rol van coördinator en partij/aanbieder. De rol van coördinator is dus niet evident. Hij vraagt het vermogen om boven diverse partijen en belangengroepen te staan, wat enkel kan door volledig transparante en beargumenteerde beslissingsprocessen.

Indien de Sociale Huizen van gemeenten een coördinerende rol krijgen in het uittekenen en uitwerken

van een geïntegreerd woonzorgplan voor hun gebied, dienen hier vanzelfsprekend ook werkingsmiddelen aan gekoppeld te worden. Bevoegdheden die nu vaak door uiteenlopende instanties en servicepunten worden ingevuld, kunnen in het Sociaal Huis gebundeld worden, wat de efficiëntie van de dienstverlening verhoogt en de transparantie voor de burgers ten goede komt.

4.2. Wonen en ruimtelijke ordening

4.2.1. Het stimuleren van aanpasbaar bouwen en verbouwen

De overheid stelt samen met bouworganisaties een checklist op voor aanpasbaar wonen of meegroeiwonen. (aanpasbaar wonen = woningen bouwen of verbouwen op een manier die de basistoegankelijkheid verzekert. Aangepast wonen = een woning aanpassen op maat van de specifieke behoeften van de bewoners met een handicap of een oudere). Meegroeiwonen en toegankelijkheid worden de aangewezen manier van bouwen. Het ontwerpen en bouwen van een meegroeiwoning en van een toegankelijke woning kan onder meer inhouden dat er aandacht besteed wordt aan:

- de mogelijkheid dat ruimtes in de woning later een nieuwe functie kunnen krijgen;
- het onderbrengen van de ruimtes voor de kinderen in een aparte zone van de woning zodat deze later een nieuwe bestemming kunnen krijgen;
- het bundelen van de voornaamste functies in een woning op de gelijkvloerse verdieping, of het later mogelijk maken hiervan;
- voldoende brede deuren, circulatieruimtes, en wegwerken van niveauverschillen;
- een flexibele elektrische installatie zodat de eventuele latere integratie van domotica gemakkelijk kan gebeuren;
- het plaatsen op een goede Bedieningshoogte van stopcontacten;
- een voldoende ruim toilet en badkamer (antislipvloeren, inloopdouches enzovoort).

De overheid kan deze voorwaarden als een minimumsokkel bindend maken. Daarnaast zijn er nog heel wat optionele aanbevelingen, die afhangen van de concrete mogelijkheden op het terrein.

De overheid kan aanpasbaar bouwen en verbouwen

vrijblijvend stimuleren via een prestatierapport inzake aanpasbaarheid.

Elke makelaar of verkoper geeft dan aan in welke mate een woning aanpasbaar is, bijvoorbeeld door verschuivende wanden, wachtleidingen op de benedenverdieping of toegankelijke sanitaire voorzieningen. De overheid kan zo'n prestatierapport optioneel invoeren en het koppelen aan sensibilisatieacties.

Een basissokkel voor aanpasbaar wonen kan wel verplicht opgelegd worden aan de nieuwbouw van sociale woningen. Ook renovatiepremies voor sociale woningen kunnen gekoppeld worden aan voorwaarden in deze zin.

4.2.2. Het ondersteunen van architecten en bouwheren

Nu al besteden architecten en bouwheren aandacht aan aanpasbaar wonen, zo blijkt uit een enquête van de Bouwunie onder aannemers: 67 procent van de bevroegden zegt hier advies over te geven en maar liefst 78 procent van de bevroegde aannemers meent dat aanpasbaar of levenslang wonen aan belang zal winnen. Meer dan de helft van hen geeft aan dat sommige kandidaat-bouwers hierover vragen stellen. Zaken die bijzondere belangstelling genieten zijn: extra elektriciteitspunten, makkelijke uitbreidbaarheid van de woning, een lift, domoticasystemen, inrijddouches, brede gangen en deuren zonder drempels.

De overheid kan deze groeiende aandacht van bouwheren en architecten voor aanpasbaar wonen ondersteunen door een consulent – of enkele consulenten – aan te stellen die architecten en bouwheren adviseert over de nieuwe, technische ontwikkelingen en de wettelijke normen.

Duurzaam wonen – met als belangrijke component aanpasbaar en aangepast bouwen en verbouwen – hoort daarnaast een onderdeel van elke architectuuropleiding te vormen. Bijzondere aandacht kan gaan naar manieren om verhoogd comfort te combineren met esthetische verwachtingen.

4.2.3. Het Structuurplan Vlaanderen biedt innoverende kansen voor de ruimtelijke ordening.

Het op til zijnde nieuwe Structuurplan voor Vlaanderen kan een dankbare gelegenheid bieden om innoverende woonzorgprojecten voldoende ademruimte te geven. Zo kan het zinvol zijn om in de ruimtelijke ordening de procedure om wijzigingen te verkrijgen voor innoverende projecten te versnellen en te vereenvoudigen. Een toekomstgericht woonzorgbeleid vraagt onder meer om een soepel vergunningsbeleid

voor alternatieve, kleinschalige vormen van groepswonen.

4.2.4. Het verhogen van de toegankelijkheid

Toegankelijkheid is niet enkel een kwestie van aanpasbaar of aangepast wonen, maar ook van een toegankelijke omgeving. De toegankelijkheid en mogelijke obstakels op het vlak van het openbaar domein en publieke voorzieningen moeten in elke woonzorgzone worden onderzocht. In samenwerking met een toegankelijkheidsdeskundige, en al dan niet een externe partner zoals het Vlaams Agentschap Wegen en Verkeer en openbare vervoersmaatschappijen, kan elke gemeente deze obstakels in kaart brengen en een lijst met verbeteringen opstellen. Het verhogen van de toegankelijkheid van een wijk of gemeente past in de mobiliteitscovenanten tussen gemeenten, provincies, de Lijn en de Vlaamse overheid. Er bestaat reeds een vademecum met richtlijnen voor een toegankelijk publiek domein, opgesteld in opdracht van het Vlaams Agentschap Wegen en Verkeer. Toegankelijkheid mag verder ook gelden als een permanent aandachtspunt van het Sociaal Huis. De overheid dient intussen de nodige impulsen te blijven geven in de vorm van bijvoorbeeld aanpassingspremies voor openbare gebouwen. Zij dient er ook op toe te zien dat de al bestaande wet op toegankelijkheid effectief wordt nageleefd.

In Vlaanderen werd al heel wat expertise opgebouwd rond toegankelijkheid. Diverse organisaties hebben zich gespecialiseerd in het ondersteunen en inspireren van het toegankelijkheidsbeleid in Vlaanderen. Voorbeelden hiervan zijn onder meer het Vlaams Expertisecentrum Toegankelijkheid Enter vzw en de provinciale adviesbureaus toegankelijkheid. Van deze opgebouwde expertise dient maximaal gebruik te worden gemaakt bij het ontwerp, de bouw en/of de grondige renovatie van nieuwe, voor het publiek toegankelijke gebouwen. De afgifte van een stedenbouwkundige vergunning voor vergunningsplichtige werken aan voor het publiek toegankelijke gebouwen (overheidsgebouwen, scholen, kantoorgebouwen, gemeenschappelijke delen van woongebouwen enzovoort) wordt daarom best afhankelijk gemaakt van een voorafgaand advies van een erkend Adviesbureau toegankelijkheid (Op 13 maart 2009 heeft de Vlaamse regering een voorontwerp van besluit goedgekeurd tot vaststelling van een gewestelijke stedenbouwkundige verordening inzake toegankelijkheid.).

4.3. Zorg en financiering

4.3.1. Een eenvormige inschaling

Indien zorgbehoefte het criterium wordt van de zorg

– en er dus niet langer een doelgroepenbeleid wordt gevoerd – is er nood aan een gemeenschappelijk te gebruiken basisinstrument om zorgbehoeften te meten. Vlaanderen kan het voortouw nemen – of de federale overheid vragen om dit te doen – door vertegenwoordigers van diverse zorginstanties uit te nodigen om zich over deze kwestie te buigen. De eenvormige basisschaal sluit bij voorkeur aan bij internationale en Europese initiatieven. Een belangrijk aandachtspunt is de administratieve gebruiksvriendelijkheid van het inschalingsinstrument: met ICT moet dit administratief zo eenvoudig mogelijk worden gehouden.

4.3.2. Een vraaggestuurde zorg

De ontwikkeling naar een meer vraaggestuurde zorg, een zorg ook waarin de burgers meer autonomie en verantwoordelijkheid opnemen, is een logische evolutie. Steeds meer mensen vragen immers zorg op maat van hun wensen. Als er een eenvormige basisschaal voor zorgbehoeften komt, kan dit burgers ondersteunen om binnen een bepaald spectrum autonoom te beslissen hoe ze hun zorgbudget willen inzetten. Ze kunnen eventueel overleggen met een medewerker van het Sociaal Huis (zie eerder) over welke diensten voor hen het meest aangewezen zijn. De overgang van aanbod- naar vraaggestuurde zorg gebeurt echter niet op één nacht. De Vlaamse overheid zou een taskforce kunnen oprichten met vertegenwoordigers van zowel federale als Vlaamse zorginstanties, om te onderzoeken hoe een eenvormige basisschaal te koppelen valt aan financiële tegemoetkomingen, en hoe hierover meer autonomie kan gegeven worden aan de zorgvrager.

4.3.3. Homogene bevoegdheidspakketten

Een van de zaken die ons huidige zorglandschap zo complex maken, is de lappendeken aan bevoegdheden in de zorg en in het wonen. Veel projecten en werkingen geraken in financiële ademnood doordat ze moeten wachten op financiering van het Vlaamse, van het federale niveau en soms ook nog van andere instanties. De verschillende overheden opereren immers met uiteenlopende snelheden en stellen ook uiteenlopende eisen, wat de administratieve uitdagingen voor zorgverleners er niet minder op maakt. De Vlaamse overheid moet in dat opzicht ook op het niveau van interministeriële conferenties het concept wonen en zorg op de agenda krijgen om gepaste maatregelen te kunnen uitwerken. Een taskforce kan de beleidsmakers ook op dit vlak ondersteunen.

4.3.4. Lokale coördinatie van de zorg

Er zijn al heel wat aanzetten om de zorg op lokaal vlak te coördineren. Het decreet Lokaal Sociaal Be-

leid en het Woonzorgdecreet geven hiertoe de nodige impulsen. Maar omdat de omschrijving van het begrip ‘coördinatie’ en de verantwoordelijkheid hiervoor niet eenvormig is in beide decreten, hangt deze coördinatie in de praktijk sterk af van de goodwill, ambitie en slagkracht van lokale besturen en diensten. Het lukt daardoor niet altijd om de krachten te bundelen.

Om een verdere versnippering van mensen en middelen tegen te gaan, is het nodig dat er in elke gemeente of zorgregio een actief, structureel overleg plaatsvindt om synergie en winwinsituaties te creëren. Dat vergt, analoog met wat hierboven reeds werd gezegd, een lokale coördinator die boven elke partijdigheid staat. Het is aan de overheid om duidelijk aan te geven wie die coördinerende rol mag of moet opnemen, en om onduidelijkheden of tegenstrijdigheden in de vernoemde decreten weg te werken.

Ook de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnszorg (SEL's, vroeger: samenwerkingsinitiatieven thuiszorg of SIT's) coördineren onder impuls van de overheid de zorgverlening. Een onderzoek naar de sterktes en zwaktes van de SEL's en een evaluatie van hun werking zijn nodig. In welke mate hebben zij bijvoorbeeld baat bij een professionele care manager, die de lokale kaart goed kent? Werkt de gemeenteoverschrijdende reikwijdte van de huidige SEL's?

4.3.5. De rol van verpleegkundigen evolueert

Met steeds minder actieven per aantal mensen boven de 65 jaar (zie eerder) is het onvermijdelijk dat de schaarste aan verpleegkundigen op de arbeidsmarkt, die nu al voelbaar is, nog zal toenemen. Acties om het beroep van verpleegkundige aantrekkelijker te maken zijn dan ook absoluut nodig. In het licht hiervan moet met organisaties van verpleegkundigen besproken worden hoe de rol van verpleegkundigen best evolueert in de toekomst. Is het zinvol hen meer leidinggevende vaardigheden bij te brengen en hen voor te bereiden op een leidinggevende rol ten aanzien van verzorgenden, patiënten en hun mantelzorgers? Hoe kan de inzet van domotica hun taken verlichten? Hoe kan ICT efficiënt worden ingezet in hun communicatie met zorgvragers, met andere zorgverleners en bij het vervullen van hun administratieve verplichtingen? Dit is niet in de eerste plaats een Vlaamse materie, en dus een discussie die in belangrijke mate op een ander niveau gevoerd zal moeten worden. De uitkomst hiervan heeft wel repercussies op de Vlaamse zorgorganisatie.

4.3.6. Onderzoek naar de inzet van ‘zorghotels’ of herstelverblijven

Het Woonzorgdecreet verwijst terecht naar de nood

aan meer centra voor kortverblijf en aan voldoende andere flexibele verblijfsformules, zoals de herstelverblijven. Momenteel bestaat er geen goede en voldoende buffer tussen thuis wonen en de opname in een rust- en verzorgingstehuis. Ten onrechte, want na een ziekenhuisopname, die tegenwoordig vaak erg beperkt is in tijd, zijn mensen niet altijd klaar om naar huis te gaan. Soms is de thuissituatie onvoldoende aangepast of staan er geen mantelzorgers paraat om de herstellende op te vangen en te verzorgen. En waar er wel mantelzorgers aanwezig zijn, kan de zorg thuis soms te belastend worden, waardoor een 'zorgpauze' zich opdringt. De mantelzorger kan ook plots uitvallen. Om al deze redenen is er nood aan opvang in een centrum voor kortverblijf of in een centrum voor herstelverblijf. Tijdens enkele hoorzittingen werd hiervoor de term 'zorghotel' geopperd. De nadruk in deze zorghotels ligt op een zo normaal mogelijke woonsituatie. Personen krijgen verpleegkundige zorgen of revalidatiebehandelingen, maar nemen daarnaast in de mate van het mogelijke hun gewone bezigheden op.

Er is nood aan onderzoek naar de mate waarin opname in een centrum voor kortverblijf, of centrum voor herstelverblijf het watervalstelsel, waarbij mensen op oudere leeftijd na een ziekenhuisverblijf vaak terechtkomen in een rusthuis, kan doorbreken.

4.3.7. Nood aan uitbreiding van de assistentie bij dagelijkse activiteiten

Er bestaan nu al clusters van woningen voor mensen met een handicap. Zij krijgen assistentie bij activiteiten van het dagelijkse leven (ADL-assistentie). Deze oproepbare ADL-assistentie zou ook nuttig kunnen zijn voor ouderen die bij bepaalde activiteiten hulp nodig hebben.

Het zou daarom zinvol zijn proeftuinen te ontwikkelen om de uitbreiding van ADL-assistentie uit te testen. Het lijkt logisch om dit te organiseren in aanleun- of assistentiewoningen (serviceflats). Samen met een uitbreiding van het aantal aanleun- of assistentiewoningen kan dit ervoor zorgen dat mensen langer autonoom functioneren en wonen. Deze ADL-uitbreiding komt ook tegemoet aan de vraag om mensen te behandelen op basis van hun zorgvraag en niet omdat ze tot een bepaalde doelgroep behoren.

De organisatie van ADL-assistentie voor personen met een handicap en voor andere groepen kan gecentraliseerd worden.

4.3.8. Een betere coördinatie van de woonbegeleiding

Verskillende diensten bieden woonbegeleiding aan

bepaalde groepen, zoals jongeren uit de bijzondere jeugdzorg, mensen met een handicap en ex-psychiatrische patiënten. Deze mensen hebben vaak begeleiding nodig om niet te hervallen, een bevoegdheid van het Ministerie van Welzijn. Ofschoon woonbegeleiding voor deze uiteenlopende doelgroepen een eigen expertise vergen, duiken er wel gelijkaardige problemen op in het soms moeizame omgaan met wonen, en vooral in de zoektocht naar goede en betaalbare woningen op de privémarkt en op de sociale huisvestingsmarkt. Het zou zinvol zijn stappen te zetten om op dit vlak sectoroverschrijdend samen te werken, bijvoorbeeld in de vorm van een gefaseerd traject of van enkele proeftuinen, eventueel in samenwerking met de sociale huisvestingsmaatschappijen.

4.4. De inzet van ICT en domotica

4.4.1. Een elektronisch zorgdossier

Het e-healthproject rond gezondheidsgegevens is op federaal niveau van start gegaan. Het elektronische zorgdossier per zorgvrager / patiënt kan hierop geënt worden. Als de gehanteerde begrippen, protocollen en procedures eenvormig en transparant zijn uitgewerkt, kan dit een grote stap voorwaarts betekenen in de efficiëntie van onze gezondheids- en welzijnszorg, zowel collectief als individueel. Herhalingen van administratieve procedures worden zo vermeden of toch sterk ingekort, en mogelijk wordt overconsumptie gereduceerd omdat alle gegevens beschikbaar zijn. Dit levert de overheid besparingen op, terwijl de zorgvrager nodeloos ongemak en nodeloze kosten bespaard blijven. Een discussie over de privacy van de gegevens, over beroepsgeheim en deontologie, en consistente en bindende protocollen over wie op welk moment toegang heeft tot de gegevens zijn noodzakelijke voorwaarden. Hetzelfde geldt voor het nieuwe VESTA-systeem, het informaticasysteem van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.

4.4.2. Domotica en ICT voor zorgvragers

De voordelen van woningen uitgerust met domotica, de zogenaamde 'smart homes', werden eerder al toegelicht. Domotica kunnen niet enkel een rol spelen bij brand-, val- en dwaaldetectie, ze kunnen ook op andere vlakken bij thuiszorg meer comfort, veiligheid en zekerheid bieden. Poorten, rolluiken of deuren die met een druk op een knop geopend of gesloten kunnen worden, vergen weinig kracht. Vuren of lichten die na een bepaalde tijd door middel van een timer aan of uitgaan, geven meer veiligheid. Vooral de integratie van multimedia in de woningen kan een fikse stap vooruit betekenen, omdat dit

nieuwe en snelle communicatiekanalen met de buitenwereld oplevert. Wanneer men via teleconsulting raad zou kunnen vragen aan een zorgverlener, staat de zorgvrager of mantelzorger mogelijk minder alleen met zijn zorgen. Ook de fysieke gezondheid zou via ICT-monitoring (bloeddruk, hartslag, glucosewaarden) opgevolgd kunnen worden. Dit zou het gevoel van controle over de eigen gezondheid kunnen verhogen, zeker als dit gepaard zou gaan met de mogelijkheid om een zorgverlener te consulteren via ICT. We moeten echter een kanttekening plaatsen bij het bovenstaande: veel van de domotica en ICT heeft zijn nut en effectiviteit nog niet eenduidig bewezen. Verder onderzoek en verdere proefprojecten blijven nodig om hierover uitsluitsel te geven.

Om de veiligheid van mensen met een zorgvraag sterk te verhogen, zal in bepaalde gevallen alleszins een samenwerking nodig zijn tussen de ingezette domotica, een alarmcentrale en een zorgcentrale. De overheid kan impulsen geven om proeftuinen op te zetten voor zo'n inzet van domotica en ICT. Ze kan daarnaast nog meer inspanningen doen om de digitale kloof tussen de verschillende generaties weg te werken.

Het verdient aanbeveling om de toepassing van domoticasystemen uit te testen in situaties die niet urgent zijn, zodat mensen tijdens 'rustige periodes' het vertrouwen ontwikkelen om deze middelen ook effectief in te zetten wanneer er een crisis is. De leidende principes bij de inzet van ICT en domotica in thuiszorgsituaties zijn: eenvoud van gebruik, duidelijkheid over de privacy van de gegevens en betaalbaarheid.

4.4.3. ICT voor zorgverleners

De inzet van ICT en het elektronische dossier kan de afstemming van verschillende hulpverleners op elkaar in sterke mate verhogen. Dit veronderstelt wel een vormige communicatieprocedures, een beschikbare helpdesk en een duidelijk protocol met de modaliteiten van en grenzen aan de inzet van deze middelen.

Als basisdomotica en ICT ingeburgerd zouden raken bij steeds meer burgers, en als ook de zorgverleners in hun opleidingen vertrouwd zouden worden met teleconsulting en telemonitoring, zou de communicatie met een zorgvrager deels via teleconsulting kunnen verlopen. Dit bespaart vanzelfsprekend heel wat tijd. De nomenclatuur zal dan in de toekomst wel rekening dienen te houden met nieuwe vormen van consultatie en zorgverlening. Dit is federale materie. Er kunnen vanuit Vlaanderen hooguit impulsen gegeven worden aan het federale beleid om te onderzoeken of de nomenclatuur aangepast kan worden aan een meer hedendaagse vorm van consultatie en zorg.

4.4.4. ICT voor de overheid

ICT kan ten slotte ook worden ingezet om de overheid snel en efficiënt inzicht te geven in evoluties in de volksgezondheid en in zorg- en behandelingspraktijken. Het is op dit moment vooral de federale overheid die hier haar profijt mee kan doen. Doordat zowel ziektebeelden als zorghandelingen makkelijk geregistreerd kunnen worden in een eenvormig elektronisch dossier, kunnen relevante gegevens op anonieme wijze – dus met respect voor de privacy – in een overkoepelend register samengebracht worden om de volksgezondheid en zorg- en behandelingspraktijken in kaart te brengen.

De overheid kan zo ook tendensen volgen, en al dan niet preventieve acties ondernemen. Voor deze laatste poot is de Vlaamse overheid wel bevoegd.

BESLUIT

De uitdagingen om tot een coherent woonzorgbeleid te komen zijn groot. Het ontbreekt Vlaanderen in elk geval niet aan spelers op de domeinen van zorg, wonen en ruimtelijke ordening, maar het is niet evident om al deze spelers op één lijn te krijgen. Te meer omdat diverse aspecten van zo'n beleid onder verschillende bevoegdheden vallen.

Impulsen voor het realiseren van een effectief en efficiënt woonzorgbeleid tussen nu en 2020, dienen zowel van onderuit als van bovenuit te komen. Met die impulsen van onderuit denken we bijvoorbeeld aan plaatselijke initiatieven die gelden als proeftuinen en die worden opgevolgd vanuit een centraal, coördinerend centrum, zoals een Expertisecentrum Wonen en Zorg. Het is ook van onderuit dat lokale besturen bereid moeten zijn om een coördinerende rol op zich te nemen bij het in kaart brengen van mogelijke woonzorgzones, en in de coördinatie van de daar aanwezige dienstverlening.

Dit kan echter maar indien de Vlaamse en federale overheden hiervoor duidelijke en eenvormige kaders uittekenen, die elkaar versterken. Onduidelijkheden of tegenstrijdigheden in verschillende decreten waarvan de materies elkaar deels overlappen, dienen door de overheid weggewerkt te worden. Het is aan de Vlaamse of federale overheden om aan te duiden wie de coördinatie lokaal op zich moet nemen. De overkoepelende overheden dragen eveneens verantwoordelijkheid om de gemeenten te voorzien van voldoende financiële slagkracht om hun coördinerende rol waar te maken.

Een slagkrachtig woonzorgbeleid vergt dus een afstemming binnen de verschillende sectoren en over de sectoren en beleidsniveaus heen. De tijd is kort,

de weg nog lang. De visie en aanbevelingen in deze beleidsnota vormen hopelijk een aanzet om consequent op weg te gaan.

De verslaggever,

Vera VAN DER BORGHT
Tom DEHAENE
Hilde DE LOBEL

De voorzitter,

Els
DE WACHTER
