



Vlaams
Parlement

ingediend op **841** (2015-2016) – Nr. 2
2 februari 2017 (2016-2017)

Verslag van de hoorzittingen

namens de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
uitgebracht door Griet Coppé en Peter Persyn

over de nota van de Vlaamse Regering

ingediend door minister Jo Vandeurzen

Conceptnota over het Vlaamse welzijns- en
zorgbeleid voor ouderen. Dichtbij en integraal.
Visie en veranderagenda

Samenstelling van de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin:

Voorzitter: Bart Van Malderen.

Vaste leden:

Caroline Croo, Danielle Godderis-T'Jonck, Lies Jans, Lorin Parys, Peter Persyn, Tine van der Vloet;
Griet Coppé, Cindy Franssen, Vera Jans, Katrien Schryvers;
Freya Saeys, Martine Taelman;
Freya Van den Bossche, Bart Van Malderen;
Elke Van den Brandt.

Plaatsvervangers:

Björn Anseeuw, Vera Celis, Cathy Coudyser, Koen Daniëls, Ingeborg De Meulemeester,
Manuela Van Werde;
Sonja Claes, Dirk de Kort, Kathleen Helsen, Tinne Rombouts;
Jo De Ro, Emmily Talpe;
Jan Bertels, Bert Moyaers;
Elisabeth Meuleman.

Toegevoegde leden:

Ortwin Depoortere.

Documenten in het dossier:

841 (2015-2016) – Nr. 1: Nota van de Vlaamse Regering

INHOUD

I.	Uiteenzetting door Anja Declercq, LUCAS, KU Leuven	5
1.	Algemeen	5
2.	Voor wie is dit?	5
3.	Prognosemodel	5
4.	Welke zorg?	6
5.	Hoe?	6
6.	Resource Utilization Groups	6
7.	Waarmee?	6
8.	Monitoring	7
II.	Uiteenzetting door Christel Geerts, VUB	7
1.	Preventie = het antwoord	7
1.1.	Lokale entiteiten	7
1.2.	Lokale dienstencentra	8
2.	Programmatie en vergunningenbeleid	8
3.	Wachlijsten	8
4.	Erkenningen	9
5.	Conclusie	9
III.	Vragen van de leden	9
IV.	Uiteenzetting door Klaartje Theunis, directeur Ouderenzorg, Zorgnet-Icuro	13
1.	Zorgzwaarte	13
2.	Zorgvragers: andere verwachtingen	13
3.	Zo lang mogelijk thuis	13
4.	Woonzorg-CENTRUM	14
5.	Continuüm	14
6.	Wonen met zorg	14
7.	Werkbaar werk	14
8.	Vlaamse sociale bescherming en persoonsvolgend budget	15
9.	Nodig?	15
V.	Uiteenzetting door Véronique De Schaepmeester, gedelegeerd bestuurder, Vlozo	16
1.	Aandachtspunten in de sector van de residentiële ouderenzorg	16
2.	Kwaliteitsvolle en continue zorg nastreven	16
3.	Voorzien in uitbouw van thuiszorg en residentiële zorg	16
4.	Toenemende zorgzwaarte	16
5.	Uitbreiding van de residentiële zorg	17
6.	Aanwending van de financiële middelen	17
7.	Overleg met de federale overheid	17
8.	Heldere wetgeving	17
VI.	Vragen van de leden	17

VII. Uiteenzetting door Mathieu Martens, voorzitter Commissie Welzijn, Gezondheid en Zorg, en Nathalie Sluyts, stafmedewerker Advisering, Vlaamse Ouderenraad.....	21
1. Socio-demografische evoluties.....	21
2. Conceptnota als beleidskader	21
3. Uitgangspunten van de Vlaamse Ouderenraad	21
3.1. Leeftijdsonafhankelijk en vraaggestuurd welzijns- en zorgbeleid...	21
3.2. Actief ouder worden	22
3.3. Betaalbare zorg	22
3.4. Kwalitatieve zorg	22
3.5. Toegankelijke zorg.....	23
4. Tot slot.....	23
VIII. Uiteenzetting door Ann Demeulemeester, algemeen directeur Familiehulp, namens VVDG	23
IX. Vragen van de leden	25
X. Uiteenzetting door Tine De Vriendt en Rika Verpoorten, stafmedewerkers, VVSG	28
1. Inleiding	28
2. Verschillende levensdomeinen	28
3. Verschillende trajecten en processen	28
4. Lokaal sociaal beleid.....	29
5. Buurtgerichte zorg	29
6. Het individu staat centraal	30
7. De meest kwetsbaren en gelijke toegang	31
8. Aandachtspunten	31
XI. Vragen van de leden	32
XII. Uiteenzetting door Jan De Lepeleire, Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, KU Leuven	33
1. Zeven richtinggevende uitgangspunten.....	33
2. Aandacht voor lokale clustering	33
3. Revolutie naar technologie aan huis op grotere schaal dan geschetst....	34
4. Vermaatschappelijking.....	34
5. Ziekenhuizen en thuiszorg.....	34
6. Kwetsbaarheid.....	35
7. Keuzevrijheid	35
8. Marktwerving	35
9. Casus ter illustratie	35
10. Wachtlijstbeheer	35
XIII. Uiteenzetting door Dominique Verté, VUB	36
XIV. Vragen van de leden	37
Gebruikte afkortingen	41

Op 14 december 2016 en op 11 januari 2017 hield de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin twee hoorzittingen over de conceptnota over het Vlaamse welzijns- en zorgbeleid voor ouderen. Dichtbij en integraal. Visie en veranderagenda.

Op 14 december 2016 hoorde de commissie prof. dr. Anja Declercq, LUCAS, KU Leuven; prof. dr. Christel Geerts, VUB; Klaartje Theunis, directeur Ouderenzorg, Zorgnet-Icuro; en Véronique De Schaepmeester, gedelegeerd bestuurder, Vlozo.

Op 11 januari 2017 kwamen Mathieu Martens, voorzitter Commissie Welzijn, Gezondheid en Zorg, en Nathalie Sluyts, stafmedewerker Advisering, Vlaamse Ouderenraad; Ann Demeulemeester, algemeen directeur Familiehulp, namens VVDG; Tine De Vriendt en Rika Verpoorten, stafmedewerkers, VVSG; Jan De Lepeleire, Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, KU Leuven; en Dominique Verté, VUB aan bod.

I. Uiteenzetting door Anja Declercq, LUCAS, KU Leuven

1. Algemeen

Anja Declercq ziet de conceptnota als een ambitieus plan, in lijn met maatschappelijke veranderingen en verwachtingen. Keuzevrijheid, geïntegreerde zorg, flexibiliteit door en voor zorgorganisaties zijn er echter nog niet of nog te weinig. Ze klasseert zichzelf bij de optimistisch realisten: ze gelooft erin, maar denkt dat er nog heel wat nodig is en dat het er niet vanzelf zal komen.

2. Voor wie is dit?

Het is duidelijk voor wie het plan bedoeld is, maar niet over hoeveel mensen het precies gaat. De programmaties zijn enkel gebaseerd op demografische gegevens, dus leeftijdsverdelingen. Omdat niet enkel leeftijd bepaalt hoeveel zorg mensen nodig hebben, zal er in sommige regio's te veel en in andere te weinig aanbod zijn.

Socio-economische status, soort arbeid en nog tal van andere factoren hebben een invloed op de zorgbehoefte. Voorts wordt er geen rekening gehouden met veranderingen in zorgvoorkeuren. Een programmatie bouwt enkel voort op de bestaande zorg. Wat bijvoorbeeld met nieuwe zorgvormen, nieuwe problemen als eenzaamheid, nieuwe collectieve woonvormen waar bij de programmatie nog geen weet van was? De methodologie van de programmatie dateert van ongeveer twintig jaar geleden. Ondertussen zijn er meer data, waardoor meer detaillering mogelijk is.

Vraaggestuurde en persoonsgerichte zorg impliceert dat programmaties losgelaten worden. Als niet iedereen die dat wenst een plaats in een centrum krijgt door plaatsgebrek, blijft de zorg aanbodgericht. Het is nog onvoldoende bekend welke behoeften er in welke delen van Vlaanderen zijn en welke niet gelenigd worden.

3. Prognosemodel

Het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin is in juni 2016 onder leiding van Erik Schokkaert een studie gestart die vijf jaar zal lopen om een prognosemodel voor verschillende doelgroepen, waaronder ouderen, te ontwikkelen. In het eerste jaar wordt nagegaan welke data er zijn. Databestanden koppelen vergt toestemming van de Privacycommissie. Een van de problemen is dat er data zijn

over gezondheid, maar niet over welzijn. Als de BelRAI voldoende lang de zorgbehoeften in kaart brengt, kan allicht beter voorspeld worden welke zorg nodig is.

4. Welke zorg?

Persoonsgerichte en vraaggestuurde zorg impliceert evolueren van modellen op basis van ziekte, handicap of beperking naar modellen op basis van de hulp die mensen nodig hebben of vragen. De behoeften moeten dan ook uniform en sectoroverschrijdend vastgesteld worden met BelRAI. Er zit een tegenspraak in de vaststelling dat projecten voor integrale zorg aan chronisch zieken beperkt zijn tot één ziektebeeld.

Autonomie is een lovenswaardig doel, maar er moet ook gezorgd worden voor wie de keuzes niet zelf kan of wil maken. Daar zegt de conceptnota weinig over.

Het is prima om het belang van een gezond leven te benadrukken maar dat is niet altijd een vrije keuze. De capaciteit om gezond te leven is niet gelijk verdeeld over de hele bevolking.

De conceptnota heeft het uitgebreid over mantelzorgers maar niet over professionele zorgverleners die een aanzienlijke invloed ondervinden van de omslag waarbij de zorgvrager bijna werkgever wordt van de zorgverlener. Nochtans zijn goede professionele zorgverleners wezenlijk.

5. Hoe?

De omslag vergt een verregaande integratie van sectoren en het gebruik van één assessmentinstrument voor ouderen in de thuiszorg, de residentiële zorg, de geestelijke gezondheidszorg, de revalidatie, de palliatieve zorg enzovoort. In de sector van personen met een handicap zijn de recente ontwikkelingen goed maar bijzonder complex. Het is zaak te vermijden dat het systeem in de ouderenzorg te complex wordt.

De BelRAI maakt het mogelijk zorgplannen te bepalen, maar ook zorgbehoeften en eventueel zelfs persoonsvolgende budgetten vast te leggen als het gecombineerd wordt met Resource Utilization Groups.

6. Resource Utilization Groups

Resource Utilization Groups is een algoritme dat cliënten indeelt in zorgzwaarte-categorieën op basis van de kenmerken van de persoon en de zorg die hij al krijgt. Vergelijkbaar met de huidige Katz-schaal maar complexer en met meer categorieën. Het resulteert in een casemix-index van relatieve zorgzwaarte ten opzichte van andere zorggebruikers. De categorie waarin een persoon valt, bepaalt het budget waarop hij recht heeft en de zorg die hij nodig heeft. Andere ideeën zijn organisaties vergelijken, management ondersteunen, wijzigingen in zorgzwaarte monitoren, outcomes meten, veranderingen simuleren of sectoroverschrijdend werken. De financiering van organisaties kan ook afhankelijk worden gemaakt van de kwaliteit, zonder evenwel te raken aan de basisfinanciering of aan de mogelijkheden om te verbeteren.

7. Waarmee?

Eens het volledige systeem in werking is, zal er veel ruis verdwijnen. Daarmee bedoelt de spreekster middelen die verloren gaan door slechte communicatie, te weinig samenwerking, overlapping, of onwetendheid over bepaalde diensten. Het kan leiden tot een betere verhouding tussen kosten en kwaliteit van systemen.

Wetenschappelijke literatuur toont aan dat mensen bij gelijke opties niet noodzakelijk de duurste kiezen. Het systeem zal niet meer kosten aan de maatschappij, maar er zijn wel initiële transitiekosten. Innoveren kost geld om erna misschien tot besparingen te leiden.

8. Monitoring

Monitoren van kwaliteit en kosten zal nodig zijn. Het komt erop aan de mogelijke gevolgen van acties in kaart te brengen en daar zoveel mogelijk op te anticiperen. De spreker ziet wel wat in 'Identifying best practice for care-dependent elderly by Benchmarking Costs and Outcomes of Community Care', een Europese samenwerkingsproject tussen zes landen en een partner voor disseminatie geleid door Nederland maar met Belgische medewerking. Dat integreert kwaliteit van zorg in een maat zodat monitoring mogelijk wordt. De data worden gehaald uit routinezorgassessments, waardoor er geen extra dataverzameling nodig is. De kenmerken van het land, de zorgorganisatie, het personeel en de zorgkwaliteit worden met elkaar in verband gebracht zodat het mogelijk wordt de praktijken in de verschillende landen te vergelijken. Het doel is de beste praktijken te identificeren en een methode te ontwikkelen om kosten en kwaliteit te benchmarken en te relateren aan de organisatie van thuiszorg. Voor het onderzoek zijn er gegevens verzameld over het beleid en het budget.

Voorts werden er vragenlijsten afgenomen bij organisaties en personeel, maar ook bij drieduizend ouderen. Het onderzoek wijst uit dat het mogelijk is een verzamelmaat te maken van kwaliteit van zorg met een schaal voor het behouden of verbeteren van de zelfredzaamheid en een schaal voor het verbeteren van het functioneren en het psychosociale welbevinden. De kosten worden dan afgezet tegen hoe de organisaties scoren op beide schalen. Verschillen tussen de organisaties zijn er vooral in cliëntgerichte werking, in het aantal gespecialiseerde zorgprofessionals, en in het monitoren van de kwaliteit van zorg. Op basis van dat alles is een eerste ontwerp van kostenkwaliteitsindex opgesteld. Hoe hoger de index, hoe beter de balans tussen kosten en kwaliteit. Dat maakt vergelijkingen in efficiëntie mogelijk tussen organisaties, maar ook in de tijd.

II. Uiteenzetting door Christel Geerts, VUB

Christel Geerts vindt dat de conceptnota sterk theoretisch onderbouwd is. Het stoort haar dat ondanks het pleidooi voor een geïntegreerde aanpak de conceptnota niet samen met het Vlaams Ouderenbeleidsplan 2015-2020 (*Parl.St.* VI.Parl. 2016-17, nr. 1006/1) bekeken wordt.

1. Preventie = het antwoord

Preventie is cruciaal en de nota besteedt daar voldoende aandacht aan. De nota erkent dat lokale overheden, dienstencentra en verenigingen daarin een betekenisvolle rol kunnen spelen.

1.1. Lokale entiteiten

Algemeen komen de lokale besturen weinig aan bod in de nota. Wel wordt er indirect verwezen naar het decreet van 7 december 2012 houdende de stimulering van een inclusief Vlaams ouderenbeleid en de beleidsparticipatie van ouderen. Nochtans vindt de spreker het daaraan voorafgaande decreet van 30 april 2004 beter. Dat gaf de minister horizontale bevoegdheden en zette de dynamiek van de Vlaamse Ouderenraad op. De derde component ervan was het stimuleren van de lokale besturen. In 2004 zijn verschillende lokale entiteiten

zich daarop gaan organiseren, maar de middelen zijn deels achterwege gebleven. Nochtans zijn alle wetenschappelijke bevindingen gelijklopend: goede preventie start op lokaal niveau. Voor het tekort aan middelen wordt er een oplossing gezocht via partnerorganisaties, maar dat is niet hetzelfde. Het decreet is in 2012 herschreven waardoor de sturing van de lokale overheid in samenwerking met het lokale middenveld is weggefallen. Ze vindt het wegnemen van lokale impulsen een gemiste kans, en dan vooral voor preventie.

1.2. Lokale dienstencentra

Voorts ziet ze een probleem met de lokale dienstencentra. Die werkvorm bestaat al veertig jaar en zijn waarde wordt algemeen erkend. Ook in de conceptnota wordt er meermaals op gewezen. Het voornemen om meer naar werking en minder naar infrastructuur te kijken, is goed, maar het ware beter als ook hun financiering herbekeken werd. De realisatiegraad van de dienstencentra is slechts 47 percent. Daarbij komt dat 182 gemeenten nog geen erkend dienstencentrum hebben. Dat is bedroevend want nabije zorg is cruciaal. De theorie is goed, maar het engagement moet verder gaan.

2. Programmatie en vergunningenbeleid

Volgens het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009 is programmatie een overheidsnorm die de zorg (woongelegenheden, uren woonzorg) billijk spreidt naargelang de behoeften. Tot nader order zijn die programmatiecriteria normerend aangezien er niets anders is. Zoals te lezen valt in de conceptnota, is een actualisering ervan nodig. Dat er een studie over loopt, betekent niet dat de huidige normen opgeschort worden. Dat is vast een interessante oefening, maar wat precies het doel is, blijft onduidelijk. Ze pleit ervoor de demografische benadering ook te behouden omdat die analyses van trends mogelijk maakt.

Uit de trends blijkt dat Vlaanderen erop vooruitgaat, maar zijn eigen normen nog niet haalt. Bij de woonzorgcentra onder meer omdat de vergrijzing versnelt. De erkende en geplande capaciteit van de dagverzorgingscentra en de centra voor kortverblijf afgezet tegen de programmatie evolueert in positieve zin, maar toch zijn de scores nog niet wat ze horen te zijn. Nochtans zijn die centra cruciaal om mantelzorg draaglijk te maken. Eén op de drie gemeenten heeft zelfs nog geen dagverzorgingscentrum. Het is niet mogelijk om nog vijf jaar te wachten tot de normen verfijnd zijn. Er moet nu actie ondernomen worden. Ook assistentiewoningen schieten als paddenstoelen uit de grond. Daarvoor zijn er geen programmatienormen, maar als de programmatienormen van de serviceflats – een vergelijking die niet helemaal opgaat – gehanteerd wordt, is de realisatiegraad ongeveer 60 percent.

Het is nodig de normen te verfijnen, onder meer per regio, maar tot nader orde moeten de huidige het streefdoel blijven. Feit is dat ze niet gehaald worden. Cijfers zijn altijd relatief, maar om thuiszorg mogelijk te maken moeten de basisdiensten in elke lokale entiteit aanwezig zijn. Door de vergrijzing zal de ouderenzorg de komende jaren veel extra investeringen vergen, zowel in de thuiszorg als in de residentiële zorg. Ook de Vlaamse Ouderenraad steunt dat pleidooi. De conceptnota houdt de opschorting van de voorafgaande vergunningen aan. De spreker betwijfelt of dat een wijze beslissing is.

3. Wachtlijsten

Uit de wachtlijsten kan blijken of de programmatienorm een over- of onderschatting is. Dat elkeen op eigen manier wachtlijsten bijhoudt, zorgt ervoor dat er geen eenduidig overzicht is. Het wachttraject voor zwaar zorgbehoevenden verontrust de spreker. De voorbije tien jaar werden de wachtlijsten drie keer

onderzocht. Tien jaar geleden hadden de woonzorgcentra één lijst en een vrij goed zicht op aantallen en wachttijden. Mensen lieten zich tijdig op de wachtlijst schrijven en het tijdstip van inschrijving was bepalend.

Thans werken bijna alle geënuquêteerde woonzorgcentra met twee wachtlijsten: een dringende en een niet-dringende of preventieve lijst. De chronologie is niet langer de bepalende factor maar wel de zorgbehoefte. De mensen op de niet-dringende lijst halen een O- of A-score en komen in regel niet meer in aanmerking voor opname. Nochtans kan dat soms wegens psychosociale redenen of wegens hun netwerk nodig zijn. De dringende lijst bestaat uit personen met een B/C-profiel, al dan niet gecombineerd met een attest dementie of D-profiel. Zij hebben dringend zorg nodig, toch kan slechts één op drie binnen de drie maanden in een woonzorgcentrum terecht, ongeveer de helft de eerste zes maanden. De VUB zal in de komende maanden nagaan waar ze in afwachting van opname dan wel geholpen worden. Uit interviews weet de spreker dat ze doorgaans van ziekenhuisopname naar kortverblijf sukkelen. Dat is economisch niet interessant, maar ook humaan, zowel voor de oudere als voor zijn familie, uiterst belastend.

4. Erkenningen

Ze treedt het pleidooi van de Vlaamse Ouderenraad bij om de erkenningen niet los te laten en zelfs uit te breiden. Het decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen is volgens haar een relatief goede basis voor kwaliteitsborging in de instellingen. Waarmee ze niet wil gezegd hebben dat niet-erkende initiatieven, bijvoorbeeld assistentiewoningen, automatisch slechter werken dan de erkende. Erkenningen zijn voor haar geen betutteling, geen regelnevel maar een garantie op kwaliteit voor mensen. Dus is het beter voor alle vormen van dienstverlening met erkenningen te werken.

5. Conclusie

Ze concludeert dat de overheid moet blijven investeren in de ouderenzorg. Ze treedt bij dat ook de thuiszorg uitbreidt, maar dringt aan op een realistische inschatting van het potentieel aan mantelzorg. Niet iedereen heeft een netwerk en niet elk netwerk heeft de competenties. Mensen die fragiel zijn, willen dat er voor hen gezorgd wordt. Ze kijkt uit naar diverse maatregelen die aangekondigd worden in de nota: ergotherapeutisch advies, tijdelijke mantelzorgwoningen, mantelzorgvriendelijk ondernemen, seniorvriendelijke ziekenhuizen, de zorgverzekering en het basisondersteuningsbudget. Het benieuwt haar hoe de voorlopige vergunningen van woonzorgcentra zullen omgezet worden in vergunningen voor lokale dienstencentra of gezinszorg. Ook de zorggarantie voor zij met het geringste sociaal netwerk is voor haar verre van duidelijk. Tot slot is ze helemaal voor zorg in de buurt, maar vraagt waarom er niet meer gesproken wordt over het woonzorgnetwerk. Ze denkt dat daarmee nog heel wat efficiëntie en zorgwinst te boeken valt.

III. Vragen van de leden

De kust wordt bijzonder zwaar getroffen door de vergrijzing, aldus *Danielle Godderis-T'Jonck*. Heel wat mensen gaan er wonen na hun pensionering. Zij kennen er weinig mensen. De woonzorgcentra worden overspoeld. Het is zelfs zo erg dat revalidatiecentra voor twee derde bevolkt zijn met zwaar zorgbehoevende personen die wachten op een plaats in een woonzorgcentrum waardoor er voor wie echt moet revalideren geen plaats meer is.

Elke Van den Brandt vraagt hoe het de komende jaren moet in afwachting van een bijstelling van de programmeringen. Naast de bestaande centra duiken er nieuwe vormen op. De grootschalige woonzorgcentra sluiten minder en minder aan bij wat mensen willen: ze willen kleinschaligere centra waar ze meer in de pap te brokken hebben. Hoe zien de sprekers de evolutie? Is het nog zinvol de huidige zorgvormen bij te creëren? Hoe kan de overheid de nieuwe vormen een duwtje in de rug geven? Ze vindt dat er thans weinig ruimte is voor die nieuwe vormen.

Ook zij is voor één zorgschaal. Professor Declercq benadrukt vaak dat de BelRAI altijd vergezeld moet zijn van een zorgplan. Bij de beoordeling moet er altijd rekening gehouden worden met de context. De zorgverzekering en het basisondersteuningsbudget zijn forfaitaire modellen. Een goed zorgplan maakt een vraaggestuurde financiering mogelijk. Hoe kan die financiering best vormgegeven worden?

In Brussel woont 10 percent van de ouderen in woonzorgcentra. In Vlaanderen 3 percent. Dat is het gevolg van de stedelijke context. In Brussel is het aanbod aan thuiszorg ook beperkt. In welke mate is het verschil het gevolg van het aanbod?

Jan Bertels begrijpt dat de programmatie verlaten wordt bij een vraaggestuurde aanpak. De vraag is echter hoe die overstap kan worden gemaakt. In een overgangsfase moeten de schotten tussen sectoren worden geslecht.

Het prognosemodel komt er tegen 2020. Het lid vindt het absurd om zo lang te wachten. Hij heeft gehoord wat er het eerste jaar van de studie zal gebeuren, maar wat in de jaren nadien?

Ook hij wil het erkenningsbeleid behouden. Hoe dienen de erkenningen echter idealiter te verlopen? Hoe te vermijden dat erkenningen innovatie in de weg staan? Of dat ze de vraaggestuurdheid in het gedrang brengen? Bij veel mensen leeft inderdaad de idee dat ze, eens ze ouder zijn, met enkelen gaan samenwonen en een verpleegster inhuren. Ze staan er niet bij stil dat na verloop van tijd die ene verpleegster het werk niet alleen meer zal aankunnen.

Hij is het absoluut eens met de cruciale rol van de lokale besturen, in preventie maar ook in buurtgerichte zorg. Hoe kunnen ze gestimuleerd worden tot een actievere inbreng?

Griet Coppé zegt dat een conceptnota altijd nog nadere uitwerking behoeft. Doel van de hoorzitting is de visie van de sprekers te horen op de grote uitdaging die de vergrijzing stelt.

Ze heeft het pleidooi voor voldoende middelen onthouden: innoveren vraagt in de beginfase meer geld. Persoonsgericht en vraaggestuurd werken betekent dan weer rekening houden met nieuwe zorgvormen en nieuwe problemen als eenzaamheid. Kennen de sprekers goede voorbeelden in het buitenland? Zestigers staan huiverachtig tegenover de huidige woonzorgcentra die vooral focussen op zwaar zorgbehoevenden.

Een betere gegevensverzameling is belangrijk voor elk verandertraject. Dat blijkt ook in het beleid voor personen met een handicap. Ze pleit ervoor voldoende gegevens te hebben vooraleer bepalende beslissingen te nemen.

Voorts vraagt ze naar goede voorbeelden van opvang van zwaar zorgbehoevenden in het buitenland. Thans is de zorg versnipperd, een appartementsgebouw wordt door verschillende thuiszorgdiensten aangedaan. Hoe kan dat beter?

Freya Saeys weet dat goede thuiszorg nodig is om de mantelzorgers te ondersteunen en mensen langer te laten thuis wonen. Hoe moeten de middelen verdeeld worden in de thuiszorg en in de residentiële zorg? Verpleegkundigen in woonzorgcentra besteden veel tijd aan administratie, wat ten koste gaat van zorg aan bed. Hoe zien de sprekers dat evolueren? Zien ze er oplossingen voor?

Anja Declercq vindt het een slecht idee om de komende vijf jaar in afwachting van het prognosemodel niets te doen. Het prognosemodel moet een soort instrumentenbord worden waarmee de invloed van veranderingen kan worden voorspeld. Verrassend genoeg laten recente onderzoeken uitschijnen dat het aantal mensen met dementie zal dalen in plaats van stijgen. Dat is het gevolg van de hogere opleidingsgraad en betere levensomstandigheden. Zo'n model kan helpen bepalen welke en hoeveel zorg nodig is als die trend zich doorzet.

In afwachting zijn er wel degelijk andere mogelijkheden. De spreker acht het zinvol meer gebruik te maken van lokale analyses die verder gaan dan louter demografische studies. Met de Belgian Ageing Studies is dat trouwens al gebeurd. Die maken het mogelijk specifieke situaties te analyseren en de regionale tekorten te detecteren. In sommige streken is de programmatie ingevuld en zijn er nog tekorten. In andere is ze niet ingevuld en zijn er geen wachtlijsten.

Elke sector moet zich aanpassen aan veranderende voorkeuren en behoeften van mensen. De woonzorgcentra zijn aanzienlijk veranderd. Kleinschalige centra zouden beter zijn, maar worden gehinderd door de huidige financieringsmodellen. Ook daar moeten kwaliteit en welbevinden gegarandeerd worden. Persoonsvolgende financiering kan een stimulans tot vernieuwing zijn omdat de cliënten zelf onderhandelen met de voorziening van hun keuze. Er beweegt al heel wat en er zullen nog heel wat nieuwe vormen opduiken. Het is zaak ervoor te zorgen dat ze niet alleen bereikbaar zijn voor kapitaalkrachtigere burgers. Misschien kunnen regio's met te veel woonzorgbedden die omvormen. Eens het duidelijk is welke richting de zaak uitgaat, zal de dynamiek wel op gang komen.

In januari 2017 start een doctoraatsonderzoek om een sociaal supplement (context) aan de BelRAI toe te voegen. Ook dat zal klaar zijn over vier jaar.

Het klopt dat het aanbod deels de vraag bepaalt. Enkele jaren geleden is onderzocht waarom er in een gemeente relatief meer mensen in een woonzorgcentrum terechtkwamen. Dat was uitsluitend te wijten aan het aanbod. Bij de start van de zorgverzekering bleek het aantal aanvragen groter dan verwacht omdat wie betaalt goed nadenkt of hij er geen recht op heeft.

Ze heeft geen omvattend antwoord op de vragen over de overgangperiode naar persoonsvolgende financiering. In andere landen blijkt dat die periode lang genoeg moet duren om mensen te laten wennen, maar niet te lang want anders blijven ze hangen bij het oude. Op een bepaald moment moeten de twee systemen naast elkaar bestaan, maar wel met een duidelijke planning. Een goede en omvattende voorbereiding is cruciaal. Aan alles moet vooraf gedacht worden, ook aan hoe de overgang voor het personeel zal verlopen. Ook in het zorgonderwijs moet het tijdig aan bod komen.

Erkenning kan inderdaad innovatie blokkeren. Het is misschien beter in te zetten op kwaliteitsmonitoring dan op erkenning. Gebruikers mogen dan zorg kopen bij wie kan aantonen voldoende kwaliteit te bieden.

Lokale besturen meer betrekken is noodzakelijk, zeker voor problemen als eenzaamheid. De ervaring leert dat één model van zorgorganisatie niet overal

werkt. Het is beter doelstellingen op te leggen maar de manier waarop die bereikt worden over te laten aan de lokale besturen.

Een vierde tot een derde van de ouderen zegt eenzaam te zijn. Sommigen zijn sociaal geïsoleerd. Daar valt iets aan te doen. Anderen voelen zich eenzaam omdat hun netwerk weggevallen is. Ze zijn eenzaam omdat er niemand meer is bij wie ze hun hart kunnen luchten. Dat is veel moeilijker op te lossen. Dienstencentra kunnen een rol spelen, maar moeten meer outreachen. Daar hebben ze onvoldoende middelen voor. Met buurtgerichte zorg kan dat mogelijk meer vorm krijgen. In sommige gemeenten worden al bureaus ingeschakeld. In andere gemeenten tracht de maatschappelijk werker van het dienstencentrum in meer afgelegen deelkernen, soms met hulp van de lokale verenigingen, iets op te zetten. Ook hier is er geen zaligmakend model. Een handboek met de mogelijkheden lijkt wel zinvol.

Thuiszorg is essentieel. Bijna iedereen verkiest die zorgvorm. Mensen zijn best bereid tot mantelzorg, maar ze zijn om allerlei redenen minder beschikbaar. Het is essentieel dat de mantelzorg tijdig aangevuld wordt met thuiszorg en andere zorgvormen zoals respijtzorg. Ze achten een uitbreiding van de gezins- en aanvullende thuiszorg zeker nodig. Niet alleen is de programmatie niet ingevuld, hun doelpubliek is uitgebreid.

Voorts klagen niet alleen woonzorgcentra, maar ook ziekenhuizen over administratieve overlast. Gezien de stand van de informatisering lijkt dat oplosbaar.

Christel Geerts beaamt dat de programmatienormen aan verfijning toe zijn, maar vooralsnog zijn ze de enige beoordelingsgrond om na te gaan of er voldoende zorg is. Voor haar moet het doel van de wijziging vooraf duidelijk zijn, maar het is aan de bewindvoerders om dat duidelijk te bepalen. De indicatiestelling als factor toevoegen, vergt studietijd, maar voor een geografische verfijning hoeft er geen vijf jaar gewacht te worden. Voorts heeft het aanbod zeker invloed op de vraag, maar de relatie is niet eenduidig. Het is niet omdat er een groot aanbod is, dat er geen wachtlijsten zijn.

De erkenning is een kwaliteitslabel maar mag geen nieuwe werkvormen hypothekeren. Huis Perrekens in Geel oogst algemeen bewondering, maar levert al vijftientig jaar een administratief gevecht. Een OCMW organiseert collectieve huisvesting en tracht door de uren thuiszorg waarop elke bewoner recht heeft samen te voegen voltijdse ondersteuning te regelen. Dat valt administratief quasi niet rond te krijgen. Kleinschaliger initiatieven waar bewoners inspraak hebben, moeten mogelijk zijn, hoewel dat niet weggelegd is voor de grote massa. Dat zal de woonzorgcentra niet ontlasten gezien het profiel van hun bewoners. Hoe in initiatieven als assistentiewoningen meer zorg kan worden geboden, is vooralsnog onduidelijk. Nochtans krijgen de erkende assistentiewoningen al taken in crisis- en overbruggingszorg, wat een valabel denkspoor is. De spreekster verduidelijkt dat ze niet iedereen in een woonzorgcentrum wil, maar wel dat er plaats is voor iedereen die het nodig heeft.

De overstap naar een andere zorgorganisatie moet alle kansen krijgen. Dat kan niet als de situatie al deficitair is. Het is geen goed idee de voorafgaande vergunningen zo maar op te schorten. Ze kunnen alleen maar hopen dat de minister de erkenningskalender volgt. Volgens de programmatiecriteria zijn er 95.000 woonzorgbedden nodig, maar door de vergrijzing komen er jaarlijks veel bij.

Lokale overheden doen al heel wat. Er is inspiratie genoeg. Maatwerk is inderdaad belangrijk. Handboeken zijn goed, maar lokale overheden hebben vooral middelen en impulsen nodig. Het mag niet afhangen van de goodwill en de

inzichten van het lokale bestuur alleen. Het is een gemiste kans dat het niet aan bod komt in de conceptnota, maar misschien komt het nog in het Vlaams Ouderenbeleidsplan 2015-2020.

Thuiszorgondersteunende diensten werken alleen maar als ze dicht bij de mensen gelegen zijn. In afwachting van nieuwe normen kan er alvast voor gezorgd worden dat er in elke gemeente voldoende zijn. De financiële ondersteuning is belangrijk, maar de structuren minstens even belangrijk. Meer maatwerk is belangrijk, maar heeft als mogelijk nadeel nieuwe administratieve vereisten, tenzij er één ticket komt waar gedifferentieerde rechten uit worden geput. De huidige zorgverzekering heeft natuurlijk het enorme voordeel van de eenvoud, maar meer differentiatie lijkt zinvol.

IV. Uiteenzetting door Klaartje Theunis, directeur Ouderenzorg, Zorgnet-Icuro

Klaartje Theunis verwijst naar het congres met de titel Gps 2021, dat was gebaseerd op ideeën en ervaringen van ledenorganisaties. Daar is al veel verwoord van wat in de conceptnota staat, zowel over de veranderingen als de behoeften. Algemeen vindt Zorgnet-Icuro de nota goed. Er staat veel in waarmee verder aan de slag moet worden gegaan. In het tweewekelijks overleg met het kabinet heeft Klaartje Theunis kunnen vaststellen dat minister Vandeuren alvast aan bepaalde aspecten bouwt. Ze hoopt dat hij blijft ijveren om alle aspecten te realiseren.

1. Zorgzwaarte

Zorgnet-Icuro maakt elk jaar een financiële analyse van 144 woonzorgcentra. Daaruit blijkt dat de laatste tien jaar de zorgzwaarte enorm toegenomen is: van 72 percent zwaar zorgbehoevenden in 2006 naar 83,5 percent in 2015. Met de huidige financiering is het niet mogelijk om alleen die populatie op te nemen want dat zou de werkdruk voor het personeel ondraaglijk maken. De gemiddelde leeftijd in de instellingen is 86 jaar. Dat is op zich geen probleem, maar oudere mensen hebben gemiddeld meer chronische zorg nodig. De gemiddelde verblijfsduur is 3,4 jaar. De enkele O/A-profielen halen dat gemiddelde flink naar omhoog. De gemiddelde verblijfsduur van nieuwe bewoners is slechts 1,5 jaar. Dat maakt duidelijk dat er tussenvormen nodig zijn.

2. Zorgvragers: andere verwachtingen

De verwachtingen van zorgconsumenten evolueren. Eigenlijk hoort een bewindvoerder uit te gaan van wat hij voor zichzelf of zijn dierbaren wil. De meesten denken echter te bipolair: thuis is het goed, in het woonzorgcentrum slecht.

3. Zo lang mogelijk thuis ...

Thuis wonen mag dan goedkoper zijn, soms kan het niet meer. De Vlaamse ruimtelijke ordening met lintbebouwing is niet de meest seniorvriendelijke. De mobiliteit is een groot probleem. De spreker ziet de betonstop en de klimaatevoluties als een uitgelezen kans voor een meer inclusieve maatschappij in woonkernen.

De Vlaamse sociale bescherming zal een denkswitch vergen. Aanbodsturing komt te vervallen, maar in afwachting blijven noodgedwongen de programmatiënormen gelden. De sector moet ook cliëntgericht denken, want het is de oudere die bepaalt wat, waar en hoe.

4. Woonzorg-CENTRUM

Het is wezenlijk de regierol van de lokale besturen te versterken, hoewel die duidelijk gescheiden moet zijn van hun rol als actor. Het woonzorgcentrum moet een deel worden van de lokale gemeenschap en een spil zijn voor het zorgaanbod. Het woonzorgcentrum moet dus nog steeds wonen en zorg aanbieden, de zogenaamde rustoordfunctie, maar ook tussenvormen en zelfs buurtzorg. Voor de spreker moet er nagedacht worden over verregaande ketenzorg en zorgcontinuüm. Zo is er geen reden waarom wie thuis iemand verzorgt, dat niet kan blijven doen tot het levenseinde, dus ook als die persoon in een woonzorgcentrum terecht komt.

De inclusieve benadering is een ander denkspoor: jongeren en ouderen door elkaar, mensen met allerlei zorgbehoeften of zelfs gezonde mensen. Zo krijgt mantelzorg een nieuw elan. Uiteraard vergt elke doelgroep een aparte aanpak en kennis, maar er is geen reden om dat niet te bundelen in één organisatie(netwerk). Dat staat ook een kleinschalige aanpak niet in de weg.

5. Continuüm

Inzetten op dienstencentra is nodig. In Vlaams-Brabant en Oost-Vlaanderen zijn er in minder dan 40 percent van de gemeenten lokale dienstencentra. In Brussel is dat in meer dan 70 percent van de gevallen. Iedereen moet langer werken en velen wonen verder van hun ouders. Mensen hebben later zorg nodig. De tussenvormen zijn broodnodig. De klassieke vormen als assistentiewoningen en dagverzorgingscentra, maar ook nieuwe, bijvoorbeeld palliatief kortverblijf, assistentiekamers in een woonzorgcentrum, herstelfuncties, woonvormen van senioren en studenten, kangoeroewonen of zorgcontainers. Daarvoor is het nodig de regelgeving aan te passen.

6. Wonen met zorg

Het woonzorgcentrum mag niet langer een plaats zijn waar mensen enkel komen om er te sterven. Als ze geen intensieve zorg meer nodig hebben, moet er een weg terug zijn. Ze pleit ook voor gecontroleerd risicomanagement. Voor de levenskwaliteit is het beter mensen te empoweren dan uit voorzorg te immobiliseren, bijvoorbeeld om vallen te vermijden. Cliëntgericht denken betekent ook grenzen laten vervagen om een continuüm te kunnen aanbieden.

Met de zesde staatshervorming heeft Vlaanderen de kans een continu beleid te voeren voor heel wat aspecten. Waarom is er een aparte cafetaria nodig voor de VAPH-afdeling, voor het woonzorgcentrum, voor het lokale dienstencentrum van het sociale huis? Waarom aparte huisvesting?

Diversiteit is in verschillen gelijkenissen ontdekken. Die integrale aanpak betekent ook anders bouwen, leeftijdsonafhankelijk, met de focus op leven en niet op zorgafhankelijkheid, en geïntegreerd in de omgeving.

7. Werkbaar werk

Werkbaar werk is een andere uitdaging. Dat vergt andere werkwijzen, zelfsturende teams bijvoorbeeld, maar ook meer personeel. Volgens de erkenningsagenda zullen er deze regeerperiode achtduizend woongelegenheden bijkomen. Als minister Vandeurzen doorzet met de preciaire dossiers, zullen het er allicht nog wat meer zijn. Maar het zijn allemaal rob's, terwijl er voor de zwaar zorgbehoevenden rvt's nodig zijn. Een deel van de voorlopige vergunde woongelegenheden zal nodig blijven, maar de sector moet de kans krijgen om na te denken over reconversie van de anderen.

8. Vlaamse sociale bescherming en persoonsvolgend budget

Zorgnet-Icuro vraagt dat de Vlaamse sociale bescherming simultaan ingevoerd wordt voor thuis- en ouderenzorg, met een uniforme wetenschappelijk onderbouwde meettaal. Slechts dan is een zorgcontinuüm mogelijk. Cashbudgetten zijn voor senioren geen goed idee, vouchers zijn beter. Op basis van inkomen en vermogen moeten er sociale correcties zijn. Voors pleit ze voor een one-shot-instap. Tot al die veranderingen in één keer ingang vinden, is continuïteit nodig. Het RIZIV kent zijn beperkingen, maar als het in 2019 een 'VIZIV' wordt, moeten de regels voorlopig gehandhaafd blijven.

9. Nodig?

De zorgsector heeft zicht nodig op de zorgbehoeften. De huidige achterhaalde programmatie moet worden vervangen door zorgprognoses die toekomstgericht zijn en wetenschappelijk onderbouwd. De sector heeft die informatie sneller nodig dan over vijf jaar. Nu Vlaanderen bevoegd is, zijn de tussenschotten tussen ouderenzorg, thuiszorg of geestelijke gezondheidszorg achterhaald. Voorts moet er ook gezocht worden naar ontschotting tussen alle Vlaamse zorgvormen voor mensen met een chronische zorgbehoefte. Ze vraagt de muren rond het VAPH open te breken en beter samen te werken. Ook ziekenhuizen hebben chronische patiënten. Ziekenhuizen hebben chronic-careprojecten, de ouderenzorg niet, terwijl zijn inbreng wezenlijk is. Voorts vraagt ze gelijke spelregels voor iedereen en transparant bestuur, financiën en boekhouding.

Voor een diversiteit aan tussenvormen is regelluwte nodig en een nieuw kwaliteitsmetingsysteem. Erkenningen zijn vooralsnog de enige methode, maar de spreker prefereert een outcomemeting van kwaliteit gecombineerd met gedegen toezicht. Ze pleit ook voor samenwerkingsbevorderende maatregelen. Goede ICT is noodzakelijk voor netwerking. Vlaanderen en de federale overheid moeten met elkaar in dialoog treden. KB 78 is maar één voorbeeld van hoe het vierkant draait als iedereen in zijn eigen hoekje werkt. Welzijn, Volksgezondheid en Gezin moet ook in dialoog treden met de andere bevoegdheidsdomeinen. Een integrale aanpak vergt ook ingrepen in sociale huisvesting, mobiliteit enzovoort. Inclusie betekent maatwerk in afstemming.

Tot slot vraagt ze om een meerjarenplan en -begroting van rvt-bedden, F-forfaits in de dagverzorgingscentra, voor lokale dienstencentra, gezinszorg en herstel. Herstel is een Vlaamse bevoegdheid, maar vooral de ziekenhuizen leggen zich erop toe. Kennis over de plannen met inclusie is broodnodig om beslissingen te nemen. Hoe kunnen sociale ondernemers zonder plannen vooruitgaan? Zorg en Welzijn moeten ten laste van de overheid blijven, voor de hotelfunctie moeten voorzieningen voor eigen conto werken. Vandaar dat de spreker aandringt op huisvesting voor wie dat nodig heeft.

De conceptnota is een mooi werkstuk, maar er kan blijven aan verbeterd worden. Het is zaak de prioriteiten vast te leggen, bij voorkeur nog deze regeerperiode, zodat de sociale ondernemers aan de slag kunnen. Ze ziet drie problemen waar iedereen gezamenlijk zijn schouders moet onder zetten: het klimaat, de armoede en de vergrijzing. Elkaar vliegen afvangen ten koste van de kwetsbare mens, is uit den boze.

V. Uiteenzetting door Véronique De Schaepmeester, gedelegeerd bestuurder, Vlozo

1. Aandachtspunten in de sector van de residentiële ouderenzorg

Véronique De Schaepmeester merkt dat de visie van Vlozo nauw aansluit bij die van Zorgnet-Icuro, wat het gemakkelijker maakt die te verdedigen. Vooreerst benadrukt ze de belangrijke rol van de ouderenzorg in Vlaanderen, ook op sociaal-economisch vlak. De vergrijzing laat dat gewicht toenemen. Door de regionalisering is het momentum er om stabiliteit en continuïteit in het beleid te krijgen. Dat moet weloverwogen gebeuren maar er mag niet te lang over worden nagedacht. De sector heeft immers nu actie nodig.

2. Kwaliteitsvolle en continue zorg nastreven

Kwaliteitsvolle en continue zorg is het doel. Erkenningen zijn nodig, maar mogen de kwaliteit niet in de weg staan. Om beter tegemoet te komen aan de behoeften van de senioren, moet gekozen worden voor meer flexibiliteit, keuzevrijheid en een vrijere prijszetting. Door de marktwerking hebben de zorgvragers al een grote keuzevrijheid, maar voor de spreker moet die nog worden uitgebreid. Voorts is autonomie een belangrijk aspect, zoals ook de conceptnota benadrukt. In de residentiële ouderenzorg wordt door de voorzieningen zelf reeds zwaar geïnvesteerd in de autonomie, de waardigheid, de integriteit en de levenskwaliteit van de oudere.

Wat ook toeneemt is de diversiteit, niet alleen in zorg, maar ook in populatie met onder meer diverse etnisch-culturele achtergronden, geloofsovertuigingen en seksuele voorkeuren. Kwaliteitsvolle, continue en toegankelijke zorg moeten er voor elke oudere zijn. Bewoners en voorzieningen hebben rechtszekerheid en beleidscontinuïteit nodig, alsook voldoende middelen. Vlozo pleit ervoor over te stappen van een middelenverbintenis op een resultaatsverbintenis.

3. Voorzien in uitbouw van thuiszorg en residentiële zorg

Ouderen willen graag thuis blijven. Investeren in thuiszorg is nodig maar daardoor mag de residentiële zorg niet stiefmoederlijk behandeld worden. Meer voorzieningen en personeel zijn broodnodig. Het aantal zwaar zorgbehoevenden maar ook het aantal jongdementen stijgt. Thuiszorg biedt geen soelaas voor die groepen en er zijn niet genoeg rvt-bedden.

4. Toenemende zorgzwaarte

Goede ouderenzorg vergt ook voldoende werkingsmiddelen. De minister bekijkt hoeveel rvt-middelen kunnen worden vrijgegeven. Omdat de voorzieningen de mensen met een zwaarder zorgprofiel al opgenomen hebben, prefinancieren ze de extra zorg en het extra personeel die nodig zijn. Als de middelen vrijgegeven worden, moeten ze nog extra personeel aanwerven.

Vlozo pleit ervoor breder te kijken naar andere mogelijkheden om de kwaliteit te verhogen: innovatie en technologie bijvoorbeeld. De spreker geeft het voorbeeld van het eWZC-project. Als de voorzieningen de extra middelen flexibel kunnen aanwenden, kunnen ze de zorg efficiënter organiseren en innoveren. Met die grotere vrijheid moet uiteraard kwaliteit blijven primeren. Bejaarden moeten zich thuis voelen.

5. Uitbreiding van de residentiële zorg

Dat het infrastructuurforfait ook voor de private actoren geldt, is een goede zaak. Alle discriminaties op basis van rechtsvorm moeten worden weggewerkt. Ouderen moeten zelf vrij de keuze maken en daarom moeten alle aanbieders dezelfde mogelijkheden en middelen hebben. De organisaties willen graag duidelijkheid over hoeveel er precies naar de sector zal gaan, zodat ze kunnen bepalen hoe die middelen optimaal te gebruiken. Het moeten er sowieso voldoende zijn, vandaag maar ook in de toekomst.

6. Aanwending van de financiële middelen

Maatschappelijk verantwoord ondernemerschap is een belangrijk onderdeel van de conceptnota. De beleidsmaker mag en moet nagaan of de middelen correct aangewend worden. Controle staat flexibiliteit echter niet in de weg. De private sector werkt aan persoonsgerichte zorg. Het prijzenbeleid speelt hierin een belangrijke rol, maar de kwaliteit van de geleverde prestaties en een goed personeelsbeleid mogen niet van ondergeschikte orde zijn.

7. Overleg met de federale overheid

Door de herziening van het KB 78 is ook een herziening van de erkennings- en financieringsnormen van verpleegkundigen nodig. Meer middelen en meer handen aan bed zullen de kwaliteit alleen maar ten goede komen, maar dat hoeven niet noodzakelijk verpleegkundigen te zijn. Ze pleit voor overleg tussen de bevoegdheidsniveaus dienaangaande. Ze herhaalt tot slot dat autonomie belangrijk is voor de bewoner.

8. Heldere wetgeving

De overvloed aan regels hindert autonomie en flexibiliteit. Misschien is met de regionalisering het moment gekomen om alles door te lichten en te durven vernieuwen. Het geïntegreerd zorgaanbod is al een stap in de goede richting. Ze dankt de Vlaamse Regering en het Vlaams Parlement voor wat er al ten goede veranderd is.

VI. Vragen van de leden

Freya Saeys ziet dat woonzorgcentra in kernen de problemen niet oplossen. Het transport is voor velen moeilijk, zelfs al is het maar een kilometer. Hoe denken de sprekers dat op te lossen? Wat moet Vlaanderen de federale overheid aanraden voor de herziening van KB 78?

Griet Coppé ziet in de uiteenzetting van Zorgnet-Icuro hoop voor de senior van de toekomst dat de conceptnota en de resolutie betreffende de ontwikkeling van buurtgerichte ondersteuning van zorgafhankelijke mensen (*Parl.St.* VI.Parl. 2013-14, nr. 2347/3) zullen worden uitgevoerd. Ze vraagt waarom vouchers beter zijn dan een cashbudget. In de zorgverzekering en de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden zijn er wel uitbetalingen in cash. Dat woonzorgcentra van de toekomst geen verpleegkundigen meer nodig hebben, staat haaks op de toenemende zware, gecompliceerde en gespecialiseerde zorgbehoeften.

Elke Van den Brandt hoort een pleidooi tegen te veel regels en voor bakens. De voorstellen van Zorgnet-Icuro zijn prikkelend maar verregaand. Dat dezelfde verpleegkundige de oudere in alle fasen blijft begeleiden, klinkt logisch en warm, maar dat vergt de slechting van heel wat tussenschotten. Zien de sprekers mogelijkheden om die voorstellen te testen in proefprojecten? Voor de definitieve

verandering is er nog wel wat tijd nodig, maar welke handvatten hebben de voorzieningen nodig voor een langetermijnplanning?

Het nadeel van de voucher is dat het instellingsgebonden is. Een cashbudget hoeft niet letterlijk geld op de rekening te zijn, het kan ook een trekkingsrecht zijn. In de gehandicaptenzorg is dat al zo en ook voor de ouderenzorg wordt erover gedacht. Wat denken de sprekers daarvan?

Voorts wil ze hun visie kennen over winst in de zorg. De SAR WGG heeft enkele contouren voor sociaal ondernemerschap geschetst die bruikbaar lijken.

Dat de hoeveelheid personeel niet primeert maar de kwaliteit, is een vreemde uitspraak als die gepaard gaat met een pleidooi voor meer tijd en meer vrijheid voor personeel. Of wil de spreker niet meer maar ander personeel? Om tijd, vrijheid en kwaliteit te garanderen, moet er voor Elke Van den Brandt sowieso meer personeel komen.

Ook deze spreker is voor kwaliteit meten bij de outcome. Ze ziet ook een doorgedraaide regeldrift in Welzijn. Ook outcome-indicatoren houden het risico van een opeenstapeling in. Eerst was er een indicator voor valpreventie, waarop er meer fixaties kwamen, wat leidde tot indicatoren over fixaties. Thans zijn er minder fixaties maar mogen mensen minder buiten wandelen. Allicht zal er daarvoor dan een nieuwe indicator nodig zijn. Ze vindt de werkwijze van de onderwijsinspectie beter. Die controleert de eindtermen, ook outcome-indicatoren, maar beoordeelt en stuurt ook de processen bij. Vinden de sprekers dat een na te volgen voorbeeld?

Ook *Jan Bertels* vindt dat het voor de voorzieningen duidelijk moet zijn welke spelregels er de komende jaren gelden, dus een meerjarenplan. De continuïteit moet er niet enkel zijn voor de ondernemers, maar ook in de zorg. Het woonzorgcentrum moet anders zijn dan het oude rusthuis dat afgelegen ligt. Ook hij steunt de oproep tot werkbaar werk. Het overleg met de federale overheid moet voor hem dus ruimer zijn dan louter over KB 78. Cliëntgerichtheid is minder gemakkelijk te verwezenlijken met een voucher, zeker voor de tussenvormen.

Om het resultaat te meten, zijn er enkele outcome-indicatoren nodig die door niemand betwist worden, wat niet evident is. Momenteel zijn er enkel indicatoren over de lichamelijke toestand, niet over het welbevinden. Hoe ver staat het met het ontwikkelen van die criteria?

Hij hoopt dat mevrouw De Schaepmeester met de uitspraak dat de toekenning van rvt's niet exclusief gebonden mag zijn aan het opleggen van bijkomende aanwerving van zorgpersoneel, de personeelsnorm voor rvt-bedden niet naar beneden wil halen.

Katrien Schryvers is het eens met een pleidooi voor een zorgcontinuüm en voor het slopen van muren, die verder gaat dan louter intern in het domein Welzijn. Dat vergt heel wat wijzigingen aan de regelgeving. Het is al een hele opgave die louter te inventariseren. Hebben de sprekers een lijst? Of kunnen ze zeggen wat er essentieel dient te worden aangepakt om de verkokering tegen te gaan?

De resolutie betreffende de ontwikkeling van buurtgerichte ondersteuning van zorgafhankelijke mensen focust ook op de informele zorg. Hoe kan de afstemming tussen professionele en informele zorg het best gebeuren?

Dagverzorgingscentra mogen onder bepaalde voorwaarden nachtzorg aanbieden, maar daar wordt weinig gebruik van gemaakt. Wat zijn de redenen daarvoor?

Voor *Peter Persyn* spoort diversificatie in zorgvorm, in gebruikersprofiel en in zorgverlenersprofiel met de evolutie naar vraaggestuurde zorg. Die mengvormen steken al de kop op. Voorts wordt er gepleit voor het slechten van de muren tussen sectoren zoals Welzijn, Wonen en Mobiliteit. Hoe kan de flexibiliteit van buurtgerichte zorg gerijmd worden met bedrijfszekerheid voor grotere ondernemingen, maar ook voor zelfstandige zorgverleners, die in de eerste lijn in overtal zijn? Er wordt dan wel gepleit voor regelluwe omgeving, maar in de praktijk zal er snel gebotst worden op allerhande beperkende regels. Hoe is dat te vermijden? Eigenlijk vallen continuïteit, flexibiliteit, outcomegerichtheid en cliëntsatisfactie, allemaal te klasseren onder kwaliteit. Hij pleit ervoor om het begrip kwaliteit breed en in al zijn facetten te hanteren.

Klaartje Theunis beaamt dat de mobiliteit al een probleem is. Minister Muyters is erin geslaagd dat probleem groter te maken door de subsidies voor chauffeurs van dagverzorgingscentra stop te zetten. Zelfs als alle diensten in een dorp gelegen zijn en wonen geconcentreerd en geïntegreerd wordt, geraakt niet iedereen waar hij moet zijn. De afstanden worden wel kleiner waardoor transport haalbaarder wordt. Vervoer wordt thans georganiseerd met dienstencheques of vrijwilligers, maar is en blijft een dure zaak. Met kleinere afstanden dalen de kosten. Zwaar zorgbehoevenden kunnen hun transport gefinancierd krijgen, maar budgetten geraken niet op. Dat betekent allicht dat die mogelijkheid te weinig bekend is.

Ze pleit enkel voor vouchers voor wie zware zorgbehoeften heeft en vrijwel geen andere keuze heeft dan hulp te zoeken in een residentie. In de gehandicapten-sector zijn er voor hen budgethoudersverenigingen die een percent vragen om een cashbudget te beheren. Is het niet beter de mensen met een hoge graad van afhankelijkheid daartegen te beschermen? Zeker voor de lichte tussenvormen moet er wel over cash kunnen worden gesproken.

Ze wil wel enkele essentiële aspecten die nodig zijn voor het zorgcontinuüm en ontschotting aan de commissieleden bezorgen. Sommige organisaties zijn, al dan niet op eigen kracht, projecten gestart. Het kabinet-Vandeuren plant proefprojecten over wonen onder één dak. Voorts is er een proefproject voor zware zorg in assistentiewoningen.

Dat er weinig van nachtzorg gebruik wordt gemaakt, heeft te maken met de kostprijs. Personeel in een werknemersstatuut is 35 percent duurder 's nachts dan overdag. Waar er projecten zijn, boeken ze goede resultaten. Het is ook een kwestie van vraag en aanbod. Als de initiatieven onbekend zijn, zullen mensen ze niet frequenteren.

Naarmate er meer tussenvormen komen, zullen ook de raakvlakken tussen professionele en informele zorg toenemen. Het komt erop aan elkaar geen vliegen af te vangen. Wat informeel kan, moet dat blijven. Ook daar is ontschotting nodig. Familieleden moeten ook in een woonzorgcentrum de maaltijd kunnen blijven geven. Zaken als een attest van bekwaam helper, kunnen de ontschotting helpen. Die sporen moeten verder verkend worden. Ze heeft er niet voor gepleit thuis- en gezinszorg in het woonzorgcentrum aan te bieden, maar omgekeerd: het personeel van een woonzorgcentrum dat diensten verleent aan mensen die in de buurt wonen. Ze denkt dat er in twee richtingen moet worden gedacht.

Zorgnet-Icuro vindt als werkgeversorganisatie niet dat het personeel overbetaald wordt. Ze zijn duurder dan zelfstandige krachten, maar werken met hart, hoofd en handen. De job is niet gemakkelijk. Aan de cao hoeft niet getornd te worden. De cao is geen obstakel voor flexibiliteit. Het werknemersstatuut heeft wel grenzen, vooral op het vlak van arbeidsduur, en daar moet aan gesleuteld

worden. Zorgnet-Icuro is al jaren vragende partij om daarover met de minister van Werk en de vakbonden te praten. Crisis- en nachtzorg in de assistentiewoningen met het personeel van het woonzorgcentrum wordt bestraft door het RIZIV, tenzij er allerlei administratieve kunstgrepen toegepast worden. Dat personeel is er en is deskundig, waarom kunnen zij niet in de buurt mee zorgen voor het zorgcontinuüm? Dat betekent niet dat ze de plaats moeten innemen van de thuiszorg, maar wel samenwerken, aangepast aan de specifieke situatie in elke regio. Of een personeelslid alleen in een woonzorgcentrum of ook in de buurt mag werken, kan eenvoudigweg bepaald worden in zijn contract. Heel wat schotten zitten ook in het hoofd van het personeel en de werkgever. Met goed overleg kan dat veranderen. Werken in een bredere omgeving kan er mee voor zorgen dat het werk werkbaarder wordt en dat mensen door de afwisseling goesting in het werk krijgen en behouden.

Om kwaliteit enkel bij de outcome te meten, is er inderdaad nog een hele weg af te leggen, hoewel er al wel wat gerealiseerd is. De procesmatige beoordeling van onderwijs lijkt een goed denkspoor. Zorgnet-Icuro werkt aan een outcomegericht kwaliteitssysteem met een PDCA-cyclus, waarbij er dus telkens een cyclus doorlopen wordt van plannen, doen, controleren en actualiseren. De Vlaamse overheid moet, naar analogie van de federale regels voor de ziekenhuizen, voor de woonzorgcentrum durven na te denken over accreditatie, over kwaliteitsinstrumenten waardoor het toezicht anders kan.

Véronique De Schaepmeester zegt dat Vlozo vragende partij is voor bijkomende middelen, ook voor personeel. Momenteel bekijkt de administratie of er rvt-middelen vrijgegeven kunnen worden voor 2017. Dat zijn bijkomende middelen, waaraan de aanwerving van bijkomend personeel gekoppeld is, wat logisch is gezien de zorgzwaarte verhoogt. Heel wat ondernemingen in de zorgsector hebben die mensen al aangeworven omdat hun huidige bewoners sowieso al meer zorg nodig hebben. Daarop zegt de overheid dat met de bijkomende middelen de dagprijs dan maar moet worden verlaagd. Terwijl zij ervoor pleit de middelen ook te kunnen inzetten voor innovatie en technologie, wat zware zorg bieden minder zwaar kan maken voor het personeel dat al in dienst is. Het is ook een pleidooi voor meer handen aan het bed, want met technologie wordt het personeel vrijgesteld van andere beslommingen. De handen aan het bed hoeven niet noodzakelijk verpleegkundigen te zijn. De huidige normen worden niet altijd gehaald wegens het tekort aan verpleegkundigen. Daarbij komt nog dat de gespecialiseerde verpleegkundigen best doen waar ze in gespecialiseerd zijn. Zorgkundigen kunnen heel wat taken aan bed even goed. Bij wijzigingen van KB 78 zijn er al heel wat taken van verpleegkundigen gedelegeerd naar de zorgkundigen. Toch zijn er nog delegatiemogelijkheden, bijvoorbeeld mensen met slikproblemen te eten geven. Dus ze pleit voor meer personeel, maar niet voor meer verpleegkundigen in een woonzorgcentrum. De normen voor verpleegkundigen zijn ruim genoeg bemeten. Waarmee de spreker niet gezegd heeft dat verpleegkundigen niet noodzakelijk zijn, bijvoorbeeld voor bewoners met diabetes. De woonzorgcentra hebben echter hun imago tegen, verpleegkundigen kiezen veeleer voor ziekenhuizen.

Ze is het ermee eens dat er over meer dan KB 78 moet worden gepraat met het federale niveau, bijvoorbeeld over de cao's. Slechts een klein aantal woonzorgcentra heeft zich ingeschreven op de Sociale Maribelmiddelen om mobiele equipes in te richten. De vaste uurroosters houden dat immers tegen. Voor zorgen verpleegkundigen wordt er altijd aangedrongen op flexibiliteit, maar voor een mobiele eenheid worden er dan vaste uurroosters opgelegd. Het komt erop aan de middelen voor handen aan het bed ook optimaal in te zetten. De huidige arbeidswetgeving verhindert ook dat er op piekmomenten, bijvoorbeeld bij een griep epidemie als er meer zorg nodig is maar ook meer personeel ziek wordt, voldoende personeel kan worden ingezet.

Ondernemers in de zorg zijn voorstander van goed bestuur, maar dat is gemakkelijker voor grote dan voor kleine of eenpersoonsondernemingen. Zo is het oprichten van een raad van bestuur niet evident voor een familiaal bedrijf. Ze pleit voor aangepaste regels van goed bestuur voor die kleinere ondernemingen. Een goede zorgondernemer gebruikt de publieke middelen die hij van de overheid krijgt voor goede zorg. Dat is immers een garantie voor zijn voortbestaan.

VII. Uiteenzetting door Mathieu Martens, voorzitter Commissie Welzijn, Gezondheid en Zorg, en Nathalie Sluyts, stafmedewerker Advisering, Vlaamse Ouderenraad

1. Socio-demografische evoluties

Eerst brengt *Nathalie Sluyts* een aantal belangrijke socio-demografische evoluties onder de aandacht: de dubbele vergrijzing, het stijgende aantal ouderen met een of meer chronische aandoeningen, de veranderende gezinsrelaties en woonsituaties, en de diversiteit.

2. Conceptnota als beleidskader

De Vlaamse Ouderenraad steunt de ambitie van de conceptnota. De raad stelt echter vast dat de conceptnota het gebruikersperspectief aanhaalt, maar toch geen aftoetsing bevat met de reële noden en wensen van ouderen. Ze bevat geen analyse van de huidige en toekomstige knelpunten in de ouderenzorg en evenmin een prioriteitenlijst. Bovendien mist ze een budgettair kader en groeipad. Een geïntegreerd Vlaams welzijns- en zorgbeleid vergt ook een afstemming tussen de lokale, Vlaamse en federale bevoegdheden. Naast deze conceptnota is er ook de reorganisatie van de eerstelijnszorg, het Gemeenschapelijk plan voor chronisch zieken en het Vlaams Ouderenbeleidsplan 2015-2020. Er is ook wisselwerking nodig met andere beleidsdomeinen zoals Wonen en Mobiliteit.

3. Uitgangspunten van de Vlaamse Ouderenraad

De Vlaamse Ouderenraad vindt het vooral belangrijk dat alle mensen actief ouder kunnen worden, ook mensen in zorgsituaties.

3.1. Leeftijdsonafhankelijk en vraaggestuurd welzijns- en zorgbeleid

De Vlaamse Ouderenraad streeft naar kwalitatieve, toegankelijke en betaalbare zorg, ongeacht de leeftijd, de financiële draagkracht en de duur van de zorgbehoefte. Dat is nog niet gerealiseerd.

Het welzijns- en zorgbeleid moet ook vraag- en behoeftegestuurd zijn. Dat vergt nieuwe denkkaders. De conceptnota vertrekt nog te veel vanuit het biomedische denken en minder vanuit de competenties, de doelstellingen en de behoeften van de zorgvragers.

Het welzijnsbeleid moet ook ruimte laten voor identiteit, regie en zelfredzaamheid. Deze evolutie vereist de implementatie van de BelRAI of de BelRAI-screener. Dat moet een allesomvattend instrument zijn om noden, behoeften en context van het individu in kaart te brengen. Dit instrument moet een sociale module en een omgevingsmodule bevatten.

Deze werkwijze heeft impact op de toekomstige personeelsomkadering en financiering. In de toekomst zou dat de persoonsvolgende financiering zijn. Mensen in gelijkwaardige situaties moeten recht hebben op gelijkwaardige zorg

en ondersteuning. De raad vraagt ook aandacht voor ouderen in kwetsbare situaties. Dat zijn de ouderen met de grootste zorg- en ondersteuningsnoden, de mensen met een beperkt sociaal netwerk en de ouderen die de regie van hun leven niet meer zelf in handen kunnen houden.

3.2. Actief ouder worden

Als de Vlaamse overheid alle ouderen de mogelijkheid wil bieden om actief ouder te worden, dan moet ze een voorwaardenscheppend beleid voeren. Dat betekent dat ouderen de mogelijkheid moeten hebben om in hun vertrouwde woonomgeving te blijven wonen. De Vlaamse overheid moet zorgen voor aangepaste woningen en voor een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid. Er moet een brede waaier aan woonzorgmogelijkheden in de eigen omgeving komen.

De ouderen moeten kunnen beschikken over voldoende informatie en toegankelijke aanspreekpunten. Een structurele ondersteuning van de mantelzorgers en de vrijwilligers moet mogelijk zijn. Er moet werk worden gemaakt van zorgzame buurten en preventie. Dat mag zich niet beperken tot het promoten van een gezonde levensstijl. De initiatieven moeten bereikbaar en betaalbaar zijn, en bijgevolg rekening houden met de hele context. Ten slotte moeten waardevolle proefprojecten op een duurzame manier worden voortgezet.

Mathieu Martens verwijst naar twee projecten die het mogelijk maken om mensen dag en nacht te volgen. Zorg- of verpleegkundigen komen verschillende keren per nacht langs bij een persoon met dementie die nog thuis verblijft. Zo kan deze oudere langer thuis verblijven en krijgt de mantelzorger de kans om thuis te slapen. Dergelijke proefprojecten, die hun nut bewezen hebben, moeten over heel Vlaanderen worden geïmplementeerd.

3.3. Betaalbare zorg

Nathalie Sluyts vervolgt dat de betaalbaarheid van de zorg niet aan bod komt in de conceptnota. Er zijn nochtans heel wat mensen met gezondheidsproblemen of met een verlies aan zelfredzaamheid die om financiële redenen geen professionele hulp inschakelen. Dat komt neer op onderbescherming en op non-take-up van zorg en ondersteuning. De Vlaamse Ouderenraad vraagt een onderzoek dat ouderen die uit de boot dreigen te vallen, detecteert en volgt.

Mathieu Martens benadrukt dat de betaalbaarheid van de woonzorgcentra zwaar onder druk staat. Mensen die een woonzorgcentrum niet kunnen betalen, bezitten soms een woning die ze niet kunnen verhuren omdat ze uitgewoond is. Ze durven die woning echter niet te verkopen omdat ze dan een inkomen verwerven. Daardoor dreigt de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden weg te vallen. Er is dus een link met het beleidsdomein Wonen. Heel wat mensen kiezen voor thuiszorg vanwege de betaalbaarheid. Vaak zouden ze namelijk beter verzorgd zijn in een woonzorgcentrum. Dit element wordt het meest vernoemd door de ouderenverenigingen.

3.4. Kwalitatieve zorg

Nathalie Sluyts weet dat het garanderen van kwalitatieve zorg evident lijkt. Toch zijn er bijkomende kwaliteitsgaranties, investeringen en kwaliteitsmonitoring nodig. Voor de financiering van de woonzorgcentra zijn er al heel wat inspanningen geleverd. Er zijn echter nog knelpunten met de rvt-personeelsomkadering. De minimale personeelsnormen moeten verhoogd worden om tegemoet te komen aan de toegenomen zorgzwaarte. Men moet ook inzetten op werkbaar werk, want dat heeft invloed op de kwaliteit van de zorg. Verder stelt de Vlaamse Ouderenraad vast dat de thuiszorg en de woonzorgcentra nog sterk aanbodgestuurd

werken, en vraagt een actieplan ter versterking van de gebruikersparticipatie. De raad heeft ook vragen bij een doorgedreven marktwerking in de woonzorg. Er kan geen winst worden gemaakt op de zorggebonden diensten, wel op de woon- en hotelfaciliteiten. Verder moeten er kwaliteitsgaranties zijn voor iedereen. Er mag geen duaal aanbod ontstaan waarbij de toegang tot de kwalitatieve zorg afhankelijk is van het inkomen.

Mathieu Martens deelt mee dat uit een bevraging door de Vlaamse Ouderenraad blijkt dat er in de rob-bedden een geleidelijke stijging is van het aantal zwaar zorgbehoevenden. Het rvt-forfait is ontstaan naar aanleiding van de afbouw van ziekenhuisbedden. Wie kon bewijzen dat er bedden afgebouwd werden in de ziekenhuissector, wat tot een besparing leidde, werd een groter rvt-forfait aangeboden. Dat is echter voorbijgestreefd. In de rvt's zijn nagenoeg alleen zwaar zorgbehoevende mensen opgenomen. Die toestand ontstaat echter ook binnen de rob's. Rob's en rvt's moeten beschikken over een aantal personeelsleden om een erkenning te krijgen. De meeste instellingen werken met een minimale personeelsbezetting. Daarmee kunnen ze echter geen goede zorg leveren. Het verschil tussen rob en rvt moet in elk geval opgeheven worden. De norm moet zelfs hoger liggen dan binnen het rvt.

Voor de thuiszorg is de zorgnetwerkstructuur in wetteksten opgenomen, maar zijn er geen uitvoeringsbesluiten. De diverse geledingen van de zorg moeten op elkaar worden afgestemd, de thuiszorg, de transmurale zorg, de intramurale zorg en zelfs de ziekenhuiszorg. Ouderen moeten van de ene zorgvorm naar de andere kunnen overgaan, zonder telkens een dossier in orde te moeten brengen. Er moet ook een meetinstrument zijn dat blijft functioneren, ondanks de zorgvorm.

3.5. Toegankelijke zorg

Nathalie Sluyts merkt op dat de conceptnota niet verduidelijkt hoe de Vlaamse overheid een naadloze afstemming van de zorg wil realiseren. Die naadloze afstemming, het wegwerken van financiële, materiële, culturele, sociale en psychologische drempels is nochtans belangrijk om de toegankelijkheid van de zorg te garanderen en te verhogen.

Mathieu Martens weet dat veel mensen na een calamiteit rechtstreeks van ziekenhuis naar rvt gaan. Ze hebben geen keuzevrijheid. Hun dossier wordt ook niet goed begeleid door het ziekenhuis. De Vlaamse Ouderenraad vindt dat de samenwerking tussen dokters en verpleegkundigen bij een dergelijke transfer verplicht moet worden. Hier is een rol weggelegd voor de overheid.

4. Tot slot

Nathalie Sluyts zegt dat de Vlaamse Ouderenraad betrokken is bij de taskforce Vlaams welzijns- en zorgbeleid voor ouderen en bij verschillende werkgroepen. De raad waardeert de intensieve samenwerking tussen de verschillende belanghebbenden. Hij hoopt in de toekomst nog andere concrete aanbevelingen te kunnen formuleren vanuit het perspectief van de gebruikers.

VIII. Uiteenzetting door Ann Demeulemeester, algemeen directeur Familiehulp, namens VVDG

Ann Demeulemeester spreekt namens de hele sector van de publieke en private diensten voor aanvullende thuiszorg. Deze sector beperkt zich niet tot hulp aan ouderen bij het poetsen en koken. Hij richt zich ook tot heel wat categorieën van mensen die door een tijdelijke zorgnood hun leven niet volledig zelfstandig

kunnen invullen. Het kan ook gaan om mensen met een beperking of een psychiatrische kwetsbaarheid. Er is ook samenwerking in het kader van de integrale jeugdhulp. Dat heeft te maken met de keuze van de samenleving voor de vermaatschappelijking van de zorg. Daardoor is de gezinszorg complexer en uitdagender voor wie het in de praktijk moeten waarmaken.

De gezinszorg moet rechtstreeks toegankelijke hulp blijven bieden. Toch moet het gaan om maatschappelijk verantwoorde zorg. De middelen moeten worden ingezet voor reële noden. De indicatiestelling is een actuele kwestie. De BelRAI-screener is opgestart in experimenten met de gezinszorg. De volgende maanden zal dat volledig uitgerold worden. De VVDG vraagt zo snel mogelijk werk te maken van de sociale module. Het huidige instrument laat niet toe om bij indicering optimaal rekening te houden met de brede maatschappelijke context. De cliënt moet centraal staan. Hij moet een keuze kunnen maken. Men mag dus niet langer vanuit het aanbod denken. Dat vergt een nieuwe benadering.

Het is belangrijk om niet te vertrekken van de tekorten maar van de doelen van de cliënt binnen zijn situatie. Dat moet worden omgezet in zorgdoelen. Om de paradigmashift naar het cirkelmodel te maken, zijn er andere instrumenten en professionaliteit nodig, zowel bij de basismedewerkers als bij de begeleiding. De zorgdoelen moeten voldoende breed zijn. De diensten willen bijvoorbeeld via zijn basiswerkers meewerken aan de Vlaamse gezondheidsdoelstelling op het vlak van preventie.

Gezinszorg is niet alleen behouds- maar ook herstelgericht, maar probeert zichzelf zo snel mogelijk overbodig te maken. De tussenkomsten zijn ook gericht op ontwikkeling. Een persoon met een beperking of met een psychische kwetsbaarheid wil leren zelfstandig wonen. De verzorgende of de huishoudhulp moet die persoon leren om zijn huishouden te beredderen.

De professionaliteit van de sector heeft te maken met inspanningen op het vlak van opleiding, vorming, coaching en teamwerk. De meeste diensten werken met wijkteams. Dat kan worden gekoppeld aan de tendens naar buurtzorg. Het begeleidende personeel, de maatschappelijk werkers en de sociaal verpleegkundigen spelen een driedubbele rol. Ze zijn verantwoordelijk voor de intake van de cliënt en voor het terugkeerbezoek. Ze doen aan cliëntbespreking met de basiswerkers. Ten slotte zijn ze ook de brug met andere zorgverstrekkers. Ze doen aan zorgoverleg en zorgcoördinatie. Deze rollen moeten opgenomen worden door de meest nabije zorgverstrekker.

De eerstelijnszorg moet een integraal karakter hebben. De gezinszorg is aanwezig in de levenssfeer van de cliënt, en komt in contact met de mantelzorgers en de mogelijkheden van de wijk. De gezinszorg biedt continuïteit aan de ouderen. De gezinszorg vindt het belangrijk om die zorggarantie te blijven bieden. Dat staat thans onder druk. Een integrale aanpak betekent dat de verschillende spelers dezelfde instrumenten hanteren, onder meer de BelRAI-screener en dat ze op eenzelfde manier zorgdoelen en zorgplannen opmaken. Er moet een continuüm zijn tussen de thuiszorg en de woonzorgcentra. Ook de andere actoren zoals de ziekenhuizen moeten daarbij betrokken worden. In die zin is de thuishulp gretig ingegaan op de federale projectvoorstellen over chronische zorg. De gezinszorg onderschrijft de doelstellingen, en ondersteunt de vraag van de ouderen om over de sectoren heen te denken. Het is nog niet zo duidelijk hoe dat zal evolueren.

De gezinshulp heeft zich in 2015 expliciet uitgesproken voor de persoonsvolgende financiering. Het urencontingent is namelijk niet te rijmen met de vermaatschappelijking en de verbreding van de zorg. De gezinszorg heeft zich expliciet uitgesproken tegen cash en vouchers, en verkiest trekkingsrechten of enveloppe-

financiering. Men mag het model van de gehandicaptenzorg niet zomaar transponeren naar de thuiszorg. Men moet zoeken naar een aangepast systeem dat toelaat om snel in te spelen op de dikwijls acute zorgvragen en dat niet leidt tot overconsumptie. Aan een indicatiestelling op basis van de zorgnood kan een trekkingsrecht gekoppeld worden, maar dat is niet zo evident als het de bedoeling is dat iemand zich na twee weken opnieuw zelf kan beredderen. Het moet ook mogelijk zijn om snel een antwoord te bieden. Patiënten worden snel ontslagen uit het ziekenhuis. Van de diensten wordt steeds meer verwacht dat ze 24 uur per dag beschikbaar zijn, zeven dagen op zeven.

De gezinshulp vraagt ook regelluwte en ontschotting. Het zou goed zijn projecten om te zetten in regulier beleid en daarvoor middelen vrij te maken. De middelen moeten zowel naar de residentiële zorg als naar de thuiszorg gaan want het is geen of-ofverhaal maar een en-enverhaal.

Ten slotte stelt Ann Demeulemeester vast dat de vraag naar gezinszorg toeneemt en dat het aanbod onvoldoende is. Ze vreest dat er binnenkort wachtlijsten zullen ontstaan binnen de gezinszorg. De vermaatschappelijking van de zorg is onmogelijk zonder voldoende budget. Ze is tevreden met de stijging van het urencontingent voor 2017 maar dat volstaat niet om de toename van de vraag op te vangen. De maatregelen binnen de sector van de personen met een beperking zullen belangrijke gevolgen hebben voor de gezinszorg. De gezinszorg wordt ook zwaarder. De sector speelt een rol binnen de thuishospitalisatieprojecten. Bij zwaar zorgbehoevende chronische patiënten moet er 's nachts iemand aanwezig zijn. Dat wordt georganiseerd op basis van pluralistische samenwerking. Ze vreest dat zwakkere en minder assertieve ouderen van heel deze evolutie de dupe zullen worden.

IX. Vragen van de leden

Griet Coppé begrijpt dat de Vlaamse Ouderenraad vraagt om prioriteiten vast te leggen in de conceptnota en om daar een budget aan te koppelen. Kan de raad zelf twee prioriteiten noemen?

De Vlaamse Ouderenraad maakte een opmerking over het ontbreken van keuzevrijheid bij de verhuizing van ziekenhuis naar rvt. Dat is echter een tijdelijke oplossing, in afwachting van een opname in een woonzorgcentrum of een terugkeer naar huis. Hoe wil de raad die keuzevrijheid realiseren?

De Vlaamse Ouderenraad denkt dat de diensten voor gezinszorg op een andere manier moeten werken. Ze moeten in dialoog treden over de zorgdoelstellingen. Dat vergt een andere professionalisering van de basiswerkers. De spreekster vraagt zich af of dat haalbaar is. Zij denkt dat deze overgang geleidelijk moet gebeuren. In de proefprojecten gebeurt dat al. Krijgt het personeel van de diensten voor gezinszorg daarvoor de nodige vorming?

Elke Van den Brandt wil weten welke evoluties de sprekers zien op het vlak van diversiteit. Daarbij wil ze het vooral hebben over de non-take-up. Biedt de conceptnota mogelijkheden om daarmee aan de slag te gaan?

Binnen de thuiszorg daalt het aantal uren per persoon omdat men aan iedereen iets wil geven. De sector vreest voor het ontstaan van wachtlijsten. Zijn er daarover gegevens? Wat is een realistisch groeipad?

Het personeel van de rusthuizen werkt met hart en ziel, maar is onvoldoende talrijk om kwaliteit te garanderen. Wordt er op een creatieve manier gedacht aan mogelijke tussenvormen tussen thuiszorg en woonzorgcentra?

Hoe staan de sprekers tegenover commercialisering? Het advies van de Vlaamse Ouderenraad daarover dateert van enkele jaren geleden. De voorbije jaren is dat aan bod gekomen in de discussie over de thuiszorg en dienstencheques (*Parl.St.* VI.Parl. 2015-16, nr. 707/1 en 2). Biedt deze conceptnota voldoende ruimte om de private spelers een plek te geven en om tegelijk te voorkomen dat er winst wordt gemaakt op de kap van de ouderen?

Ortwin Depoortere begrijpt dat er vooral een problematiek is met de inschaling van de zorgzwaarte. De minister probeert de vermaatschappelijking van de zorg te koppelen aan een systeem van persoonsvolgende financiering. Het gaat echter om verschillende doelgroepen. De ouderen dreigen de dupe te worden van de grotere zorgbehoefte van de chronisch zieken. Pleit de Vlaamse Ouderenraad voor een snelle inwerkingtreding van het nieuwe systeem of voor een langere overgangsperiode?

Mathieu Martens antwoordt dat ouderen vooral belang hechten aan preventie, samenwerking en betaalbaarheid. Voor het eerste geeft hij het voorbeeld van een groep ouderen die geregeld gaat fietsen. Soms valt er een persoon weg omdat hij niet meer kan fietsen. Door thuis te blijven neemt zijn kwetsbaarheid echter toe. Op eenzelfde manier blijven mensen met beginnende dementie weg uit kaartclubs. Sommige mensen gaan niet meer mee op uitstap omdat ze het financieel niet meer aankunnen. Deze verenigingen zorgen mee voor de vermaatschappelijking van de zorg. De gezinszorg zal deze mensen minder ontmoeten omdat er oplossingen worden geboden door de maatschappij. Een preventieve aanpak door de hulpverleners wordt echter bemoeilijkt door de privacywetgeving. Men zou de verenigingen moeten ondersteunen om ook daar een preventieve aanpak mogelijk te maken. Dat kost tijd en geld.

Samenwerking tussen de diverse diensten voor ouderen is heel belangrijk. Mensen die ontslagen worden uit het ziekenhuis hebben over het algemeen geen keuzevrijheid. Ze worden geplaatst in een rusthuis. Er zijn overal wachtlijsten. Ze nemen de plaats die vrijkomt, soms buiten de familiale en maatschappelijke kring. Daardoor vallen de bezoeksmodaliteiten soms weg.

Nathalie Sluyts erkent dat veel mensen met een migratieachtergrond de weg naar hulp en ondersteuning niet vinden. De mantelzorgers raken overbelast. De conceptnota besteedt daaraan wel wat aandacht. Het beleid moet echter meer inzetten op cultuursensitieve zorg.

Mathieu Martens merkt op dat de aanwezigheid van mensen met een joodse of islamitische achtergrond in een woonzorgcentrum het werk in de keuken duurder maakt. De prijs van de diversiteit mag echter niet uitsluitend afgewenteld worden op de bewoners van de instellingen. *Nathalie Sluyts* merkt nog op dat de groep van de ouderen heel divers is.

Mathieu Martens is bereid creatief mee te denken over tussenvormen tussen thuiszorg en woonzorgcentra. Heel wat mensen voelen er iets voor om met enkelen samen te wonen. Er zijn al enkele initiatieven op dat vlak. Kleinschalige woonvormen zijn echter niet levensvatbaar als ze moeten voldoen aan de bestaande regelgeving. Voor zwaar zorgbehoevende mensen wordt dat duur, want er is best dag en nacht een verpleegkundige aanwezig.

De Vlaamse Ouderenraad blijft bij zijn standpunt over commercialisering. De bijdrage van de gemeenschap om mensen te verzorgen moet in haar totaliteit naar de ouderen gaan. Daarop moet ook boekhoudkundig toezicht gebeuren. De raad verzet zich echter niet tegen luxueuze commerciële initiatieven waarvoor de betrokkenen zelf betalen. Dat mag echter niet de norm worden.

Ann Demeulemeester zegt dat er veel aandacht is voor vorming en coaching van de medewerkers. Verschillende diensten zijn bezig met het uitwerken van nieuwe organisatiemodellen. Familiehulp bijvoorbeeld evolueert naar een innovatieve arbeidsorganisatie die binnen het nieuwe paradigma kan werken. De basiswerkers krijgen meer regelruimte om in te kunnen spelen op de noden van de cliënt. Binnen de gezinszorg werkte een sectorverantwoordelijke vroeger met een aantal basiswerkers. Thans zijn er teams die samen verantwoordelijkheid opnemen. De referentiewerking rond personen met dementie, personen met een beperking, kansarmoede of kankerpatiënten kan daaraan gekoppeld worden. De sector is ook de basisopleiding aan het herdenken in overleg met de VDAB. Het is de bedoeling om meer modulair te werken, via e-learning en in samenwerking met de centra voor volwassenenonderwijs.

De verschillende diensten rekruteren uit alle etnische achtergronden, zeker binnen de steden. Het klopt dat te weinig mensen met een andere etnische achtergrond als cliënt de weg vinden naar de gezinszorg. Sommige diensten werkten samen met VIVO aan cultuursensitieve zorg. De overheidssteun daarvoor is weggefallen. Bovendien is dit pas zinvol als de diensten ingeburgerd raken bij die groep. Thuiszorg is een cultuurgebonden zaak. Medewerkers met een andere etnische achtergrond vinden het niet altijd vanzelfsprekend om te werken binnen een gezin uit hun eigen cultuur. Vaak kijkt men daar anders aan tegen het binnenhalen van een externe verzorgende of een huishoudhulp in huis.

In het kader van de tussenvormen wijst ze op de dagverzorgingshuizen die op heel wat plaatsen zijn opgericht. De regelgeving moet worden aangepast om ontschotting te faciliteren in de ouderenzorg. Door persoonsvolgende financiering en indicatiestelling naast elkaar te ontwikkelen, gaan misschien kansen verloren binnen de ouderenzorg. Voor de persoonsvolgende financiering zal een transitiefase nodig zijn. De sector wil goed kijken naar de ervaringen van de sector van de personen met een handicap. Daar rijzen namelijk heel wat vragen. De gezinszorg wil daarom niet afremmen of sneller gaan, maar wel bedachtzaam werken op basis van de ervaring opgedaan in de sector van personen met een handicap.

Er moet een onderscheid worden gemaakt tussen commercialisering en marktwerking. Op dit ogenblik is er veel marktwerking binnen de gezinszorg. Er is keuzevrijheid. Dat beantwoordt aan de vraag van de Vlaming. Bij de erkenning van nieuwe diensten mogen echter geen spelers toegelaten worden die alleen winst willen maken. Het gaat namelijk om kwetsbare mensen. Wie winst wil maken, moet dat doen op het personeel, want dat is goed voor 90 percent van de kosten. Dat heeft echter onmiddellijk effect op de kwaliteit van de zorg, tenzij men aan cherrypicking doet door zich te richten op de mensen die niet zoveel zorg nodig hebben. Men kan ook besparen op de arbeidsvoorwaarden, zoals in Nederland gebeurd is. Commerciële spelers toelaten in de zorg zou geen goede maatschappelijke keuze zijn.

Mathieu Martens zegt dat de persoonsvolgende financiering in een eerste fase goed overkwam bij de Vlaamse Ouderenraad. De uiteindelijke conclusie is dat een trekkingsrecht of een voucher te verkiezen is boven financiering. Het is namelijk niet duidelijk tot wanneer iemand zelf de regie kan voeren.

Nathalie Sluyts beaamt dat de persoonsvolgende financiering binnen de sector van de personen met een handicap eerst goed moet worden geëvalueerd vooraleer te beginnen met de transitie binnen de ouderenzorg. Een maximale bescherming van de ouderen is zeker belangrijk. Overconsumptie en onderbescherming moeten worden voorkomen.

X. Uiteenzetting door Tine De Vriendt en Rika Verpoorten, stafmedewerkers, VVSG

1. Inleiding

Rika Verpoorten weet dat verschillende actoren van de ouderenzorg nauw betrokken waren bij het denkproces over visie, missie en beleidsinstrumenten. Toch zal de VVSG namens de lokale besturen nog een aantal bedenkingen formuleren bij de conceptnota. De lokale besturen formuleren het beleid en voeren het uit. Ze hebben een regierol, maar organiseren zelf ook verschillende vormen van zorg en ondersteuning. Daarbij denkt ze aan de lokale dienstencentra, de diensten voor gezinszorg, en aan de woonzorgcentra, het kortverblijf en de dagcentra die uitgebaut worden door lokale besturen.

De VVSG heeft zich laten inspireren door een passage in de inleiding van de conceptnota: "Om welzijn en gezondheid te bewerkstelligen, te behouden en te verbeteren, wordt op vele terreinen – door diverse personen, organisaties en voorzieningen – gewerkt aan kwaliteitsvolle zorg, hulp en ondersteuning, ingebed in de samenleving. De eigen kracht, de zorg en ondersteuningsbehoeften van de mensen die op hen beroep doen, zijn daarbij richtinggevend. De overheid bewaakt dat de geboden zorg en ondersteuning beschikbaar, kwaliteitsvol en betaalbaar is, alsook dat universele rechten van de mens worden gerespecteerd en bevorderd, met bijzondere aandacht voor de meest kwetsbaren en voor een gelijke toegang tot gelijkwaardige zorg."

2. Verschillende levensdomeinen

Het welzijn en de gezondheid van de ouderen spelen zich af op verschillende domeinen, niet alleen Welzijn en Gezondheid, maar ook Wonen, Ruimtelijke Ordening, Mobiliteit en maatschappelijke participatie. Het is een zaak van verschillende organisaties en voorzieningen die met elkaar moeten samenwerken. Veel hangt af van individuele vragen en noden. Er is een grote diversiteit, onder meer inzake socio-economische status, herkomst en zorgzwaarte. Het beleid moet een integrale benadering hanteren. Op dat vlak gaat de conceptnota nog niet ver genoeg: een sterke beleidsdomeinoverschrijdende visie ontbreekt.

3. Verschillende trajecten en processen

De integrale benadering kan worden toegelicht aan de hand van verschillende trajecten en processen. Minister Vandeuren heeft de zesde staatshervorming aangegrepen om werk te maken van een afstemming van gezondheidszorg en Welzijn binnen de eerste lijn. Dat is opgenomen in het Vlaamse regeerakkoord. De hervorming moet leiden tot een toegankelijke, kwaliteitsvolle en herkenbare eerste lijn op maat van de gebruikers. De professionals moeten worden aangespoord om te werken dichtbij de gebruiker en in onderling overleg. Die principes komen ook terug in deze conceptnota.

De VVSG benadrukt dat het lokale bestuur een belangrijke plaats dient in te nemen in het eerstelijnslandschap, ook inzake zorg en welzijn voor ouderen. Heel wat lokale besturen nemen op dat vlak al taken op. Het lokale bestuur is het beleidsniveau dat het dichtst bij het individu staat, en dat bij uitstek zicht heeft op de noden, wensen en vragen van burgers op haar grondgebied.

Een aantal principes in de conceptnota moet voor de VVSG deel uitmaken van het lokaal sociaal beleid, bijvoorbeeld de samenwerking met lokale partners, het streven naar burgerparticipatie en het toekijken op de toegankelijkheid van de

dienstverlening. Dit moet aansluiten bij het nieuwe decreet voor het lokaal sociaal beleid dat in voorbereiding is.

4. Lokaal sociaal beleid

Het lokale bestuur heeft enkele belangrijke troeven in handen om een rol te spelen binnen het welzijns- en zorgbeleid voor ouderen. Het kan en moet streven naar integrale beleidsvoering, met verbindingen tussen beleidsdomeinen zoals zorg, Welzijn, Wonen, publieke ruimte en Mobiliteit. Het moet de samenwerking tussen verschillende actoren uit die beleidsdomeinen faciliteren.

Het lokale bestuur heeft zicht op lokale noden, wensen en vragen en kan op basis daarvan doelstellingen formuleren. Het kent ook het lokale zorglandschap. Daardoor is het de uitgelezen actor om de regie van het lokaal sociaal beleid op te nemen. De conceptnota erkent deze regierol maar werkt die niet echt uit. De invulling kan worden geconcretiseerd aan de hand van lokale sociale beleidsdoelstellingen, een lokaal sociaal beleidsplan, dat integraal en beleidsdomeinoverstijgend is, met doelstellingen gericht op het welzijn en de zorg voor ouderen. Dat plan moet worden opgemaakt in overleg met de verschillende relevante actoren, met voldoende aandacht voor de lokale vragen en behoeften. Voor de actoren in de zorg en ondersteuning kan het een opportuniteit zijn als het lokale bestuur de regierol opneemt, al ervaren ze dat op het eerste gezicht vaak als een bedreiging. Een goede lokale sociale beleidsplanning kan leemten in het aanbod detecteren zodat de voorzieningen hun aanbod daarop kunnen afstemmen.

Het lokale bestuur moet ook toezien op de toegankelijkheid van de lokale sociale hulp- en dienstverlening voor de burgers. Daarvoor moet het onder meer een rol spelen in de uitbouw van een breed geïntegreerd onthaal.

Regie is echter niet hetzelfde als hegemonie. Regie moet in de eerste plaats gebaseerd zijn op samenwerking en overleg tussen de lokale welzijns- en zorgactoren. Het moet leiden tot een lokaal geïnspireerd beleid. Het lokale bestuur moet de instrumenten in handen krijgen om de lokale actoren te overtuigen tot medewerking aan het lokaal sociaal beleid. Misschien zal het niet voor elk lokaal bestuur even evident zijn om die rol op te nemen. Wellicht zal er een vorm van ondersteuning nodig zijn om de lokale besturen toe te laten om die stap te zetten.

De regierol moet wel voldoende onderscheiden zijn van de zorg- en dienstverlening die het lokaal bestuur zelf aanbiedt. Rolconflicten moeten absoluut vermeden worden.

5. Buurtgerichte zorg

Tine De Vriendt merkt op dat de conceptnota ook stelt dat kwaliteitsvolle zorg ingebed is in de samenleving. De Vlaamse overheid zou proefprojecten ondersteunen rond buurtgerichte zorg. Het is echter onduidelijk of ze daarvoor ook de nodige middelen uittrekt. De VVSG is in elk geval vragende partij voor die middelen. De buurtgerichte zorg sluit ook aan bij het lokaal sociaal beleid en bij de vermaatschappelijking van de zorg.

Op de eerstelijnsgezondheidsconferentie van februari 2017 wordt buurtgerichte zorg naar voren geschoven. De VVSG maakt van de gelegenheid gebruik om haar visie op buurtgerichte zorg kort toe te lichten. De VVSG heeft die visie ook neergeschreven in 'De actief zorgzame buurt als toekomstmodel voor Vlaanderen', in samenwerking met het Kenniscentrum Woonzorg. Buurtgerichte zorg is meer dan zorg alleen. Er moet aandacht zijn voor diverse beleidsdomeinen, zoals ook het geval is in het concept van de leeftijdsvriendelijke gemeente. Buurtge-

richte zorg is een geïntegreerde, proactieve en buurtgerichte aanpak van zorg, Wonen en Welzijn. Het komt erop aan om de noden in een buurt op een outreachende manier te ontdekken. Men moet zoeken naar opportuniteiten, talenten en organisaties om een dynamiek op te zetten in een buurt. Zo kan men komen tot een win-winsituatie voor iedereen. Het is belangrijk om ook de mantelzorg en de informele zorg te ondersteunen.

Om de buurtgerichte zorg goed te laten werken is er volgens VVSG ook een buurtzorgregisseur nodig. De lokale besturen en de lokale dienstencentra kunnen op dat vlak een belangrijke rol spelen. De buurtzorgregisseur moet een analyse maken van de buurt: welke mensen wonen er, hoe is de publieke ruimte ingericht, welke publieke vervoersmogelijkheden zijn er, welke handelaars zijn er, en wie zijn de sleutelfiguren? Hij moet sterk aanwezig zijn op het terrein om de verbindingen te zien en om toe te leiden. Netwerkvorming en samenwerking met formele en informele partners zijn de sleutels om dat om te zetten in de praktijk. De buurtzorgregisseur moet ook beleidsadvies geven aan andere diensten en overheden over de nood aan zorgvormen, aan aangepaste woningen en aan vervoersmogelijkheden. De regisseur moet zicht hebben op het brede sociale beleid om dat beleid mee vorm te geven.

6. Het individu staat centraal

Rika Verpoorten stelt vast dat de conceptnota het individu, met zijn eigen noden en behoeften, centraal stelt binnen de zorg- en dienstverlening. Die lijn zal waarschijnlijk doorgetrokken worden in de financiering van de zorg. Met de zesde staatshervorming is de financiering van de ouderenzorg immers grotendeels een Vlaamse bevoegdheid geworden. De financiering van het welzijns- en zorgbeleid voor ouderen zal worden hervormd in het kader van de uitrol van de Vlaamse sociale bescherming. Daarbij zou men overstappen van een aanbodgestuurde naar een vraaggestuurde of persoonsvolgende financiering.

De uitrol van een dergelijk systeem veronderstelt een aantal voorwaarden. Ten eerste is het essentieel dat de zorgnoden en -wensen van de ouderen correct in kaart worden gebracht. Daarbij mag men zich niet beperken tot de meest voor de hand liggende zaken. Ook de sociale context van de oudere speelt hierin een rol. De aan- of afwezigheid van een sociaal netwerk en het individuele risico op sociale isolatie spelen een belangrijke rol in het welzijn van de oudere, zeker omdat het beleid meer en meer streeft naar vermaatschappelijking en ondersteuning door het eigen netwerk. Daarom dringt de VVSG erop aan dat het inschalingsinstrument van de Vlaamse sociale bescherming, dat momenteel gaat in de richting van de BelRAI en de BelRAI-screener, uitgebreid wordt met een sociale module.

Ten tweede moet men werk maken van doelstellingsgericht werken met het individu. De huidige inschaling focust op de beperkingen van het individu. In de toekomst moet men focussen op de mogelijkheden van het individu en op wat hij nog wil bereiken. Als de financiering gekoppeld wordt aan de inschaling die gebaseerd is op de beperkingen, dan worden de individuen die dankzij de steun van hun netwerk hun zelfredzaamheid goed hebben kunnen behouden, daarvoor afgestraft.

Ten derde moet een systeem van persoonsvolgende financiering elke oudere de zekerheid bieden dat het budget voldoende hoog is om de noodzakelijke zorg te kunnen gebruiken. In de residentiële ouderenzorg is er momenteel een hogere financiering voor een rvt-bed dan voor een rob-bed, ook al hebben de betrokken ouderen misschien dezelfde zorgvraag. Dergelijke verschillen moeten worden weggewerkt. Bijkomende middelen zijn absoluut noodzakelijk. Er is een

realistisch en voldoende hoog budgettaire perspectief nodig en een budgettaire meerjarenplanning.

Ten slotte moet men ook voldoende rechtszekerheid garanderen voor de actoren die vandaag actief zijn in zorg en welzijn. Dat is noodzakelijk om de kwalitatieve zorg- en dienstverlening te blijven organiseren. De organisatiefinanciering moet voldoende hoog zijn om de aanbieders de garantie te geven dat ze voldoende personeel in dienst kunnen houden en dat ze kunnen blijven investeren in onder andere infrastructuur.

7. De meest kwetsbaren en gelijke toegang

De conceptnota formuleert een aantal bekommernissen over de toegankelijkheid van de zorg. Tegelijk legt ze een grote nadruk op de eigen verantwoordelijkheid en de eigen kracht van de oudere en zijn omgeving. De VVSG benadrukt het belang van een correcte inschaling van de zorgbehoefte. Ook personen die om sociale redenen nood hebben aan ondersteuning moeten toegang hebben tot de diensten. Dat wijst nogmaals op het belang van een sociale module binnen het inschalingsinstrument.

Heel wat ouderen gaan zelf niet actief op zoek naar zorg en ondersteuning, hoewel ze daar wel nood aan hebben. Het is belangrijk om die groepen op te sporen en te benaderen om hun de zorg en ondersteuning te geven die ze nodig hebben. Ook op dit vlak kunnen het lokale bestuur en de buurtzorg een belangrijke rol spelen.

Men kan zich ook afvragen hoe realistisch de nadruk op de eigen verantwoordelijkheid is. Sommige ouderen hebben bijvoorbeeld onvoldoende vaardigheden, onder meer op digitaal vlak, om zich goed te informeren en om de beschikbare informatie correct te interpreteren.

De meest kwetsbare ouderen hebben de meest intensieve begeleiding nodig. Dat vergt geld en middelen. Niet elke actor zal daarin willen investeren. Door deze vorm van cherrypicking dreigen de meest kwetsbaren uit de boot te vallen. Daarom zal er in de Vlaamse sociale bescherming een fijnmaziger bescherming moeten worden uitgerold. Sommige ouderen kunnen de bijdrage aan de Vlaamse sociale bescherming niet betalen, ook al ligt die lager voor mensen met een laag inkomen. Zullen zij dan geen recht hebben op een tussenkomst vanuit de Vlaamse sociale bescherming? Binnen de Vlaamse sociale bescherming is er momenteel een inkomensgerelateerde tegemoetkoming, namelijk de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden. Die uitkering is vooral gericht op ouderen die zwaar zorgafhankelijk zijn. Er is een parallel met de beschermingssystemen voor personen met een handicap. Ouderen die niet voldoen aan de vereiste hoge graad van zorgbehoevendheid, krijgen via de Vlaamse sociale bescherming weinig extra mechanismen om de prijs van de zorg te verminderen. Moet de uitwerking van de Vlaamse sociale bescherming niet worden aangegrepen om na te denken over mechanismen om de toegang tot de zorg te verbeteren voor de financieel meest kwetsbare ouderen, zonder daarbij de solidariteit te ondergraven?

8. Aandachtspunten

Tine De Vriendt zegt dat er afstemming nodig is tussen de verschillende trajecten van eerstelijnszorg, lokaal sociaal beleid, geïntegreerd breed onthaal en Vlaamse sociale bescherming. Ook in de conceptnota worden er heel wat acties en werkgroepen genoemd waartussen er misschien nog onvoldoende afstemming is. Men dient te bedenken dat zorg meer is dan zorg voor ouderen. De zorgvoorzieningen hebben te maken met heel diverse doelgroepen waarvoor ze een divers

antwoord bieden. Voor de personen met een beperking is er een ander zorgzwaarte-instrument dan de BelRAI-screener en zijn er andere financieringsmechanismen. De complexiteit mag niet te groot worden.

Men moet integraal denken, niet alleen op het lokale vlak, maar ook op het Vlaamse niveau en in de contacten met het federale niveau. De thuisverpleging is bijvoorbeeld nog grotendeels federaal, maar leunt aan bij de Vlaamse bevoegdheden op het vlak van zorg en welzijn.

Men dient voldoende aandacht te besteden aan de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg voor de meest kwetsbare groepen. Dat moet voldoende duidelijk zijn in de persoonsgerichte en organisatiegerichte financieringsmechanismen. Dat is onvoldoende terug te vinden in de conceptnota. De financiering moet voldoende rekening houden met de rechtszekerheid van de voorzieningen en organisaties.

De VVSG ziet een regierol voor de lokale besturen, in een samenwerkingsproces met alle partners op het terrein. De lokale besturen moeten hun eigen lokale beleidsdoelstellingen invullen, in afstemming met de Vlaamse beleidsdoelstellingen.

De conceptnota is ambitieus, maar het is onduidelijk of er ook een budgettaire groei mogelijk is op korte en langere termijn.

XI. Vragen van de leden

Elke Van den Brandt vindt het logisch dat de lokale besturen een regierol opnemen. Hun bestuurskracht moet worden versterkt. Het volstaat niet dat ze een lokaal sociaal beleidsplan opstellen. Welke bijkomende instrumenten zijn er nodig? Hoe zien de sprekers dat evolueren?

Freya Saeys wil weten welke visie de sprekers hebben op de coördinatie van vraag en aanbod.

De VVSG hecht veel belang aan een correcte inschaling. Hoe willen ze de sociale module van het screeningsinstrument organiseren?

Ouderen zijn zelf vaak vrijwilliger of mantelzorger omdat ze zich nuttig willen maken voor de maatschappij. Moet de lokale overheid vraag en aanbod van het vrijwilligerswerk samenbrengen binnen de gemeente?

Peter Persyn weet dat beleidsmakers voortdurend geconfronteerd zijn met de opdracht om het aanbod, dat gefinancierd wordt met publieke middelen, af te stemmen op de vraag. De persoonsvolgende financiering is eerst ingevoerd voor personen met een beperking. Voor de ouderen zit men op dat vlak nog in de onderzoeksfase. Men mag echter niet te snel van stapel lopen. Er zijn ook andere oefeningen voor nieuwe organisatievormen. Men wil bijvoorbeeld de nadruk leggen op buurtgericht werken. Hoe kan men dat in overeenstemming brengen met de economische vereiste van een bepaalde schaalgrootte? Voor kleinere gemeenten zal dat niet eenvoudig zijn.

Tine De Vriendt beseft dat het voor kleinere gemeenten moeilijk is om de regierol op te nemen. De Vlaamse overheid kan incentives geven voor bovenlokale samenwerking. Het is zoeken naar modellen die de bovenlokale samenwerking niet onmogelijk maken en stimuleren. Bij de uitwerking van het nieuwe decreet op het lokaal sociaal beleid worden deze denkpistes meegenomen.

De Vlaamse erkennings- en financieringsmogelijkheden voor organisaties die zich verbinden om mee te werken aan de lokale beleidsdoelstellingen kunnen helpen om de bestuurskracht van de lokale besturen te versterken en de regierol van de lokale besturen waar te maken.

Inzake de schaalgrootte is er een onderscheid tussen het buurtgericht werken en de regierol op lokaal niveau. Buurtgerichte werk moet altijd op buurniveau gebeuren. Grote organisaties kunnen ook wijkgericht werken als ze echt aanwezig zijn in de buurt. De regierol kan echter ook bovenlokaal worden opgenomen. Er zijn mogelijkheden om die verschillende aspecten te combineren.

Rika Verpoorten antwoordt dat de coördinatie van vraag en aanbod inzake zorg en welzijn een opdracht kan zijn van het lokale bestuur. De lokale overheid moet dan in de eerste plaats een inventaris opmaken van de noden en behoeften van de oudere bevolking en van de bevolking in het algemeen. De Belgian Ageing Studies hebben bijvoorbeeld de samenstelling van de bevolking op lokaal niveau al in kaart gebracht.

Het lokale bestuur moet goed op de hoogte zijn van het aanbod van de actoren die actief zijn op zijn grondgebied. Het moet ook leemtes en overlappingen opsporen. Dat is interessante informatie voor de aanbieders. Als vraag en aanbod goed in kaart gebracht zijn, moet men in overleg gaan met de lokale actoren en samen met hen vorm geven aan het lokaal sociaal beleidsplan.

De sociale module van het screeningsinstrument moet rekening houden met de sociale context van de zorgvrager. Hoe woont de oudere? Met wie woont hij/zij samen? Welke sociale contacten heeft de oudere? Ontvangt men mantelzorg? Dat zijn vragen die minstens vervat moeten zitten in de sociale module. Hoe die module eruit moet zien, is een vraag voor wetenschappers.

Tine De Vriendt antwoordt dat de afstemming van vraag en aanbod inzake vrijwilligerswerk een taak is voor de lokale overheid. Die afstemming is ook een onderdeel van de buurtgerichte zorg. Ook middenveldorganisaties kunnen daar een rol spelen. Een buurtzorgregisseur kan helpen om die verbindingen te maken. Het gaat om meer dan vrijwilligerswerk in de strikte zin, maar ook om kleine dingen die vaak gewoon gezien worden als burenhulp.

XII. Uiteenzetting door Jan De Lepeleire, Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, KU Leuven

1. Zeven richtinggevende uitgangspunten

Jan De Lepeleire vindt de conceptnota een interessant document met goede uitgangspunten. Aan de hand van een representatieve steekproef van de Vlaamse bevolking heeft professor Elchardus al aangetoond dat het draagvlak voor ondersteuning van ouderen heel beperkt is. Hij maakt zich zorgen over de solidariteit binnen de samenleving. De uitgangspunten drie tot zeven zijn goed, maar ze gaan uit van sterke persoonlijkheden. Veel patiënten beantwoorden echter niet aan dit profiel en zij dreigen uit de boot te vallen. Hij ziet niet hoe daaraan kan worden verholpen.

2. Aandacht voor lokale clustering

De spreker ondersteunt de buurtgerichte zorg, maar vindt dat de conceptnota te weinig aandacht besteedt aan lokale clustering. De woonzorgzone wordt al vermeld in het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009 als een belangrijk instrument dat aansluit bij het lokaal sociaal beleid. Dit concept moet dringend

invulling krijgen. Er zijn al heel wat middelen ter beschikking die snel kunnen worden ingezet. Hij kijkt uit naar de resultaten van de eerstelijnsconferentie. Daar is hij momenteel niet zo gerust in.

3. Revolutie naar technologie aan huis op grotere schaal dan geschetst

The New England Journal of Medicine heeft het in een recent artikel over de snelle technologische revolutie in de geneeskunde. Tot enkele jaren geleden moest een dialysepatiënt bijvoorbeeld drie keer per week naar het centrum vervoerd worden en moest hij daar zijn hele leven op afstemmen. Intussen is thuisdialyse mogelijk. Hoe wil men op die snelle technologische evolutie anticiperen?

4. Vermaatschappelijking

Vermaatschappelijking is op zich een goed idee. Men kan echter wel een aantal bedenkingen formuleren. Vooreerst kan er geen vermaatschappelijking zijn zonder middelen. Daarbij verwijst de spreker naar de ervaringen met de geestelijke gezondheidszorg en het artikel 107. In de provincie Antwerpen houden de middelen voor artikel 107 op aan de Antwerpse ring. Er is een gordel van gemeenten waar dit proces niet plaatsvindt. Artikel 107 is ook belangrijk voor ouderen. Er is een grote groep gerontopsychiatrische patiënten, onder meer personen met dementie. Een uitbreiding van artikel 107 tot die categorie is gewenst, maar daarvoor zijn er op dit ogenblik onvoldoende garanties.

Hij maakt zich ook zorgen over de koppeling met de ziekenhuizen. Dat is voornamelijk een federale kwestie. Onlangs was de spreker betrokken bij de opmaak van het ouderenbeleidsplan van een ziekenhuis, dat beweert in zijn regio voorloper te zijn in de zorg voor personen met dementie, en zichzelf ziet als het centrum van de zorg voor deze groep, maar is niet op de hoogte van BelRAI. Dat betekent dat het ziekenhuis niet op de hoogte is van de evoluties op de eerste lijn. 96 percent van de ouderen woont immers thuis of in een thuisvervangend milieu. De huisartsen moeten indicatiestellingen doen en aanvragen formuleren voor wachtlijsten in de woonzorgcentra. Daarvoor zullen ze gebruik moeten maken van de BelRAI en zijn afgeleide instrumenten.

5. Ziekenhuizen en thuiszorg

The New England Journal of Medicine heeft het in een ander artikel over de 'high need and high cost patients'. Uit een Amerikaanse studie blijkt dat 5 percent van de verzekerden zorgen voor 50 percent van de kosten. Uit cijfers van het Intermutualistisch Agentschap van 2012 blijkt dat de situatie in België vergelijkbaar is. Dezelfde groep zorgt in België voor 53 percent van de kosten. De overheid kan tot de conclusie komen dat er bij deze groep heel wat misbruik is. Deze mensen blijken echter niet alleen een groot deel van het budget te gebruiken, ze betalen zelf ook 18 percent van het remgeld en 40 percent van de supplementen. Het gaat om een groep die veel zorg nodig heeft. Hij vraagt zich wel af over welke soort van patiënten het gaat. Gaat het om overwegend oudere mensen of om psychiatrische patiënten? Door die 5 percent intensiever te omkaderen, zullen hun aandeel in de kosten en de eigen financiële lasten verminderen. Kan deze conceptnota een bijdrage leveren? Dat is een grote prioriteit. Hij beseft dat eventuele besparingen voor deze groep ten goede komen aan het federale niveau.

6. Kwetsbaarheid

Het begrip kwetsbaarheid komt geregeld terug, maar het wordt stilaan een containerbegrip. Daarom moet het verduidelijkt worden.

7. Keuzevrijheid

Als burger hecht hij veel belang aan de keuzevrijheid. Een eenzijdige verheerlijking van de keuzevrijheid heeft echter ook negatieve kanten. De beperking van de vrijheid in een aantal delen van de ziekenhuissector komt de resultaten ten goede. In sommige landen wordt de keuzevrijheid beperkt en gebeurt de keuze in de eerste plaats op basis van de kwaliteit. Als huisarts heeft hij al moeilijke situaties meegemaakt door de keuzevrijheid van de patiënt. Hij geeft het voorbeeld van een terminaal zieke vrouw die naar huis komt om te sterven. De buurvrouw neemt de verpleegkundige zorg op zich. De buurvrouw is een verpleegkundige met orthopedische ervaring, die bijgevolg weinig ervaring heeft met palliatieve zorg. Een gespecialiseerde verpleegkundige is in dat geval beter. Het is ook een voordeel als een dokter kan werken met een eigen ploeg van verpleegkundigen die hij goed kan inschatten. Dit was ook een delicaat punt bij de voorbereiding van de eerstelijnsconferentie.

8. Marktwerving

Het debat over marktwerving moet open en eerlijk verlopen. Sommige commerciële projecten leveren een goede service. In non-profitorganisaties is de kwaliteit niet noodzakelijk gegarandeerd. Het argument van de marktwerving wordt soms gehanteerd om de eigen marktpositie te verstevigen of om die van een ander te ondermijnen.

9. Casus ter illustratie

Een man van 86 jaar woont al lange tijd in eigen huis met een inwonende zoon van 48 jaar, die sinds een jaar invaliditeit geniet vanwege een chronische psychiatrische problematiek. De oudere man is cognitief intact en weet goed waarover het gaat. Hij heeft geen financiële problemen. Hij heeft geen eigen huisarts, maar wel twee zonen die specialist zijn. Zijn zorgbehoefte is B. Hij is wel verzwakt en licht ondervoed. Hij heeft lange tijd alle zorg geweigerd. De situatie is van die aard dat het ongepast zou zijn van de kinderen om hem zonder zijn medeweten op een wachtlijst voor een rusthuis te zetten. Op een bepaald ogenblik vraagt hij echter een opname in een woonzorgcentrum. Er wordt snel een kortverblijf gevonden in een woonzorgcentrum. Door goede voeding en kine verbetert zijn situatie en gaat de man over naar zorgbehoefte A. Daardoor raakt hij niet meer binnen in een ander rusthuis. Hij komt wel nog in aanmerking voor een kortverblijf in andere woonzorgcentra. Een van de belangrijkste problemen is echter de paranoïde ingesteldheid van de inwonende zoon die de gevraagde diensten buitenhoudt. De oudere man heeft ook geen eigen huisarts die voldoende op de hoogte is van de eerste lijn. Daarom is de spreker voorstander van een nieuw systeem van zorgzwaartebepaling. Op dit vlak maakt Vlaanderen meer vorderingen dan de andere landsdelen. Kwetsbaarheid moet worden gezien als een situatie waarin nog heel wat remediëring mogelijk is. Men mag niet te defaitistisch zijn. Men moet uitgaan van een herstelgerichte visie.

10. Wachtlijstbeheer

De regelgeving voor de opname in een woonzorgcentrum bevat een aantal criteria. Zo moet er multidisciplinair overleg zijn en moeten er inspanningen zijn om de situatie te optimaliseren. Dat is in de geschetste casus niet gebeurd. Over

het algemeen vragen de woonzorgcentra niet wat men thuis al geprobeerd heeft om aan de problemen te verhelpen. Hij heeft minister Vandeuren al gesuggereerd Zorginspectie de opdracht te geven om voor elk opnamedossier te onderzoeken welke inspanningen er gebeurd zijn om de thuiszorg te optimaliseren.

XIII. Uiteenzetting door Dominique Verté, VUB

Dominique Verté weet dat op termijn transsectorale samenwerking nodig is. De hervorming van de ouderensector is een goede gelegenheid om een aantal maatregelen versneld door te voeren.

Hij vindt het goed dat er een brede consultatie geweest is. Oorspronkelijk was het de bedoeling om te landen in 2018. Hij denkt dat deze transitie over meerdere regeerperiodes moet lopen. Dat moet ook in Brussel parallel verlopen met andere ontwikkelingen in het kader van de zesde staatshervorming.

Hij staat positief tegenover de brede definitie van zorg en ondersteuning. De geïntegreerde zorg mag niet vertrekken vanuit een biomedisch interventiemodel. Het voortraject moet ook een preventief deel bevatten, het voortijdig detecteren van de kwetsbaarheid en van de ondersteuningsnoden. Hij benadrukt dat de verkorting van de ligdagduur in de ziekenhuizen, een federale maatregel, zal leiden tot problemen op de eerste lijn. Deze maatregel kan de Vlaamse sociale bescherming zwaar in de kosten jagen.

De nadruk op keuzevrijheid en autonomie gaat uit van de veronderstelling dat alle inwoners van Vlaanderen heel competent zijn. Uit het onderzoek van de Belgian Ageing Studies bij ongeveer 80.000 ouderen blijkt echter dat deze evolutie voor een groot deel van de populatie niet haalbaar is. Dat wil men oplossen door het creëren van een tussenstructuur. Gezien de beperktheid van de financiële mogelijkheden van de Vlaamse sociale bescherming is een andere oplossing nodig. De reorganisatie van de ouderenzorg na de zesde staatshervorming moet rekening houden met het feit dat men deze groep moet detecteren en helpen bij de toeleiding. Particuliere organisaties zijn zich aan het voorbereiden om mensen te begeleiden naar adequate zorg- en hulpverlening. Dat wordt een nieuwe niche.

Ageing in Place betekent dat mensen zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Een groot deel van de woningen van ouderen is daarvoor echter niet geschikt. De grootste uitdaging van de ouderenzorg zit in de huisvesting. Er is ook een verband met Ruimtelijke Ordening. Het organiseren van nieuwsoortige kleinschalige collectiviteiten vergt een aanpassing van de regelgeving en een andere mentaliteit bij de verantwoordelijken voor Ruimtelijke Ordening. Er zijn ook voldoende financiële middelen nodig om de toegankelijkheid te organiseren.

Het woord 'behoeftegestuurd' komt ook vaak voor in de teksten. Dat betekent dat organisatiebelangen worden losgelaten. Behoeftgestuurd is niet hetzelfde als organisatiegestuurd. De capaciteit van de ondersteuning varieert van gemeente tot gemeente. Een buurtgerichte aanpak veronderstelt het maximaliseren van de lokale capaciteit, onder meer door het wegwerken van tekorten.

Het beleid moet streven naar criteria voor nieuwe vormen van programmatie die breder gaan dan alleen de huidige criteria. De transitie zal een zaak zijn van thuiszorg en van institutionele zorg. Het is geen goed idee om zich uitsluitend toe te leggen op deze of gene.

Hij denkt dat het een goed idee is om persoonsvolgende financiering aan een geoormerkte financiering te koppelen. Medicalisering van de zorg zal tot bijkomende kosten leiden. Door de zesde staatshervorming is er veel meer overleg tussen de beleidsniveaus nodig. Binnen de huidige regeling voor het ontslag uit het ziekenhuis gaan mensen vaak rechtstreeks van het ziekenhuis naar een woonzorgcentrum. Het grootste probleem daarbij is niet de keuzevrijheid, maar het feit dat die mensen na een tussenstap misschien perfect kunnen teruggaan naar hun eigen woonomgeving. Er is nauwelijks communicatie tussen het ziekenhuis en de eerste lijn. Dat zorgt voor gigantische kosten. Buurtgerichte werken en geïntegreerde zorg moeten in elkaar passen. Om dat te organiseren moet men de situatie eerst demedicaliseren om ze a posteriori te medicaliseren.

Er moet meer worden ingezet op cultuursensitieve zorg. In Brussel is 50 percent van de populatie van niet-Belgische origine. Er zijn een paar projecten opgestart. De intramurale organisaties zijn echter niet geïnteresseerd in opleidingen over cultuursensitieve zorg. Er is een mentaliteitsverandering nodig. Het probleem ligt niet bij het leggen van prioriteiten. De overheid moet meer sturend optreden. Dat zal belangrijke implicaties hebben voor de financiering.

In Vlaanderen wordt veel te weinig geëxperimenteerd. De transitie veronderstelt nochtans dat een en ander wordt getest. Regelluwte is in dat perspectief heel belangrijk. De looptijd van de experimenten moet ook voldoende lang zijn. Dat veronderstelt ook overleg met het RIZIV.

XIV. Vragen van de leden

Freya Saeys beaamt dat er een communicatieprobleem is tussen ziekenhuis en eerste lijn. Na opname in een ziekenhuis moeten mensen zelf uitzoeken wat ze nodig hebben en hoe ze dat kunnen krijgen. Kan mHealth een bijdrage leveren zodat de mensen langer thuis kunnen blijven wonen?

Als huisarts heeft ze zelf al situaties meegemaakt zoals het voorbeeld in de discussie over keuzevrijheid. Dat is frustrerend, maar toch is het niet de taak van de huisarts om een verplichting op te leggen. De patiënt beslist zelf over zijn lichaam en over de zorg die hij wil inschakelen. Het is de taak van de huisarts om te adviseren. In het voorbeeld van de palliatieve patiënte kan de huisarts, naast de verpleegkundige bij wie de patiënte zich goed voelt, zorgen voor professionele palliatieve zorg. Het is absoluut noodzakelijk dat keuzevrijheid blijft bestaan.

Elke Van den Brandt had begrepen dat professor Verté zijn tussenkomst zou eindigen met Brussel, maar hij is daar niet op doorgegaan. In elk geval is deze conceptnota niet geschikt om zomaar uitgerold te worden in Brussel. Misschien kan Dominique Verté daar toch nog wat dieper op ingaan.

Ze vraagt professor Verté cijfers over de verschillen tussen de lokale niveaus. Welke instrumenten zijn er nodig om het lokale niveau de nodige slagkracht te geven om de regie te kunnen voeren? Kunnen de lokale besturen beslissen welke capaciteit er kan komen en wie er middelen krijgt?

Kunnen de noden op een realistische manier worden ingeschat, met het oog op de programmatie? Er zijn namelijk geen goede cijfers. De geplande studie zal pas over vijf jaar resultaten opleveren. Wat is een realistisch groeipad voor de thuiszorg, de lokale dienstencentra, de dagverzorgingscentra, het kortverblijf, de woonzorgcentra en de alternatieve woonvormen? Welke indicatoren moet men daarvoor gebruiken?

Griet Coppé begrijpt dat het volgens professor Verté voor een groot deel van de bevolking niet haalbaar is om de autonomie zelf in te vullen. Ze denkt dat dit misschien juist is voor de huidige ouderen. Ze betwijfelt evenwel of dat nog het geval zal zijn over een aantal jaren, wanneer het gaat over een groep die hoger geschoold is.

Ze wil wat meer uitleg over de visie op de vrijwilliger.

Daniëlle Godderis-T'Jonck stelt vast dat heel wat mensen na hun pensionering verhuizen naar de kust. Als ze hulpbehoevend worden, moeten ze van het ene kortverblijf naar het andere, met tussendoor een paar dagen bij een zoon of dochter.

Jan De Lepeleire weet dat deze situatie ook blijkt uit de programmatiecijfers. De bijkomende capaciteit aan kortverblijf die de voorbije jaren is gecreëerd, wordt vaak oneigenlijk gebruikt. In de kustregio is dat probleem nog groter. Men moet voldoende snel reageren op de evoluties op het terrein.

Daniëlle Godderis-T'Jonck vervolgt dat in een van de revalidatiecentra aan de kust twee derde van de bedden bezet wordt door mensen die uit het ziekenhuis komen omdat er geen plaats is in het woonzorgcentrum. Daardoor komen mensen met orthopedische problemen, die revalidatie nodig hebben, op een wachtlijst te staan.

Jan De Lepeleire merkt op dat er ook mensen zijn die vanuit een ziekenhuis te snel geïntendeerd worden naar een woonzorgcentrum. Het is vooral belangrijk om op een creatieve manier te bekijken wat er thuis nog mogelijk is.

Er is nog heel wat werk aan de communicatie. Men denkt te gemakkelijk dat ICT alles oplost. Een goede ploeg, die geïntegreerd werkt, is belangrijk. Hoe meer mensen er betrokken zijn bij de zorg, hoe groter het risico op misverstanden. Iedereen denkt dat de ander het wel zal doen.

De keuzevrijheid hangt daarmee samen. De spreekster suggereert dat men naast de verpleegster van eigen keuze iemand moet plaatsen die totaal onbekend is voor de patiënt. Op die manier maakt men de situatie echter onnodig complex. Om op een geïntegreerde manier samen te werken is het vooral belangrijk dat de actoren elkaar kennen en dat de communicatiekanalen kort zijn.

In Denemarken is het de gemeente die voor een groot deel van de voorzieningen instaat. De mensen kunnen kiezen binnen het aanbod van de gemeente. Uit netwerkstages blijkt dat er in Vlaanderen een groot aanbod is. De huisartsen kunnen niet met alle actoren samenwerken.

Dominique Verté zegt dat de conceptnota uitgaat van competente ouderen die goed weten waar ze hulp moeten zoeken. Dat strookt niet met de realiteit. De ouderen zijn gemiddeld beter opgeleid. De problemen hebben echter niet altijd te maken met intelligentie of met opleiding. Het gaat hem vooral over de ondoorzichtigheid van de sector. Grenswachten tussen de sectoren bewaken de grenzen. Hij gelooft niet dat de situatie over enkele jaren fundamenteel anders zal zijn. Hij dacht ooit dat de politieke participatie van ouderen binnen het lokale beleid zou toenemen met de scholingsgraad. Op dat vlak is er de voorbije twintig jaar echter nauwelijks iets veranderd.

Het is belangrijk dat bij het buurtgericht werken de juiste mensen op de juiste plaats zitten. In bepaalde gemeenten kan de lokale overheid de regierol opnemen. In andere gemeenten laat men dat beter over aan een andere partner. De functies en de rollen moeten wel ingevuld worden. De competentie om de

regie te voeren toont aan dat men grotendeels vertrekt vanuit organisatiebelangen. Dat is niet zo interessant. Het is vooral belangrijk dat de rollen en de functies van een collaboratief proces worden aangestuurd. Men vreest soms dat de regie marktverstoring werkt, maar dat hoeft niet zo te zijn. Er zijn enkele mogelijke modellen, maar die zal men altijd in een experimentele fase moeten uittesten.

Hij sluit zich aan bij de opmerking van professor De Lepeleire over de programmatiecijfers. Hij kent de problematiek van de vergrijzing aan de kust vrij goed. Het probleem heeft veel te maken met de transitie in de sector van de woonzorgcentra voor de zwaar zorgbehoevende mensen. Mensen die nood hebben aan collectiviteit maar geen zware zorgbehoefte hebben, raken er niet meer in. In de transitie moet worden nagedacht over andere kleinschalige vormen van collectiviteit, met zorggarantie zoals bijvoorbeeld door zorg op afroep. Op de assistentiewoningen moet beter worden toegezien.

Hij is sterk betrokken bij een aantal evoluties in Brussel, onder meer bij de programmatiestudie. De conceptnota verduidelijkt niet welke aanpak men in Brussel moet hanteren. Dat moet in het transitieproces meer vorm krijgen. Dat is belangrijk voor de Brusselaar. Het vergt wel overleg tussen de verschillende regeringen. De Vlaamse sociale bescherming is een interessante evolutie voor Brussel. Hij stelt ook vast dat de Brusselse actoren weigeren om te werken aan cultuursensitieve zorg. Brussel kent ook een grote precariteit.

Vroeger werd er altijd gesproken van vrijwilligers. Thans verkiezen de mensen een andere benaming. Samenlevingsopbouw Limburg spreekt bijvoorbeeld over een buurtgezel. De buurtgerichte zorg of de vermaatschappelijking van de zorg gaat vaak over kleine zaken zoals het opendraaien van een fles. In Nederland participeert 49,5 procent van de senioren in vrijwilligerswerk. In Vlaanderen is dat 17 procent.

Peter Persyn weet dat er in verschillende contexten tal van modelmatige oefeningen zijn geweest. Er is lang nagedacht over de zorgregio's, maar die zijn ondertussen ingevoerd. Als men een groot gebied bekijkt, dan lijkt de zorg voldoende. Als men het uitsplitst naargelang de regio, dan is dat niet meer het geval. Er is gezegd dat er vaak al in een vroeg stadium alarmsignalen zijn die niet gedetecteerd worden, bijvoorbeeld het wegblijven uit een vereniging. Er is gezegd dat Welzijn moet worden gekoppeld aan andere beleidsdomeinen. Zijn er in het buitenland modellen om dat beter aan te pakken? Hij wil dat centraliseren in een patiëntendossier of een familiédossier. Thans hebben de meeste mensen een dossier bij de huisarts en sommigen bij het OCMW. Zonder de nodige technische oplossingen blijft dit een aanbodgestuurd organisatie-model.

Dominique Verté zegt dat, afhankelijk van de regio, tussen 5 en 15 procent van de zorgbehoevende mensen geen zorg krijgen. Het gaat niet over niet vinden maar over niet krijgen. Daarom moet men het aanbod in de wijk maximaliseren. Zowel apothekers als politiemensen vragen naar een aanspreekpunt waar ze de signalen die ze detecteren kunnen doorgeven. Dat moet worden georganiseerd op het lokale niveau. De middenveldorganisaties moeten daaraan kunnen participeren. Het gezondheidstraject moet op een integrale manier georganiseerd worden. Zijn kritiek op Chronicare is dat het vanuit een medisch traject onderzoekt hoe die immateriële componenten te incorporeren.

Daniëlle Godderis-T'Jonck merkt op dat veel mensen die na hun pensionering aan de kust gaan wonen vereenzamen. Ze komen uit het binnenland en kennen er niemand. Vroeger kwamen de postbode, de bakker of de beenhouwer aan huis. Deze mensen merkten soms op dat er iets aan de hand was. Dat is echter sterk veranderd. Men zou ook iets moeten doen aan die eenzaamheid.

Dominique Verté wil met eenzaamheid heel omzichtig omspringen. Er is een verschil tussen sociale eenzaamheid en emotionele eenzaamheid. Sociale eenzaamheid valt te verhelpen met buurtwerk en verenigingsleven. Emotionele eenzaamheid vergt een andere interventiestrategie. Eenzaamheid tegengaan is gespecialiseerde materie. Uit Nederlands onderzoek blijkt dat 80 percent van de interventies gericht op het tegengaan van eenzaamheid niet werken.

Bart VAN MALDEREN,
voorzitter

Griet COPPÉ
Peter PERSYN,
verslaggevers

Gebruikte afkortingen

BelRAI	verzamelnaam voor de Belgische vertaling en informatisering van de interRAI (instrumentenbasiseerstelijnschaal en Resident Assessment Instrument)
cao	collectieve arbeidsovereenkomst
ICT	informatie- en communicatietechnologie
Katz	evaluatieschaal voor de zelfredzaamheid van de patiënt
KB	koninklijk besluit
KU Leuven	Katholieke Universiteit Leuven
LUCAS	Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy van de KU Leuven
OCMW	Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
rob	rustoord voor bejaarden
rvt	rust- en verzorgingstehuis
SAR WGG	Strategische Adviesraad voor het Vlaamse Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid
VAPH	Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap
VDAB	Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding
VIVO	Vlaams Instituut voor Vorming en Opleiding in de Social Profit
Vlozo	Vlaams Onafhankelijk Zorgnetwerk
VUB	Vrije Universiteit Brussel
VVDG	Vereniging van diensten voor gezinszorg
VVSG	Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten