

VLAAMSE RAAD

ZITTING 1993-1994

3 JUNI 1994

BELEIDSBRIEF

Ouderenbeleid

ingediend
door mevrouw W. Demeester-De Meyer,
Vlaamse minister van Financiën en Begroting,
Gezondheidsinstellingen, Welzijn en Gezin

Deze publicatie kwam tot stand met de medewerking van :

Walter KAESEN van de Administratie Gezin en Maatschappelijk Welzijn ;

Gilbert DOOGHE, Lut **VANDEN** BOER van het Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudiën ;

Martine ENGELLEN, Josée LEMAITRE, Bea VAN BUGGENHOUT, Christine VAN PEER, Lieve **VERBOVEN** van het Kabinet van de Vlaamse Minister van Financiën en Begroting, **Gezondheidsinstellingen**, Welzijn en Gezin.

INHOUD

	Blz.
WOORD VOORAF	7
INLEIDING	
1. De integratie	8
2. De preventie	8
3. De autonomie	8
4. Objectivering en differentiëring	8
5. De sociale benadering gebaseerd op solidariteit	9
6. Een aanvullend en geïntegreerd beleid	10
7. Een Vlaams ouderenbeleid	10
DEEL 1 : DEMOGRAFISCHE EN MAATSCHAPPELIJKE INDICATOREN	
HOOFDSTUK 1: DEMOGRAFISCHE ONTWIKKELINGEN	
1. De vergrijzing en de ontgroening	11
2. Centraal bevolkingsscenario	11
3. De veroudering binnen de veroudering	12
4. Alternatieve scenario's	12
5. Een verouderingsproces met verschillende snelheden	13
6. De feminisering van de vergrijzing	14
7. Burgerlijke staat	14
HOOFDSTUK 2 : MAATSCHAPPELIJKE ONTWIKKELINGEN	
1. De beeldvorming over ouderen van een deficit- naar een ontwikkelingsmodel	
1.1. Het deficitmodel	15
1.2. Het ontwikkelingsmodel : een 'nieuwe visie 'op' ouder worden'	16
2. De evolutie van het gezin	17
3. Een hoger opleidingsniveau	17
4. De veranderende rol van de vrouw	18
5. De arbeidsparticipatie : naar meer flexibiliteit	18
6. De economische situatie van de ouderen : een verbetering	18
DEEL 2 : DE MAATSCHAPPELIJKE PARTICIPATIE VAN DE OUDEREN	
INLEIDING	
1. DE HUISVESTING	
1. De woonsituatie van de ouderen	19
2. De woonwensen van de ouderen	19
3. De veiligheid binnenshuis	20
4. De woonvormen voor ouderen	20
5. Aandachtspunten i.v.m. de huisvesting van ouderen	21

2. MOBILITEIT	
1. Verplaatsingsmogelijkheden en -behoeften	22
2. Verplaatsingsgedrag en vervoerswijzen	22
3. Aandachtspunten	23
3. ACTIEVE PARTICIPATIE	23
4. DE OUDER WORDENDE VROUW	26
5. BELANGENBEHARTIGING DOOR DE OUDERE ZELF	27
6. POLITIEKE PARTICIPATIE	28
ACTIEPROGRAMMA TER BEVORDERING VAN DE MAATSCHAPPE- LIJKE PARTICIPATIE VAN OUDEREN	29
DEEL 3 : HET ZORGENBELEID	
INLEIDING : ZELFZORG EN ZORGENBEHOEVENDHEID	31
1. HET PRINCIPE VAN ZELFZORG	
1.1. Zelfzorg en substitutie tussen voorzieningen	31
1.2. Kostprijsevaluatie van de voorzieningen	31
1.3. De kostprijs van de thuisverpleging	32
2. IN WELKE ZIN EVOLUEERT DE GRAAD VAN ZORGENBEHOEVEND- HEID ?	33
3. HARMONISERING VAN HET VLAAMSE EN HET FEDERALE BELEID	33
HOOFDSTUK 1: THUISZORG	
1. MANTELZORG	34
2. GEZINS- EN BEJAARDENHULP	34
3. DE THUISVERPLEGING	37
1. De huidige doelgroep en de prognoses	37
2. De coördinatie van de thuiszorg	37
ACTIEPROGRAMMA VAN DE THUISZORG	38
HOOFDSTUK 2 : DE TRANSMURALE VOORZIENINGEN	
1. DE DIENSTENCENTRA	39
2. DE DAGVERZORGINGSCENTRA	41
ACTIEPROGRAMMA TRANSMURALE VOORZIENINGEN	43

HOOFDSTUK 3 : DE SEMI-RESIDENTIELE VOORZIENINGEN

DE SERVICEFLATGEBOUWEN EN DE WONINGCOMPLEXEN MET DIENSTVERLENING

1. De filosofie van de serviceflats	43
2. Doelstellingen van een serviceflatgebouw	43
3. De serviceflatgebouwen volgens beheersinstantie	44
4. Overzicht van de spreiding van de bestaande en de geplande serviceflats over de arrondissementen van het Vlaamse Gewest	44
5. Analyse	45
6. De alternatieve financiering en BEVAK — investeringen in de serviceflatgebouwen	46
7. Bewoners van serviceflats : enkele elementen ter profilering	46
8. Evaluatie	47
9. Voorstellen	48
ACTIEPROGRAMMA SEMI-RESIDENTIELE ZORG	49

HOOFDSTUK 4 : DE RESIDENTIELE VOORZIENINGEN

1. DE RUSTHUIZEN

A. DOELSTELLINGEN

1. Uitgangspunten	50
2. Overwegingen	50
3. Doelgroep	50

B. DE VERDELING VAN DE RUSTHUIZEN EN DE WOONGELEGENHEDEN VOLGENS BEHEERSINSTANTIE

52

C. OVERZICHT VAN DE VERDELING VAN DE WOONGELEGENHEDEN OVER DE ARRONDISSEMENTEN

52

D. ANALYSE VAN DE GEGEVENS

53

E. VERGELIJKING VAN DE RAMINGEN MET DE REELE TOESTAND

53

F. DE TOETSING VAN DE GRAAD VAN INVALIDITEIT

53

2. DE RUST- EN VERZORGINGSTEHUIZEN

54

3. CONCLUSIES MET BETREKKING TOT DE RESIDENTIELE ZORG

1. De ouderen in de rusthuizen	55
2. Aandacht voor de kwaliteit	56
3. De klachtenbehandeling	57
4. Naar een inventarisatie en differentiatie van de woongelegen heden in de rusthuizen	58
5. De programmering van nieuwe residentiële voorzieningen	58
6. De dementerenden	59
7. De investeringskredieten	59
8. Rusthuis, een open thuis	59

ACTIEPROGRAMMA RESIDENTIELE VOORZIENINGEN

60

HOOFDSTUK 5 : PALLIATIEVE ZORGEN

Inleiding

1. Wat is palliatieve zorg ?	60
2. Wie is de doelgroep van palliatieve zorgen ?	61
3. Huidige organisatie van de palliatieve zorgen	62
4. Hoe wordt de palliatieve zorg gesubsidieerd ?	63
5. Beleidsconclusies	63

HOOFDSTUK 6 : ALTERNATIEVE OPVANGVORMEN VOOR OUDEREN

1. De ouderenoppas of de ouderengezelschapsdienst	65
2. Experimenten gezinsopvang	65
3. Het begeleid zelfstandig wonen	65
4. Personenalarmtoestellen	66
5. De kortopvang	66

ACTIEPROGRAMMA VOOR DE ALTERNATIEVE VOORZIENINGEN	66
---	----

HOOFDSTUK 7 : DE NIEUWE FINANCIERING VAN DE ZORG- INFRASTRUCTUUR	67
---	----

TOT SLOT	69
--------------------	----

OVERZICHT VAN TABELLEN EN FIGUREN	70
---	----

BIBLIOGRAFIE	71
------------------------	----

GRAFISCHE VOORSTELLINGEN	73
------------------------------------	----

WOORD VOORAF

De conceptie van een ouderenbeleid is meer dan een oefening in het inschatten van toekomstige evoluties. Dat is geen eenvoudige opdracht. Tal van factoren en waarden spelen een rol. Het is ook keuzen maken vanuit een visie op de rol van ouderen in de samenleving van morgen.

Het ouderenbeleid dat ik hier ontwikkel wil niet alleen zorg dragen voor de hulpbehoevende oudere ; het beoogt evenzeer betere participatiekansen van alle ouderen in alle geledingen van onze samenleving .

Elk beleid en zeker elk ouderenbeleid moet vertrekken vanuit een waardenvisie. Elke groep eist zijn rechten op en daarom stellen ouderen zich niet meer tevreden met louter de zorgen en diensten die men aan hen verleent. Zij eisen hun stuk van het welzijn op via participatie in de samenleving. Ouderenbeleid is daarom een betere term dan „bejaardenzorg”.

Elk beleid is succesvol als het een geïntegreerd, inclusief beleid is. Het ouderenbeleid loopt daarom doorheen alle maatschappelijke instituties en voorzieningen : huisvesting, arbeid, inkomen en vervangingsinkomen, verkeer, milieu, ruimtelijke ordening, openbaar vervoer, cultuur en ontspanning zijn geen aparte beleidsdomeinen.

Uiteraard gaat het hier om een beleid dat het niveau van de Vlaamse minister bevoegd voor Welzijn en Gezin overstijgt, meer nog, dat het niveau van Vlaanderen overstijgt. Maar al deze elementen zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden en vormen de basis voor het eigen Vlaams ouderenbeleid.

Als Vlaams Minister van Welzijn en Gezin, belast met het ouderenbeleid, zal ik er daarom op toezien dat ouderen in alle maatschappelijke domeinen die behoren tot de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap voldoende aan bod komen. Tevens zal ik het vereiste overleg plegen met het federale niveau en ook bijdragen tot een integraal en geïntegreerd ouderenbeleid op gemeentelijk, provinciaal, regionaal, federaal en Europees vlak.

1993 was het Europees jaar van de ouderen en heeft velen geconfronteerd met de effecten van de vergrijzing en de ontgroening.

Het Europees jaar heeft de verdienste dat het deficit-denken – waarbij veroudering geassocieerd wordt met angst, onbetaalbare gezondheidszorg en pensioenen – omgebogen werd naar positief denken. Tot eenzelfde conclusie is het Vlaams Welzijnscongres „Ouderen in solidariteit” gekomen. De kern van iedere boodschap op het congres was optimisme en hoopvolle verwachting. De keuze voor de organisatie van een wetenschappelijk congres dat onderbouwd werd met bijdragen van ervaringsdeskundigen en ouderen zelf, was een goede keuze. De ouderenorganisaties hebben zich inhoudelijk kunnen voorbereiden op het congres. Vanuit hun ervaringswereld leverden zij boeiende reflecties en zijn ze richtinggevend geweest voor het beleid dat we nu uitstippelen.

Het congres heeft velen samengebracht en een grondig, genuanceerd en vaak diep menselijk debat op gang gebracht. Dit debat is nog niet afgesloten.

De beleidsbrief die nu voorligt wil de beleidsvisie vertolken en is mee geïnspireerd door een aantal congresideeën. In het deel over het zorgenbeleid wordt dit beleid aan het einde van elk hoofdstuk samengevat en uitgedrukt in „actiepunten”. Daar waar de door andere beleidsinstanties initiatieven kunnen worden genomen, wordt dit verwoord in „aandachtspunten”. De uiteenlopende initiatieven die momenteel genomen worden – bijvoorbeeld op het vlak van de financiering van de voorzieningen voor ouderen – zijn gekaderd in de globale beleidsvisie die hier voorgesteld wordt. Ik wil het debat inzake het ouderenbeleid in zijn breedste betekenis open houden voor iedereen en hoop hiermee een aanzet te geven tot gedachtenwisseling en vooral tot samenwerking.

1 mei 1994

Wivina DEMEESTER.

Vlaams minister van Financiën en Begroting, Gezondheidsinstellingen, Welzijn en Gezin

INLEIDING

Het ouderenbeleid van de Vlaamse Gemeenschap oriënteert zich op een aantal bakens, uitgangspunten die basiswaarden voorstellen.

1. De integratie

Een eerste baken is de integratiegedachte. De ouderen moeten volwaardig kunnen deelnemen aan de samenleving. In het vroegere, maar ook in het actuele beleid ligt de klemtoon vooral op de zorg voor de ouderen en wordt in eerste instantie nagedacht over de financiële en maatschappelijke gevolgen van de vergrijzing en de toenemende zorgenbehoevendheid ; men denkt hier vanuit het deficitmodel : ouderdom brengt enkel kommer en kwel mee, zowel voor de oudere als voor de samenleving .

Integratie in de samenleving kan slechts worden gerealiseerd door maatschappelijke participatie. Dit veronderstelt een veelheid van participatievormen, van actieve politieke participatie tot recreatieve participatie. Volwaardige participatie is alleen mogelijk als aan drie voorwaarden wordt voldaan : een toereikend inkomen, aangepaste huisvesting en een goede gezondheid.

2. De preventie

Een tweede baken betreft het preventiebeleid. Omdat voorkomen beter is dan genezen, zullen meer middelen moeten worden ingezet ten behoeve van het welzijn en de gezondheid van de ouderen. Als we spreken over preventieacties voor ouderen, denken we aan het voorkomen van vroegtijdig invaliderende aandoeningen, aangepaste huisvesting, preventieve geneeskunde, gezonde leef- en voedingsgewoonten en psyche-sociaal welzijn.

Veel aandacht zal moeten worden besteed aan de preventie op individueel vlak, bv. door een betere gezondheidsvoorlichting, maar ook op maatschappelijk vlak : pensioenleeftijd, pensioeninkomen, arbeidsomstandigheden, arbeidsethiek, milieubeleid, maatschappelijk opbouwwerk, stadsrenovatie...

3. De autonomie

Een derde baken is de autonomie van de oudere. Alles moet in het werk worden gesteld om de zelfstandigheid en de zelfredzaamheid te bevorderen en/of te ondersteunen. Hulp- en zorgverlening mag niet betuttelen of mensen afhankelijk maken. Het zorgaanbod mag het probleemoplossend vermogen of de draagkracht niet verminderen. Het is ook niet de bedoeling dat het eerder behoeften oproept dan ze oplost. Het zorgproces moet erop gericht zijn zichzelf overbodig te maken. Het doel ervan is de zelfzorg te ondersteunen, opnieuw op te bouwen of slechts tijdelijk te vervangen.

Zelfzorg is welzijnsbevorderend. Zowel de mantelzorgers, de informele hulpverlening, het vrijwilligerswerk als de professionele zorgverleners moeten de ouderen voortdurend stimuleren om hun situatie in eigen handen te nemen. Waar hulp geboden wordt, moet die nauwkeurig worden afgewogen aan de hand van de gestelde noden en de nog aanwezige mogelijkheden.

4. Objectivering en differentiëring

Een vierde baken is een geobjectiveerd zorgenbeleid en een gedifferentieerd zorgaanbod.

Een zorgvraag moet kunnen worden geobjectiveerd en de afweging kan niet altijd aan de individuele hulpverlener worden overgelaten ; ook maatschappelijke evaluatiecriteria zijn aan de orde. Een hulpvraag moet aan de hand van objectieveerbare criteria naar het meest aangepaste hulpaanbod worden gekanaliseerd. Bij keuzemogelijkheden moet steeds de voorkeur gaan naar de minst ingrijpende hulp.

Er moet zorg op maat worden geboden. De zorg moet aansluiten bij de reële zorgbehoefte en rekening houden met de zelfredzaamheid van de zorgvrager en de draagkracht van de informele zorgdraggers. Overgangen tussen de opeenvolgende fasen van de zorgverlening moeten soepel verlopen, met andere woorden : een naadloze zorg.

Het ouderenbeleid richt zich tot een segment van de samenleving dat in leeftijd bijna een halve eeuw kan verschillen. Dit vergt een flexibele benadering. Een vijfenvijftiger heeft geheel andere behoeften dan een hoogbejaarde.

Bij een geobjectiveerd zorgenbeleid hoort een effectieve (doeltreffende) en efficiënte (doelmatige) inzet van de middelen. Vaak worden de discussies over welzijnsvoorzieningen verengd tot kwantitatieve eisen : meer voorzieningen, meer personeel, meer middelen.. . Dit debat mag niet worden genegeerd maar moet gekoppeld worden aan een onderzoek over de aanwending van het reeds bestaande aanbod. Kan wat nu functioneert, niet beter worden afgestemd op de noden, op de beoogde doelgroep, kan het aanbod niet beter in synergie worden gebracht ? Een betere coördinatie en een rationelere en evenwichtigere uitbouw van de voorzieningen is nodig.

Men kan zich de vraag stellen of het hele hulp- en verzorgingsaanbod, intra-, trans- en extramuraal, niet efficiënter en effectiever kan worden aangewend. Wordt er aan sommige hulpvragers niet te veel, te vaak of te lang hulp geboden zodat anderen in de kou blijven staan ? Er dient een verfijnd regelmechanisme te worden ontworpen dat nauwkeurig zowel de aard, de omvang, de duur van de tussenkomst en de financiële bijdrage van de gebruiker bepaalt. Het is voor mij een beleidspunt om tegenover elke hulpvraag een flexibel hulpaanbod te plaatsen. Noch te veel, noch te weinig hulp bieden, maar proberen die hulp te bieden die zo nauw mogelijk aansluit bij de hulpvraag en die het minst ingrijpend is.

De mogelijkheden van de Gemeenschap zijn niet onbeperkt. Het is mijn overtuiging dat met dezelfde inzet van middelen en mensen efficiënter hulp kan worden geboden. We moeten er in slagen om de meest aangepaste hulp te bieden aan wie er volgens objectieerbare criteria het meeste aanspraak kan op maken.

5. De sociale benadering : gebaseerd op inter- en intragenerationele solidariteit

Het ouderenbeleid in de Vlaamse Gemeenschap gaat uit van een sociale benadering. Welzijn en gezondheid bieden de mogelijkheid voor ieder lid van de samenleving om „normaal” te kunnen functioneren ; dit is volgens de criteria die in die samenleving op dat ogenblik algemeen worden aangevaard .

Noodzakelijke zorg wordt daarbij niet gedefinieerd als de individuele behoefte van een hulpvrager noch als de behoefte die uitgaat van de positie van de hulpverlener of de hulpverlenende instantie. In de sociale context betekent het die zorg die het individu in staat stelt een bestaan te leiden temidden van de maatschappij, als deel van het sociale weefsel.

Op basis hiervan moeten de noodzakelijke voorzieningen ter beschikking worden gesteld. De interventie van de overheid kan daarbij in 3 niveaus worden ingedeeld :

Ten eerste moet voor de basisvoorzieningen (behoefte aan minimale voorzieningen of aan voorzieningen in een dringende situatie) de solidariteit van de gemeenschap volledig instaan. Op deze voorzieningen moet de burger een afdwingbaar recht hebben. Dat wil zeggen dat de overheid, in aanspraak met particuliere organismen, moet waarborgen dat de burger op deze voorzieningen een beroep kan doen. De overheid moet die ook ten laste nemen.

Daarnaast dient de overheid een ruim aanbod van belangrijke welzijnsvoorzieningen te realiseren in samenwerking met particuliere initiatiefnemers. De rol van de overheid bestaat erin deze voorzieningen financieel te ondersteunen, ze te coördineren, te programmeren, kwaliteitsgaranties in te bouwen en de efficiënte werking ervan te ondersteunen. Op deze voorzieningen kan de burger geen afdwingbaar recht laten gelden. Wel moet de overheid een kwalitatief en voldoende groot en gedifferentieerd aanbod in stand houden of creëren, zodat elkeen met enige eigen inspanning en verantwoordelijkheid, normale kansen heeft tot gebruik.

Een verdere uitbouw van de welzijnsvoorzieningen op een nog hoger niveau behoort niet tot de prioritaire taak van de overheid. Op eigen verantwoordelijkheid kunnen bepaalde personen of groepen zulke voorzieningen oprichten of gebruiken, maar de gemeenschap moet de financiering daarvan niet of slechts in geringe mate dragen. Eventueel kan de overheid – indien zij dit wenselijk acht – hier-

voor fiscale stimuli instellen. Wel moet ze regulerend optreden om wildgroei te voorkomen, kwaliteit te controleren en misbruiken tegenover de hulpvrager te voorkomen.

Ook in verband met de zorg voor de ouderen zal de overheid in de toekomst moeten overwegen hoe ze deze drie noodzaak-niveaus concreet invult, telkens rekening houdend met de draagkracht van de betrokkene en zijn directe omgeving. Hierbij zal ze haar aandacht moeten toespitsen op de meest zorgbehoevende groepen.

Solidariteit, verantwoordelijkheid en integratie zijn de sleutelbegrippen van elk welzijnsbeleid. De eigen verantwoordelijkheid van elkeen houdt in dat zorg en hulpverlening de persoon niet mag betuttelen. Door inspraak en participatie te bevorderen en keuzen mogelijk te maken blijft er een stuk verantwoordelijkheid bij de burger zelf. Integratie veronderstelt enerzijds dat de persoon zelf zich inzet in de samenleving, anderzijds vereist dit een actieve bereidheid van de maatschappij om zich open te blijven stellen voor elkeen door het wegwerken van de segregatie en het actief promoten van participatie.

De Vlaamse regering kiest voor solidariteit als basis van haar welzijnsbeleid. Ook op het Vlaams Welzijnscongres kwam de keuze voor een samenleving die kiest voor solidariteit tussen en onder generaties sterk naar voor. Er werd een oproep gedaan om in onze samenleving meer ruimte te creëren voor de beleving van nieuwe oudervriendelijke waarden zoals : voorzichtigheid, globale visie, relativering, reflectie, zachtheid, tederheid. Een samenleving die zich op deze waarden wil oriënteren zal moeten kiezen voor het behoud van de sociale welvaartsstaat.

De consequenties van een dergelijke keuze zijn niet gering. Ze kunnen wel doorheen het beleid geweven worden. Zo is een radicale optie voor de palliatieve verzorging een concretisering van de solidariteit met de stervenden. Een wettelijke erkenning van het recht op specifieke zorgen bij het levenseinde is noodzakelijk. In uitzonderlijke omstandigheden zal levensbeëindiging op uitdrukkelijk verzoek van de betrokkene zelf nochtans evenzeer de uitdrukking kunnen zijn van solidariteit met de lijdende patiënt.

De solidariteit waarop het welzijnsbeleid en de sociale zekerheid gestoeld zijn, is niet vanzelfsprekend. De gevraagde solidariteit is groot en dit terwijl de toegekende solidariteit niet altijd duidelijk waarneembaar is en als vanzelfsprekend wordt ervaren. Het universele karakter van uitkeringen en voorzieningen moet gehandhaafd blijven. Universaliteit biedt immers een drie dubbel voordeel : de kwaliteit van de voorzieningen ligt veel hoger, de legitimiteit van de solidariteit is in grotere mate verzekerd en een duale maatschappij wordt vermeden. Binnen de universaliteit dient er echter selectiviteit en doelmatigheid ingebouwd te worden, zodat de solidariteit gehandhaafd kan blijven. Bovendien moeten we innovatief denken. Solidariteit betekent ook dat de financiële middelen waarover de jonge senioren veelal beschikken kunnen gemobi-

liseerd worden opdat zij op een voor henzelf aantrekkelijke wijze tevens gestalte geven aan hun solidariteit met de eigen familie en met de hele samenleving.

Innovatief denken moet ons naar een nieuw pad leiden waarbij de combinatie van een hoog sociaal rendement met een redelijk financieel rendement, m.a.w. van solidariteit met eigen verantwoordelijkheid, van overheidsstimulering zonder extra-budgettaire middelen, mogelijk is. Dit kan o.m. toegepast worden in verband met de investeringen die zich opdringen in de sector beschermd zelfstandig wonen van ouderen. In het hoofdstuk over de serviceflatgebouwen en woningcomplexen met dienstverlening wordt deze idee verder uitgewerkt.

6. Een aanvullend en geïntegreerd beleid

Het ouderenbeleid als categoriaal beleid is aanvullend. In de eerste plaats moet het algemeen beleid zodanig opgevat zijn dat het alle groepen in de samenleving de kans biedt tot optimale participatie. Het ouderenbeleid is dus in de eerste plaats een geïntegreerd of inclusief beleid ; het zit ingebed in het algemeen beleid inzake gezondheidszorg, inkomen, huisvesting, verkeer, milieu, veiligheid...

Bij het ontwikkelen en uitvoeren van het algemeen beleid zal steeds aandacht worden besteed aan de consequenties voor ouderen. Pas wanneer dat beleid toch niet toereikend blijkt om problemen te voorkomen, moeten specifieke maatregelen worden genomen en is een categoriaal beleid nodig, teneinde ouderen mogelijkheden tot volwaardige participatie te bieden.

7. Een Vlaams ouderenbeleid

In de komende jaren moet de klemtoon op het ontwikkelen en het stimuleren van de diversiteit en de kwaliteit van de zorgverlening liggen. Het rusthuis heeft zich gaandeweg ontwikkeld van een instelling voor valide ouderen naar een verzorgingstehuis. Het rusthuis is in de eerste plaats bedoeld voor verzorgingsbehoevenden en hoogbejaarden. Zij moeten in staat gesteld worden om optimale zorgen aan te bieden.

Zowel de infrastructuur, de personeelsomkadering, de bijscholing, het management, het opnamebeleid en de zorgvisie van de inrichting als de tege-

moetkomsten van de overheid in de verpleging en verzorging moeten hierop worden afgestemd.

De Vlaamse minister bevoegd voor het gezondheidsbeleid en het ouderenbeleid binnen de Vlaamse Gemeenschap kan een beleid voeren inzake de extra- en intramurale zorgverstrekking, doch met uitzondering van de materie inzake ziekte- en invaliditeitsverzekering. Het door de federale overheid gevoerde beleid biedt geen adequaat antwoord op de inzichten en doelstellingen die in Vlaanderen opgang maken.

Zowel inzake de omvang als inzake de oriëntatie van de R.I.Z.I.V.-budgetten, worden beslissingen genomen die op een ingrijpende wijze het voeren van een coherent Vlaams beleid voor de verzorgingsbehoevende ouderen hypothekeken. Er moet met het federale niveau een debat gevoerd worden om hiervoor een fundamentele oplossing te zoeken. Tevens dient er rekening te worden gehouden met de eigen accenten die in de Vlaamse Gemeenschap worden gelegd.

Bij het huidige debat over de afhankelijkheidsverzekering of zorgverzekering moet deze houding zeker worden aangenomen. Het beleid moet immers voorzichtig omspringen met het nemen van dergelijke initiatieven. Het is nog lang niet duidelijk of zo'n verzekering noodzakelijk is om een afdoend antwoord te bieden op de afhankelijkheidsproblemen en de zorgbehoeften van ouderen.

Zolang er geen duidelijk antwoord is op de vragen aan wie de uitkering moet worden toegewezen (de hulpvrager, de thuisverzorger of de voorziening), hoe hoog de uitkering kan of moet zijn, of ze veralgemeend moet worden dan wel gericht zijn op de minder begoeden, voor welke zorgbehoeften de tussenkomsten bedoeld zijn en welke de relatie is tussen deze nieuwe tussenkomst en de bestaande systemen van vergoeding, tot zolang lijkt het niet aangewezen mechanismen in het leven te roepen die straks onbeheersbaar zouden kunnen worden. De ervaring in de naburige landen, o.m. in Duitsland, heeft aangetoond dat de overhaaste invoering van een afhankelijkheidsverzekering tot talrijke problemen aanleiding geeft, niet in het minst op het vlak van de financiering ervan. Wel is het duidelijk dat het hier om een gemeenschapsbevoegdheid gaat omdat het toelaat een inclusief beleid te voeren ; het gedekte risico betreft trouwens specifieke kosten en zorgen, die veroorzaakt zijn door de afhankelijkheid van de oudere, buiten de medische en paramedische kosten om, die behoren tot de federale bevoegdheid.

DEEL 1 – DEMOGRAFISCHE EN MAATSCHAPPELIJKE INDICATOREN

HOOFDSTUK 1 – DEMOGRAFISCHE ONTWIKKELINGEN

1. De vergrijzing en de ontgroening

Het tegelijk voorkomen van zowel de ontgroening, ten gevolge van de nataliteitsdaling, als de vergrijzing, door de stijgende levensverwachting, leidt ertoe dat de bevolking tot 2050 in aantal constant zal blijven. De leeftijdsopbouw zal echter wel sterk veranderen.

Het hoogtepunt van de vergrijzing moet nog komen, dat ligt nog zo'n 30 jaar voor ons, tussen 2010 en 2030 als de baby-boom generatie de leeftijd van 65-70 jaar bereikt. Immers, als de levensverwachting blijft evolueren op het ritme van de voorbije 20 jaar, zal ze tegen 2020 met nog zo'n 7 jaar zijn toegenomen. Mensen zullen dan niet alleen langer leven, er zullen ook veel meer mensen langer leven. De baby-boom generatie zal dan een opa-, maar vooral een omaboom generatie geworden zijn.

Om een adequaat beleid te kunnen voeren is inzicht in de voortschrijdende vergrijzing noodzakelijk. Beleidsmaatregelen die nu worden getroffen hebben repercussies op korte, middellange en lange termijn. Als we vandaag bijvoorbeeld voorzieningen ontwerpen voor verzorgingsbehoevende ouderen, dan is dat een oriëntatie voor de komende dertig jaar. Daarmee overbruggen we eigenlijk bijna drie generaties : de veertigers, de zestigers en de tachtigers.

Niet alleen zijn de kwantitatieve gegevens van belang : hoeveel ouderen zullen er zijn, hoeveel hoogbejaarden, in welke zin evolueert de levensverwachting, enz. Ook met maatschappelijke en psyche-sociale factoren moet rekening worden gehouden : hoe evolueert de draagkracht van de gezinnen en families om ouderen op te vangen, hoe zal een 75-plusser in 2010 tegenover een rusthuis-opname staan ? Ten slotte speelt ook de kwaliteit van het leven op hoge leeftijd een rol : welke graad van zorgbehoevendheid moet worden ingeschat ? Is er bijvoorbeeld op middellange termijn vooruitgang te verwachten in de behandeling van sterk invaliderende ziekten zoals de ziekte van Alzheimer, kanker of aandoeningen van hart en bloedvaten ?

Op een aantal van deze aspecten zal nog worden teruggekomen. Het zal duidelijk zijn dat op bepaalde vragen een redelijk accuraat antwoord kan worden geformuleerd, voor andere zal het bij ramingen en vooruitzichten blijven ; vaak ook moeten we het antwoord zelfs volledig schuldig blijven.

Als leeftijdsgrens om de oudere bevolking te definiëren, wordt vaak 60 jaar gehanteerd. Programmacijfers worden meestal vastgesteld per honderd 60-jarigen en ouder of per duizend 65-jarigen en ouder, terwijl ook als doelgroep voor een zorgbeleid het aantal 75-jarigen en ouder kan gel-

den. Het is vooral vanaf die leeftijd dat de hulpbehoevendheid zich manifesteert.

Vlaanderen telde in 1992 5,8 miljoen inwoners. Hiervan behoort 20,6 % of 1.120.000 tot de ouderengroep van 60 jaar en meer.

2. Centraal bevolkingsscenario

Aangezien prognoses en voorspellingen een grote mate van onzekerheid vertonen, hanteert men vaak scenario's om de toekomstige ontwikkeling van de bevolking te bepalen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van hypothesen, zowel met betrekking tot de vruchtbaarheid en de sterfte als met betrekking tot de migratie.

Het centrale bevolkingsscenario 1992-2050 gaat uit van de volgende veronderstellingen : een vruchtbaarheidsniveau van 1,85 kinderen per vrouw (het huidige niveau bedraagt 1,62), een stijging van de levensverwachting in overeenstemming met de geobserveerde ontwikkeling van de voorbije decennia en een jaarlijks migratiesaldo van 10.000 eenheden.

Momenteel is er wel een duidelijke inhaalbeweging merkbaar bij vrouwen die pas op latere leeftijd hun kinderwens realiseren, waardoor het aantal geboorten sedert 1987 toeneemt. Het centrale scenario (1,85) gaat ervan uit dat die inhaalbeweging nog een hele tijd zal doorgaan en dat veel vrouwen die rond en na de jaren zestig geboren zijn pas op veel latere leeftijd kinderen zullen willen. Dit betekent niet dat elke vrouw uiteindelijk ook haar kinderwens ten volle realiseert en het betekent evenmin dat een gemiddelde van 1,85 volstaat om de bevolking op termijn op peil te houden. Met dit gemiddelde komt er hoe dan ook op termijn een bevolkingsafname, terwijl een positief migratiesaldo die bevolkingsafname kan counteren. Om de bevolking op peil te houden is er, gegeven het huidige sterfteniveau, een gemiddelde van $\pm 2,08$ kinderen nodig.

Gebaseerd op het centrale scenario van de jongste bevolkingsvooruitzichten van het Nationaal Instituut voor de Statistiek voor de periode 1992-2050 zullen er tegen het jaar 2000 1,34 miljoen ouderen zijn ; een stijging met 12 %. In 2020, over een kleine dertig jaar, zal de oudere bevolking zijn toegenomen tot 1,8 miljoen of precies 50 % ten overstaan van 1992. De totale bevolking in Vlaanderen, ongeacht de leeftijd, zou in diezelfde periode met slechts 5,2 % toenemen.

In 1992 behoorde 20,6 % van de bevolking in Vlaanderen tot de categorie van de ouderen, voor het jaar 2020 verwacht men dat dit aandeel reeds 29,3 % zal bedragen. Het aantal jongeren beneden de 20 jaar zal vermoedelijk de eerstkomende jaren lichtjes stijgen, maar na de eeuwwisseling verwacht men opnieuw een daling. Ondanks de stijging van de bevolking met iets meer dan 5 % tussen 1992 en 2020, zal het aantal jongeren in diezelfde periode met 4,9 % dalen.

Tabel 1 : De ontwikkeling van de bevolking in Vlaanderen naar een aantal leeftijds-categorieën, volgens het centrale scenario van het NIS (cfr. Fig. 1)

Leeftijds-groep	1992	2000	2010	2020
Totaal bevolking	5.819.264 (= 100)	5.989.587 (103)	6.094.753 (105)	6.124.253 (105)
0-19 j.	1.396.913 (= 100)	1.420.251 (102)	1.402.003 (100)	1.328.331 (95)
20-59 j.	3.222.378 (= 100)	3.225.796 (100)	3.158.849 (98)	2.999.292 (93)
60 j. en ouder	1.199.973 (= 100)	1.343.540 (112)	1.533.901 (128)	1.796.630 (150)
75 j. en ouder	356.802 (= 100)	437.463 (123)	565.988 (159)	632.843 (177)
85 j. en ouder	85.282 (= 100)	111.572 (131)	146.092 (171)	196.507 (230)

Bron : N.I.S. Bevolkingsstatistieken 1992 nr. 3
N.I.S. Bevolkingsvooruitzichten 1992-2050. Brussel, 1993 (centraal scenario)

3. De veroudering binnen de veroudering

Naast de ontgroening en de veroudering doet zich nog een ander fenomeen voor : de veroudering binnen de veroudering, of de sterke demografische toename van de vierde leeftijd.

In 2000 zal de groep 65-69-jarigen met 6,7 % stijgen ten opzichte van nu, en de groep van 85-jarigen en ouder met 31 %.

Grosso modo kunnen we stellen dat de levensverwachting van onze bevolking per jaar gemiddeld met een seizoen toeneemt. Tijdens de voorbije eeuw steeg de levensverwachting met 30 jaar. Vandaag bereiken dubbel zoveel mensen de pensioengerechtigde leeftijd dan in het begin van deze eeuw.

In Vlaanderen bedraagt de gemiddelde levensverwachting bij de geboorte 73,37 jaar voor de mannen en 79,13 jaar voor de vrouwen (Bevolkingsstatistieken, 1992, nr. 2). Wat de ouderengroep betreft, is de levensverwachting op de leeftijd van 65 jaar veelbetekend : gemiddeld leven vrouwen op die leeftijd nog 18,3 jaar en mannen 14 jaar.

4. Alternatieve scenario's

Naast het centrale scenario dat de meest vermoedelijke ontwikkeling van de bevolking weergeeft, heeft het N.I.S. twee bijkomende scenario's ontwikkeld.

* Scenario 1 : een hoge vruchtbaarheid

Het aantal kinderen per vrouw, dat in het centrale scenario 1,85 bedroeg, wordt in scenario 1 opgevoerd tot 2,1 kinderen per vrouw, zijnde het vervangingsniveau. De overige hypothesen inzake sterfte en migratie blijven onveranderd. Op mid-

dellange termijn heeft dit vrijwel geen invloed op het aantal ouderen, wel wordt het aandeel ouderen in de totale bevolking iets kleiner (28,3 % 60-plus-sers in 2020 i.p.v. 29,3 % in het centrale scenario).

* Scenario 2 : een verlaagde mortaliteit

Scenario 2 voorziet in een hogere levensverwachting dan in het centrale scenario, met name het gemiddelde tussen de levensverwachting uit het centrale scenario en de zogenaamde biologische levensverwachting die door Wunsch en Duchêne werd bepaald. Daardoor zou in het jaar 2020 30 % van de bevolking tot de oudere leeftijdsklassen behoren.

Verder zou vooral het aantal hoogbejaarden aanzienlijk toenemen. Terwijl in 1992 7,1 % van de ouderen de leeftijdsgrens van 85 jaar hebben overschreden, zou het aandeel in 2020 oplopen tot 11,4 %.

Tabel 2 : Evolutie van de ouderenpopulatie in Vlaanderen rekening houdende met een hogere levensverwachting (cfr. Fig. 2)

Leeftijds-groep	1992	2000	2010	2020
60 j. en ouder	1.199.973 (= 100)	1.344.347 (112)	1.545.801 (129)	1.833.985 (153)
75 j. en ouder	356.802 (= 100)	429.358 (120)	575.807 (161)	660.983 (185)
85 j. en ouder	85.282 (= 100)	113.097 (133)	145.377 (170)	209.302 (245)

Bron : N.I.S. Bevolkingsstatistieken 1992 nr. 3
Hypothese hoge levensverwachting : Planbureau, Demografische perspectieven 1992-2050. Brussel 1993.

Ondanks de verschillende hypothesen die de basis vormen voor de berekeningen variëren de resultaten niet zo erg veel, althans niet voor de eerst komende decennia.

* Scenario 3 : Afbakening van de ouderengroep op grond van de levensverwachting.

Uitgaande van een doelgroep die een levensverwachting van 10 jaar heeft, zou in 1992 de populatie oudere vrouwen bestaan uit alle vrouwen die ouder zijn dan 76 jaar, terwijl ze, in het jaar 2020 zou bestaan uit alle vrouwen die ouder zijn dan 79 jaar.

Tabel 3 : De evolutie van de ouderenpopulatie in Vlaanderen op basis van de leeftijd waarop men gemiddeld nog 10 jaar te leven heeft

Jaar	Leeftijdsafbakening		Oudere bevolking	
	Mannen	Vrouwen	Aantal	1992= 100
1992	72 en ouder	76 en ouder	409.000	100
2000	73 en ouder	77 en ouder	411.100	100,5
2010	75 en ouder	78 en ouder	467.600	114,3
2020	77 en ouder	79 en ouder	471.200	115,2

Bron : C.B.G.S., „Het aantal ouderen in Vlaanderen”, P. Willems, niet gepubliceerd document.

Wanneer de leeftijdsgrens om de oudere bevolkingsgroep af te bakenen stelselmatig verschoven wordt op basis van de toename in aantal jaren levensverwachting, dan groeit de omvang van de oudere bevolking zeer traag.

Al bij al is dit een weinig realistische hypothese omdat wordt verondersteld dat de winst in levensjaren integraal wordt omgezet in een winst in zorgvrije jaren. Dat lijkt geenszins het geval te zijn.

Onderstaande tabel geeft een samenvatting van de berekeningen voor de eerste gehanteerde scenario's.

Tabel 4 : Verschil in aantal ouderen, naargelang het scenario

Scenario's	60-jarigen en ouder		85-jarigen en ouder	
	2000	2020	2000	2020
Centraal	1.343.540	1.796.630	111.572	196.507
Scenario 1	1.332.373	1.770.533	111.289	193.743
Scenario 2	1.344.347	1.833.985	113.097	209.302

We hebben ons hier beperkt tot een aantal scenario's die de orde van grootte van de ouderenbevolking aangeven. Met behulp van uitgebreider onderzoek naar de graad van zorgbehoefte op diverse leeftijden en de evolutie die zich daarin voordoet, kunnen andere scenario's worden uitgewerkt om de evolutie van de omvang van doelgroepen nauwkeuriger te berekenen. Thans ontbreekt het in ons land echter aan de datagegevens die nodig zijn voor het opstellen van goede hypothesen over de evolutie van de „zorgbehoevende jaren”. Er kunnen schattingen gemaakt worden op basis van bestaande buitenlandse onderzoeksresultaten, doch voorzichtigheid is hierbij geboden.

Het definiëren van de omvang van het verouderingsfenomeen is sterk afhankelijk van de manier waarop men de ouderdom benadert. Meestal gaat men uit van een chronologische leeftijd die gerelateerd is aan de normale pensioengerechtigde leeftijd.

Voor de berekening van de omvang van de ouderpopulatie tot en met het jaar 2000 verschillen

de twee gehanteerde scenario's niet erg veel van elkaar. De effecten van de verschillende hypothesen spelen slechts op veel langere termijn.

In het hoofdstuk over residentiële voorzieningen voor ouderen wordt voor de omschrijving van de deelpopulatie van een rusthuis vertrokken van de resultaten van de hier beschreven scenario's. De doelgroep zal hier worden afgebakend aan de hand van drie criteria, nl. de leeftijd, de invaliditeit en de vraag tot opname.

5. Een verouderingsproces met verschillende snelheden

Niet alle regio's in Vlaanderen verouderen even snel of op dezelfde wijze. Enkele verouderingsindices berekend per arrondissement zijn hiervan een illustratie. (zie tabel 5)

Met deze regionale verschillen wordt rekening gehouden bij de uitbouw van de residentiële voorzieningen.

De verouderingscoëfficiënt geeft het aandeel van de 60-plussers in de totale populatie weer. Uit bovenstaande tabel blijkt dat de proportie ouderen schommelt tussen minimum 14 % (arrondissement Maaseik) en maximum 24 % (Veurne en Oostende).

De ouderdomscoëfficiënt geeft het aantal ouderen weer tegenover het aantal jongeren (jonger dan 20 jaar). Voor de hele Vlaamse Gemeenschap waren er in 1992 voor elke 100 jongeren 86 ouderen. Arrondissementen met meer ouderen dan jongeren zijn : Antwerpen, Oostende en Veurne. Maaseik daarentegen is een duidelijke uitschieter wat betreft het relatieve overwicht van jongeren : voor elke 100 jongeren zijn er „slechts” 50 ouderen.

De vergrijzing binnen de vergrijzing ten slotte, of de intensiteit van de veroudering, geeft de verhouding aan tussen het aantal 80-jarigen en de totale groep ouderen van 60 jaar en ouder. De proportie hoogbejaarden is het grootste in Eeklo en Oudenaarde (20 %) en het kleinste in Hasselt en Maaseik (13 %). In de hele Vlaamse Gemeenschap heeft 17 % van de ouderen de leeftijdsgrens van 80 jaar bereikt.

Tabel 5 : Enkele verouderingscoëfficiënten per arrondissement in 1992 (cfr. Fig. 3)

Arrondissement	Verouderings- coëfficiënt (aantal 60-plussers x 100 / totale bevolking)	Ouderdoms- coëfficiënt (aantal 60-plussers x 100 / aantal 0-19 jarigen)	Verouderings- intensiteit (aantal 80-plussers x 100 / het aantal 60-plussers)
Antwerpen	23	102	17
Mechelen	22	100	18
Turnhout	17	63	14
Halle-Vilv.	21	87	16
Leuven	21	92	17
Hasselt	17	67	13
Maaseik	14	50	13
Tongeren	18	71	15
Aalst	21	92	17
Dendermonde	20	82	16
Eeklo	22	92	20
Gent	22	95	19
Oudenaarde	23	98	20
St.-Niklaas	20	80	17
Brugge	21	88	18
Diksmuide	22	85	19
Ieper	22	83	17
Kortrijk	20	78	17
Oostende	24	105	18
Roeselare	20	79	18
Tielt	20	80	19
Veurne	24	103	17
Gemiddelde	21	86	17

Bron : N.I.S., Bevolkingsstatistieken, 1992, 3.

6. De feminisering van de vergrijzing

De levensverwachting voor vrouwen is momenteel 6,8 jaar hoger dan voor mannen. Voor beide geslachten is de gemiddelde levensverwachting bij de geboorte in de loop van de laatste twee decennia met meer dan 4 jaar toegenomen. In 1968-'72 werden mannen gemiddeld 67,8 jaar en vrouwen gemiddeld 74,2 jaar. In 1988-'90 was de levensverwachting opgelopen tot respectievelijk 72,4 jaar en 79,1 jaar.

Voor de totale bevolking is er een licht overwicht aan vrouwen dat voortdurend toeneemt met de leeftijd. Op honderd ouderen van 60 jaar en ouder zijn er 57 vrouwen en 43 mannen. De leeftijdsklasse 60-64 jaar bestaat voor 52 % uit vrouwen ; in de groep van de 90-jarigen is de verhouding opgelopen tot 75 %.

Dit fenomeen heeft ook consequenties, onder meer met betrekking tot de burgerlijke staat van de oudere bevolking, waaraan ook een aantal sociale aspecten verbonden zijn.

Tabel 6 : De geslachtsverhouding onder de bevolking van 60 jaar en ouder in Vlaanderen (1.1.1992) (Cfr. Fig.4)

Leeftijdsgroep	% vrouwen
60-64	52
65 - 69	54
70-74	56
75-79	60
80-84	66
85 - 89	71
90 en ouder	75
60 jaar en ouder	57

Bron : N.I.S., Bevolkingsstatistieken, 1992, nr. 3

7. Burgerlijke staat

Op oudere leeftijd is er niet alleen een sterk overwicht van vrouwen t.o.v. mannen, ook bestaan er

aanzienlijke geslachtsverschillen in burgerlijke staat.

Tabel 7 : De verdeling van de 60- plussers in Vlaanderen, naar geslacht en burgerlijke staat (1991)

Burgerlijke staat	Mannen		Vrouwen	
	Aantal	%	Aantal	%
Ongehuwd	34.915		52.418	8
Gehuwd	380.110	71	319.397	49
Weduwstaar	69.858	14	271.393	41
Echtgescheiden	11.768	2	14.275	2
Totaal	496.219	100	657.483	100

Bron : N.I.S., Bevolkingsstatistieken 1992 nr. 1.

Van alle mannelijke 60- plussers is één op zeven weduwnaar, bij vrouwen is meer dan vier op tien weduwe. Het overwicht van de vrouwelijke ouderen in weduwstaat is opmerkelijk bij het in aanmerking nemen van de absolute cijfers. In Vlaanderen overtreft het aantal oudere weduwen (271.000) viermaal het aantal weduwnaars (70.000).

Bij toenemende leeftijd neemt het aandeel gehuwden af, terwijl het aantal ouderen in weduwstaat aanzienlijk stijgt. Zo blijkt onder meer dat van alle hoogbejaarden van 85 jaar en ouder 73 % tot de weduwstaat behoort en dat van alle hoogbejaarden in weduwstaat niet minder dan vier op vijf vrouwen zijn. Dit demografisch gegeven verklaart meteen waarom veel meer vrouwen dan mannen alleen wonen, op zichzelf zijn aangewezen en het gevaar lopen geïsoleerd te worden en te vereenzamen.

Conclusie

Uit de gehele analyse van de demografische evoluties blijkt een toenemende levensverwachting (met een hogere levensverwachting voor vrouwen), een toenemend relatief aantal ouderen en een sterk toenemend aantal hoogbejaarden binnen de groep ouderen, met een duidelijke tendens naar de feminisering van de vergrijzing.

De gegevens tonen niet aan dat een toenemende levensverwachting absoluut een toenemende zorgverwachting inhoudt. Wat het uiteraard niet gemakkelijk maakt prognoses te maken voor de uitbouw van de hulpverlening ; te meer omdat de hulpverlening een veel grotere differentiatie kent in de zorgbehoefte en de zorgvraag.

HOOFDSTUK 2 – MAATSCHAPPELIJKE ONTWIKKELINGEN

1. De beeldvorming over ouderen : van een deficit- naar een ontwikkelingsmodel

Steeds meer mensen bereiken een hogere leeftijd en niet minder dan 85 % van de ouderen haalt die respectabele ouderdom in een goede tot zeer goede conditie. Slechts 15 % van alle ouderen kan als zwaar zorgenbehoevend aanzien worden. Als we ons toespitsen op de groep van de 75-plussers, zou ongeveer een kwart van hen als invalide kunnen worden beschouwd.

In onze samenleving bestaan echter nog steeds hardnekkige vooroordelen waardoor oud worden een negatieve bijklank heeft. Onderzoeken wijzen erop dat die negatieve stereotypering niet aan de werkelijkheid beantwoordt.

Wij kiezen resoluut voor het ontwikkelingsmodel en voor de afbouw van de stereotypen in het deficitmodel,

1.1. Het deficitmodel

Niet meer beroepsactief en nutteloos ?

Voor ons, West-Europeanen, is arbeid een dominante waarde, gekoppeld aan inkomen, consumptieniveau, status, prestige, sociaal contact en identiteitsontwikkeling. Het onproductieve wordt negatief gewaardeerd. Zingeving en waardering zijn sterk verbonden met de economische activiteit, met het rendement.

Onder invloed van dit maatschappijbeeld voelt de oudere zich wel eens nutteloos, afgeschreven en uitgerangeerd. Stilaan komt hierin toch verandering. Zachte waarden worden weer ontdekt : het respect voor de natuur en de verbondenheid met de medemens, het bewust beleven van zichzelf, het genieten van de vrije tijd, de aandacht voor vrienden, familierelaties, het niet-meerzo-nodig moeten presteren.. .

De jonge senior laat zich niet zomaar in een hoekje duwen. Hij heeft meestal een behoorlijk inkomen, is fit, geniet van zijn herwonnen vrijheid met zijn partner, kinderen en kleinkinderen, gaat op zoek naar nieuwe dingen, reizen, cultuur, enz.. .

Eenzaam aftakelen ?

In het deficitmodel wordt het verouderen omschreven als een continue neergang van lichamelijke en geestelijke vermogens. Maar het is duidelijk dat de mens tot op hoge leeftijd gezond kan blijven en zich nog lange tijd kan handhaven.

Uit onderzoek blijkt dat de leervaardigheid bij de ouderwordende mens wel verandert, maar daarom niet vermindert. Niet zozeer het leervermogen neemt met het ouder worden af, dan wel het tempo van de informatieverwerking. Inzake algemene kennis, praktisch oordeel, taalvaardigheid, concentratie en onderscheidingsvermogen tussen essentie en bijzaak wordt het hoogtepunt pas op latere leeftijd bereikt.

Bij het ouder worden verhoogt de kans dat men vaker alleen is. Het overlijden van de levenspartner, de kinderen die het huis uit zijn en het verlies van vrienden, collega's en leeftijdgenoten zijn gebeurtenissen waardoor oudere mensen, eerder dan jongeren, alleen komen te staan. Het aantal alleenwonende ouderen neemt de laatste jaren sterk toe. Terwijl bij de volkstelling van 1961 één op vier van alle 60-jarigen en ouder in Vlaanderen alleenstaand was, is dit cijfer intussen opgelopen tot 37 %, waaronder proportioneel meer dan dubbel zoveel vrouwen dan mannen.

Hieruit blijkt de mogelijkheid en het reële gevaar van eenzaamheid. Dat hoeft echter per definitie niet zo te zijn. Er zijn veel mogelijkheden tot sociale contacten, met leeftijdgenoten en met andere generaties. Het relatief veelvuldig samenwonen met kinderen, vooral in het geval van zorgbehoevendheid, de regelmatige contacten met kinderen en de vele vormen van informele hulp die ouderen van hun kinderen ontvangen, wijzen erop dat de contactbreuk met kinderen en de vereenzaming veeleer een sociale mythe is dan een realiteit.

Bovendien moet er een duidelijk onderscheid gemaakt worden tussen het alleen-zijn als objectief feit en het zich eenzaam voelen als subjectief gevoel. Mensen kunnen zich eenzaam voelen terwijl ze toch veel contacten hebben. Ook het omgekeerde doet zich voor : men is vaak alleen, maar men heeft helemaal niet het gevoel vereenzaamd te zijn.

Geen seksueel leven meer ?

Ook op hoge leeftijd kunnen mensen voldoening vinden in een seksuele relatie met hun partner.

Inzake seksualiteit is de maatschappelijke druk op ouderen echter nog bijzonder groot. Nog steeds leeft de opvatting dat bij oudere mensen de seksuele interesse uitdooft, en dat zij bijgevolg geen behoefte aan seksuele activiteit (mogen) hebben. Er bestaat nog steeds een taboe- en verbodssfeer terzake, waardoor vooral ouderen in collectieve woongelegenheden (rusthuizen) of inwonend bij familie met seksuele problemen te kampen hebben. Veelal wordt in dergelijke woonomstandigheden geen of te weinig aandacht besteed aan de privacy en intimiteit die nodig zijn om seksuele relaties te ontwikkelen.

Ook wordt de oudere vaak zelf psychologisch belast via het seksuele taboe en de argwaan die familieleden en vrienden soms koesteren tegen nieuwe relaties tussen mannen en vrouwen op hoge leeftijd.

Sexualiteit is echter voor de meeste mensen een belangrijk aspect van hun geestelijk en lichamelijk

welzijn en dat blijft zo, ook op hogere leeftijd. Het is dus belangrijk dat ook ouderen in een omgeving leven waar zij de mogelijkheid hebben om vrij hun seksualiteit te beleven en er de invulling en zingeving aan te geven die zij wensen.

Concreet moet bij de bouw van collectieve woongelegenheden voor ouderen aandacht worden besteed aan mogelijkheden tot privacy. Informatie is ook nodig om het onderwerp beter bespreekbaar te maken tussen de ouderen, de mantelzorgers en de professionele hulpverleners.

1.2. Het on-twikkelingsmodel : een nieuwe visie op ouder worden

De algemene indruk is dat de maatschappijvisie ten aanzien van het ouder worden negatiever is dan de concrete omstandigheden waarin de ouderen zich bevinden. Met andere woorden, men toont meer angst ten aanzien van het verouderen dan de ervaringen van ouderen zelf doen blijken.

Gelukkig onderkent men de laatste jaren de tendens dat de negatieve beeldvorming minder strak wordt. Zo heeft bijvoorbeeld het beklemtonen van de eigen verantwoordelijkheid en van de zelfredzaamheid van de ouderen een kentering ten goede tot gevolg, waarbij men ouderen minder gaat beschouwen als een bevolkingsgroep die vooral verzorging nodig heeft, maar meer als mensen voor wie de eigen identiteit en zelfstandigheid belangrijk blijven.

Ook in de zorgverlening wordt meer aandacht besteed aan datgene wat ouderen nog kunnen. Niet de gebreken en tekortkomingen, wel de positieve krachten worden beklemtoond. Het gaat evenwel om een langzaam voortschrijdend proces.

In verschillende maatschappelijke domeinen kunnen initiatieven worden genomen die een positieve beeldvorming rond ouder worden bevorderen

Adequate maatregelen inzake voorlichting en vorming via het onderwijs en de media, dienen de algemene visie op ouderen voortdurend te corrigeren en te sturen.

De media kunnen een cruciale rol spelen in het verspreiden van correcte informatie over het ouder worden. Een eenzijdig benadrukken van de ouderdomsgebreken moet ten alle prijze vermeden worden. Elke levensfase heeft immers zijn aantrekkelijke kanten. Een verspreiding van nieuwe inzichten draagt ook bij tot een algemene mentaliteitsverandering.

Er dienen schoolactiviteiten ontwikkeld te worden waarbij ouderen op basis van hun ervaringskennis en van historische feiten, informatie kunnen aanreiken die niet alleen nuttig is voor jongeren, maar die meteen ook de positieve inbreng van ouderen onderlijnt.

Het bevorderen van regelmatige contacten tussen verschillende generaties neemt veel vooroordelen weg en werkt verrijkend voor alle partijen.

Aan ouderen moeten mogelijkheden en kansen worden geboden om zelf te werken aan een imago-verbetering. Via deelname aan het sociale en politieke leven kunnen ouderen het negatieve (zelf)beeld doorbreken en de samenleving tot andere inzichten brengen.

Inspanningen moeten worden geleverd om ouderen – ook wanneer ze hulpbehoevend zijn te benaderen als volwaardige en autonome burgers met eigen mogelijkheden en verantwoordelijkheden. Ouderen eisen hun rechten op en stellen zich niet meer tevreden met louter de zorgen en diensten die men aan hen verleent. Zij willen als volwaardig behandeld worden en zweren de zorgenideologie af.

Een stimulerende factor die de deelname aan het socio-cultureel vormingswerk ongetwijfeld ten goede komt, is de verschuiving die de ouderengroep ingevolge grotere scholings- en ontwikkelingskansen in de komende jaren zal ondergaan. Ingevolge een hoger opleidingsniveau en de toenemende arbeidsparticipatie van de vrouw zullen ouderen van morgen mondiger en zelfbewuster zijn, met meer participatie-ervaring dan de huidige generaties ouderen. De aanbodzijde zal hierop moeten inspelen.

Ook binnen de dienstverleningssector dringt zich een mentaliteitswijziging op. Aangezien men doorgaans te doen heeft met ouderen die op een of andere manier hulp behoeven, staan verzorging en hulpverlening centraal binnen deze sectoren. Een eenzijdige nadruk op pathologische en verzorgingsaspecten doet echter onrecht aan de oudere als totale persoon. Opleidings- en bijscholingscursussen gaan dan ook aandacht besteden aan een integrale benadering van de ouderen en het oud worden. Gezondheids- en welzijnswerkers moeten op de hoogte worden gehouden van nieuwe visies en ontwikkelingen. Een eenzijdige nadruk op pathologie en verzorging wordt op die manier vermeden.

Een geïntegreerd, inclusief ouderenbeleid moet leiden tot een mentaliteitswijziging doorheen alle maatschappelijke instituties en voorzieningen. Anderzijds is op verschillende terreinen een mentaliteitswijziging nodig om dit inclusief beleid in de praktijk te kunnen realiseren.

2. De evolutie van het gezin

Door de demografische evolutie ondergaat de familiestructuur grondige wijzigingen. Binnen de families neemt het aantal generaties toe, terwijl de omvang van elk van de generaties afneemt ingevolge de veralgemeende trend naar een kleiner aantal kinderen. Dit laatste verschijnsel wordt de gezinsverdunding genoemd.

Een eeuw geleden leefden er weinig grootouders en relatief veel kinderen, terwijl de opbouw van de familie nu uit veel grootouders en zelfs overgrootouders bestaat en uit relatief weinig klein- of achterkleinkinderen. In vergelijking met enkele decennia geleden, is het aantal drie- en viergeneratiefamilies sterk toegenomen.

De toekomstige ouderen zullen in grotere mate kinderloos zijn of maar op een beperkt aantal kinderen een beroep kunnen doen. Niet alleen zijn er minder directe verwanten beschikbaar, ook hebben de ouderen minder broers en zusters, schoonbroers en schoonzusters dan hun grootouders.

Hulpverlenende gezinsleden ervaren dikwijls moeilijkheden om de professionele- en gezinsverplichtingen te combineren. Het gevaar is reëel dat men geïsoleerd geraakt ten gevolge van beperkte sociale contacten, emotionele en fysieke spanningen, stress, eventuele gezinsconflicten en financiële lasten.

Het gezin vormt nog steeds de affectieve basis die het leven voor zowel jong als oud richting geeft. Werken aan welzijn, is ook rekening houden met de volwaardige ontplooiing van ouders en kinderen – en dus ook van grootouders en (klein)kinderen – op diverse maatschappelijke terreinen. De Vlaamse regering heeft er zich toe verbonden in haar regeerakkoord om in haar beleid rekening te houden met het gezin.

Zo zal het Internationaal Jaar van het Gezin de aanzet geven voor een aantal concrete initiatieven. De diensten voor gezins- en bejaardenhulp zullen extra armslag krijgen en de gezinsopvoedkundige activiteiten – door socio-culturele organisaties aangeboden – zullen geheroriënteerd worden naar reële gezinsondersteunende doelstellingen. Deze organisaties kunnen immers een belangrijke rol spelen in het destigmatiseren van probleemsituaties. Zij hebben veelal een lage drempel. Vormingswerk met gezinnen, inzetten van ervaringsdeskundigen, uitbouwen van sociale netwerken, . . . dit alles voorkomt gezinsproblemen, biedt gezinnen met problemen oplossingsvaardigheden aan, helpt gezinnen na een crisissituatie terug tot zichzelf te komen en het innerlijk evenwicht te herstellen. Projecten die deze doelstellingen op een eigentijdse wijze invullen verdienen steun.

De hulpverlenende diensten moeten in het algemeen gezinsgericht werken.

3. Een hoger opleidingsniveau

De ouderen van nu hebben relatief minder opleiding genoten dan de rest van de bevolking. Velen onder hen hebben één, zelfs twee wereldoorlogen meegemaakt die vaak een schoolloopbaan doorkruist hebben. De intellectuele capaciteiten liggen dan ook vaak hoger dan de schoolcarrière laat vermoeden. De toekomstige generaties van ouderen zullen gemiddeld een hogere opleiding hebben genoten dan de huidige generatie, waardoor zij zich zelfbewuster, mondiger en geëmancipeerder zullen opstellen.

Mensen met een betere opleiding en met een hoger inkomen leven langer en ook gezonder maar maken ook meer gebruik van de sociale- en gezondheidsvoorzieningen.

4. De veranderde rol van de vrouw

Een andere maatschappelijke verschuiving situeert zich rond de maatschappelijke participatie van de vrouw. Veel vrouwen worden geconfronteerd met een dubbele of zelfs driedubbele belasting : beroep, gezin, bejaarde ouders. De verschuivingen in het rollenpatroon tussen man en vrouw zijn echter nog in volle evolutie.

De man — tevens vader van zijn kinderen — neemt in het gezin steeds meer taken op, alhoewel de verantwoordelijkheid dikwijls te eenzijdig op de vrouw blijft rusten.

De meeste vrouwen wensen een professioneel leven uit te bouwen. In de toekomst zullen zij dan ook meer en meer aanspraak kunnen maken op een individueel pensioenrecht waardoor zij een grotere bestaanszekerheid zullen kunnen opbouwen.

De veranderende rol van de vrouw heeft tot gevolg dat de mantelzorg een taak wordt voor zowel de mannen als vrouwen.

Er moeten echter meer mogelijkheden gecreëerd worden, zowel voor de man als voor de vrouw om een flexibelere loopbaan uit te bouwen in functie van de gezins- en andere zorgtaken. Onderbreking van de loopbaan, ondermeer voor de zorg voor een terminaal ziek familielid, wordt nog steeds niet erkend.

5. De arbeidsparticipatie : naar meer flexibiliteit

Ondanks de sterk gestegen levensverwachting stoppen veel mensen relatief vroeg met werken ; de pensioenperiode duurt dus veel langer dan voorheen. In 1947 was nog 73 % van de mannen tussen 60 en 65 jaar beroepsactief, in 1987 was dit nog slechts voor 20 % het geval. Men begint nu veel later te werken en stopt, al dan niet gedwongen, veel vroeger.

Het is mogelijk en noodzakelijk, zowel vanuit overwegingen voor de toekomst als vanuit actuele problemen, om het gevoerde beleid inzake de herverdeling van de beschikbare arbeid bij te sturen, rekening houdend met de verzuchtingen van sommige ouderen om langer te blijven werken en deze van vele jongeren om in de gezinsopbouwfase korter te werken. Herverdeling dus van arbeid over de levensloop, door minder maar langer werken.

Dit is een van de grootste uitdagingen voor het beleid, want het is moeilijk deze visie te vertalen in een duidelijke en doorzichtige regelgeving omdat moet afgestapt worden van het eenvoudige leeftijdscriterium om over te gaan tot „maatwerk”, zoals flexibele en deeltijdse pensionering. Bovendien moet dit gepaard gaan met een leeftijdsbewus-

te arbeidsorganisatie, d.w.z. een gericht personeels- en functiebeleid.

6. De economische situatie van de ouderen : een verbetering

Veel ouderen hebben het goed, maar dit mag ons niet blind maken voor de reële vaststelling dat ongeveer 35 % van de ouderen zich in een bestaanonzekere leefsituatie bevindt. Voor meer dan 30 % van de ouderen die in rusthuizen verblijven dient het O.C.M.W. tussen te komen omdat hun bestaansmiddelen niet voldoende zijn om op het einde van de maand de rekening van het rusthuis te betalen.

Onderzoek heeft uitgewezen dat ouderen uit hogere inkomensklassen gezonder, maatschappelijk actiever en beter gehuisvest zijn.

Het aantal gezinnen met twee pensioenen zal in de toekomst toenemen. De inkomstenevolutie wijst duidelijk op een betere financiële situatie. De inkomstenongelijkheid onder de ouderen zal echter nog toenemen ; dit is het gevolg van een dubbele breuklijn : een eerste tussen jong- en hoogbejaarden, en een tweede tussen alleenstaanden en koppels. Deze grote ongelijkheid binnen de ouderengroep vormt aldus een belangrijke verklaring voor de paradoxale toestand, dat ondanks de aanzienlijke welvaartsverbetering de ouderen blijvend worden geconfronteerd met een hoog armoede- en bestaansonzekerheidsrisico.

De optie voor een solidaire samenleving houdt in dat alles in het werk wordt gesteld om armoede onder de ouderen in deze samenleving te bannen. Naast een actief ingrijpen om deze doelstelling te bereiken, houdt dit vooral in dat de verworvenheden t.a.v. de overgrote meerderheid van de ouderen worden beschermd. Dit betekent voornamelijk dat de bestaande wettelijke pensioenvoorzieningen, gebaseerd op het repartitiestelsel, behouden blijven en dat aanvullende stelsels, gebaseerd op kapitalisatie, wel als complement maar niet als alternatief worden aanvaard. De Vlaamse regering kiest ervoor een Vlaams pensioenfonds op te richten om het bijkomend deel van het Vlaams overheidspensioen te financieren.

Conclusie

De laatste decennia is onze maatschappij ingrijpend veranderd. Er is sprake van gezinsverdunding, een verhoogd opleidingsniveau, een stijging van de welvaart, de emancipatie van de vrouw en de nood aan flexibiliteit op de arbeidsmarkt.

Het beleid moet op deze ontwikkelingen inspelen, en moet een positieve visie op en beeldvorming over ouderen verder stimuleren.

DEEL 2 – DE MAATSCHAPPELIJKE PARTICIPATIE VAN DE OUDEREN

INLEIDING

Zoals in de inleiding van deze beleidsbrief reeds gesteld werd is het ouderenbeleid een inclusief beleid. Het doorsnijdt alle geledingen van de samenleving : gezondheidszorg, milieubeleid, huisvesting, inkomen, mobiliteit en verkeer, ruimtelijke ordening, . . . Op elk van deze specifieke terreinen en op elk bestuursechelon moet er rekening worden gehouden met de specifieke noden van de ouderen.

Ofschoon ze niet tot het bevoegdheidsdomein van „bijstand aan personen” behoren behoren, hebben een aantal aangrenzende beleidsdomeinen zo’n directe impact op de leefsituatie van de ouderen dat ze in deze beleidsbrief niet terzijde mogen gelaten worden. Zij creëren de basisleefvoorwaarden voor een zelfredzame, zinvolle en sociaal geïntegreerde derde levensfase. Deze aangrenzende beleidsaspecten zijn : huisvesting, mobiliteit, veiligheid, socie-culturele participatie, behartiging van de eigen belangen en politieke participatie.

Daarnaast mogen we niet voorbijgaan aan de maatschappelijke positie van de huidige generatie oudere vrouwen. Zij bevinden zich in een unieke en probleemgeladen situatie die niet alleen een gevolg is van het ouder worden. Dit vraagt een aparte benadering.

1. De huisvesting

1.1. De woonsituatie van de ouderen

De huisvesting is een belangrijk aspect in het bestaan van de mens. Dit geldt voor de oudere mens nog meer. Door de beperking van zijn of haar leefwereld, door het wegvallen van werkrelaties, het overlijden van leeftijdsgenoten en de afnemende validiteit, ervaart de oudere de woning meer en meer als het centrum van zijn bestaan. Een degelijke uitrusting van de woning is ook belangrijk bij de eventuele zorgverlening.

Meer dan tweederde (78,8 %) van de ouderen is eigenaar, mede-eigenaar of vruchtgebruiker van een woning. Alleenstaande ouderen daarentegen zijn nog voor geen 60 % eigenaar. Daarenboven is het woningenbestand relatief oud : één op vijf ouderen is gehuisvest in een woning gebouwd vóór 1915.

Wanneer de kinderen uit huis gaan, verliest een aantal vertrekken zijn oorspronkelijke bestemming. Het ruimteoverschot is een feit : iets meer dan de helft van de woningen is onderbezet.

Het comfort van de meeste ouderen is redelijk, zowel in huur- als in eigenaarswoningen. 68 % beschikt over een ingerichte badkamer, bij twee op vijf is de woning uitgerust met centrale verwarming. In drie op de vier door ouderen betrokken

woningen is het toilet in de woning gelegen, op hetzelfde niveau van de woonkamer. De aansluiting op nutsvoorzieningen gaat steeds in stijgende lijn : alle woningen zijn aangesloten op elektriciteit, 91 % op het waterleidingsnet, 84 % op het rioleringsnet en 52 % op de gasleiding. Woningen in meer verstedelijkte gebieden zijn vaak beter uitgerust dan in kleinere gemeenten.

Zeven op tien ouderen beschikt over telefoon. De invoering van een sociaal tarief voor ouderen heeft daarbij ongetwijfeld een belangrijke impuls gegeven.

Een derde van de ouderen woont in een gemakkelijk toegankelijke woning zonder trappen : dit vooral op het platteland.

Ouderen zijn gehecht aan hun woning. Slechts 4 % van de ouderen zou graag verhuizen. Deze wens staat in rechtstreeks verband met de tevredenheid over de woning en de buurt. 90 % van de ouderen is tevreden met de woning. Zes op tien ouderen stelt dat er geen tekorten zijn. De meeste klachten betreffen het toilet buiten de woning, onvoldoende isolatie en het ontbreken van een badkamer of doucheceel. Het teveel aan ruimte wordt ook soms als een „tekort” aangegeven. Naarmate de leeftijd stijgt is de oudere ook minder bereid om aanpassingen aan de woning te laten uitvoeren zelfs indien de overheid hierin zou tussenkomen.

Met het oog op het behoud van een zelfstandige leefwijze is de aanwezigheid van een alarmsysteem in de woning niet zonder belang. Uit het leefsituatieonderzoek bij ouderen blijkt dat slechts 1 % van de ouderen over dergelijk systeem beschikt. Er bestaan echter nog andere, minder technische, minder gesofistikeerde en minder dure alarmsystemen : een S.O.S. driehoek voor het raam, burentoezicht, alarmbelletje, . . . 7 % van de ouderen beschikt over een dergelijk systeem.

1.2. De woonwensen van de ouderen

Waarden zoals onafhankelijkheid, zolang mogelijk actief zijn en het behoud van de zelf opgebouwde woonsituatie, scoren hoog bij ouderen.

Inzake dienstverlening wenst men vooral hulp aan huis op de momenten waarop die nodig is. De nabijheid van een snel reagerend dienstencentrum kan daarbij zeer nuttig zijn.

Ergens in het proces van teruglopende lichamelijke validiteit en hulpbehoefte is er een keerpunt waarop men zelf of anderen tot de conclusie komt dat er iets moet gebeuren. Met ouderen over woonbehoeften praten is eigenlijk praten over een stap terugzetten, wanneer het niet meer gaat. Inzake woonopties, verliest – vergeleken met een onderzoek van 1975 – het inwonen bij de kinderen terrein. De huisvestingsomstandigheden bij de kinderen zijn slechts zelden ingesteld op de opname van de ouders in het gezin.

Zowel bij de ouderen als bij de kinderen merkt men de ingesteldheid om zolang mogelijk gescheiden en onafhankelijk te wonen. Ouderen zijn er

zich hoe langer hoe meer van bewust dat inwoners bij de kinderen steeds problematischer wordt. De bejaardenwoning met hulpverlening oefent de grootste aantrekkingskracht uit op de oudere. Het rusthuis scoort het laagste.

Woonalternatief	1975	1985
modern rusthuis	18 %	16 %
serviceflats/woning met dienstverlening	38 %	37 %
inwoners bij de kinderen	28 %	22 %
geen antwoord/weet het niet	16 %	25 %

Bron : C.B.G.S. MONOGRAFIE 1988/1, De leefsituatie van ouderen.

1.3. De veiligheid binnenshuis

Omvang en oorzaken van ongevallen binnenshuis

Uit Nederlandse gegevens blijkt dat van de 1.846 ouderen die in 1985 overleden tengevolge van een ongeval, niet minder dan 71 % overleden na een ongeval in of om de woning. In 1983 werden in België 18.275 ouderen van 60 jaar en ouder wegens een ongeval ten huize, voor dringende geneeskundige hulp gehospitaliseerd.

Oudere personen zijn, meer dan anderen, afhankelijk van de woning, de woonuitrusting en -omgeving.

In veel gevallen is de woning niet aangepast aan de specifieke behoeften van ouderen. De aanwezigheid van steile trappen bijvoorbeeld, niveauverschillen tussen de kamers of een gladde vloerbedekking beïnvloeden de mobiliteit van ouderen in negatieve zin, inzonderheid van diegenen die beperkt zijn in hun mobiliteit.

De verhoogde vatbaarheid voor ongevallen op oudere leeftijd houdt in eerste instantie verband met lichamelijke veranderingen als gevolg van het verouderingsproces waarbij een onderscheid kan worden gemaakt tussen fysiologische en pathologische factoren.

Ook pijnstillers en andere geneesmiddelen kunnen een effect hebben op het evenwicht van ouderen. Zoals reeds werd vermeld, wordt de **ongevallenincidentie** ook bepaald door een aantal gevaren in de woonomgeving zoals trappen, drempels, gladheid of oneffenheden.

Optimaliseren van de mobiliteit binnenshuis

* Aangepaste huisvestingsvoorwaarden kunnen bijdragen tot een grotere bewegingsvrijheid van ouderen. Aanpassingen binnenshuis die de mobiliteit en de veiligheid van ouderen ten goede komen zijn onder meer : het vervangen van steile trappen, geen drempels, grepen en handvatten bij douche, toilet en in de gangen, anti-slip vloerbekleding, wegwerken van niveauverschillen, aangepaste verlichting, enz.

* Voor de financiering van de noodzakelijke werken kan een woonaanpassingspremie worden voorzien ter verbetering van de woonkwaliteit.

Onderzoek wijst echter uit dat subsidies ter verbetering van woningen en verhuizingstoelagen hoofdzakelijk jongeren ten goede komen. Er is derhalve dringend wetgevend werk nodig om dit te verbeteren.

* De verdere uitbouw en subsidiëring van alarm-systemen bevordert de mobiliteit van invalide ouderen.

1.4. De woonvormen van ouderen

Sociale huisvesting

Is de nood aan goedkope, gezonde en aangepaste woningen groot bij de economisch zwakkere groepen in onze samenleving, dan geldt dit ook, **zoniet** nog meer, voor de ouderen. Bovendien hebben zij niet alleen nood aan een aangepaste huisvesting, maar ook aan een dienstverlening op maat.

De Vlaamse regering heeft beslist om 10.000 sociale woningen te laten bouwen. In tegenstelling tot de serviceflatgebouwen, die zich exclusief tot de ouderen richten, zullen in de nieuwe woningen alle bevolkingsgroepen naast elkaar wonen om zo een natuurlijk sociaal weefsel te laten groeien waarin jong en oud samenleven.

Beschut wonen

De idee van beschermde woonvormen is in Vlaanderen ingeschreven in het bejaardendecreet van 5 maart 1985. Het gaat in het bijzonder om woningen voor ouderen, serviceflatgebouwen en **woningcomplexen** met dienstverlening. Nieuwere vormen van beschut wonen zijn het gemeenschappelijk delen van huishoudelijke lasten tussen ouderen, of het individueel wonen onder toezicht van een begeleider.

Een woning voor bejaarden wordt in het bejaardendecreet omschreven als een huis, een deel van een huis of een appartement dat door een ondergeschikt bestuur of door een sociale bouwmaatschappij in overleg met het plaatselijk O.C.M.W. speciaal gebouwd of ingericht is als individuele woongegelegenheid voor ouderen. Serviceflatgebouwen en woningcomplexen met dienstverlening zijn één of meer gebouwen die functioneel een geheel vormen, bestaande uit individuele woongegelegenheden waar ouderen zelfstandig wonen, en gemeenschappelijke voorzieningen voor dienstverlening waarop zij facultatief een beroep kunnen doen.

Meer informatie hierover vindt u in Deel III, Hoofdstukken 6 (Semi-residentiële voorzieningen voor ouderen) en 8 (Alternatieve opvangvormen voor ouderen).

Er bestaat ook een andere modaliteit, namelijk de koppeling tussen individuele huisvesting en dienstverlening. Binnen de ouderensector werd een hele reeks beschuttende maatregelen uitgewerkt met als doel individueel zelfstandig wonende ouderen zo lang mogelijk in hun omgeving te laten wonen. Het

gaat om een netwerk van diensten zoals gezins- en bejaardenhulp, poetsdiensten, warme maaltijdbe-
deling, oppasdiensten, gezelschapsdiensten, klus-
jesdiensten, en andere. Al wordt door de oudere
niet altijd even effectief gebruik gemaakt van deze
diensten, toch is die professionele hulp van wezen-
lijk belang voor individueel gehuisveste alleen-
staanden en echtparen.

1.5. Aandachtspunten in verband met de huisves- ting van ouderen

Voor de ouderen moeten voldoende en aangepaste
woningen tegen een haalbare huurprijs beschik-
baar zijn.

*** Instellen van een aanpassingspremie**

Ouderen bewonen niet zelden een huis dat inza-
ke comfort en uitrusting te wensen overlaat. Een
premie, bedoeld om aanpassingswerken te laten
uitvoeren aan de woning om deze geschikt te
maken voor de eigen leefsituatie, is een instru-
ment in het kader van een woonintegratiebeleid.
Het kan gaan om werken die de veiligheid en
het comfort van de woning verhogen (sanitaire
voorzieningen, centrale verwarming, technische
isolatie), aanpassingen in verband met de ver-
minderde validiteit (vervanging van steile trap-
pen), werken die een splitsing van de woning
beogen en zo onderbezetting van de woning te-
gengaan.

Een gerichte informatiecampaagne naar de doel-
groep, i.c. de ouderengroep, moet er voor zor-
gen dat diegenen die echt aanspraak op een tus-
senkomst kunnen maken op de hoogte zijn van
de bestaande mogelijkheden.

Samengevat zijn dat :

- de sociale huisvesting ;
- het saneren, aanpassen van een bestaande
woning ;
- het renoveren van een woning ;
- de huursubsidie en installatiepremie.

*** Betere afstemming van de zorgfunctie op de woonfunctie via een uitbreiding van professione- le extramurale dienstverlening**

Het aanbod gezins- en bejaardenhulp is met 3 %
verhoogd, poethulp wordt beter geïntegreerd in
de thuiszorg, e.d. Hierbij gaat het niet alleen om
het opvoeren van het aantal prestatie-uren, maar
ook om de optimalisering van een grotere flexi-
bilititeit zodat er in het zorgproces meer continui-
teit, meer zorg op maat wordt gegarandeerd. Dit
moet ongetwijfeld het zelfstandig wonen ten goe-
de komen.

*** Het beschikbaar stellen van technische appara- tuur**

Evaluatie-onderzoek heeft aangetoond dat het
installeren van een alarmsysteem of oproepsys-
teem de woonzelfstandigheid van alleenwonende

hoogbejaarden ten goede komt. Veel alleen-
staanden kunnen zelfstandig wonen nog aan,
maar angst en onzekerheid omtrent het invoeren
van hulp in een acute noodsituatie weerhouden
hen. Een adequaat oproepsysteem kan de oude-
re een groter gevoel van zekerheid en bescher-
ming geven.

*** Dag- en nachtopvang, kortverblijf, oppas- en ge- zelschapsdienst**

Onderzoek wijst uit dat mantelzorg kwantitatief
in belangrijke mate primeert op professionele
zorg. Binnen dat informele systeem komt de
zorg vaak neer op één persoon, nl. de dochter
en/of schoondochter. Omdat „zorgen voor” niet
gebonden is aan uren of dagen (24-uren-op-
dracht) moeten systemen worden uitgebouwd
om zorgverleners op adem te laten komen.

Dagopvang, nachtopvang, vormen van kortver-
blijf in een dienstencentrum of een rusthuis, ge-
ven mantelverzorgers ruimte en tijd voor zich-
zelf, voor ontspanning, vakantie en sociale con-
tacten.

Tevens krijgen ouderen de kans een andere
woonomgeving te leren kennen waardoor desge-
vallend ook nieuwe sociale contacten kunnen
ontstaan. In dit licht zijn in februari 1991 de
dagverzorgingscentra ontstaan.

Gezelschapsdiensten zorgen ervoor dat de latent
aanwezige angst doorbroken wordt. De gezels-
chapsdienst is vaak ook het enige bindteken dat
de oudere nog heeft met de omgeving. De op-
pas- en gezelschapsdiensten vervullen dus zeker
een functie bij het doorbreken van het isolement
van de oudere.

*** Een gerichte informatiecampaagne**

De betrokkenen moeten niet alleen geïnfor-
meerd worden over de mogelijke toelagen waar-
op zij eventueel recht hebben, maar ook over
de bestaande initiatieven op het vlak van de
dienst- en hulpverlening. In de 60-plus gids
wordt al die informatie op een rijtje gezet.

De informatiecampaagne dient echter ook gericht
te worden tot jongere kandidaatbouwers. Een
preventieve actie kan worden overwogen om op
langere termijn een aantal huisvestingsproble-
men uit te schakelen. Zo kan worden gedacht
aan het promoten van een aanpasbare en flexibele
bouw : een woonruimte waar latere aanpassin-
gen op eenvoudige en daarom relatief goedkope
wijze kunnen plaatsvinden.

*** Het bevorderen van een veilige woonomgeving**

Oudere bewoners kunnen zich beter zelfstandig
handhaven in een vertrouwde, goed onderhou-
den en veilige woonomgeving. Daarom moet de
overheid ook voldoende aandacht besteden aan
de veiligheid van de omgeving. Kleine ingrepen,
zoals een betere verlichting, een strengere bewa-
king, een herwaardering van de wijkagent, buurt-
observatieacties.. . kunnen bijdragen tot een be-
tere veiligheid en een groter veiligheidsgevoel.

Een mensvriendelijke woonomgeving, is op zich kind- en oudevriendelijk en stelt ook eisen aan de inrichting van het openbaar domein :

- * veilige, brede en degelijk onderhouden voet- en fietspaden ;
 - * goede verkeerssignalisatie ;
 - * voldoende oversteektijd en veilige kruispunten ;
 - * verbeteren en verhogen van het aantal voetgangersoversteekplaatsen ;
 - * een toegankelijk en comfortabel openbaar vervoer ;
 - * snelheidsremmende maatregelen (drempels en wegversmallingen) ;
 - * beperking van het doorgaand verkeer in de woonwijken ;
 - * het leefbaarder maken van omgevingen van stations, dorpscentra, scholen, . . . ;
 - * uitbreiding en actualisatie van de zone 30-reglementering : ruimtelijke samenhang, op maat van de voetganger, eenvoud en soberheid, natuurlijke bestrating ;
 - * het aanmoedigen van het instellen van de zone 30 in de woon- en schoolomgeving alsook daar waar zich voorzieningen, specifiek voor ouderen bevinden ;
 - * het uitbreiden van verkeersvrije of verkeersarme zones ;
 - * het creëren van meer groene zones en spelen- en ontmoetingsruimten in de woonwijken.
- * Preventief denken over wonen : anticiperen op de oudere dag en de mogelijke ongemakken die daarmee gepaard gaan. Iedereen die begaan is met de huisvestingsproblematiek (huisvestingsmaatschappijen en architecten op de eerste plaats) moeten zich ervan bewust zijn dat woningen niet alleen voor de leef- en gezinssituatie van vandaag gebouwd worden, maar ook nog aangepast moeten zijn als de kinderen het huis uit zijn en de bewoners over een verminderde mobiliteit beschikken. Het hele bouwconcept moet daarmee rekening houden en moet daarom aangepast kunnen worden aan mogelijke nieuwe noden die zich in de toekomst kunnen stellen.

Een informatiecampagne naar ontwerpers, gemeente- en provinciebesturen kan daarbij zeker nuttig zijn. Deze en andere aspecten kunnen ook aan bod komen ter gelegenheid van allerlei uitzendingen over bouwen en huisinrichting die momenteel regelmatig geproduceerd worden.

2. Mobiliteit

Om optimaal aan het maatschappelijk leven te kunnen deelnemen, is een onafhankelijke mobiliteit van het allergrootste belang. Vandaar dat zowel in de thuissituatie als in het verkeer aandacht dient besteed te worden aan de verplaatsingsmogelijkheden en -behoeften van ouderen.

2.1. Verplaatsingsmogelijkheden en -behoeften

Ouderen mengen zich meer en meer in het mobiliteitsdebat. Verwacht wordt dat ze langer vitaal

en actief zullen zijn en hun vrije tijd ook actiever wensen door te brengen. De „jongere” ouderen zijn ook meer vertrouwd met een „verplaatsingscultuur” dan hun oudere collega's. Auto, metro, tram en trein zijn voor hen meer ingeburgerde vervoermiddelen.

Indien de wens (behoefte) bestaat om zich te verplaatsen, moet men er uiteraard ook nog toe in staat zijn. Het C.B.G.S.-leefsituatieonderzoek bij thuiswonende ouderen wijst in dit verband uit dat de grote meerderheid (85 %) van de niet in instellingen verblijvende ouderen een onafhankelijke bewegingsvrijheid geniet. Zij kunnen zich zonder hulp binnens- en buitenshuis verplaatsen. Slechts één op tien ouderen ondervindt moeilijkheden bij het zich naar buiten begeven. De steun van een persoon of een hulpmiddel volstaat echter om buitenshuis te kunnen gaan. Een kleine minderheid (5 %) van de ouderen is fysiek niet meer in staat het huis te verlaten. Het percentage bedlegerigen onder hen beperkt zich tot 1 % van de ouderenpopulatie.

Met stijgende leeftijd neemt de bewegingsvrijheid af. Van de in rusthuizen verblijvende ouderen is een veel hoger percentage beperkt in zijn bewegingsvrijheid.

Ouderen die om gezondheidsredenen het huis niet meer kunnen verlaten zijn vaak zeer gelukkig wanneer ze toch eens die kans krijgen. Ook voor hen is mobiliteit belangrijk om geen gevangene van het eigen huis te worden.

2.2. Verplaatsingsgedrag en vervoerswijzen

De ouderen verplaatsen zich veel minder dan jongeren. Dat blijkt maar al te duidelijk uit het gering aantal afgelegde kilometers per auto in deze bevolkingsgroep. Zo blijkt onder meer dat in 1987 ouderen van zestig jaar en meer, die toch een vierde vertegenwoordigen van degenen die potentieel gerechtigd zijn een voertuig te besturen, nog geen 7 % van het aantal voertuigkilometer voor hun rekening namen. Voor de groep ouder dan 65 was dat maar 2 % (De Borger, 1987). Ter vergelijking : de 40 tot 50-jarigen legden meer dan een kwart van het totaal aantal kilometer af. Niet alleen het aantal verplaatsingen vermindert met de leeftijd, ook de afstand wordt korter.

In het algemeen kan worden gesteld dat ouderen, zowel mannen als vrouwen, doorgaans tot de groep van de zwakke weggebruikers behoren (fiets, te voet, bromfiets) met alle gevaren van dien. De kans om bij een ongeval betrokken te geraken, is vooral bij deze groep erg groot. Bovendien is het letselrisico bij ouderen duidelijk groter dan bij jongere leeftijdscategorieën. 28 % van de 1.597 verkeersdoden behoort tot de leeftijdsklasse van 60 jaar en ouder.

Onderzoek wijst uit dat een minderheid van de ouderen gebruik maakt van het openbaar vervoer : 14 % doet dit geregeld, 29 % af en toe.

Niet alleen is het openbaar vervoer ontoereikend, het gebruik ervan is veelal niet afgestemd op de

oudere reiziger. Te weinig en te ver afgelegen opstap- en afstapmogelijkheden, complexe en moeilijk leesbare dienstregelingen, te weinig frequente diensten, niet aangepaste accommodatie enz. hebben tot gevolg dat in veel gevallen ouderen van het reizen met bus, trein of tram afzien, hoewel ze fysiek er nog toe in staat zouden zijn. Vormen van flexibel openbaar vervoer op maat verdienen de aandacht.

Eén derde kan rekenen op de steun van andere personen wanneer men uit wil gaan. Vooral de kinderen zorgen indien nodig voor vervoer.

Veel ouderen beschikken over een eigen vervoermiddel : auto, fiets, bromfiets. Voor velen is de aanschaf en het onderhoud van een eigen wagen echter een dure aangelegenheid ; daarnaast zijn er ook belemmeringen van fysieke aard : de afname van het gezichts- en gehoorvermogen, een afzwakende reactiesnelheid, afname van motorische vaardigheden, een minder flexibele aanpassing aan veranderende situaties, zijn factoren die het voor een aantal ouderen moeilijk of zelfs onmogelijk maken zelf een wagen te houden. Bovendien spelen ook het gevoel van onveiligheid en de angst om zich in de toenemende complexe verkeersdruk te begeven, een rol.

2.3. Aandachtspunten

☐ Infrastructuur veiliger en toegankelijker maken

- * om als voetganger langer aan het verkeer te kunnen blijven deelnemen, zijn volgende maatregelen onontbeerlijk :
 - beveiliging van zebrapaden (bv. door verkeerslichten) ;
 - voldoende lange oversteektijd ;
 - verbeteren en verbreden van trottoirs ;
 - geen (te) hoge stoepranden ;
 - duidelijke scheiding tussen de rijweg en het trottoir ;
 - voldoende verlichting 's avonds.
- * voor fietsers in het algemeen, en inzonderheid voor oudere fietsers, zijn er afzonderlijke fietspaden nodig, die duidelijk aangegeven zijn en afgescheiden van de rijweg.
- * het openbaar vervoer dient aangepast te worden aan de specifieke noden en behoeften van ouderen, o.m. door
 - verlaagde op- en afstaptreden ;
 - voldoende opstap- en afstapplaatsen ;
 - comfortabeler en veiliger wachtplaatsen ;
 - voldoende in- en uitstaptijd ;
 - afroepen van haltes ;
 - vereenvoudiging en betere leesbaarheid van vertrek- en aankomsttabellen ;
 - betere aansluiting van de diverse openbare vervoermogelijkheden.
- * verder kan worden gedacht aan het stimuleren van aangepaste vervoermiddelen voor ouderen, bv. een fiets met verlaagde opstap, een auto met een aangepast bedieningspaneel.

☐ Informeren/sensibiliseren/opleiden

- * Wanneer men zijn eigen beperkingen kent, kan men zijn (verkeers)gedrag hieraan aanpassen. Ook de andere weggebruikers dienen doelgericht te worden geïnformeerd omtrent de verkeersbehoeften van oudere weggebruikers.
- * Het creëren van mogelijkheden voor een regelmatige controle van en advies over de rijgeschiktheid van alle bestuurders.
- * Tenslotte dient bij hoogdringendheid een halt toegeroepen te worden aan het agressieve en asociale rijgedrag van veel chauffeurs. Respect voor de verkeersreglementen en voor de medeweggebruikers moet dringend worden aangeleerd. Het zal niet volstaan om hier enkel sensibiliserend op te treden ; meer stringente maatregelen zullen nodig zijn.

☐ Uitbreiding van de transportmogelijkheden

- * Een eerste mogelijkheid is de verdere uitbouw en ondersteuning van minder-mobiele-centrales die ouderen, gehandicapten en kansarmen met vervoersproblemen tegen een laag tarief (7 fr./km.) uit de nood helpen. Momenteel zouden er reeds een 40-tal centrales actief zijn.
- * Op lokaal niveau komt het „meerijsen” met anderen (buren, familie, leeftijdsgenoten, . . .) vaak voor. Via coördinatie en overleg (bv. instellen van een beurtrol) kunnen vraag en aanbod beter op elkaar worden afgestemd en kunnen problemen zowel bij de hulpvrager als bij de hulpverlener worden voorkomen. Dergelijke initiatieven, die op vrijwilligersleest zijn geschoeid, moeten gestimuleerd en ondersteund worden. Een taxi-stopformule zal zeker op succes kunnen rekenen.
- * Verder dient aandacht te worden besteed aan een doordacht implantatiebeleid. Bij de bouw van specifieke woonvoorzieningen voor ouderen (rusthuizen, serviceflats, . . .) dient men rekening te houden met de bereikbaarheid van allerlei voorzieningen voor de bewoners. Anderzijds dient men te streven naar een uitbreiding van de voorzieningen op wijkniveau (bv. dienstencentrum) om een optimale bereikbaarheid voor de plaatselijke ouderen te garanderen.

3. Actieve participatie

Het aantal ouderen met (arbeids)vrije tijd vormt een steeds groter deel van de bevolking. Dit is onder meer een gevolg van de gemiddeld langere levensduur en van een vervroegde uittreding uit de arbeidsmarkt.

Aangezien de arbeidsperspectieven op oudere leeftijd bijzonder klein zijn geworden, komt het er op aan mogelijkheden te zoeken voor maatschappelijke participatie en zingevende tijdsbesteding ter

vervanging van de functies die de beroepsarbeid altijd heeft vervuld.

Participatie veronderstelt emancipatie, vorming, dialoog en keuzevrijheid. Emancipatie betekent het zich vrij maken uit een toestand van afhankelijkheid, het opheffen van beperkende maatregelen en het verwerven van gelijke rechten. Ouderen moeten hiertoe zelf een aantal stappen ondernemen en dit impliceert weerbaarheid. Die weerbaarheid zal verhogen als steeds meer individuen de **mogelijkheden tot zelfontplooiing en zelfrealisatie** (vorming) benutten.

Dialoog is een volgende voorwaarde voor participatie. Ouderen moeten zich als volwaardige gesprekspartners leren opstellen en dat vereist taalvaardigheid en psychologisch inzicht. Uiteraard moet er openheid aanwezig zijn bij de andere gesprekspartner. Tot slot heeft „deelnemen aan” ook te maken met keuzemogelijkheden. Volgens F. De Vleeschouwer is de participatiegraad rechtstreeks evenredig met de mate waarin de betrokkenen een werkelijke keuzevrijheid bezitten. Toegepast op het domein van de maatschappelijke participatie gaat het om het opnemen van een zorgtaak of een engagement in vrijwilligersnetwerken met inspraakrecht in het besluitvormingsproces.

Vorming en deelname aan het sociaal-culturele leven zijn belangrijke hefboomen. Via participatie aan deze sectoren kunnen senioren zich een nieuwe sociale positie verwerven, sociale contacten (her)opbouwen, eigen talenten en mogelijkheden (her)ontdekken en zich als volwaardige burgers manifesteren in de samenleving.

* Actief bezig-blijven

Terwijl in de „produktieve” levensjaren de beroepsarbeid en de directe zorg voor de kinderen centraal staan, wordt in de oudere levensfase de opvulling en zinvolle besteding van de vrijgekomen tijd een belangrijke opdracht.

Wanneer de arbeid wegvalt wordt men plotseling geconfronteerd met een ongestructureerd tijdsverloop. Deze overschakeling, die voor een aantal ouderen vrij abrupt is, kan een reële conflict-situatie tot gevolg hebben, inzonderheid voor die mensen die sterk werkgericht leefden.

Uit diverse studies blijkt dat vitaliteit en actief bezig zijn voor elke mens een belangrijke voorwaarde is voor het lichamelijk, psychisch en sociaal welbevinden. Actief zijn of blijven betekent niet noodzakelijk betaald werk verrichten. Participeren aan educatieve en recreatieve activiteiten of vrijwilligerswerk kunnen evenzeer bijdragen tot een zinvolle tijdsbesteding.

Willen we onze samenleving blijven stoelen op de principes van solidariteit, dan verdienen projecten die de inter- en intragenerationele solidariteit bevorderen bij prioriteit ondersteuning. Het Provinciaal Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie onderzocht in het kader van het Vlaams Welzijnscongres een selectie van projecten die op een creatieve wijze met solidariteit

omgaan. Via een prioriteiten- en planmatig projectbeleid kan de Vlaamse overheid het werkveld stimuleren om zijn bestaande mogelijkheden in functie van deze en andere nieuwe noden te gebruiken.

De manier waarop men de ouderdomsfase invult en beleeft blijft een individuele aangelegenheid.

* Aanbod en deelname

Een gevarieerd gamma aan verenigingen, instellingen en centra houdt zich bezig met sociaal-cultureel vormingswerk. Naast vorming in de enge zin worden ook informatie en dienstverlening, belangenbehartiging, (re)creatieve activiteiten en vrijwilligerswerk onder de brede noemer van sociaal-cultureel (vormings)werk gerangschikt.

Een belangrijk aandachtspunt is dat de inhoud van de programma's en activiteiten overeenstemt met de noden en wensen van ouderen, de omstandigheden waarin activiteiten en cursussen plaatsvinden (bereikbaarheid, kosten, tijdstip) en dat er creatief wordt omgegaan met zowel intra- als intergenerationele solidariteitsbeleving.

* Het verenigingsleven

Uit het leefsituatie-onderzoek bij ouderen, uitgevoerd in 1988, blijkt dat van de thuisblijvende 65-plussers ongeveer de helft actief deelneemt aan het verenigingsleven, 11 % af en toe, en dat meer dan één op drie ouderen zich met minstens één organisatie regelmatig bezighoudt. De participatiegraad daalt met stijgende leeftijd en toenemende hulpbehoefte.

De bonden van gepensioneerden spreken ouderen het meest aan. Daarnaast is bijna één op vijf vrouwelijke 65-plussers aangesloten bij een sociaal-culturele organisatie, 5 % is lid van een buurt- of ontspanningsvereniging en 2 % van een sportclub. Bij de mannen is circa één op tien lid van deze verenigingen. Wanneer ouderen aangesloten zijn bij een organisatie, nemen zij doorgaans ook actief deel aan het verenigingsleven.

* Dienstencentra

Momenteel zijn een **100-tal** dienstencentra operationeel, daarvan zijn er 75 erkend en gesubsidieerd door het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap. Verbazingwekkend is de vaststelling dat één op vier ouderen geen kennis heeft van het bestaan van een dienstencentrum; slechts 2 % maakt er gebruik van. Dienstencentra zullen dan ook moeten werken aan hun (her-)kenbaarheid.

* Het vrijwilligerswerk

Ouderen engageren zich op diverse domeinen: in familiaal verband en in vrijwilligersnetwerken. Er is daarbij een duidelijke voorkeur voor de sociale sector. Zeven op tien ouderen, actief in

het vrijwilligerswerk, vindt men terug in de welzijns- en gezondheidszorg. Het voluntariaat in de sociale sector is het meest bekend, maar ook de culturele sector (vormingswerk, culturele centra, . . .) en de civiele sector (samenlevingsopbouw, leefmilieu, . . .) werken met vrijwilligers.

* Vormingsinstellingen, Volkshogescholen

De laatste jaren bestaat de tendens om naast cursussen, die voorbereiden op de pensionering, een bredere ouderenwerking uit te bouwen die zich richt tot alle senioren.

- (Tref)centra Derde Leeftijd.
Deze centra beogen een gecoördineerd aanbod van dienstverlening, vorming, ontmoeting en animatie. Zij genieten bij de senioren een ruime belangstelling.
- Overheids- en andere initiatieven. Naast subsidiëring van het seniorenwerk, kunnen volgende specifieke initiatieven worden vermeld : plus-3-pas, aanbod van culturele manifestaties en van monitoren, organisatie blijf-fit-verblijven.
- Het buurt- en opbouwwerk toont toenemende aandacht voor de ouderengroep. Het gaat hoofdzakelijk om projecten, gericht op de emancipatie en zelfredzaamheid van ouderen, ingericht door de culturele centra en de universiteiten. In alle Vlaamse provincies worden door of in samenwerking met de universiteiten, leergangen voor ouderen georganiseerd.

Aandachtspunten

Het geven van zin en inhoud aan de ouderdomsfase blijft een individuele verantwoordelijkheid. Privé- en overheidsinitiatieven dienen vooral gericht te zijn op meer kansen voor meer mensen om zinvol ouder te worden. Dit is mogelijk door het elimineren van belemmerende factoren en het stimuleren van positieve ontwikkelingen.

Inzake arbeidsparticipatie moet de suggestie om de professionele loopbaan op deeltijdse basis langer uit te spreiden ernstig worden genomen. De overgang van voltijds werken naar niet meer werken is veel te abrupt en druist in tegen elk principe van continuïteit en heilzaam ouder worden.

Op het vlak van sociaal-cultureel vormingswerk kan het volgende tot stand komen :

1. Een mentaliteitswijziging. Zowel de ouderen zelf als de gehele samenleving zullen via gerichte mediacampagnes moeten worden aangesproken met de bedoeling hen te overtuigen van de mogelijkheden en de verantwoordelijkheid van ouderen.
2. Een brede en gedifferentieerde waaier van vormingsmogelijkheden, gezien de heterogene samenstelling van de oudere bevolkingsgroep, zal moeten aangeboden worden.

3. Een sensibiliserings- en informatiecampaagne bij de oudere bevolking over de positieve relatie tussen actief bezig zijn en gezondheid zal worden opgezet.

Een gericht informatiebeleid is onontbeerlijk. Ouderen vinden vaak hun weg niet in de wirwar van voorzieningen, programma's en activiteiten.

Gedacht kan worden aan een gemeentelijke ouderenconsulent, een informatie en ombudsdienst, educatieve wegwijzers, brochures, e. d. Het dienstencentrum kan fungeren als schakel-, communicatie- en coördinatiecentrum. Daarom moeten de cursussen tot ouderenconsulent verder ook bekend gemaakt worden bij de gemeenten.

Belangrijk is dat men zich direct tot de ouderen wendt met informatie. Een activiteitenkrant die automatisch naar ouderen wordt gestuurd of een „ouderenbeurs” op lokaal vlak zijn waardevolle initiatieven. De Vlaamse Minister van Welzijn zal stappen ondernemen om zowel de lokale besturen als de dienstencentra in die zin te oriënteren.

4. Het verbeteren van de omstandigheden tot het bijwonen van vormingsactiviteiten. De voorzieningen kunnen voor ouderen aantrekkelijker worden gemaakt op vlak van tarieven, aanbod, bereikbaarheid, toegankelijkheid, openingstijden, aangepast vervoer enz. (bijv. uitbreiding en ondersteuning van minder-mobielen centrales).
5. Cursussen voorbereiding op het pensioen zijn van groot belang en zetten aan tot verder actieve participatie aan het maatschappelijk leven. Iedereen zou de kans moeten krijgen om dergelijke cursussen te volgen. De bevoegde beleidsverantwoordelijken en de vakorganisaties zullen worden gepolst om het bijwonen van deze cursussen als een recht op te nemen in de C.A.O. Belangrijk blijft uiteraard ook de begeleiding na de pensionering.
6. Vermits de mogelijkheden voor ouderen om langer te blijven werken, om deeltijds uit de loopbaan te groeien, zullen toenemen, moeten de bedrijven en andere werkgevers aangezet worden tot het voeren van een senioren-vriendelijk personeels- en functiebeleid.
7. Ouderen die zich in hun herwonnen vrije tijd willen engageren verdienen hiertoe erkenning. Het decreet op het vrijwilligerswerk voorziet een duidelijke rechtspositie en ook inspraak van de vrijwilliger in de welzijns- en gezondheidssector.
8. In de stimulering tot participatie speelt de onmiddellijke leefomgeving een belangrijke rol : familie, leeftijdgenoten, huisarts, . . .

Specifieke stimulansen zijn nodig voor moeilijk bereikbare groepen van ouderen zoals alleenstaanden en invaliden.

4. De ouder wordende vrouw

Het terrein van de maatschappelijke participatie gaat mannen en vrouwen aan, maar het krijgt toch een heel aparte betekenis ten aanzien van vrouwen uit hoofde van hun achterstelling op een aantal domeinen. Jonge vrouwen participeerden tot voor kort nog niet zo massaal aan het arbeidsproces. De huidige generatie van oudere vrouwen was nooit beroepsactief of heeft de arbeidsmarkt vroegtijdig verlaten. Velen hebben geen eigen identiteit, ze ontleen hun status aan hun relatie met significante andere personen en voelen zich maar weinig betrokken bij het maatschappelijk gebeuren. Binnen de vrouwelijke 55-plussers zijn er vrouwen die het nog moeilijker hebben. Weduwen, gescheiden en alleenstaande vrouwen zijn risicogroepen, onder meer vanuit een sociaal-economisch perspectief. Ze zijn in grotere mate bestaanonzeker dan andere groepen en beschikken minder vaak over een eigen woning. Bovendien functioneren ze minder goed op het mentale vlak en ook relationeel scoren ze slechter. Deze factoren tezamen bevorderen de participatiekansen van genoemde vrouwen zeker niet.

Er moet speciale aandacht uitgaan naar de oudere vrouwen op het vlak van de gezondheidspreventie, hun zwakke sociaal-economische positie en hun rol als zorgdragers en zorgvragers. Hierbij gaat het er niet om vrouwen af te schilderen als slachtoffers. De huidige generatie oudere vrouwen vormt een groep met specifieke karakteristieken en problemen. Het is een groep die als actief segment van de samenleving een aanzienlijke bijdrage levert aan die samenleving, een groep die waardering verdient.

4.1 Gezondheidspreventie

Met de leeftijd neemt voor mannen en vrouwen het risico op grote en kleine kwalen toe. Oudere vrouwen signaleren meer gezondheidsproblemen dan oudere mannen. Daarom moeten vrouwen geïnformeerd en bewust gemaakt worden van hun verantwoordelijkheid ten aanzien van de eigen gezondheid. Actief blijven, een gezonde voeding en het afleren van schadelijke gewoonten zijn belangrijke stelregels met het oog op een gezond leven.

Een goede medische begeleiding van ouderen ondersteunt een actieve opsporing van problemen. Belangrijk is oog te hebben voor een vroegtijdig ingrijpen in een ziekteverloop, zodat er meer kans is dat de oudere niet zorgbehoevend en afhankelijk wordt.

De zelfredzaamheid van ouderen aanmoedigen en niet betuttelend optreden bevordert de eigen mondigheid en verantwoordelijkheid. Opleidingen tot medische, paramedische en verzorgende beroepen moeten meer aandacht besteden aan het ziektepatroon bij ouderen, met oog voor de differentiatie naar geslacht. In de bijscholingscursussen moet de kennis met betrekking tot deze problematieken geactualiseerd en bijgewerkt worden zodat men bewust omgaat met ouderen.

4.2. Oudere vrouwen en hun zwakke sociaal-economische positie

De welvaartsachterstand van oudere vrouwen ten opzichte van jongere vrouwen en ten opzichte van oudere mannen is een samenspel van verschillende factoren, waarbij de factor onderwijs belangrijk is. Onderwijs is de sleutel tot arbeid en inkomen.

Daarom moeten de nodige herscholingskansen aangereikt worden aan oudere vrouwen die door een baan in zwakkere economische sectoren de arbeidsmarkt moesten verlaten. Ook moet de pensioenreglementering rekening houden met het nog steeds zeer verschillend carrièreverloop van mannen en vrouwen. De gelijkheid van man en vrouw op het vlak van de pensioenen kan geen abstractie maken van dit gegeven.

Intussen moet de arbeidsinspanning van man en vrouw herverdeeld worden : allerlei formules van arbeidsduurvermindering en verdeling van de beschikbare arbeid moeten worden overwogen. Uiteindelijk zou men moeten komen tot een herverdeling van alle arbeid, zowel betaalde als onbetaalde.

4.3. Ouder wordende vrouwen als zorgdragers en zorgvragers

a. Als zorgdrager

Naast de zorg voor kinderen en kleinkinderen nemen vrouwen ook de zorg voor de eigen ouders en de partner op. Onderzoek bevestigt dat sommige vrouwen in bepaalde levensfasen tegelijkertijd met verschillende (intergenerationele en laterale) zorgvragen te maken krijgen. (zie ook Deel 3, hoofdstuk 1 thuiszorg)

Een aantal vrouwen neemt deze zorgtaak bewust op en kiest ervoor. Zij verdienen alle steun en waardering. Van de overheid wordt verwacht dat ze het sociale draagvlak van het gezin verstevigt en allerlei ondersteuningsmechanismen uitbouwt, zowel van materiële als van immateriële aard.

Initiatieven die het verhogen van de draagkracht van het gezin nastreven verdienen de voorkeur.

Ter ondersteuning wordt gedacht aan :

- verlichting van de mantelverzorgsters via partiële opvang ;
- bij komende ondersteuning via erkende diensten ;
- verdere uitbouw van dienstencentra die als hulpdiensten kunnen fungeren ;
- financiële maatregelen ;
- een betere afstemming van de arbeidsorganisatie op de noden van de zorgverleners ;
- begeleiding van de familie via gerichte informatie ;
- het inschakelen en erkennen van vrijwilligers ;

- het tot stand brengen van een grotere samenwerking tussen het formele en het informele zorgcircuit.

b. Als zorgvrager

Het aantal multigenerationele huishoudens neemt af terwijl het aantal eenpersoonshuishoudens toeneemt. Dit wil zeggen dat men meer zorg zal verlenen over de huishoudens heen. De risicogroepen – weduwen, gescheiden, alleenstaande, hoogbejaarde en zorgbehoevende vrouwen – zijn meer dan andere zorgvragers. Zij zijn ook in grotere mate bestaansonzeker dan andere groepen.

In die context moet het pleidooi worden begrepen voor deelname van vrouwen aan de arbeidsmarkt, gekoppeld aan de noodzaak te voorzien in de nodige ondersteuning van de beroepsarbeid van vrouwen en mannen tijdens de opeenvolgende gezinsfasen.

Verder zal de verwachte toename van het aantal hoogbejaarde en alleenwonende vrouwen de overheid ongetwijfeld confronteren met de vraag naar zowel kwantitatief voldoende als kwalitatief goede opvangvormen.

Het huidige beleid dat geconfronteerd wordt met de uitdaging van de vergrijzing en deze risicogroepen die meer dan andere een beroep zullen doen op zorg, moet op basis van inter- en intragenerationele solidariteit de nodige opvangmogelijkheden voorzien. Hierbij moet prioriteit verleend worden aan de risicogroepen. Een gedifferentieerd aanbod moet ten slotte aan ieder zorg op maat bieden.

Het solidariteitsprincipe moet de pijler van onze welvaartsstaat blijven. Zowel inter- als een intragenerationele solidariteit is een waarborg voor de ondersteuning van zwakkere groepen in onze maatschappij. Het is de taak van de overheid om alle basisvoorzieningen voldoende uit te bouwen. Daarbij moeten de lokale overheden die het meest de effectieve nood aan voorzieningen kennen, deze voorzieningen kunnen opzetten.

Door het proces van veroudering worden vrouwen dubbel benadeeld : omwille van het vrouw-zijn en omwille van het oud-zijn.

Het stereotiepe beeld ten aanzien van oudere vrouwen is in het algemeen negatief : vrouwen worden voorgesteld als inactieve, niet-attractieve, afhankelijke personen die geïsoleerd zijn en die niet bekwaam zijn om beslissingen te nemen. Niettegenstaande deze beeldvorming leveren vrouwen een belangrijke bijdrage aan het maatschappelijk en economisch leven. De spontaan gegroeide zorgnetwerken werden en worden nog steeds in vele gevallen gedragen door vrouwen.

5. Belangenbehartiging door de ouderen zelf

Ondanks hun getalsterkte, zijn ouderen er nog niet in geslaagd zich voldoende te organiseren, ofschoon hierin meer en meer verandering komt. Er

is sprake van een emancipatiestroom, waarbij begrippen als organisatie, machtsvorming en inspraak centraal staan.

- * In het emancipatieproces onderscheidt men twee momenten.

- Enerzijds is emancipatie een persoonlijk gebeuren : het individu ervaart een collectieve achteruitstelling van zijn groep als gevolg van een mechanisme van onze samenleving. Eens het individu voldoende zelfvertrouwen heeft kan het anderen in dezelfde situatie aanspreken en motiveren.

- Anderzijds betekent emancipatie ook dat de groep als geheel kansen afdwingt. De ouderengroep eist het recht op medezeggenschap en inspraak op om zich volwaardig te integreren in de bestaande maatschappelijke structuren.

- * Door de tendens tot vervroegde uittreding uit de arbeidsmarkt, vindt men vele ouderen terug in verenigingen allerhande, bonden, ouderenraden... De activiteiten zijn er vaak gericht op recreatie, al wint de belangenbehartiging steeds meer veld.

- * Daar waar ouderen participeren aan raden, gaat het om een adviserende bevoegdheid, niet om een beslissingsbevoegdheid. De claim om beslissingsbevoegdheid kan niet langer onbeantwoord blijven. In de eerste plaats moeten de daartoe geëigende en gemandateerde organen hun rol kunnen spelen. De ouderen moeten zoals elke andere burger kunnen zetelen in die instanties waar de beslissingen genomen en uitgevoerd worden. Op het lokale niveau is dit de gemeenteraad en het schepencollege.

Inspraakorganen kunnen maar effectief zijn indien zij gehoor krijgen van iemand met beslissingsbevoegdheid die gevoelig is voor de verzuchtingen van de groep. Anderzijds zijn de mandatarissen gediend met een goed werkend inspraakorgaan of andere inspraakformules, vermits daardoor hun beleidsintenties in de juiste richting gestuurd kunnen worden.

- * Emancipatie veronderstelt ook zelfhulp. Deze zelfhulpgroeperingen komen echter maar traag van de grond. Vaak gaat het om lokale initiatieven en experimenten waarvan een aantal kort na de oprichting verdwijnen bij gebrek aan belangstelling.

Aandachtspunten

1. Betrekken van ouderen bij problemen die hen aanbelangen

Een aantal mondige ouderen wil zich niet langer laten terugdringen in de marginaliteit. Deze drang naar zelfontplooiing, creativiteit, meedenken en meedoen moet ook door de overheden, en lokale instanties erkend worden. Dit vergt een mentali-

teitswijziging, eerst bij de grote groep van oudere volwassenen (bewustwording van eigen mogelijkheden en inzichten), maar ook bij de beleidsverantwoordelijken. Niet alleen voor het beleidsdomein van welzijn en gezondheidszorg, maar doorheen de gehele bevoegdheid van de Vlaamse gemeenschap dient aandacht besteed te worden aan de invloed van het beleid op het leven van de oudere Vlaming.

De ouderenorganisaties en andere actoren op het veld zijn intens betrokken geweest bij de organisatie van het Vlaams Welzijnscongres. Onder impuls van de intense voorbereidingen en de waaier van activiteiten tijdens het europees jaar hebben de ouderenorganisaties elkaar gevonden in een vernieuwende overlegstructuur : het Vlaams Ouderen Overlegkomitee (OOK). Ze worden dan ook als gesprekspartner voor het ouderenbeleid erkend. Met de ouderenorganisatie moet worden gezocht naar effectieve inspraakkanalen, zowel op het niveau van de Vlaamse Gemeenschap als op het lokale vlak.

2. Een mentaliteitswijziging bij jongeren

Jongeren dienen via ervaring, door contacten en samenwerking te leren omgaan met wat er leeft bij ouderen. Het op gemeentelijk vlak stimuleren van initiatieven van intergenerationele solidariteit is een mogelijkheid die meer moet worden benut.

3. Het creëren van arbeidsmogelijkheden

De ervaring en mogelijkheden van veel ouderen kunnen worden ingezet door diegenen die het wensen langer te laten participeren aan het professionele leven. Ofschoon er naast betaalde arbeid ook veel mogelijkheden tot vrijwilligerswerk bestaan die een aantal ouderen een zinvolle en intense tijdsbesteding geven, komen veel deskundigen er vaak niet toe omdat aan vrijwilligers zelden beleidsmacht gegeven wordt.

Het gaat daarbij niet eens om het ontbreken van een honorering maar eerder om de onmogelijkheid met kennis en ervaring leiding te mogen geven op voet van gelijkwaardigheid met de betaalde krachten. Een gegeven waar rekening mee moet gehouden worden als een beroep gedaan wordt op vrijwilligers, van om het even welke leeftijd.

4. Onderlinge solidariteit

De solidariteit van oudere volwassenen voor hun leeftijdsgenoten kan worden gestimuleerd zowel bij het scheppen van mogelijkheden van permanente vorming als bij het opkomen voor rechten en verdediging van belangen. Veel ouderen hebben weinig scholing genoten maar anderzijds groeit de groep die wel kansen kreeg ; zij moeten het opnemen voor degenen die minder kansen kregen.

5. De bewoners- en familieraad in de intramurale voorzieningen

Bijzondere aandacht moet gaan naar de belangenbehartiging van de ouderen die in rusthuizen en

rust- en verzorgingstehuizen verblijven. De decretaal opgelegde bewonersraad blijkt in de praktijk vaak niet echt aan de verwachtingen te voldoen. Dit heeft te maken met de vaak lage scholingsgraad van de rusthuisresidenten, met het toch aanzienlijk aantal zorgenbehoevende ouderen in de rusthuizen en met de inspraakcultuur die deze generatie van bewoners, maar ook van directies, zich nog niet eigen gemaakt heeft. Nochtans heeft de bewonersraad een essentiële en onvervangbare taak in het rusthuis.

Waar de bewonersraad niet werkt of kan werken moet de mogelijkheid voorzien worden om een familie- of bezoekersraad te installeren. Voor de verdere uitwerking van deze idee vindt u meer informatie in het hoofdstuk „Conclusies met betrekking tot de residentiële zorg”, paragraaf „aandacht voor de kwaliteit”.

6. Stimuleren van initiatieven tot zelfverantwoordelijkheid

Initiatieven die leiden tot zelfverantwoordelijkheid en tot onderlinge solidariteit moeten worden ondersteund, onder meer via financiële tegemoetkomingen van lokale of andere overheden. In dit verband zou het subsidiëren van beschermde woonvormen die buiten de omschrijving van het decreet inzake bejaardenwoningen, serviceflats en woningcomplexen met dienstverlening vallen, tegemoet komen aan de belangenbehartiging van een aantal ouderen.

Op korte termijn zou dit tot een kostenbesparing kunnen leiden omdat ouderen zo buiten de georganiseerde professionele dienstverlening worden gehouden. Dergelijke woonvormen stimuleren ook de zelfverantwoordelijkheid en de onderlinge solidariteit.

6. Politieke participatie

6.1. De participatie aan het beleid

Ouderen worden stelselmatig uitgesloten uit de politiek, uit vakorganisaties en uit andere domeinen van het maatschappelijk leven.

Daardoor is het aandeel ouderen in beleidsbepalende organen (staat, provincie, gemeente) sterk ondervertegenwoordigd.

Ouderen die voor de behartiging van hun belangen naar de nationale besturen van hun organisatie verwijzen, hebben in het parlement slechts weinig rechtstreekse vertegenwoordigers, aangezien er in verschillende partijen voor de bekleding van een mandaat een leeftijdsgrens van 65 jaar is vastgelegd.

Via de curricula vitae van de leden van de Kamer van Volksvertegenwoordigers, de Senaat en het Europees Parlement werd nagegaan hoeveel 65-plussers (voor de mannen) respectievelijk 60-plus-

sers (voor de vrouwen) politiek actief zijn. Op de in totaal 406 geregistreerde kamerleden, senatoren en Europese parlementsleden hebben 23 personen (18 mannen, 5 vrouwen) de desbetreffende leeftijdsgrens bereikt of overschreden. Concreet betekent dit dat 6 % van de politiek verkozenen ouderen zijn die rechtstreeks deelnemen aan het beleid.

Met betrekking tot de participatie van ouderen aan de gemeentelijke politiek zijn de gegevens al even schaars. Het wetenschappelijk onderzoek op dit vlak is fragmentarisch en beperkt, maar de participatiegraad zou niet veel hoger zijn dan op federaal niveau.

4.2. De politieke belangstelling van de ouderen

Men kan een hernieuwde interesse bij ouderen vaststellen voor het politieke beleid zowel op lokaal, nationaal als op internationaal vlak.

Vroeger was politieke uitsluiting op grond van leeftijd nauwelijks een probleem. Ouderen werden geacht plaats te maken voor jongeren.

Nu groeit de aandacht voor zowel de inhoud van het ouderenbeleid als voor de participatie van de ouderen zelf voor het uitstippelen van dit beleid.

De afschaffing van de leeftijdsgrens voor het bekleeden van politieke mandaten en bestuursfuncties wordt nu door verscheidene organisaties bepleit en is in verschillende partijen gerealiseerd.

6.3. Aandachtspunten

1. Voor zover leeftijdsgrenzen de participatie van ouderen aan het beleid zouden beperken, moeten deze grenzen worden afgebouwd. Mandatarissen, die vele jaren bedrijvig zijn geweest, moeten op een bepaald moment ruimte kunnen maken voor „nieuwkomers”, jong of oud.
2. Op gemeentelijk vlak kunnen ouderen ongetwijfeld een belangrijker rol spelen dan tot nog toe het geval is. Een grotere openbaarheid van bestuur via een degelijk informatiebeleid is hierbij een belangrijke stimulans.

Ook kunnen de lokale overheden door de uitbouw van seniorenadviesraden tot een gemeentelijk ouderenbeleid komen dat afgestemd is op reële noden en behoeften. Andere instrumenten als een behoeftenonderzoek, hoorzittingen en dergelijke meer zijn eveneens valabel.

Sommigen ijveren ervoor dat in de toekomst in elke gemeente een ouderen adviesraad en/of een schepenambt voor 50-plussers zou worden geïnstalleerd. Deze initiatieven gaan duidelijk in de richting van een categoriaal beleid en vragen enig voorbehoud.

Om de ouderen effectief in onze samenleving te laten participeren aan de besluitvorming is de aanwezigheid van de ouderen in de geëigende organen en beslissingscentra binnen onze democratisch georganiseerde samenleving het middel bij uitstek. Het beleid is gericht op het

welzijn van eenieder en deze doelstelling kan slechts worden bereikt door een geïntegreerde aanpak; een inclusief beleid en niet via een categoriaal beleid.

Actieprogramma ter bevordering van de maatschappelijke participatie van ouderen

Het wonen

- ☐ betere afstemming van de zorgfunctie op de woonfunctie via een uitbreiding van professionele extramurale dienstverlening
- ☐ het beschikbaar stellen van personenalarmtoe-stellen
- ☐ dag- en nachtopvang, kortverblijf en oppas- en gezelschapsdiensten promoten
- ☐ het bevorderen van een veilige woonomgeving
- ☐ preventief denken over wonen

Actieve participatie

- ☐ een campagne tot positieve beeldvorming
- ☐ een gedifferentieerde waaier van vormingsmogelij kheden
- ☐ een heroriëntatie van de gezinsopvoedkundige activiteiten naar gezinsondersteunende vorming
- ☐ een sensibiliserings- en informatiecampagne
- ☐ het verbeteren van omstandigheden tot het bijwonen van vormingsactiviteiten
- ☐ een erkenning van het vrijwilligerswerk met en voor senioren

Actieve participatie van ouder wordende vrouwen

- ☐ gezondheidspreventie
- ☐ opleidingen en bijscholing van het medisch en verzorgend personeel dat oog moet hebben voor de problematiek van ouderen
- ☐ ondersteuning als zorgdrager
- ☐ een gedifferentieerd zorgaanbod voor de zorgvragers, waarbij prioriteit gegeven wordt aan de risicogroepen

Belangenbehartiging door de ouderen zelf

- ☐ betrekken van ouderen bij problemen die hen aanbelangen
- ☐ een mentaliteitswijziging bij jongeren
- ☐ onderlinge solidariteit bevorderen
- ☐ stimuleren van de bewoners en familierraad in de intramurale voorzieningen

- ☐ initiatieven tot zelfverantwoordelijkheid ondersteunen
- ☐ met de ouderenorganisaties naar geëigende inspraakkanalen zoeken

Politieke participatie

- ☐ het onderzoeken van de mogelijkheden voor een gemeentelijk informatie- en seniorenbeleid
- ☐ ouderenorganisaties moeten zelf opkomen voor een sterkere vertegenwoordiging van de eigen leeftijdsgroep in beslissingsorganen

DEEL 3 – HET ZORGENBELEID

INLEIDING : ZELFZORG EN ZORGENBEHOEVENDEHEID

1. Het principe van zelfzorg

Het is de bedoeling van de Vlaamse Gemeenschap om de voorzieningen zo nauwkeurig mogelijk af te stemmen op de noden die zich stellen. Hierbij moet in de eerste plaats rekening worden gehouden met de draagkracht van de hulpvrager zelf.

Geen enkele opvang of dienstverlening kan het alleenrecht binnen de ouderenzorg voor zich opeisen. Enkel een goed geïntegreerd geheel van gedifferentieerde hulpverlening, gaande van de minst ingrijpende tot de residentiële, kan een oplossing bieden. De senioren en ook hun familie verlangen een steeds fijner afgestemd antwoord op de geformuleerde noden.

1.1. Zelfzorg en substitutie tussen voorzieningen

De dure en gespecialiseerde residentiële zorg blijkt steeds minder mensen aan te spreken. Het is zichtbaar in onze rusthuizen dat de ouderen een opname zolang mogelijk proberen uit te stellen. De opname in een rusthuis wordt meer en meer als een noodoplossing aangewend.

De graad van invaliditeit van de ouderen die zich vandaag aanbieden voor een opname verhoogt dan ook zienderogen.

Het zou echter ook verkeerd zijn om ouderen, tegen wil en dank, uit subjectieve-emotionele overwegingen of principiële stellingnames in de thuiszorg te houden. Het leven in de eigen vertrouwde omgeving moet bovenal menswaardig blijven, zowel voor de zorgbehoevende oudere als voor de mantelzorg.

De formele zorg kan dergelijke proporties aannemen en de mantelzorg kan dermate worden belast dat voor de oudere **en zijn** familie de thuiszorg niet meer te verantwoorden is. De zorgverlening gaat dan ten koste van het welzijn en de gezondheid van de familie en zelfs ten nadele van andere zorgvragers die daardoor geen of minder gebruik kunnen maken van de formele zorg.

Grenzen zijn hier moeilijk te trekken. Zeer veel zal afhangen van de ingesteldheid van de oudere zelf en de mogelijkheden die de informele hulp te bieden heeft.

De vraag is dan ook hoe ver men kan gaan met de thuiszorg. Is dit wanneer men een punt bereikt waarop een intramurale opname te verkiezen is boven de thuiszorg en dit bekeken vanuit humanitair, financieel en organisatorisch oogpunt ?

1.2. Kostprijsvaluatie van de voorzieningen

Ofschoon in België weinig of geen studies voorhanden zijn over de reële kostprijs van diensten en voorzieningen voor ouderen, werden niettemin en-

kele pogingen ondernomen om na te gaan hoeveel de verzorging van een (invalide) oudere in een rusthuis gemiddeld kost en dat vergeleken met de kostprijs van een ambulante hulpverlening of vergeleken met een niet-professionele zorgverlening door gezinsleden.

Jaumotte (1981) maakte in dit verband een kostenberekening van de ouderenvoorzieningen in Wallonië en Brussel. We hebben ons beperkt tot 2 scenario's van hulpverlening.

Scenario 1 omvat de kosten voor vijf maaltijden aan huis en eenmaal huishoudelijke hulp per week, twee keer per maand thuisverpleging, het onderhoud en de huur van de woning en de kosten van de andere maaltijden.

Scenario 2 omvat de kosten voor zeven maaltijden en drie keer huishoudelijke hulp per week, vijf keer per week thuisverpleging, het onderhoud en de huur van de woning en de kosten voor de overige maaltijden.

Rekening houdend met de functionerings- en investeringskosten en met het in mindering brengen van de afschrijvingen en andere financiële lasten, kwam men tot de bevinding dat in het eerste scenario bij thuiszorg de kosten op ongeveer 70 % terugvallen van deze in een rusthuis. Bij zwaar zorgenbehoevendheid (scenario 2) is het kostenverschil tussen thuiszorg en residentiële zorg veel geringer.

Verder bleek duidelijk dat de opname in een geriatrische instelling de duurste oplossing is voor de gemeenschap. Tussen de thuisverzorging en de zorgverlening in een geriatrische instelling situeren zich de bejaardenwoningen en het rusthuis. De kosten ingeval van een verblijf in een bejaardenwoning, waarbij de bewoner weinig gebruik maakt van het aanbod van dienstverlening aan huis, zijn geringer dan in een rusthuis. Indien intensieve hulp vereist is, bedragen de totale kosten van een bejaardenwoning 7 % meer dan die van een rusthuis.

Thuisverzorging blijft veruit het goedkoopste alternatief ofschoon het voordeel relatief afneemt met stijgende zorgenbehoevendheid.

Tabel 8 : Vergelijking van de totale kosten per oudere bij thuisverzorging, in een rusthuis, een geriatrische instelling en in een bejaardenwoning (gemiddelde kosten per jaar, 1978)

Type van verzorging	Scenario 1	Scenario 2
Thuisverzorging	196.268	374.973
Bejaardenwoning	246.259	425.424
Bejaardentehuis	282.459	395.059
Geriatrische instelling	728.974	728.974

Bron : Jaumotte et al., 1981.

De zelfstandige huisvesting van hulpbehoevende ouderen zou het goedkoopste zijn zolang de extramurale zorg niet meer omvat dan een half uur dagelijkse hulpverlening. Hiermee worden lichamelijke verzorging, voeding, medicijnen toedienen

e.d. bedoeld. Dit in combinatie met een intervalhulp, zoals 9 uur per week schoonmaken. Boven dit plafond of omslagpunt zou verzorging in een rusthuis goedkoper uitkomen dan thuiszorg. Voor alleenstaanden wordt dit punt eerder bereikt dan voor meerpersoonshuishoudens.

Over de kostprijsvergelijking tussen de thuiszorg en de residentiële zorg is het laatste woord nog niet gezegd. De meeste deskundigen zijn het er over eens dat bij een bepaalde graad van zorgbehoevendheid het rusthuis goedkoper blijkt te zijn. Bij het interpreteren van kosten dient men rekening te houden met het feit dat in de thuiszorg vaak een beroep wordt gedaan op meerdere vormen van hulpverlening zoals gezins- en bejaardenhulp, thuisverpleging, poetsdienst en maaltijden aan huis. Ook de vaste kosten voor energie, voeding, huishuur, e.d. lopen door en zijn ten laste van de oudere. Bovendien betaalt een oudere in de thuiszorg meestal een kleiner persoonlijk aandeel dan in de residentiële zorg. Vaak wordt daarbij ook rekening gehouden met de hoogte van het inkomen.

Indien een groot aantal taken door de mantelzorg worden waargenomen, is de opportuniteitskost moeilijk te becijferen, want er kan bijvoorbeeld sprake zijn van loonderving omdat iemand ophoudt met buitenshuis te werken of een deeltijdse baan aanneemt om de verzorging van de ouders te kunnen waarnemen.

Met substitutie wordt het verleggen van cliëntstromen bedoeld, meestal van de residentiële sector naar de thuiszorg, met behoud van de zorgkwaliteit. Zo wordt, in Nederland, verondersteld dat bij strengere toelatingsnormen tot het rusthuis één derde van de potentiële klanten die geen toegang krijgt zich zullen wenden tot de thuiszorg.

Een kleine fractie daarvan zal verpleegkundige hulp krijgen en ongeveer drie vijfde zal professionele hulp ontvangen en aangewezen zijn op de informele of commerciële hulp.

De graad van verzorgingsbehoevendheid neemt toe met de leeftijd en recht evenredig daarmee wordt ook meer gebruik gemaakt van meer ingrijpende, residentiële vormen van zorgverlening.

1.3. De kostprijs van de thuisverpleging

Globaal gezien zijn de overheidskosten voor thuisverpleging van een matig zorgenbehoevende persoon lager dan bij intramurale verzorging. De keuze voor thuiszorg of instelling wordt uiteraard ook beïnvloed door andere factoren, bv. maatschappelijke evoluties inzake de rol van het kerngezin, de groeiende anonimiteit van sociale contacten en het buitenshuis werken van de vrouw. Dit zijn allemaal redenen te meer om de keuze voor thuiszorg niet te bezwaren door al te negatieve financiële gevolgen.

Het R.I.Z.I.V.-forfait voor verpleegkundige thuiszorg aan de zware zorgbehoevende patiënt moet dan ook mogelijk maken dat verpleegkundigen via de dagelijkse deskundige hulpverlening de taak van familieleden verlichten en ondersteunen. Voor de patiënten die aan de R.V.T.-criteria voldoen, is de kostprijs zowel voor de overheid als voor de patiënten op het eerste gezicht lager dan de dagprijs in

een R.V.T.-dienst. De R.V.T.-patiënt betaalt in de thuiszorg gemiddeld 402 fr. per dag en de overheid 941 fr. per dag. Men moet er echter rekening mee houden dat deze bedragen enkel de meerkosten wegens de ziekte-toestand dekken en niet de basisuitgaven voor huishouding, verblijf, huur, verwarming en voeding. Bovendien moet de zogenaamde opportuniteitskost erbij worden verrekend, omdat heel wat mantelverzorgeren een inkomen uit arbeid derven om de oudere thuis te kunnen verzorgen.

Tabel 9 : Evolutie van de zorgbehoefte volgens leeftijd bij patiënten van de Federatie van Wit-Gele Kruisverenigingen

Leeftijd	Volledig zelfredzaam	Zeer sterk afhankelijk
- 60	76 %	10 %
60 - 69	61 %	12 %
70 - 79	38 %	16 %
80 - 89	16 %	22 %
90 +	6 %	31 %
Gemiddelde	43 %	16 %

Bron : Het effect van de demografische ontwikkeling op de thuiszorg (Nationale Federatie van de Wit-Gele Kruisverenigingen)

Uit een studie van de Nationale Federatie van de Wit-Gele Kruisverenigingen blijkt dat 60 % van de zestigers volledig zelfredzaam is en geen enkele vorm van hulpverlening behoeft. Dit aantal daalt met de toenemende leeftijd. Slechts 6 % van de negentigplussers kan zich nog geheel zonder enige bijstand handhaven.

Tabel 10 : Relatieve kans van patiënten van het Wit-Gele Kruis om in een rusthuis of in een R.V.T opgenomen te worden tegenover de kans op thuisverpleging

Leeftijd	Rusthuis/RVT	Thuisverpleging
60 - 69	1	10,8
70 - 79	1	5 s
80 - 89	1	1,7
90 +	1	0,8

Bron : Het effect van de demografische ontwikkeling op de thuiszorg (Nationale Federatie van de Wit-Gele Kruisverenigingen).

Jonge ouderen maken meer dan tien keer meer kans gebruik te maken van de thuisverpleging dan om in een rusthuis opgenomen te worden. We zien rond de leeftijd van tachtig jaar een zwenking van de thuisverpleging naar de residentiële opname. Dit komt volkomen overeen met de resultaten van de C.B.G.S.- monografie 1990/1 : „De rusthuizen in Vlaanderen”, waarin gesteld wordt dat de gemiddelde opnameleeftijd in een rusthuis 80 jaar bedraagt. Voor de hoogbejaarden, negentigplussers, is er zelfs al iets meer kans op een rusthuisopname dan dat er gebruik gemaakt wordt van de thuisverpleging.

Tabel 11 : Relatieve kans van patiënten van het Wit-Gele Kruis om een beroep te doen op bejaardenhulp tegenover de kans op thuisverpleging

Leeftijd	Gezins- en bejaardenhulp	Thuisverpleging
60 – 69	1	9,5
70 – 79	1	5,3
80 – 89	1	4,1
90 +	1	4,6

Bron : Het effect van de demografische ontwikkeling op de thuiszorg (Nationale Federatie van de Wit-GeleKruisverenigingen).

De kans op thuisverpleging ten overstaan van de gezins- en bejaardenhulp daalt hier eveneens met de veroudering. Rond de leeftijd van tachtig jaar zien we ook hier een opmerkelijke verschuiving optreden doordat er een beroep gedaan wordt op andere hulpverleningstypes, voornamelijk rusthuizen.

Tabel 12 : Relatieve kans van patiënten van het Wit-Gele Kruis om een beroep te doen op bejaardenhulp tegenover de kans op een rusthuisopname

Leeftijd	Gezins- en bejaardenhulp	Rusthuis/RVT
60 – 69	1	0,9
70 – 79	1	1,0
80 – 89	1	2,4
90 +	1	5,7

Bron : Het effect van de demografische ontwikkeling op de thuiszorg (Nationale Federatie van de Wit-GeleKruisverenigingen).

Ook hier is er een opmerkelijk keerpunt rond de leeftijd van tachtig jaar ten voordele van een rusthuisopname. Vanaf negentig jaar is er zelfs bijna zes keer meer kans op een rusthuisopname dan op gezins- en bejaardenhulp.

2. In welke zin evolueert de graad van zorgenbehoevendheid ?

Grosso modo kan worden gesteld dat de helft van de jaren boven de 60 jaar in goede gezondheid wordt doorgebracht. Ook al stijgt de levensverwachting voortdurend, de toegevoegde jaren worden niet steeds in blakende gezondheid doorgebracht.

De zorgbehoefte stijgt met de leeftijd. 76 % van de 60- tot 90-jarigen behelpt zich nog volledig zelfstandig, terwijl nog maar 6 % van de ouderen van meer dan 90 jaar dat kan.

Ouderen beoordelen hun gezondheidstoestand doorgaans positief. Ongeveer een derde vindt dat hij er nu slechter aan toe is dan 5 jaar geleden.

Het ziektepatroon op oudere leeftijd wordt gekenmerkt door de multipathologie : de meeste ouderen lijden aan verschillende kwalen tegelijk, dit is een aspect dat de invaliditeit en de verzorgingsbe-

hoevendheid opdrijft. Ouderen doen geregeld een beroep op geneeskundige zorgen. Zes van de tien ouderen situeren het laatste contact met een medicus binnen de maand.

Het geneesmiddelengebruik bij senioren loopt hoog op. Driekwart van de ouderen gebruikt geregeld geneesmiddelen. Psyche-sociale factoren hebben een invloed op het geneesmiddelengebruik. Gevoelens van eenzaamheid, ontevredenheid met het bestaan en een minder goed moreel gaan samen met een hoog medicijngebruik.

Inzake de zorgenbehoevendheid doen een aantal optimistische scenario's de ronde, die refereren naar het overwinnen van sterk invaliderende aandoeningen zoals de hart- en vaatziekten, gezwellen en dementie van het Alzheimerstype. 43 % van de overlijdens in België is te wijten aan hart- en bloedvatenziekten, een doorbraak op dit terrein zou niet alleen de levensverwachting flink doen toenemen, maar ook de levenskwaliteit op hoge ouderdom in gunstige zin beïnvloeden.

Volgens de theorie van Fries en Crapo (1981) zou de langere levensduur eindigen met een korte periode van ziekte en invaliditeit rond het vijfentachtigste levensjaar.

Anderen stellen dat de toename van de levensverwachting gepaard zal gaan met een verlenging van de periode waarin men langdurig ziek en invalide is ; dit brengt een grotere behoefte aan zorg met zich mee.

Het aantal demente ouderen wordt op ongeveer 60.000 geschat, tegen het jaar 2.000 zouden het er 71.000 kunnen zijn en 96.000 tegen 2020.

De functionele ongeschiktheid blijft beperkt tot een minderheid van de ouderenpopulatie : 73 % kan als valide worden aanzien, 11 % als semi-valide en 16 % als invalide.

3. Harmonisering van het Vlaamse en het federale beleid

Teneinde het geheel aan meeruitgaven, verbonden aan verzorging van een zieke, gehandicapte of dementerende persoon, te kunnen dekken, moet worden gestreefd naar een globale zorgenforfait.

Ter financiering van deze uitgaven die deels prestatiegerichte vergoedingen zouden kunnen vervangen, wordt gedacht aan een afhankelijkheidsverzekering. Daartegenover moeten uiteraard kwaliteitsvolle voorzieningen worden geplaatst waarop de patiënten en zijn familie een beroep kunnen doen en waarvoor zij de zorgenforfait kunnen aanwenden.

De toewijzing van het zorgenforfait zou het best gekoppeld worden aan een zorgbehoefte-schaal. De schaal die momenteel door het R.I.Z.I.V. wordt gehanteerd in het raam van de thuisverzorging dient, meer dan nu het geval is, rekening te houden met de psychische problematiek en de thuissituatie.

Er dient een harmonisatie nagestreefd te worden met de criteria die door de Vlaamse Gemeenschap worden gehanteerd bij de subsidiëring van de zorgplannen en die nu reeds met deze globale probleemsituering rekening houden.

HOOFDSTUK 1 – THUISZORG

OM GOED TE BEGRIJPEN... :

- * Thuiszorg : verzamelnaam voor de tussenkomsten die bij de hulpvrager in zijn eigen milieu plaatshebben
- * Informele zorg : de mantelzorg en het vrijwilligerswerk
- * Mantelzorg : de zorg verleend door familie, vrienden, burens . . .
- * Formele zorg : de zorg verleend door professionals

1. Mantelzorg

Grosso modo 95 % van de senioren verblijft niet in een residentiële ouderenvoorziening. Zij wonen in hun vertrouwde omgeving en vaak doen zij daarbij een beroep op de mantelzorg of de thuiszorg.

De mantelzorg is belangrijk in Vlaanderen. Van de 188.000 invalide ouderen is meer dan de helft aangewezen op de mantelzorg. Een van de belangrijkste taken van de mantelzorg is het ondersteunen van het huishoudelijk werk en het toezicht houden. Verplegende en verzorgende taken worden meestal overgelaten aan professionele hulpverleners.

Ouderen ontvangen het liefst hulp van hun familieleden en van hun kinderen in het bijzonder. Men kan hier spreken van een hiërarchie van hulpverlening. Bij het ontbreken van familiale hulp verlegt men zich nog liever tot de informele hulp van vrienden of burens en pas daarna tot de formele organisaties.

Thuiszorg is slechts vol te houden indien er een beroep kan worden gedaan op een thuisverzorger. Dit is meestal een centrale figuur die op vrijwillige basis en onbezoldigd de eindverantwoordelijkheid voor de zorg op zich neemt. Hier rond ontwikkelt zich meestal een losser netwerk van mantelzorgers die voor beperkte tijd of specifieke deeltaken, voornamelijk gezelschapsfunctie, een deel van de thuiszorg op zich nemen. De inzet van deze mensen is vaak belangeloos. Ze mogen dan ook geen negatieve gevolgen ondervinden van deze inzet inzake inkomenssituatie, loopbaanontwikkeling, sociale contacten, fiscale maatregelen, . . . Zij vragen bovenal de erkenning van hun inzet.

Vandaag woont meer dan 40 % van de ouderen alleen, dertig jaar geleden amper 13 %. Dit verschijnsel kan worden verklaard doordat het sociale opvangnet steeds grotere mazen vertoont : de gezinsomvang krimpt, de mobiliteit wordt groter, men blijft niet meer rond de kerktoeren wonen. Het aantal echtscheidingen neemt toe. Een andere verklaring kan zijn dat de oudere een grotere zelfredzaamheid ontwikkeld heeft. Hij hoeft niet meer zo vaak een beroep te doen op de kinderen als hij zich dankzij een aangepaste huisvesting en de formele hulp langer zelfstandig kan handhaven.

De mantelverzorger is een mantelverzorgster

Twee op drie mantelverzorgers zijn vrouwen. In de helft van de gevallen is het de partner, in een kwart is het de dochter. Belangrijk is dat 40 % van de mantelverzorgers zelf een oudere is en in 20 % zelfs een hoogbejaarde.

Vaak zijn het de grootouders die de hoede van de kleinkinderen op zich nemen als de ouders uit werken zijn. We moeten er ons dus voor hoeden dat de vrouwen tussen 55 en 75 jaar niet alle zorgfuncties opgedragen krijgen en overbelast worden.

Dit gegeven bepaalt de grenzen van de mantelzorg. De mogelijkheden van de mantelzorg moeten in elk individueel geval onderzocht worden. Het zou verkeerd zijn om de mantelzorg te idealiseren. Dit zou de mensen die het niet (meer) aankunnen stigmatiseren en met schuldgevoelens beladen. Ook de mantelzorg heeft zijn grenzen.

Daar moeten dan ook de nodige conclusies uit worden getrokken. De mantelzorg moet de nodige ondersteuning krijgen om, indien de wil en de mogelijkheden aanwezig zijn, voor de opvang van een verzorgingsbehoevend familielid in te staan. Met name zijn er de poetsdiensten en de diensten voor gezins- en bejaardenhulp, de thuisverpleging, de dagopvangcentra en allerlei vormen van kortopvang.

Er moet er ook aandacht uitgaan naar de zorgafhankelijke oudere die mishandeld wordt. Sensibilisering van de hulpverleners die aan huis komen (huisartsen, diensten voor gezinsbejaardenhulp, diensten voor thuisverpleging, maatschappelijke werkers, . . .) en het doorbreken van het taboe zijn vereist.

De mantelzorg moet worden geoptimaliseerd

Alle maatregelen en voorzieningen moeten worden getroffen om diegenen die instaan voor en bereid zijn mantelzorg te bieden, te ondersteunen. Dit kan op verschillende manieren :

- * door fiscale en parafiscale maatregelen ;
- * door faciliteiten bij het gebruik van sociale voorzieningen, bv. gezins- en bejaardenhulp, poetsdienst, thuisverpleging, . . . ;
- * een daadwerkelijke ondersteuning van de mantelzorg door een adequaat aanbod van voldoende gedifferentieerde en flexibele voorzieningen : zorg op maat.

2. Gezins- en bejaardenhulp

De activiteiten van de gezins- en bejaardenhulpsters bestaan er in tijdelijke hulp te verlenen aan gezinnen of alleenstaanden die onvoldoende in staat zijn hun gezinstak, en in het bijzonder hun huishoudelijke taak, naar behoren te vervullen ingevolge de afwezigheid van één van de ouders of wegens geestelijke of lichamelijke ongeschiktheid, te wijten aan ziekte, zorgenbehoevendheid door hogere leeftijd, handicap of wegens bijzondere sociale omstandigheden. Het gaat dus om huishoudelijke en verzorgende taken in het thuismilieu.

Er zijn 28 private en 115 openbare erkende diensten voor gezins- en bejaardenhulp in de Vlaamse Gemeenschap.

De diensten voor gezins- en bejaardenhulp presteren 10,5 miljoen gesubsidieerde uren. 83 % van de prestaties wordt geleverd bij senioren en vooral bij hoogbejaarden. Ziekte bij ouderen scoort het hoogste als reden van hulpverlening, met name 71 % . Er worden bijna 46.000 cliënten geholpen, waarvan ruim 28.000 60-plussers. Tegen het jaar 2000 kan hun aantal oplopen tot 32.300 (+ 16 %) en in 2020 tot 41.000 (+ 47 %).

Niet alleen zal het aantal ouderen dat een beroep doet op de gezins- en bejaardenhulp sterk toenemen, het aandeel van hoogbejaarden zal nog aanzienlijk stijgen. Rond de eeuwwisseling zal het aantal 90-plussers dat hulp krijgt verdubbeld zijn ; tegen 2020 zal het zelfs met 200 % zijn gestegen.

Tabel 13 : Gebruik van gezins- en bejaardenhulp volgens leeftijd (cfr. Fig. 3)

	Cliënten
60 – 69	0,8 %
70 – 79	3 %
80 – 89	7 %
90 +	8 %

Bron : het effect van de demografische ontwikkeling op de thuisverpleging in België, 1993, Nationale Federatie van de Wit-Gele-Kruisverenigingen.

De laatste 5 jaar zijn belangrijke verbeteringen te noteren in de toelageregeling. De subsidies voor de lonen van de helpsters zijn aanzienlijk opgetrokken. Er zijn toelagen voor de diensthoofden, de maatschappelijk werkers en de administratiekosten ingevoerd. De tussenkomst van de Vlaamse Gemeenschap in de totale kostprijs van de gezins- en bejaardenhulp bedraagt 76 %.

Budgettair dient een keuze gemaakt te worden tussen enerzijds de uitbreiding van het bestaande hulpverleningspakket via nieuwe erkenningen en het optrekken van het aantal prestatie-uren of anderzijds het verhogen van de toelagen voor de prestaties.

Dit is een pertinente probleemstelling, gelet op de toenemende vraag naar hulp en de afnemende belangstelling voor hulpverlenende beroepen.

Inzake de gezins- en bejaardenhulp zullen volgende klemtonen worden gelegd :

1. De toelagestructuur zal worden herzien en doorzichtiger gemaakt.

Het huidige toelagesysteem is ingewikkeld en ondoorzichtig geworden, mede door de eisen van de diensten. De toelagen worden nu uitgesmeerd over niet minder dan 8 subsidievormen.

Het is de bedoeling om in de mate van het mogelijke dit systeem te vereenvoudigen met als uitgangspunten enerzijds de prestaties in de

gezinnen en anderzijds het totaal van de toelagen zoals dit nu uitgekeerd wordt. Dit gaat gepaard met het optrekken van de toelage voor de omkadering en voor de bijscholing.

2. Een rechtvaardiger en billijker bijdragesysteem zal worden ontworpen.

De alomtebekende kritiek is de te hoge prijs van de hulp voor gezinnen en de soms te lage prijs voor ouderen, vooral als de cliënten een laag pensioen hebben maar toch over andere inkomsten en bezittingen beschikken waardoor ze welstellend zijn. Dit wordt reeds jaren als een probleem ervaren, maar een oplossing is uitgebleven.

De bijdragen van de cliënten zijn vastgesteld in schalen en variëren van 19 frank per uur tot de volledige kostprijs van de hulp. In 1991 bedroeg de gemiddelde bijdrage per uur in de openbare sector 75 fr. en in de privé sector 83 fr. De criteria die bepalend zijn voor het vaststellen van de bijdrage zijn het inkomen en de gezinsamenstelling. De uitwerking van de schaal dateert van het begin van de jaren '80 en is duidelijk aan herziening toe.

Het is echter geen gemakkelijke opgave om een bijdragesysteem bij te sturen voor een cliëntenprofiel dat van dienst tot dienst sterk heterogeen is. Het verlagen van de bijdrage voor de gezinnen tast sterker het budget van de privé-diensten aan dan dat van de openbare diensten. De privé-diensten zijn duidelijk gezinsgerichter dan de openbare, waar nog slechts 10 % van de prestaties naar gezinnen gaat. Bij de privé-diensten is dat nog 19 % . Tussen de privé-diensten onderling zijn er bovendien grote verschillen te constateren inzake cliëntgerichtheid naar gezinnen of ouderen toe.

Er dient tevens een redelijke bovengrens ingevoerd te worden ; de huidige benedengrens van 19 frank dient opgetrokken.

Bij het bepalen van het inkomen van de cliënt wordt ook gedacht om hulp van derden als inkomen aan te rekenen. Dit is nu reeds het geval voor hulp aan ouderen. Er dient onderzocht te worden of niet meer stimulansen of ondersteuning aan de mantelzorg en zelfzorg kunnen gegeven worden vanuit de diensten.

De facultatieve aftrek voor langdurige intensieve hulp zou kunnen worden verhoogd. Een hogere bijdrage per uur is inderdaad gemakkelijker te dragen bij niet-intensieve, kortstondige hulp, dan bij langdurige, intensieve hulp.

In overleg met de federale overheid moet de gelijkgeschikeling van de tegemoetkomingen worden nagestreefd, ongeacht de voorziening waarop de oudere een beroep doet : rusthuis, RVT of thuisverzorging. De keuze voor thuiszorg mag niet langer financieel beboet worden. Dit is nog steeds het geval aangezien er voor de prestaties geleverd door gezins- en bejaardenhelpsters aan huis geen Z.I.V.-tussenkomst bestaat.

3. Om aan de toenemende vraag te kunnen beantwoorden, zullen bestaande diensten worden uitgebreid en zullen nieuwe erkenningen nodig zijn.

Dit moet planmatig en doelgericht gebeuren. Bovendien kunnen de diensten in het kader van het jeugdwerkgarantieplan extra gezins- en bejaardenhelp(st)ers inschakelen.

Om aan de toenemende vraag naar effectieve gezins- en bejaardenhulp te kunnen beantwoorden, wordt een jaarlijkse uitbreiding van de te presteren uren met 3 % voorzien. Dit was reeds het geval in 1992 en 1993. Daarvoor was er in de jaren '80 gedurende 10 jaar geen uitbreiding van de prestaties met uitzondering van het invoeren van het tewerkstellingsprogramma in het kader van het Interdepartementaal Begrotingsfonds en van het Maribel-contingent in 1990. Een reëel probleem zijn de lange wachtlijsten. Dit bemoeilijkt het soepel inspelen op acute, dringende noden. Deze wachtlijsten zijn nu reeds een feit. Daarnaast is er in Vlaanderen van 1990 tot 2000 een stijging met 17 % te voorzien van de 60-plussers. Deze toename bedraagt 24 % voor de 70-plussers.

Het gebruik dat een oudere maakt van bejaardenhulp stijgt procentueel met de leeftijd en met de verzorgingsbehoefte. Uit prognoses van het C.B.G.S. blijkt dat het aantal zwaar verzorgingsbehoevende ouderen, die voldoen aan de R.V.T.-criteria, en die een beroep doen op gezins- en bejaardenhulp van 1989 tot 2000, stijgt met een vijfde.

Deze evolutie betekent een verzwaring van het takenpakket voor de diensten. We moeten in de komende jaren dus rekening houden met een toenemende druk op de diensten om meer hulp te bieden.

Het zou niet juist zijn alle diensten lineair een zelfde uitbreiding te geven. Er dient rekening gehouden te worden met het gebruik dat de diensten maken van hun contingent en met vraag en aanbod in de regio.

In volgende regio's is gezins- en bejaardenhulp minder uitgebouwd :

- * prov. Antwerpen : - arrondissement Antwerpen voor bejaardenhulp
 - arrondissement Mechelen
- * prov. Brabant : - geheel Vlaams Brabant
- * prov. Limburg : - arrondissement Hasselt voor gezinshulp
 - arrondissement Tongeren voor gezinshulp
- * prov. O.-Vlaanderen : - arrondissement Aalst
 - arrondissement Dendermonde
 - arrondissement St.-Niklaas
 - arrondissement Gent voor bejaardenzorg ;

- * prov. W. -Vlaanderen : - arrondissement Oostende
 - arrondissement Veurne

Vermits deze diensten gedeeltelijk substitutief zijn, zou idealiter meer poetshulp moeten aanwezig zijn in regio's waar relatief weinig bejaardenhulp is. De partiële gegevens die voor enkele diensten ter beschikking zijn, wijzen eerder in de richting van het tegendeel. De poetsdiensten zouden dus de hier reeds aangetoonde regionale ongelijkheid nog versterken. Deze hypothese verdient echter verdere verificatie.

De ongelijkheid kan onmogelijk volledig vanuit de vraag worden verklaard, aanbodfactoren zullen ook meespelen. Het bestaan van de urencontingenten kan een oorzaak van ongelijkheid zijn, omdat hierdoor het aanbod zich niet kan aanpassen aan een zich wijzigende vraag, behalve via het eerder beperkte kader van het I.B.F..

Verder onderzoek is nodig om uit te maken in welke mate de regionale verschillen het gevolg zijn van aanbod- of vraagfactoren.

In dit onderzoek moeten ook de prioriteiten worden bestudeerd die bij uitbreidingen en bij nieuwe erkenningen bepalend zijn. De opportuniteit van een programmatie moet worden onderzocht. Indien een programmatie nodig wordt geacht, dient die niet alleen rekening te houden met de bevolkingsstructuur ; ook andere relevante factoren moeten verfijnd werken. Hierbij wordt onder andere gedacht aan werkgelegenheids- en huisvestingspatronen die typerend zijn voor een bepaalde regio. De aanwezigheid en het opnamebeleid van de rusthuizen en serviceflats kan eveneens een aanduiding zijn. Het feit dat nog steeds valide ouderen in de rusthuizen worden opgenomen, kan een indicator zijn van een tekort aan hulpverleningsvormen voor zelfredzame ouderen.

Het jeugdwerkgarantieplan biedt de mogelijkheid om aan 200 jongeren een baan te bezorgen als gezins- en bejaardenhelp(st) via een door de minister van Tewerkstelling gesubsidieerde tewerkstelling van 12 maanden. Bovendien is wegens de toenemende behoefte aan thuiszorg door de Vlaamse regering in het kader van de tewerkstellingsconferentie beslist dat na 1995 middelen ter beschikking zullen gesteld worden om aan die 200 jobs een blijvend karakter te geven. Jongeren die in aanmerking komen voor het project moeten, op de dag van aanwerving, jonger zijn dan 25 jaar. Bovendien moeten de kandidaat-werknemers tussen 1 oktober 1993 en de datum van indiensttreding de kaap van twee jaar uitkeringsgerechtigde volledige werkloosheid bereikt hebben. Uiteraard dienen zij ook over het bekwaamheidsattest van „Gezins- en bejaardenhelp(st) of het nodige diploma te beschikken. Het is mogelijk versneld de opleiding te volgen om daarna aan de slag te geraken.

4. Procedures waarbij verschillende administraties of departementen overlappend werken dienen herzien te worden om tijdsbesparing, doorzichtigheid, vereenvoudiging en de toegevoegde meerwaarde te bevorderen.

Het vroegere I.B.F. is hier een voorbeeld van. Dit wordt nu geregeld via het decreet van 12 juli 1990 houdende opzetting van een programma ter bevordering van de werkgelegenheid in de niet-commerciële sector in het Vlaams Gewest. Financieel is er een overheveling van budgetten nodig, zonder bijkomend krediet. De 1. B .F. -personeelsleden zijn een onmisbaar potentieel geworden in het welzijnsbeleid. De uitgaven voor deze tewerkstellingsprogramma's worden bij voorkeur ingeschreven in de welzijnsbegroting.

5. De gezins- en bejaardenhulp is een substantiële component in de thuiszorg.

Voor de gezins- en bejaardenzorg wordt, vergeleken met het grotere geheel van de thuiszorg, sinds 1994 een gelijkaardige zorgbehoefteschaal gehanteerd. Er dient tevens een harmonisatie te gebeuren tussen de schalen, gehanteerd in de thuiszorg en binnen het R.I.Z.I.V.

De oudere moet zoveel mogelijk worden gestimuleerd om in zijn thuismilieu te blijven en zijn zelfredzaamheid te behouden. Daarom dient de maatregel waardoor de hulpverlening na 13 weken beperkt wordt tot 32 uren per week afgeschaft te worden. Wel moeten de diensten er over waken dat hulp afgebouwd wordt waar dit volgens hun oordeel mogelijk is.

6. Tot slot dient men te streven naar de coördinatie van de poetsdiensten bij de diensten voor gezins- en bejaardenhulp.

De poetshulp kan een uitstekende ondersteuning zijn van de zelfhulp en de mantelzorg indien het volstaat om enkel de poetsactiviteiten te ondersteunen. Aangezien beide vormen van dienstverlening heel nauw bij elkaar aansluiten, zowel inzake de behoeften van de cliënten als van de organisatie, ligt het voor de hand dat beide diensten beter gecoördineerd zouden worden. Ook de dienstverlening van de poetsdiensten gaat hoofdzakelijk naar een oudere cliënteel. Slechts 7 % is jonger dan 65 jaar. De grootste groep wordt door de 75 tot 79- jarigen gevormd : 28 % .

Het ziet er sterk naar uit dat een optimaal aanwenden van poetshulp de inschakeling van meer doorgedreven, gespecialiseerde en dus duurder hulp, zelfs een opname in residentiële voorzieningen, kan uitstellen of verhinderen.

3. De thuisverpleging

1. De huidige doelgroep en de prognoses

Tabel 14 : De kans op het gebruik van thuisverpleging volgens leeftijd (cfr. Fig. 5)

Leeftijd	Gebruik	1993	2000	2020
60 – 69	3 %	18.736	19.245	24.352
70 – 79	7 %	25.767	33.682	40.167
80 – 89	18 %	33.099	31.391	56.688
90 +	23 %	5.373	8.121	16.110
Totaal		82.974	92.439	137.317

Bron : Planbureau, Demografische vooruitzichten 1992-2050, centraal scenario.

De gemiddelde leeftijd van een patiënt bij een thuisverzorgingsdienst is 74 jaar. 68 % is ouder dan 70 jaar en 36 % is zelfs ouder dan 80 jaar. Meer dan twee derde van de patiënten zijn vrouwen. De gemiddelde verzorgingsduur bedraagt 20 maanden. 70 % van de patiënten beschikt over goede mantelzorg, bij meer dan 11 % is geen mantelzorg aanwezig. Het totaal aantal patiënten in de thuiszorg wordt geraamd op 101.768.

Rond de eeuwwisseling zou het aantal ouderen dat thuiszorg ontvangt, oplopen tot 102.273 (+ 18 %) en tegen 2020 tot 131.298 (+ 52 %). De toename is vooral opmerkelijk voor de oudste categorieën. Dat heeft repercussies voor de aard van de zorgverlening, aangezien in die leeftijdsgroepen de zorgbehoefte het grootste is. Het aantal hoogbejaarden van 90 jaar en ouder dat een beroep doet op de thuisverpleging zou in 2020 met niet minder dan 203 % stijgen.

Ook als niet de leeftijd, maar de zorgbehoefte in aanmerking wordt genomen, blijft de in de toekomst verwachte stijging opmerkelijk. De zelfredzame groep (Katzschaal 0) stijgt in 2000 met 4,4 % en met 17,6 % in 2025, maar de andere, meer zorgbehoevende patiëntengroepen nemen toe met 8 % in 1996 en met 38 tot 43 % in 2025.

De dementen vormen een bijzondere groep binnen de zorgenbehoevenden. Momenteel wordt het aantal oudere dementerenden dat in instellingen verblijft op 17.000 geschat. Dat op een totaal van 45.000 tot 60.000 dementerenden in Vlaanderen. In het jaar 2020 zouden er, volgens ramingen, 67.000 tot 87.000 dementerenden zijn.

Dementen kunnen ook nog in de psychiatrische instellingen, de P.V.T.'s en de V- en Gdiensten verblijven.

Speciale aandacht moet uitgaan naar de families die zorg dragen voor oudere dementerenden. Deze opvang vraagt een voortdurende beschikbaarheid. Er bestaan voor deze gezinnen nog te weinig ondersteunende randvoorzieningen : dagopvang, dagverzorgingscentra, nachtopvang, kortverblijf, . . .

De zorgbemiddelaar kan hier een positieve inbreng doen. Voor deze groep is het belangrijk dat professionele zorgverleners ter beschikking staan en dat het hulpaanbod gecoördineerd verloopt en is afgestemd op de reële noden. Ook vrijwilligers kunnen ingeschakeld worden.

De thuiszorg wordt vaker en langer tot het uiterste volgehouden. Wanneer het dan tot een plaatsing komt, gebeurt deze plots en onvoorbereid. Grenzen worden te vaak en te ver verlegd en overschreden. Overspanning, fysieke uitputting, onvoldoende (nacht-)rust, relationele spanningen met partner, kinderen of kleinkinderen zijn vaak de gevolgen.

Niet alleen het aantal thuisverpleegden zal dus toenemen maar ook het aandeel van de meer zorgbehoevenden daarin .

2. De coördinatie van de thuiszorg

Het Besluit van de Vlaamse Executieve van 21 december 1990 inzake de coördinatie en ondersteu-

ning van de thuisverzorging, tot stand gekomen op initiatief van de voormalige Vlaamse ministers van Welzijn Weckx en Lenssens, is een belangrijke positieve impuls voor het realiseren van een gecoördineerd optreden van alle zorgaanbieders in de thuisgezondheidszorg en, zelfs verder, de thuiszorg in het algemeen.

Deze beleidsoptie zal verder worden aangemoedigd. Daarbij zal worden uitgegaan van de adviezen van de nieuw opgerichte Hoge Raad voor Thuisverzorging, waarin een breed gamma van organisaties is vertegenwoordigd. Het is daarbij duidelijk dat het in eerste instantie de verantwoordelijkheid is van de actoren op het werkveld zelf om de samenwerking en de kwaliteit van de zorgverstrekking te realiseren, waarbij het grootste respect voor de waardigheid en de vrije keuze van de patiënten dient in acht genomen te worden.

De professionele zorgverstrekkers zijn daarbij complementair en ondersteunend aan de zelfzorg, de mantelzorg en het vrijwilligerswerk. De zorgbemiddelaar speelt een essentiële rol in het samenspel, door de patiënt en zijn familie, waar nodig, door te verwijzen naar de meest geschikte professionele hulp en hen in te lichten over de bestaande voorzieningen, hulpmiddelen en tegemoetkomingen. Voor de zwaar zorgbehoevende personen kan bovendien de opvolging en blijvende onderlinge communicatie tussen hulpverleners, patiënt en familie worden gerealiseerd door middel van het zorgplan waarvoor de erkende samenwerkingsinitiatieven een extrasubsidie ontvangen. Momenteel zijn er reeds een zestigtal dergelijke initiatieven erkend.

Er moet worden nagegaan in hoeverre de thuiszorgcoördinatie nu op het terrein functioneert en daadwerkelijk de hulpverlening ten goede is gekomen. Met name is het belangrijk om te weten wat de oudere en de mantelzorg eraan hebben.

Actieprogramma thuiszorg

- De Vlaamse regering heeft er zich toe verbonden om in een „gezins-effectenrapport” de gevolgen van alle beleidsmaatregelen op de gezinnen na te gaan. Dit geldt ook voor maatregelen die op het domein van zorgverstrekking aan ouderen beslist worden. Het criterium dat daarbij gehanteerd wordt is of de initiatieven de opvang of de zorg voor de ouderen in en door de gezinnen aanmoedigen.

Zelfzorg en mantelzorg

- Niet alleen moeten er voldoende gekwalificeerde residentiële voorzieningen worden gecreëerd, even belangrijk is dat de zelfzorg en de mantelzorg ondersteund worden. Dit kan worden gerealiseerd door hulp op maat na te streven en door gezinsondersteunende vorming ;
- het beter afstemmen van de arbeidsorganisatie op de noden van de zorgverlener ;
- het informeren van de gezinnen **over** de beschikbare dienstverlening, tegemoetkomingen e.d.

Thuiszorg in het algemeen

- Het beklemtonen van de substantiële rol van de diensten voor gezins- en bejaardenhulp in de thuiszorg ;
- een synergie tot stand brengen tussen het Vlaamse en het Federale beleid voor alle voorzieningen in de thuiszorg ;
- onderzoek naar de zogenaamde „omslagpunten” waar thuiszorg vanuit humanitair, financieel of organisatorisch standpunt niet meer opportuun is ;
- de coördinatie tussen de verschillende diensten die op dat terrein werkzaam zijn en ook tussen de professionele hulpverleners en de thuiszorgers moet nog verder worden geoptimaliseerd. De rol van de zorgbemiddelaar moet daarbij nog beter tot zijn recht kunnen komen ;
- bijzondere aandacht moet gaan naar de dementerenden die in de thuiszorg worden opgevangen. De mantelzorgers moeten voldoende ondersteuning kunnen krijgen om, rekening houdend met de eigen draagkracht, voor het dementerende familielid in te staan ;
- de ondersteuning van de zorgdrager via tal van mogelijke formules : het uitwerken van een statuut van thuisverzorger, gunstiger belastingregelingen voor gezinnen die aan thuiszorg doen, faciliteiten bij het gebruik van de professionele thuiszorg als in het gezin een zorgenbehoevende ouder opgenomen is.

Gezins- en bejaardenhulp

- Vereenvoudiging van de betoelagingsstructuur ;
- de ontwikkeling van een billijker bijdragesysteem ;
- uitbreiding van het aantal prestatie-uren, rekening houdend met de regionale noden ;
- het elimineren van overlappende en niet-relevante procedures ;
- het beklemtonen van de substantiële rol van de diensten voor **gezins-** en bejaardenhulp in de thuiszorg ;
- de coördinatie van de poetsdiensten binnen het reglementaire en organisatorische kader van de diensten voor gezins- en bejaardenhulp.

Thuisverpleging

- Het definiëren van een doelgroeppopulatie met vooral een oriëntatie van de middelen naar de meest zorgbehoevendsten ;
- een evaluatie van de samenwerkingsinitiatieven in het raam van het Besluit van de Vlaamse Executieve van 21 december 1990.

HOOFDSTUK 2 – DE TRANSMURALE VOORZIENINGEN VOOR OUDEREN

1. De dienstencentra

Een dienstencentrum zorgt ervoor dat diensten van materiële, hygiënische en sociale aard worden verleend aan ouderen van een wijk, om hen te helpen zo lang mogelijk zelfstandig en geïntegreerd in de gemeenschap te leven.

1. De spreiding van de bestaande en geplande dienstencentra over de arrondissementen

In de kolom „PROGRAMMA” zijn de programmacijfers van de dienstencentra in elk arrondissement opgenomen. Voor de dienstencentra is dit bepaald op 1 centrum per 2.000 60-plussers. Het

cijfer in deze kolom vormt het referentiekader (= 100) voor de situering van de bestaande en geplande centra.

In de kolom „BESTAANDE” zijn de reeds in exploitatie zijnde dienstencentra opgenomen. Dit zijn de erkende centra en deze die een erkenningsaanvraag hebben ingediend.

In de kolom „GEPLANDE” staan de dienstencentra die binnen enkele jaren in exploitatie zullen zijn.

In de kolom „TOTAAL” wordt de som gemaakt van het aantal bestaande en het aantal geplande dienstencentra.

In de kolom „%”, wordt de invulling van het programmacijfer berekend op basis van de reeds bestaande en geplande dienstencentra.

Tabel 15 : Overzicht van de spreiding van de dienstencentra (cfr. Fig. 6)

Arrondissem.	Programma	Bestaande	Geplande	Totaal	%
Antwerpen	95	34	3	37	39
Mechelen	25	6	1	7	28
Turnhout	33	3	0	3	9
PROV.ANTW.	153	43	4	47	31
Brussel Hfst.	1	4	0	4	100
Halle-Vilvoorde.	48	7	2	9	19
Leuven	43	2	1	3	7
PROV.BRAB.	92	13	3	16	17
Hasselt	29	3	0	3	10
Maaseik	13	2	1	3	23
Tongeren	17	0	0	0	0
PROV. LIMB.	59	5	1	6	10
Aalst	22	1	0	1	5
Dendermonde	15	5	1	6	40
Eeklo	8	1	2	3	38
Gent	49	7	1	8	16
Oudenaarde	14	1	0	1	7
St.-Niklaas	19	1	0	1	5
PROV.O.-VL.	127	16	4	20	16
Brugge	25	7	0	7	28
Diksmuide	5	1	0	1	20
Ieper	12	1	0	1	2
Kortrijk	26	5	0	5	19
Oostende	15	2	1	3	20
Roeselare	13	1	0	1	8
Tielt	9	3	0	3	33
Veurne	6	1	0	1	17
PROV. W.-VL.	111	21	1	22	20
TOTAAL :	542	98	12	111	20

Bron : WVC, Afdeling Bejaardenzorg, gegevens op 1.1.1994.

Momenteel zijn er 98 dienstencentra. Als er rekening wordt gehouden met zowel de bestaande als de geplande centra, is nog maar 20 % van het programmajfer gerealiseerd.

Er vallen enkele regionale verschillen op. In de provincie Antwerpen is 31 % van het programma ingevuld. Voor Limburg is dit slechts 10 %.

De arrondissementen Turnhout (9 %), Leuven (7 %), Hasselt (10 %), Tongeren (0 %), Aalst (5 %), Oudenaarde (7 %), St.-Niklaas (5 %), Ieper (2 %) en Roeselare (8 %) halen net of nog geen 10 % van de programmatie.

De arrondissementen Antwerpen (39 %), Mechelen (28 %), Dendermonde (40 %), Eeklo (38 %), Brugge (28 %) en Tielt (33 %) scoren een stuk hoger dan het gemiddelde in Vlaanderen.

Naast deze erkende dienstencentra blijken er ook nog een aantal te functioneren die niet over een erkenning beschikken. De erkenning van dienstencentra is niet verplicht, maar is wel een voorwaarde om voor werkingstoelagen in aanmerking te komen.

Het dienstencentrum heeft een coördinerende rol door de aanwezige extramurale voorzieningen optimaal af te stemmen op de noden en behoeften van de ouderen uit de buurt. Het heeft als opdracht de verschillende vormen van zorg samen te brengen en te optimaliseren : de zelfzorg van de oudere, de mantelzorg en de professionele zorg. Thuiswonende ouderen moeten er zowel voor hulpverlening als voor ontspanning terecht kunnen. Het dienstencentrum probeert de opname in een rusthuis zo lang mogelijk uit te stellen en zelfs te voorkomen.

Het profiel van de gebruikers kan als volgt worden geschetst : de leeftijd schommelt tussen 65 en 75 jaar ; er komen meer vrouwen ; de bezoekers zijn meestal weduwen en weduwnaars. De meeste zijn valide en wonen in de omgeving van het centrum. Meer dan de helft van de bezoekers komt dagelijks naar het centrum.

Een bevraging onder ouderen wees uit dat slechts 28 % van hen op de hoogte was van het bestaan van de dienstencentra. Van diegenen die het wel kennen verklaarde tweederde geen behoefte te hebben aan het aanbod van een dienstencentrum.

De werking van de dienstencentra wordt niet volledig geoptimaliseerd. Ouderen weten onvoldoende wat een dienstencentrum te bieden heeft en wat het voor hen kan betekenen om hun zelfstandigheid te bewaren. Zij moeten geïnformeerd en sensibiliseerd worden om meer en beter gebruik te maken van dit voorzieningenaanbod. De dienstencentra worden te vaak beschouwd als louter ontmoetings- of ontspanningscentra. Het dient gezegd dat voor de bezoekers deze functies hoog scoren. Er bestaat een grote behoefte aan samenzijn bij de ouderen en de dienstencentra dringen daarmee dan ook de vereenzaming en het dreigende sociale isolement terug dat bij de ouderen op de loer ligt. Dit betekent uiteraard niet dat de dienstencentra hun werking mogen verenigen tot het eenvoudig aanbieden van recreatie en sociale

contacten. Een onderzoek naar de werking van de bestaande dienstencentra moet meer duidelijkheid scheppen over de opdracht en doelgroep van deze voorzieningen.

Er dient met de dienstencentra overleg gepleegd te worden om duidelijkheid te scheppen over hun plaats in het voorzieningspectrum voor ouderen en over hun doelstellingen. Er moet onderzocht worden hoe hun werking kan worden geoptimaliseerd. Het beleid kan hier sturingsinstrumenten aanwenden.

Er zal worden onderzocht op welke wijze de dynamische centra effectiever kunnen worden ondersteund in hun werking. Er kan ook worden overwogen het functioneren van deze centra substantiëler te laten doorwegen in de aanrekening bij het Bijzonder Fonds voor Maatschappelijk Welzijn.

Een dienstencentrum kan een belangrijke functie vervullen in de organisatie van de dienst- en hulpverlening in de buurt of de wijk : het kan werken als dispatchingcentrum, eerste hulppost, opvangcentrum, infocentrum, ontmoetings- en begeleidingscentrum en nog zoveel meer.

Een dienstencentrum kan een belangrijke functie vervullen in de organisatie van de dienst- en hulpverlening in de buurt of de wijk : het kan werken als dispatchingcentrum, eerste hulppost, opvangcentrum, infocentrum, ontmoetings- en begeleidingscentrum en nog zoveel meer.

In het verleden zijn zo'n 10.000 woningen voor bejaarden door lokale openbare besturen gebouwd met investeringstoelagen vanwege de overheid. Inmiddels is bij veel woningen voor bejaarden een dienstencentrum aangebouwd dat de dienstverlening voor de bewoners uit de bejaardenwoningen en de omliggende straten organiseert. Met uitzondering van het permanent bemande oproepsysteem onderscheiden ze zich zowel qua bouwkundig concept als functioneel weinig van de serviceflatgebouwen en de woningcomplexen met dienstverlening.

Voor de woningen voor bejaarden die aanleunen bij een nabijgelegen dienstencentrum kan worden gedacht aan een erkenning als een project van beschut zelfstandig wonen voor ouderen.

De kenmerken van het beschut zelfstandig wonen voor ouderen :

1. de dienstverlening wordt georganiseerd vanuit een erkend dienstencentrum ;
2. de dienstverlening is strikt facultatief en afgestemd op de reële behoeften van de ouderen. De hulpvraag en het hulpaanbod worden, in overleg met de oudere, afgesproken en regelmatig geëvalueerd ;
3. de dienstverlening richt zich tot de oudere bewoners van een wijk. Belangrijk is dat het dienstencentrum ook voor de bewoners gemakkelijk bereikbaar moet zijn. Zowel de woningen die in het concept "bejaardenwoning," zijn gebouwd, als de "gewone," woningen, kunnen bij een dergelijk project aansluiten ;

4. voor het organiseren van de dienstverlening wordt bij voorkeur gebruik gemaakt van het reeds bestaande dienst- en hulpverleningsnet ;
5. het dienstencentrum organiseert een personeelpropeersysteem waardoor de oudere, bij nood-situaties, dag en nacht iemand kan oproepen. Daarnaast kunnen ook nog andere systemen van toezicht en bewaking worden georganiseerd ;
6. het dienstencentrum coördineert de dienst- en hulpverlening aan de ouderen die bij het project beschut wonen aangesloten zijn. Het doet daarbij een maximaal beroep op de zelfredzaamheid van de ouderen, de mantelzorg, de buurtwerking, het vrijwilligerswerk en het bestaande verenigingsleven ;
7. het dienstencentrum zal zelf actief tussenkomen, bv. via samenwerking met een klusjesdienst, of bij de bevoegde instanties de nodige stappen ondernemen die tot de aanpassing, renovatie of sanering van de woning moeten leiden ;
8. de projecten beschut zelfstandig wonen zullen aan een erkenning worden onderworpen.

Moeten de dienstencentra een centrale rol spelen in de coördinatie van de thuiszorg en de vrijwilligerszorg en de ouderen oriënteren naar de meest geschikte voorziening op lokaal vlak ? Zij kunnen de ouderen in de wijk op een dynamische manier proberen te motiveren en sensibiliseren om gebruik te maken van de mogelijkheden van het centrum of andere hulp- en dienstverlenende instanties. In het bijzonder moeten zij oog hebben voor de meest kwetsbare groep ouderen : de alleenstaanden. Op die manier hebben de dienstencentra in essentie een preventieve taak en verantwoordelijkheid ten opzichte van de ouderen in hun wijk.

Volgens de programmacijfers kunnen er 542 dienstencentra worden opgericht, zoals reeds hoger vermeld is er nog maar 20 % gerealiseerd. Dit gegeven stemt tot nadenken. Waarom komt deze werkvorm niet (overal) van de grond ? Wat zijn de belemmerende factoren ? Dit moet onderzocht worden.

2. De dagverzorgingscentra

De dagverzorgingscentra verlenen dezelfde hulp- en zorgverlening als het rusthuis, maar enkel overdag.

1. De verblijfseenheden in dagverzorgingscentra volgens beheersinstantie

Het dagverzorgingscentrum richt zich tot ouderen die geen intensieve medische controle nodig hebben, maar die wel nood hebben aan (re-)activering,

verzorging, toezicht of begeleiding bij de activiteiten van het dagelijkse leven. De doelstelling van een dagverzorgingscentrum kan worden geformuleerd als het uitstellen of verhinderen van een rusthuisopname door het ondersteunen van de oudere zelf of van de mantelzorg.

De dagverzorgingscentra zijn geprogrammeerd op 1,5 verblijfseenheden per 1.000 ouderen of per 1.754 verblijfseenheden. Ze zijn onderworpen aan de erkenning door de Vlaamse Gemeenschap.

Tabel 16 : De bestaande en geplande dagverzorgingscentra volgens beheersinstantie (cfr. Fig. 7)

D.V.C.	Bestaande	Geplande	Totaal
Openbaar	9	18	27
V.Z.W.'s	14	18	32
Particulier	0	3	3
Totaal	23	39	62

Bron : Afdeling Bejaardenzorg, 1994.

Er zijn 23 dagverzorgingscentra. 9 daarvan werden georganiseerd door een O.C.M. W. en 14 door een V.Z.W. Daarnaast zijn nog 39 centra gepland, 18 door openbare besturen, evenveel door V.Z. W. 's en 3 vanuit het particulier initiatief.

2. De spreiding van de bestaande en geplande verblijfseenheden in dagverzorgingscentra over de arrondissementen

In de kolom "PROGRAMMA,, zijn de programmacijfers van de verblijfseenheden in elk arrondissement opgenomen. Voor de verblijfseenheden in de dagverzorgingscentra is dit bepaald op 1,5 K van de 60-plussers. Het cijfer in deze kolom vormt het referentiekader (= 100) voor de situering van de bestaande en geplande wooneenheden.

In de kolom "BESTAANDE,, zijn de reeds in exploitatie zijnde verblijfseenheden in dagverzorgingscentra vermeld.

In de kolom "GEPLANDE,, staan de verblijfseenheden waarvoor reeds bij ministerieel besluit een voorafgaande vergunning werd verleend. Er kan gesteld worden dat de meeste van de geplande verblijfseenheden binnen enkele jaren in exploitatie zullen zijn.

In de kolom "TOTAAL,, wordt de som gemaakt van het aantal bestaande en het aantal geplande verblijfseenheden.

In de kolom " % " wordt de invulling van het programmacijfer berekend op basis van de reeds bestaande en geplande verblijfseenheden.

Tabel 17 : spreiding van de verblijfseenheden in dagverzorgingscentra (Fig. 8)

arrondissem.	programma bestaande		geplande	totaal	%
Antwerpen	304	49	174	223	73
Mechelen	98	29	52	81	83
Turnhout	98	0	40	40	41
PROV.ANTW.	500	78	266	344	69
Brussel Hfst.	0	0	0	0	100
Halle-Vilvoorde.	164	1	10	11	7
Leuven	138	21	14	35	25
PROV.BRAB.	302	22	24	46	15
Hasselt	90	12	3	15	17
Maaseik	43	0	5	5	12
Tongeren	48	1	12	13	27
PROV. LIMB.	181	13	20	33	18
Aalst	82	0	0	0	0
Dendermonde	54	0	10	10	19
Eeklo	25	14	1	15	60
Gent	155	0	23	23	15
Oudenaarde	39	0	10	10	26
St. -Niklaas	62	0	35	35	56
PROV.O.-VL.	417	14	79	93	22
Brugge	84	19	26	45	54
Diksmuide	16	0	15	15	94
Ieper	33	0	15	15	45
Kortrijk	83	33	60	93	112
Oostende	51	5	10	15	29
Roeselare	41	7	16	23	56
Tielt	26	3	0	3	12
Veurne	20	0	0	0	0
PROV.W.-VL.	354	67	142	209	59
TOTAAL :	1754	194	531	725	41

Bron : WVC, Afdeling Bejaardenzorg, gegevens op 1.1.1994.

In de 23 dagverzorgingscentra zijn 194 verblijfseenheden beschikbaar. Daarnaast zijn nog 531 eenheden gepland. Samen komt dit overeen met 41 % van de programmatie.

De dagverzorgingscentra vormen de recentste opvangvorm die aan een erkenning onderworpen werd (decreet van 20 februari 1991).

Als knelpunt wordt vaak de dagprijs genoemd : de reële kostprijs bedraagt ongeveer 70 à 80 % van de kostprijs van een verblijfsdag in een rusthuis. Als dagelijkse uitgave is dit niet voor iedereen haalbaar omdat daarnaast ook nog de gewone uitgaven doorlopen.

De aangerekende dagprijs ligt ook vaak een stuk lager dan de werkelijke kost. Vooral het organiseren van het vervoer van en naar het centrum weegt zwaar door op het budget. De respons van een centrum staat of valt met dat vervoer. Ook het

niet-cumuleerbare karakter van de tegemoetkomingen voor de verpleegkundige prestaties in de thuiszorg én in het dagverzorgingscentrum vormt een obstakel.

De dagverzorgingscentra zijn een zinvolle en een kwalitatief hoogstaande schakel in de ondersteuning van de mantelzorg en in de preventie van een rusthuisopname.

Een blik op de evolutie van de centra en het aantal verblijfseenheden leert dat deze werkvorm stagneert en impulsen nodig heeft.

Er zullen acties moeten worden ondernomen op verschillende terreinen :

* Ten eerste moeten de ouderen en vooral de gezinnen die aan opvang doen het bestaan van de dagverzorgingscentra kennen. Informeren dus.

- * Ten tweede moet de mantelzorg worden gesensibiliseerd om gebruik te maken van dit zeer flexibel hanteerbaar zorgaanbod.
- * en derde moet worden onderzocht hoe deze centra financieel aantrekkelijker kunnen functioneren.
- * Ten vierde kan worden nagegaan of alle erkenningsnormen wel efficiënt zijn, m.a.w. of ze wel een voldoende nutswaarde hebben om de gestelde doelen te bereiken.

De wens van de dagverzorgingscentra om een aanzienlijke tussenkomst te verkrijgen in de werkingskosten, is dan ook gegrond. Een aangepaste financiering in overleg met de overheid dient uitgewerkt te worden.

Een aanzet hiertoe is gegeven in het protocolakkoord inzake de Gezondheidsinstellingen tussen de gemeenschappen en de federale overheid.

Daarnaast zal in samenwerking met de sector worden onderzocht op welke wijze reglementaire en normerende bepalingen kunnen worden aangepast met het oog op een efficiëntere werking.

Actieprogramma transmurale voorzieningen

De dienstencentra

- De werking van de dienstencentra zal, in nauw overleg met de sector worden onderzocht, geëvalueerd en eventueel bijgestuurd.
- De centra moeten een kruispuntfunctie vervullen : de oudere oriënteren naar de meest geschikte voorziening en desgevallend de werking van de verschillende soorten dienstverlening op lokaal vlak coördineren.
- De ouderen moet vertrouwd worden gemaakt met de werking van de dienstencentra : een grotere naambekendheid is noodzakelijk, evenals een sensibiliseringscampagne.
- De centra moeten op een actieve manier pogen de ouderen in de wijk te bereiken met de bedoeling hem of haar uit het sociaal isolement te halen of te verhinderen dat de oudere vereenzaamt.

De dagverzorgingscentra

- Er zal worden onderzocht hoe de werking van deze centra kan worden geoptimaliseerd door een aanpassing van de reglementaire en normerende bepalingen.
- Evenals bij de dienstencentra moeten de dagverzorgingscentra actiever worden gepromoot als volwaardige ondersteuning van de thuiszorg.
- Inzake de financiering van de dagverzorgingscentra zal overleg worden gepleegd met de federale overheid.

HOOFDSTUK 3 – DE SEMI-RESIDENTIELE VOORZIENINGEN VOOR OUDEREN

Het is duidelijk dat ouderen niet alleen behoefte hebben aan een gepaste huisvesting, maar na verloop van tijd ook aan hulp op maat. Hiertoe is in 1985 een nieuw woonconcept ontworpen, nl. de serviceflatgebouwen en de woningcomplexen met dienstverlening.

De serviceflatgebouwen en de woningcomplexen met dienstverlening

Dit zijn voorzieningen voor senioren, bestaande uit individuele wooneenheden waar zij zelfstandig wonen en een beroep kunnen doen op gemeenschappelijke voorzieningen voor dienstverlening.

1. De filosofie van de serviceflats

Het concept „serviceflat” is ontstaan vanuit de vaststelling dat het aanbieden van een „all-in” service, zoals in een rusthuis, invaliderend kan werken.

De dienstverlening wordt in een serviceflatgebouw in het bereik gebracht van de bewoners die er, telkens zij dit zelf nodig achten, facultatief, een beroep op kunnen doen.

Serviceflatgebouwen zijn eerst en vooral individuele wooneenheden waar ouderen zelfstandig kunnen wonen. Het druist volledig in tegen de doelstellingen van het serviceflatgebouw om dienstverlening op te dringen. Alles moet in het werk worden gesteld om de serviceflatbewoner zo lang mogelijk voor zichzelf te laten instaan en zijn zelfstandigheid te bewaren.

Het serviceflatgebouw moet de plaats worden waar de principes van „hulp op maat” en „naadloze zorg” tenvolle worden gerealiseerd.

Momenteel verblijven in de rusthuizen meer dan 14.000 valide ouderen (R.I.Z.I.V. categorie 0). Het is in eerste instantie deze doelgroep die het serviceflatgebouw op het oog heeft.

2. Doelstellingen van een serviceflatgebouw

Serviceflats bieden aan senioren in de eerste plaats een aangepaste huisvesting. Dit betekent dat de appartementen functioneel en comfortabel moeten zijn ingericht en aangepast aan de specifieke behoeften van de senior, wat in de eigen woning vaak niet het geval is.

Een tweede aspect is de bescherming, het veiligheidsgevoel, dat een zeer belangrijke rol speelt bij de senioren. Naast aangepaste huisvesting en een beschermde leefomgeving levert het serviceflatgebouw ook diensten. De aard van deze dienstverlening kan erg verscheiden zijn. Het is geenszins de bedoeling dat er bestendige gezins- en huishoudelijke zorg wordt verstrekt zoals in een rusthuis.

3. De serviceflatgebouwen volgens beheersinstantie

Tabel 18 : De bestaande en geplande serviceflatgebouwen volgens beheersinstantie (cfr. Fig. 9)

S.F.G.	Bestaande	Geplande	Totaal
Openbaar	38	200	238
V.Z.W.'s	36	199	235
Particulier	26	85	111
Totaal	100	484	584

Bron : Afdeling Bejaardenzorg, gegevens op 1.1.1994.

Er zijn 100 serviceflatgebouwen en woningcomplexen met dienstverlening in exploitatie. Er zijn ook 484 serviceflatgebouwen of woningcomplexen met dienstverlening waarvoor reeds een voorafgaande vergunning werd verleend.

4. Overzicht van de spreiding van de bestaande en geplande serviceflats over de arrondissementen van het Vlaamse Gewest

In de kolom „PROGRAMMA” zijn de programmacijfers van de flats in elk arrondissement opgenomen. Voor de serviceflatgebouwen en de woningcomplexen met dienstverlening is dit bepaald op 2 % van de 60-plussers. Het cijfer in deze kolom vormt het referentiekader (= 100) voor de situatie van de bestaande en geplande wooneenheden.

In de kolom „BESTAANDE” zijn de reeds in exploitatie zijnde flats of woningen vermeld.

In de kolom „GEPLANDE” staan de wooneenheden waarvoor reeds bij ministerieel besluit een voorafgaande vergunning werd verleend. Er kan gesteld worden dat de meeste van de geplande wooneenheden binnen enkele jaren in exploitatie zullen zijn.

In de kolom „TOTAAL” wordt de som gemaakt van het aantal bestaande en het aantal geplande serviceflats.

In de kolom „%”, wordt de invulling van het programmacijfer berekend op basis van de reeds bestaande en geplande flats.

Tabel 19 : spreiding van de serviceflats (cfr. Fig. 10)

Arrondissem.	Programma	Bestaande	Geplande	Totaal	%
Antwerpen	4087	1176	2316	3492	85
Mechelen	1305	48	1015	1063	81
Turnhout	1296	212	938	1150	89
PROV.ANTW.	6688	1436	4269	5705	85
Brussel Hfst.	32	32	0	32	100
Halle-Vilvoorde.	2196	209	1277	1486	68
Leuven	1818	219	985	1204	66
PROV.BRAB.	4046	460	2262	2722	67
Hasselt	1201	76	1087	1163	97
Maaseik	580	26	410	436	75
Tongeren	638	0	532	532	83
PROV. LIMB.	2419	102	2029	2131	88
Aalst	1102	225	723	948	86
Dendermonde	732	67	553	620	85
Eeklo	350	40	427	467	133
Gent	2079	127	1908	2035	98
Oudenaarde	523	80	296	376	72
St.-Niklaas	824	29	779	808	98
PROV.O.-VL.	5610	568	4686	5254	94
Brugge	1132	356	770	1126	99
Diksmuide	208	0	100	100	48
Ieper	457	23	353	376	82
Kortrijk	1117	244	843	1087	97
Oostende	666	91	456	547	82
Roeselare	564	81	361	442	78
Tielt	357	129	153	282	79
Veurne	266	24	194	218	82
PROV.W.-VL.	4767	948	3230	4178	88
TOTAAL :	23530	3514	16476	19990	85

Bron : WVC, Afdeling Bejaardenzorg, gegevens op 1.1.1994.

5. Analyse

1. De programmatie.

Het aantal serviceflats of woningcomplexen met dienstverlening is in Vlaanderen vastgesteld op 2 % van de ouderen, d.w.z. van de 60-plussers. Dit betekent, rekening houdend met de bevolkingstoestand op 1 januari 1992, dat er 23.530 serviceflats kunnen opgericht worden.

2. De bestaande serviceflats.

3514 of 15 % van de geprogrammeerde serviceflats is op 1 januari 1994 in exploitatie.

3. De geplande flats (de verleende voorafgaande vergunningen).

Als we het aantal verleende voorafgaande ver-

gunningen in aanmerking nemen ontplooiën zich perspectieven : niet minder dan 16.476 flats (70 %) kunnen de komende jaren gerealiseerd worden.

4. Conclusie : voor wat de bestaande en de geplande serviceflats betreft.

Ofschoon op 1 januari 1994 nog maar 3.514 serviceflats effectief ter beschikking stonden, zullen er in de nabije toekomst 19.990 worden geëxploiteerd. Dit vertegenwoordigt 85 % van de programmatie.

De uitschieters, naar boven en beneden, zijn de provincies Oost-Vlaanderen en Brabant met respectievelijk 94 % en 67 %

Ook tussen de arrondissementen vallen verschillen op. Hasselt (97 %) , Eeklo (133 %),

Gent (98 %), St.-Niklaas (98 %), Brugge (99 %) en Kortrijk (97 %) hebben hun volledige programmatie bijna bereikt of hebben die reeds overschreden terwijl Halle-Vilvoorde (68 %), Leuven (66 %) en Diksmuide (48 %) daar nog een heel stuk onder blijven.

6. De alternatieve financiering en bevak-investeringen in de serviceflatgebouwen

De bedoeling van het alternatieve subsidiëringssysteem is via leasing en lening een urgentieprogramma te lanceren voor het realiseren van 5.000 serviceflats en 5.000 woongelegenheden in rusthuizen.

Voor 7.913 serviceflats of 251 projecten werd een bouwtoelage principieel toegezegd. Dit komt overeen met 39,5 % van de reeds bestaande en geplande flats. Voor 1.079 flats is ondertussen de principiële toezegging vervallen.

Daarnaast werd nog eens door 59 initiatiefnemers een subsidieaanvraag ingediend voor een totaal van 1.713 flats. Deze zijn niet toegestaan wegens de overschrijding van de investeringsprogrammatie (5.000).

Een nieuwe benadering van de financiering van serviceflats wordt thans voorbereid. Hierbij zouden kandidaat-kopers zelf de bouw van bijkomende serviceflats financieren. Er wordt naar een formule gezocht om de middelen die de (jong-)gepensioneerden ter beschikking hebben te mobiliseren opdat zij op een voor hen zelf aantrekkelijke wijze tevens gestalte zouden geven aan hun solidariteit met de gehele samenleving. Het is één van de conclusies van het congres "Ouderen in Solidariteit", om innovatief na te denken over stimulerende investeringen van privé-vermogens in de sociale sector, met een hoog sociaal rendement en zonder dat de eigen verantwoordelijkheid verdwijnt.

Het plan voor een nieuwe financiering dat nu voorligt nodigt private investeerders uit om in te tekenen op een beursgenoteerde vennootschap met vast kapitaal (BEVAK-structuur). De gevraagde investering bedraagt 2,4 miljoen fr., hetgeen overeenkomt met de kostprijs van een serviceflat. In ruil voor hun investering ontvangen de intekenaars volgende voordelen :

- * beschikkingsrecht van een serviceflat (in de regio) tegen de normale huurprijs ($\pm$ 12.500 fr. per maand, geïndexeerd) ;
- * jaarlijks financieel rendement via kapitalisatie of dividenduitkering ;
- * bij overlijden wordt het geïnvesteerde bedrag overgedragen aan de erfgenaam. Belangrijk is dat dit bedrag en de daaruit gegenereerde intresten vrijgesteld worden van erfenisrechten.

Het sociaal rendement van deze formule ligt in het feit dat de serviceflats, die gebouwd worden met het door BEVAK ingezamelde kapitaal, niet alleen bestemd zijn voor de intekenaars. Aangezien de intekenaars doorgaans pas na ca. 20 jaar hun woonrecht zullen inroepen kunnen de **serviceflats gedu-**

rende een hele tijd bewoond worden door nietintekenaars. Uit simulaties en berekeningen is bovendien gebleken dat elke serviceflat gebruikt kan worden door gemiddeld 2,5 andere gezinnen bovenop het gebruik door de primaire intekenaar.

De middelen van de BEVAK zullen ter beschikking gesteld worden van de geïnteresseerde OCMW's of privé-verenigingen volgens de volgende formule :

1. OCMW's stellen grond ter beschikking voor de bouw van serviceflats. Ze verlenen tevens recht van opstal gedurende 45 jaar aan de BEVAK.
2. BEVAK treedt op als bouwheer en juridisch eigenaar van de serviceflats.
3. BEVAK geeft operationeel beheer door aan de OCMW's, op contractuele basis. In dit contract is o.m. voorzien :
 - * eigenaarsonderhoud door het OCMW ;
 - * jaarlijkse vaste vergoeding voor de OCMW's ;
 - * voorrang voor vrijkomende serviceflats aan primaire intekenaars.
4. BEVAK staat in voor de zekerheid dat er steeds voldoende flats vrijkomen voor intekenaars.

7. Bewoners van serviceflats : enkele elementen ter profilering (toestand op 31/5/1993)

INLEIDING

Deze gegevens werden verzameld door het C.B.G.S. naar aanleiding van een vooronderzoek bij serviceflatbewoners in het kader van het registratieonderzoek. Van alle bewoners die eind mei 1993 in een serviceflat verbleven, werd een aantal identificatiegegevens opgevraagd met het oog op de samenstelling van een steekproef. Het formulier werd schriftelijk ingevuld door de directies van de serviceflats. Alle gebouwen die eind april 1993 op de Administratie bekend waren als serviceflat (al dan niet erkend) en die operationeel waren, werden in het registratieonderzoek betrokken. In totaal werden 73 gebouwen gedetecteerd. Twee directies weigerden hun medewerking, van vijf directies werd geen antwoord ontvangen, ondanks herhaaldelijk aandringen. Onderstaande resultaten hebben aldus betrekking op 66 serviceflats met in totaal 3.094 bewoners.

Op te merken valt dat de ingezamelde gegevens slechts een summiere beschrijving van de serviceflatpopulatie toelaten. Een diepgaander profiel kan worden geschetst na mondelinge bevraging van een steekproef van bewoners.

1. Geslacht, leeftijd en burgerlijke staat

De populatie is een overwegend hoogbejaarde, vrouwelijke bevolking die zich in weduwstaat bevindt. Drie op vier bewoners zijn vrouwen. De gemiddelde leeftijd schommelt rond de 80 jaar (vrouwelijke bewoners 80,4 jaar ; mannelijke be-

woners 79 jaar). Globaal genomen bestaat de populatie voor 23 % uit echtparen. Terwijl 46 % van de mannen nog gehuwd is, is dat het geval voor maar 16 % van de vrouwelijke bewoners. De grootste groep onder laatstgenoemden zijn weduwen (74 %).

Tabel 20 : Bewoners van serviceflats naar geslacht en leeftijd (in %)* (cfr. Fig. 11)

Leeftijd	Mannen	Vrouwen	Totaal
- 60	1	1	1
60-69	11	7	8
70-79	32	31	32
80-89	49	51	50
90en +	7	10	9
n (100 %) =	8777	2.296	3.073

* : geen informatie voor 21 bewoners.

Bron : Bewoners van serviceflats : deel 1 : registratie-onderzoek. C.B.G.S.

2. Opnameleeftijd en verblijfsduur

Ouderen nemen op reeds gevorderde leeftijd hun intrek in een serviceflat. De gemiddelde leeftijd bij opname is 76 jaar. Het aantal personen dat vóór hun zeventigste verhuist naar een serviceflat beperkt zich tot 18 % . Eén op drie bewoners was bij opname 80 jaar of ouder .

Tabel 21 : Bewoners van serviceflats naar leeftijd en geslacht bij opname (in %)*

Leeftijd	Mannen	Vrouwen	Totaal
- 60	4	2	3
60-69	18	14	15
70-79	46	49	48
80-89	30	32	31
90 en +	2	3	3
n(100 %) =	723	2.095	2.821

* : geen informatie voor 275 bewoners.

Bron : Bewoners van serviceflats : Deel 1 registratieonderzoek. C.B.G.S.

Ouderen die eind mei 1993 in een serviceflat woonden, verbleven er gemiddeld al 3,8 jaar. De mediane duur is 2,6 jaar, hetgeen betekent dat de helft van de bewoners twee en een half jaar geleden zijn intrek nam in een serviceflat. Een relatief korte periode (minder dan één jaar) werd vastgesteld bij een kwart van de bewoners.

3. O. C.M. W. -steun

Voor elke bewoner afzonderlijk werd aan de directie gevraagd of zij van het O.C.M.W. een financiële

te tegemoetkoming krijgen als tussenkomst in de verblijfs- en verzorgingskosten. Voor 306 bewoners (dit is 10 % van de populatie) diende de directie het antwoord schuldig te blijven. Verder kwam tot uiting dat 'slechts' 138 bewoners (of 4 % van de totale populatie) een financiële vergoeding van het O.C.M.W. krijgen.

Onderverdeeld naar inrichtende macht van de serviceflat is het percentage O.C.M.W.-steuntrekkers als volgt : 7 % van de bewoners verblijft in een O.C.M.W.-serviceflat ; minder dan 1 % van de bewoners betreft een serviceflat georganiseerd door een V.Z.W. en 2 % van de bewoners bewoont een particuliere serviceflat.

4. R.I. Z. I. V. -forfait verzorgingsbehoevendheid

Als tegemoetkoming in de verpleegkundige verzorging van bewoners van een erkende serviceflat, kent het R.I.Z.I.V. onder welbepaalde voorwaarden een forfaitair bedrag per dag toe. Naargelang de afhankelijkheidsgraad van de bewoner wordt een zorgforfait A of een zorgforfait B toegekend. Slechts voor een gering aantal bewoners wordt een zorgforfait uitgekeerd : 2 % geniet een forfait A en eveneens 2 % een zorgforfait B. Meer dan zes op tien bewoners krijgen geen zorgforfait volgens de directie, 18 % van de bewoners valt onder de categorie 'ander zorgforfait' en voor nog eens 18 % van de bewoners diende de directie het antwoord schuldig te blijven.

Enige nuancering bij deze resultaten is op zijn plaats. Vooreerst dient aangestipt te worden dat nogal wat directies niet op de hoogte waren van het systeem van zorgforfaits voor verpleegkundige verzorging, zo blijkt uit de telefonische contacten met een aantal onder hen. Uit die telefonische contacten blijkt verder dat het niet hebben van een zorgforfait geenszins betekent dat de persoon in kwestie valider zou zijn. Van diverse zijden werd ons meegedeeld dat voor een aantal bewoners de „gewone” terugbetaling voor verpleegkundige prestaties, op basis van de nomenclatuur, hoger is dan het 'zorgforfait'. Mondelinge bevraging van de bewoners moet meer uitsluitsel geven over de graad van zorgbehoevendheid.

8. Evaluatie

Niet alleen bij de initiatiefnemers, maar ook bij de senioren zelf leven misverstanden over het functioneren van deze voorzieningen.

Het is dan ook van het grootste belang dat de bewoners en de kandidaat-bewoners zich een zeer duidelijke en concrete voorstelling kunnen maken van de mogelijkheden, maar ook van de beperkingen van dergelijke vorm van ouderenvoorziening. Die grenzen zijn immers aanwezig : het zijn de limieten van de thuiszorg. De oudere heeft het recht om heel nauwkeurig te weten waar die liggen en wanneer er voor hem naar een andere voorziening zal moeten uitgekeken worden.

Het probleem van de zorgbehoevendheid in de serviceflatgebouwen is een complex gegeven. Enerzijds is er het standpunt van de bewoner die op zijn zelfstandigheid staat en net als in een "gewone", woning het recht heeft er te blijven, ook bij toenemende invaliditeit en zorgbehoevendheid. Anderzijds is er het serviceflatgebouw dat vanuit de normering geen bestendige gezins- en huishoudelijke hulp mag verstrekken. Eigenlijk moet de graad van zorgbehoevendheid, nl. de mate waarin iemand hulp en toezicht nodig heeft, van doorslaggevend belang zijn in de beoordeling van deze aanpak.

Het serviceflatgebouw is geen bejaardenhotel, maar mag ook geen rusthuis worden. Men moet zich immers hoeden voor het „dichtslippen" van het serviceflatgebouw. Dit is een fundamentele wijziging van de bestemming. Wanneer de graad van zorgbehoevendheid van een aanzienlijk deel van de bewoners bepaalde proporties begint aan te nemen zal er zich ook een mutatie van de doelgroep voordoen. Er zal zich dan eerder een rusthuispubliek aangesproken voelen. De bewaking van de opnamecriteria, van de doelstellingen, van de beoogde doelgroep en van de grenzen van een serviceflatgebouw is dus van groot belang.

De betaalbaarheid van een serviceflat is een zeer belangrijk gegeven om ervoor te zorgen dat die ouderen die het meeste behoefte hebben aan deze woonvorm, er ook terecht komen. De betaalbaarheid wordt in belangrijke mate bepaald door de wijze waarop de service wordt aangeboden. Het hele pakket als ondeelbaar opdringen jaagt de kostprijs voor de oudere de hoogte in. Het selectief aanbieden van stukjes dienstverlening is een garantie voor de betaalbaarheid.

Een serviceflat is doorgaans toch de helft voordeliger dan wat gemiddeld in een rusthuis wordt betaald voor minder huisvesting, maar meer service en verzorging. De kandidaatbewoner van een serviceflat maakt echter eerder de vergelijking met de prijzen van huurappartementen dan met deze van de rusthuizen. Voor een valide oudere, en in het bijzonder voor een paar, dat slechts met mate beroep doet op service, blijft een serviceflatgebouw dus een stuk goedkoper dan een rusthuisopname op voorwaarde dat men enkel betaalt voor de service die men echt nodig heeft.

Dit betekent daarom niet dat dergelijke vorm van beschermd wonen in het financieel bereik van iedereen ligt.

Het risico is reëel dat een nieuwe doelgroep wordt aangesproken door de woonformule serviceflats en dus niet de valide ouderen die zich aanbieden voor een rusthuisopname. Het aantal validen in rusthuizen kan enkel worden verminderd indien het opnamebeleid van de serviceflats zich tot die doelgroep richt.

Het blijft de bedoeling om de valide rusthuisbewoners naar serviceflats te kanaliseren, de kandidaat-serviceflatbewoners moeten dan ook in deze groep worden gerecruteerd. Ofschoon hierover niet te voorbarig mag worden geoordeeld, komen wellicht de huidige valide rusthuisbewoners daarvoor niet meer in aanmerking. Het zijn hoofdzakelijk de valide ouderen die zich komen aanmelden voor een rusthuisopname die moeten worden ondervraagd

over de mogelijkheid van en de interesse voor een verblijf in een serviceflatgebouw.

Ook dienstencentra en coördinatiecentra kunnen op een deskundige, afgewogen en gemotiveerde wijze ouderen doorverwijzen naar deze woonvorm.

Tot welke doelgroep richten de serviceflatgebouwen en de woningcomplexen met dienstverlening zich ?

1. De oudere die in een moeilijk aanpasbare woning leeft :
 - * teveel trappen ;
 - * te groot huis (dus teveel of te moeilijk onderhoud) ;
 - * te ver afgelegen van winkels, burens. . ;
 - * onvoldoende comfort : geen centrale verwarming, het ontbreken van warm stromend water, badkamer, toilet in de woning,
2. De oudere die zich voor een aantal gezins- en huishoudelijke taken nog kan behelpen, maar die toch een beroep moet doen op hetzij de mantel- hetzij de formele zorg. Het zijn die mensen die kunnen gecatalogeerd worden onder de rubriek 0 en in bepaalde gevallen onder de categorie A van het R.I.Z.I.V.
3. Ouderen die sociaal geïsoleerd leven en die dreigen te vereenzamen.
4. Ouderen die voor de verzorgingsbehoevende echtgenoot of een ander familielid instaan en die daarbij in het thuismilieu ernstige problemen ondervinden hetzij doordat de huisvesting onaangepast is, hetzij doordat er een meer gestroomlijnde, gecoördineerde dienst- en hulpverlening nodig is.

De bestaande serviceflats worden nu door het C.B .G. S. doorgelicht zowel voor wat de huidige populatie als de wijze van functioneren betreft.

9. Voorstellen

1. Aan de belangen van de senior zelf zou worden tekortgedaan indien tal van initiatieven geen kans krijgen om tot ontwikkeling te komen door een stringente normering of een verstikkende programmatie .

Zowel de Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn, het segment van verenigingen zonder winstoogmerk, de particuliere sector, de dienstencentra als allerlei vernieuwende wooninitiatieven, die liefst vanuit de ouderen zelf het daglicht zien, moeten de kans krijgen zich te ontwikkelen.

Daarbij moet niet altijd in de eerste plaats worden gedacht aan nieuwbouw. De Vlaamse regering komt ook tussen in het saneren en renoveren van bestaande woningen.

Personenoproepsystemen realiseren bij vele ouderen het toezicht in de eigen woning.

In kansarme en vergrijsde buurten kan vanuit een dienstencentrum hulp, bijstand en toezicht worden georganiseerd door professionele krachten, maar ook door vrijwilligers, bezorgde buurtbewoners e.d.

Eventueel kan een huursubsidie en installatiepremie worden aangevraagd bij de Vlaamse regering. Deze tussenkomst is echter onderworpen aan een aantal beperkingen.

2. Er zullen toegangsdrempels, onderzocht moeten worden. Deze kunnen van tweeledige aard zijn.

* Ten eerste betreft het voorwaarden die erop gericht zijn dat ouderen die voldoen aan een bepaald profiel inzake validiteit, zelfredzaamheid en woonomstandigheden geselecteerd worden (zie hiervoor „DOELGROEP”).

* Een tweede groep criteria mikt op een groep ouderen die financieel niet in staat is een aangepaste woning of appartement te huren in de particuliere sector. Men zou daartoe overeenkomstig de huisvestingsmaatschappijen, voorwaarden op het vlak van inkomen en onroerende bezittingen kunnen opleggen. Ouderen die daaraan voldoen zouden bij voorrang opgenomen kunnen worden.

De bestaande gesubsidieerde initiatieven zullen het maatschappelijke karakter van de inrichting handhaven door bij de opname voorrang te verlenen aan de ouderen die, blijkens een sociaal onderzoek, het meest behoefte hebben aan deze vorm van dienstverlening.

3. Voor wat de investeringskredieten betreft zullen geen nieuwe toezeggingen voor subsidiëring kunnen gebeuren. Wel ligt er een plan klaar dat de financiering via een nieuwe wijze benadert (BEVAK). Ook inzake de zorg voor de ouderen moet de Vlaamse regering een prioriteitenbeleid voeren. Dit betekent dat het realiseren van voorzieningen voor zwaar zorgbehoevende ouderen absolute voorrang krijgt.
4. In elk geval zou moeten bewerkstelligd worden dat wie zich een serviceflat in de commerciële sector kan veroorloven daar dan ook effectief terecht kan. Daartoe moet dus het particulier initiatief de nodige kansen krijgen.

In dit licht is het handhaven van een programmatiecijfer voor de serviceflats niet langer te verdedigen voor de niet-gesubsidieerde projecten.

De procedures van de voorafgaande vergunning en erkenning zullen behouden blijven om de planning en de kwaliteit van deze voorzieningen te kunnen opvolgen.

Er zal streng op worden toegezien dat de serviceflatgebouwen trouw blijven aan hun opdracht. De kerngedachte is en blijft daarbij de hulp op maat ; de facultatieve aard van de dienstverlening zonder dat er bestendige gezins- en huishoudelijke verzorging gegeven wordt.

Daarnaast moet de juiste doelgroep worden beoogd. Een serviceflatgebouw mag geen rust-huismilieu worden en dat geldt zowel voor de residenten als voor de zorgverlening. Eventueel zal de reglementering in die zin moeten worden verfijnd en aangepast.

5. „Bij de opname moet aan de instelling een verslag worden voorgelegd van een maatschappelijk werker verbonden aan een openbaar bestuur of een erkende sociale voorziening, waaruit blijkt dat na met de oudere de verschillende mogelijkheden van hulpverlening te hebben onderzocht en besproken, de oudere beslist voor de opname in het serviceflatgebouw.”

Dit is een regelgeving die sinds 1985 van kracht is. Vaak is het verslag routinewerk, een dode letter. Er dient over gewaakt te worden dat de hulpvoorzieningen diegenen bereiken die er ook echt behoefte aan hebben. Er wordt teveel misbruik gemaakt van de dure voorzieningen waar de Vlaamse Gemeenschap, dus ook elke burger-belastingbetaler, aanzienlijke inspanningen voor moet leveren om ze op te richten en te laten functioneren.

Voor het standpunt van de hulpzoeker kan zeker begrip worden opgebracht omdat hij vaak de weg zoek raakt in het landschap van welzijns- en gezondheidsvoorzieningen. Het is echter niet langer te dulden dat vandaag hulpzoekers, om allerlei redenen, door openbare of gesubsidieerde centra en hulpverleningsdiensten naar voor hen niet aangepaste voorzieningen geloodst worden.

Er zal op toegezien worden dat de doorverwijzing van de ouderen naar zorgvoorzieningen op een degelijke en gemotiveerde basis gebeurt. Er zal met andere woorden moeten worden aangetoond dat wel degelijk „met de oudere de verschillende mogelijkheden onderzocht en besproken werden alvorens tot een opname besloten werd”.

ACTIEPROGRAMMA SEMI-RESIDENTIELE ZORG

- cl Om voldoende serviceflats te creëren in de particuliere sector wordt het programmacijfer op termijn voor de niet-gesubsidieerde projecten afgeschaft ;
- ☐ voor wat de zorg voor de valide ouderen betreft wenst de Vlaamse Gemeenschap de klemtoon te leggen op het initiatief en de verantwoordelijkheidszin van de betrokken ouderen en beheersinstanties zelf. Dit betekent evenwel dat deze initiatieven zich exclusief op deze groep van ouderen moeten richten en de dienstverlening op facultatieve basis wordt aangeboden. Hierop zal een zeer strikt toezicht worden uitgeoefend ;
- ☐ de gesubsidieerde serviceflatgebouwen zullen bij voorrang die ouderen opnemen die niet in de particuliere sector terecht kunnen en die, gelet op hun graad van zelfredzaamheid en hun woonsituatie, er het meeste behoefte aan hebben ;
- ☐ er is een stelsel voorbereid waarbij de serviceflats in de toekomst kunnen gefinancierd worden met investeringen van privé-vermogens, zonder de Vlaamse overheidsfinanciën te bezwaren ;
- ☐ om de beoogde doelgroep effectief te bereiken zullen er objectieveerbare opnamecriteria worden gehanteerd ; de erkende sociale diensten moeten hierin hun rol ten volle opnemen ;
- ☐ er kan worden onderzocht in hoeverre huursubsidies en installatiepremies kunnen worden aangewend voor ouderen die naar dergelijke woonvorm verhuizen ;
- ☐ er wordt een grondige doorlichting uitgevoerd en dit zowel voor wat het functioneren van de serviceflats als voor wat het doelpubliek betreft.

HOOFDSTUK 4 – DE RESIDENTIELE VOORZIENINGEN VOOR OUDEREN

1. De rusthuizen

A. DOELSTELLINGEN

1. Uitgangspunten

Er wordt uitgegaan van het principe dat niemand vrijwillig opgenomen wil worden in een collectieve inrichting indien hij over de mogelijkheden (fysiek, mentaal, sociaal en bijstand) beschikt om op een adequate wijze zelfstandig te leven. Een opname komt alleen in aanmerking als andere, minder ingrijpende, vormen van bijstand niet meer effectief of efficiënt zijn.

Een doelpopulatie voor de rusthuizen dient duidelijk afgebakend te worden. In het decreet van 5 maart 1985 werden de programmatiecijfers berekend op het aantal 60-plussers. Stemmen gaan op om die leeftijdsgrens op te schuiven en als referentiegroep bv. de 75-plussers te hanteren. Hoe dan ook, een lineair programmatiecijfer is steeds arbitrair en houdt ook een ver doorgedreven vereenvoudiging van de werkelijkheid in.

Men dient rekening te houden met de specifieke kenmerken van doelgroep. Het gaat er in de eerste plaats om dat de oudere nood heeft aan deze vorm van opvang. Niet de leeftijdscriteria op zich zijn prioritair, maar wel de zorgenbehoevendheid, invaliditeit, zelfredzaamheid.

Voor de rusthuizen gaat het om de opvang van verzorgingsbehoevende ouderen.

2. Overwegingen

Een aantal ontwikkelingen die de behoefte aan woonegelegenheden op een of andere manier kunnen beïnvloeden, maar waarvan de effecten nu moeilijk in te schatten zijn, kunnen zich voordoen. Er moet rekening gehouden worden met een aantal maatschappelijke factoren : zo zijn er onder andere de ontgroening, de gezinsverdunding en het krimpend zorgvermogen van de mantelzorg.

De uitbouw van de formele thuiszorg en semi-residentiele zorg (poetsdiensten, diensten voor gezins- en bejaardenhulp, thuisgezondheidszorg, diensten-centra, serviceflats, dagverzorgingscentra, personenalarmsystemen, gezinsopvang, oppasdiensten enz.) in de toekomst kan voor velen een rusthuisopname vermijden.

Een aantal psyche-sociale factoren mogen niet veronachtzaamd worden. Hoe staat de oudere vandaag tegenover het rusthuis en een rusthuisopname ? Welke houding neemt de toekomstige oudere aan tegenover een verblijf op hogere leeftijd in een collectieve inrichting ?

Wij bouwen nu de voorzieningen voor de tachtigers, maar ook voor de zestigers en de veertigers van vandaag. Dit zijn drie generaties en de verschillen daartussen mogen niet worden onderschat.

De evolutie van de zorgbehoefte is afhankelijk van een aantal factoren : de ontwikkelingen op medisch vlak ten aanzien van een aantal sterk invaliderende aandoeningen en het gebruik dat van de zorgvoorzieningen zal worden gemaakt. Datagegevens voor het opstellen van goede hypothesen over de evolutie van de zorgbehoevende jaren ontbreken in ons land. Met behulp van buitenlandse gegevens kunnen wel schattingen worden gemaakt. Hierbij hoort enig voorbehoud. Het is noodzakelijk voor de beleidsvoering op dit vlak wetenschappelijk onderzoek op te zetten, enerzijds met betrekking tot het concept van zorgbehoefte en anderzijds met betrekking tot de al dan niet toename van de zorgbehoefte met de leeftijd.

3. Doelgroep

De omschrijving van de doelpopulatie voor een rusthuis zal gebeuren vanuit 3 invalshoeken.

- * Eerste criterium : de leeftijd
- * Tweede criterium : de invaliditeit
- * Derde criterium : de vraag om opname

* eerste criterium : de leeftijd

Onderzoek in de Vlaamse rusthuizen heeft uitgezonden dat 69 % van de rusthuisbewoners ouder is dan 80 jaar. Een op zeven bewoners is zelfs ouder dan negentig jaar. De groep 75-plussers vertegenwoordigt 86 % van de rusthuispopulatie. In absolute cijfers omgerekend betekent dit 5.640 bewoners die jonger en 40.420 die ouder zijn dan 75 jaar. De gemiddelde leeftijd van alle bewoners is 82 jaar.

De helft van alle opnames doet zich voor tussen de leeftijd van 80 en 90 jaar. 10 % van de ouderen die in een rusthuis opgenomen worden is zelfs ouder dan 90 jaar. De gemiddelde opnameleeftijd is 80 jaar.

De doorstroming in een rusthuis is vrij groot. Bijna 1 op 4 plaatsen komt jaarlijks vrij ; elke 4 à 5 jaar wordt de rusthuispopulatie vernieuwd.

Hoewel de rusthuispopulatie dus voor het grootste gedeelte bestaat uit 75-plussers willen wij bij het onderzoek naar de behoefte aan rusthuisbedden niet uitsluitend daarvan uitgaan. Ook de totale doelgroep van 60-plussers wordt onder de loop genomen.

De kwantitatieve omschrijving van de doelgroep :

In wat volgt worden 2 modellen uitgewerkt :

- * model 1 gaat uit van de doelgroep 60-plussers ; dit beschrijft de bovengrens of de maximale doelgroep
- * model 2 gaat uit van de doelgroep 75-plussers ; wat de benedengrens of de minimale doelgroep moet aftekenen

Zoals in het hoofdstuk demografische vooruitzichten reeds gesteld is, zijn ramingen altijd met een ruime veiligheidsmarge te hanteren. Zeker naarmate men verder in de toekomst kijkt, wordt de graad van nauwkeurigheid twijfelachtiger.

In dit bestek worden dan ook veiligheidshalve de ruimste schattingen aangewend :

- * Voor de doelgroep 60-plussers werd de evolutie van de ouderenpopulatie genomen rekening houdend met een veranderende mortaliteit.
- * Voor de doelgroep 75-plussers werd voor 1992 de telling van de ouderen met een levensverwachting van 10 jaar als norm genomen. Voor mannen zijn dat de 72-plussers en voor vrouwen de 76-plussers. Voor de jaren 2000, 2010 en 2020 zijn dat prognoses die rekening houden met een voortdurend stijgende levensverwachting.

*** tweede criterium : de invaliditeit**

De lichamelijke gezondheidstoestand van de oudere speelt een belangrijke rol bij het beoordelen van de graad van verzorgingsbehoefte. De functionele gevolgen van de aandoeningen zijn echter veel relevanter. Personen met een vergelijkbare gezondheidstoestand zijn niet noodzakelijk in dezelfde mate beperkt in het vervullen van hun dagelijkse bezigheden. De persoonlijke ingesteldheid bepaalt mede het lichamenlijk en sociaal functioneren en de nood aan hulpverlening.

Als meetinstrument voor de verdeling van de groep in validen, semi-validen en invaliden werden 2 schalen gebruikt : de A.D.L.-schaal (Activities of Daily Living) die de geschiktheid nagaat voor het uitvoeren van activiteiten betreffende lichamenlijke verzorging en de I.A.D.L.-schaal (Instrumental Activities of Daily Living) die de functioneringsgraad inzake huishoudelijke activiteiten meet.

Tabel 22 : Procentuele verdeling van het aantal validen, semi-validen en invaliden over de doelgroepen 60-plus en 75-plus (cfr. Fig. 12)

Doelgroep	60-plussers	75-plussers
validen	73 %	54 %
semi-validen	11 %	20 %
invaliden	16 %	26 %

Bron : C.B.G.S.-monografie „De leefsituatie van bejaarden” 1988/1

Wie komt in aanmerking voor een opname in een rusthuis ?

Twee drempels :

Ten eerste : bij absolute voorrang de invalide ouderen

Ten tweede : de semi-validen die niet beschikken over iemand die zou kunnen instaan voor de verzorging ingeval van ziekte, invaliditeit en / of onaangepaste huisvesting

EERSTE DREMPEL				
Het aantal invalide 60- en 75-plussers (cfr. Tabel 2)				
Invaliden	1992	2000	2010	2020
60-plussers (16 %)	191.995	215.095	247.328	293.437
75-plussers (26 %)	92.768	111.633	149.710	171.855

TWEEDE DREMPEL

De semi-valide 60- en 75-plussers die over geringe informele ondersteuning beschikken en/of onaangepast gehuisvest zijn

Uit het reeds vernoemde leefsituatieonderzoek van het C.B.G.S. blijkt dat 39 % van de semi-validen niet beschikt over iemand die kan instaan voor de verzorging ingeval van ziekte, invaliditeit en/of slechte huisvesting. We passen deze reductie toe op de semi-valide ouderen.

39 % semi-validen	1992	2000	2010	2020
60-plussers (11%)	51.479	57.672	66.315	78.678
75-plussers (20 %)	27.831	33.490	44.913	51.557

VERGELIJKENDE TABEL DOELGROEP 60- EN 75- PLUSSERS

De invalide 60- en 75-plussers en de semi-validen die over geringe ondersteuning beschikken en/of slecht gehuisvest zijn (39 %)

Doelgroep	1992	2000	2010	2020
60-plussers (= bovengrens)	243.474	272.767	313.643	372.115
75-plussers (= benedengrens)	120.599	145.123	194.623	223.412

*** derde criterium : de vraag om opname**

In bovenstaande tabel worden de maximale (60-plussers) en de minimale (75-plussers) doelgroep afgebakend. Niet elke 60- of 75-plusser komt in aanmerking voor een opname of doet daartoe een aanvraag.

Factoren die naast gezondheidsproblemen en een verminderde zelfredzaamheid de vraag voor een opname mede bepalen kunnen zijn : het beschikbaar zijn van mantelzorg, de huisvestingstoestand, alternatieve professionele hulpverlening, . . . Cijfers in verband met de mate waarin zelfstandig wonende ouderen een aanvraag doen voor opname in een rusthuis, in relatie tot de graad van invaliditeit, zijn voor Vlaanderen niet voorhanden.

Uit een Nederlandse studie (Coolen 1987) blijkt dat in Nederland 8,2 % van de semi-validen en 13,9 % van de invaliden een effectieve aanvraag doet om in een rusthuis opgenomen te worden.

Toepassing van de vraagpercentages op doelgroepen 60-plussers en 75-plussers.

DE EFFECTIEVE VRAAG TOT EEN RUSTHUISOPNAME				
Doelgroep	1992	2000	2010	2020
60-plussers	37.510	42.024	48.321	57.330
75-plussers	18.747	22.558	30.253	34.728

B. DE VERDELING VAN DE RUSTHUIZEN EN DE WOONGELEGENHEDEN IN DE RUSTHUIZEN VOLGENS BEHEERSINSTANTIE

Tabel 23 : De bestaande en geplande rusthuizen volgens beheersinstantie (cfr. Fig. 13)

	Bestaande	Geplande	Totaal
Openbaar	238	34	272
V.Z.W.'s	299	62	361
Particulier	219	51	270
Totaal	756	147	903

Bron : Afdeling Bejaardenzorg, gegevens op 1.1.1994.

Er zijn 756 rusthuizen, daarnaast zijn er nog 147 rusthuizen gepland. Als het totaal aantal rusthuizen in beschouwing wordt genomen, dan vertegenwoordigen de openbare rusthuizen 30 % , de V.Z.W.'s 40 % en de particuliere 30 %.

C. OVERZICHT VAN DE VERDELING VAN DE WOONGELEGENHEDEN OVER DE ARRONDISSEMENTEN

In de kolom „PROGRAMMA” zijn de programmacijfers van de woongelegenheden in elk arrondissement opgenomen. Voor de rusthuizen is dit bepaald op 5 % van de 60-plussers. Het cijfer in deze kolom vormt het referentiekader (= 100) voor de situering van de bestaande en geplande woongelegenheden.

In de kolom „BESTAAND” zijn de erkende woongelegenheden en de woongelegenheden in het erkenningsonderzoek vermeld.

In de kolom „GEPLAND” zijn de woongelegenheden in rusthuizen opgenomen, waarvoor reeds bij ministerieel besluit een voorafgaande vergunning werd verleend. Er kan dus worden gesteld dat de meeste van de geplande woongelegenheden binnen enkele jaren gerealiseerd zullen zijn.

In de kolom „TOTAAL” wordt de som gemaakt van het aantal bestaande en het aantal geplande woongelegenheden in rusthuizen. „ %” geeft de invulling van de programmatienorm.

Tabel 24 : de spreiding van de woongelegenheden in rusthuizen (cfr. Fig. 14)

Arrondissem.	Programma	Bestaande	Geplande	Totaal	%
Antwerpen	10221	9215	1643	10858	106
Mechelen	3260	3246	481	3727	114
Turnhout	3242	2157	1379	3536	109
PROV.ANTW.	16723	14618	3503	18121	108
Brussel Hfst.	44	0	44	44	100
Halle-Vilvoorde	5492	4289	1148	5437	99
Leuven	4545	3103	995	4098	90
PROV.BRAB.	10081	7392	2187	9579	95
Hasselt	3009	1565	1029	2594	86
Maaseik	1451	645	844	1489	103
Tongeren	1596	845	706	1551	97
PROV. LIMB.	6056	3055	2579	5634	93
Aalst	2758	2086	554	2640	96
Dendermonde	1830	1935	313	2248	123
Eeklo	874	871	170	1041	119
Gent	5198	5347	1032	6379	123
Oudenaarde	1302	1138	406	1544	119
St. -Niklaas	2062	2492	408	2900	141
PROV.O.-VL.	14024	13869	2883	16752	119
Brugge	2830	2328	738	3066	108
Diksmuide	522	593	37	630	121
Ieper	1142	1127	220	1347	118
Kortrijk	2793	3138	495	3633	130
Oostende	1666	1628	198	1826	110
Roeselare	1413	1357	167	1524	108
Tielt	889	1085	165	1250	141
Veurne	665	593	156	749	113
PROV.W.-VL.	11920	11849	2176	14025	118
TOTAAL :	58804	50783	13328	64111	109

Bron : WVC, Afdeling Bejaardenzorg, gegevens op 1.1.1994.

D. ANALYSE VAN DE GEGEVENS

1. De programmatie

Rekening houdend met de bevolkingsgegevens op 1.1.1992 (1.199.973 60-plussers), stemt de programmatie van 5 % van de 60-plussers in Vlaanderen overeen met 58.804 woongelegenheden in rusthuizen.

2. De bestaande woongelegenheden

Momenteel zijn 50.783 woongelegenheden of 86 % van het programmacijfer in exploitatie. Dit komt overeen met 4,2 % van het totaal aantal 60-plussers.

3. De geplande woongelegenheden

Voor Vlaanderen zijn er nog 13.328 bijkomende woongelegenheden in rusthuizen gepland, dit komt overeen met 23 % van de programmatie.

4. Te verwachten aantal woongelegenheden

Binnen enkele jaren zullen er bijna 63.000 woongelegenheden in rusthuizen beschikbaar zijn, wat een verhouding tot de programmatie geeft van 107 % ; goed voor 5,3 % van het totaal aantal 60-plussers.

5. Conclusie

1. Als binnen enkele jaren alle geplande projecten in rusthuizen gerealiseerd zullen zijn, zullen er 64.111 woongelegenheden ter beschikking zijn. Ten opzichte van het programmacijfer betekent dit 109 %. West- en Oost-Vlaanderen zitten daar met 118 % en 119 % een eind boven, Limburg daarentegen haalt maar 93 % van de vooropgezette programmatie.
2. Als de totale opnamecapaciteit gerelateerd wordt aan de doelgroep, de 75 plussers (356.802), dan is er vandaag 1 rusthuisbed beschikbaar voor 7 hoogbejaarden. Als ook het aantal verzorgingsbehoevende 75-plussers in aanmerking wordt genomen (een kwart of 92.768), dan is er nu per 1,8 verzorgingsbehoevende 75-plussers 1 woongelegheden in rusthuizen beschikbaar. Wanneer de geplande woongelegenheden in exploitatie zullen worden genomen, zullen we over 1 rusthuisbed beschikken voor elke 5,6 75-plussers en 1 op 1,4 verzorgingsbehoevende 75-plussers.

Binnen enkele jaren zullen er bijna 64.111 woongelegenheden in rusthuizen beschikbaar zijn, wat een verhouding tot de programmatie geeft van 109 % . Dit is 5,3 % van het aantal 60-plussers in Vlaanderen.

E. VERGELIJKING VAN DE RAMINGEN MET DE REELE TOESTAND

Tabel 25 : vergelijking van de ramingen van de behoefte aan woongelegenheden in rusthuizen. (cfr. Fig. 15)

Prognoses + bestaande wgl.	1992	2000	2010	2020
5 % programmatie	58.804	67.217	77.290	91.699
60- plus doelgroep (criteria)	37.510	42.042	48.321	57.330
75- plus doelgroep (criteria)	18.747	22.558	30.253	34.728
bestaande en geplande	50.783	64.111	?	?

F. DE TOETSING AAN DE GRAAD VAN INVALIDITEIT

Tabel 26 : De verdeling van de rusthuispopulatie over de R.I.Z.I.V.-categorieën (Cfr. Fig. 16)

Uit gegevens van het R.I.Z.I.V. van 30 september 1993 blijkt de volgende verdeling naar graad van zorgbehoefendheid in de rusthuizen :

RIZIV-Cat .	N	%	
0	12.080	26 %	
A	8.793	18 %	
B	7.592	16 %	35.520
C	8.237	17 %	26.727 74 %
R.V.T.	10.898	23 %	56 %
TOTAAL	47.600	100 %	

* De 26.727 invalide ouderen in rusthuizen die aan de R.I.Z.I.V.-categorieën B,C en R.V.T. voldoen, komen bij voorrang in aanmerking voor een rusthuisopname. Daarbij kunnen we de 8.793 semi-valide ouderen tellen, categorie A. Dit komt neer op een behoefte aan 35.520 woongelegenheden voor invalide en semi-valide ouderen.

* Volgens de ramingen van COOLEN doet 8,2 % van de semi-validen en 13,9 % van de invalide ouderen effectief een aanvraag om opname. Deze procenten, toegepast op de populatie van 60 jaar en ouder, geeft een actuele behoefte aan 37.510 woongelegenheden aan. Deze raming biedt dus een reserve van ongeveer 1.990 eenheden ten overstaan van de raming voor de doel-

groep invalide 60-plussers en semi-validen die zich onvoldoende kunnen beroepen op de mantelzorg en/of aangepaste huisvesting.

* Wat met de 12.080 ouderen van categorie 0 ?

Deze ouderen komen in de eerste plaats in aanmerking voor de 19.990 serviceflats die reeds in exploitatie zijn (3.514) of die gepland zijn (16.476). In totaal zijn er 23.530 serviceflats geprogrammeerd.

Van essentieel belang hierbij is dat deze doelgroep daadwerkelijk de kans krijgt om opgenomen te worden.

Hiertoe moet aan twee voorwaarden voldaan worden. Vooreerst moet een streng opnamebeleid worden gevoerd zodat deze ouderen worden bereikt die, ondanks hun lichamelijke validiteit, toch behoefte hebben aan een beschermde woonomgeving, ondersteund met hulp op maat. Met andere woorden : het gaat om een categorie ouderen die anders in een rusthuis terecht zou komen. De vrees is echter reëel dat een nieuwe doelgroep aangesproken wordt voor deze woonvorm (zie hiervoor SERVICEFLATS) en dat de opnamedruk op de rusthuizen blijft.

Tevens moeten de serviceflats financieel betaalbaar zijn voor de modale oudere.

2. De rust- en verzorgingstehuizen

R.V.T.-bedden ontstonden in 1982 naar aanleiding van de afbouw van ziekenhuisbedden.

Het rust-en verzorgingstehuis is bestemd voor verzorgingsbehoevende personen met een langdurige aandoening. Deze personen moeten voor hun opname de nodige diagnostische onderzoeken en reactiverende behandelingen ondergaan hebben zonder dat dit een volledig herstel van de functies met betrekking tot het dagelijkse leven tot gevolg heeft.

Het rust- en verzorgingstehuis is niet bestemd om dagelijks medisch toezicht en permanente medische gespecialiseerde behandeling te verstrekken. Het verleent verpleegkundige en paramedische

zorg en hulpverlening op het vlak van de noodzakelijke levensactiviteiten.

Om er te kunnen worden opgenomen moet de verzorgingsbehoevende sterk afhankelijk zijn van de hulp van derden om de essentiële handelingen van het dagelijks leven te kunnen vervullen. Daartoe moet aan een aantal voorwaarden worden voldaan.

De R.V.T.-patiënt kan terecht als zorgenbehoevend worden omschreven : bijna allen hebben toilet hulp nodig ; 68 % is incontinent, 64 % heeft verplaatsingsmoeilijkheden en de helft heeft hulp nodig bij de maaltijden.

83 % scoort in de C-categorie van de KATZ-schaal. Het ziektebeeld is over het algemeen multipathologisch, maar de meest voorkomende aandoening is dementie (64 %).

De gemiddelde leeftijd is 83,6 jaar. Het meest typerend, is de gemiddelde verblijfsduur op een R.V.T.-afdeling : 9 maanden.

In een rusthuis is de gemiddelde verblijfsduur 3,5 jaar. In een rusthuis overlijdt jaarlijks 25 % van de bewoners, op een R.V.T.-afdeling loopt dit percentage op tot 40 % .

De R.V.T.-bedden zijn onderworpen aan een programmatie die vastgesteld is op 2 bedden per duizend inwoners. Dit komt overeen met 11.538 R.V.T.-bedden voor de Vlaamse Gemeenschap. Momenteel zijn er 11.973 R.V.T.-bedden erkend, gespreid over 302 instellingen. Daarnaast zijn er nog een aantal bedden in opbouw. Als het programma zal zijn gerealiseerd dan zullen er 12.264 R.V.T.-bedden ter beschikking zijn.

Van de 11.973 erkende R.V.T.-bedden zijn er 10.898 ondergebracht in een erkend rusthuis. In de rusthuizen genieten 9.504 ouderen de R.V.T.-tegemoetkoming voor de C categorie (op 30 september 1993). Daarnaast zijn er nog 8.237 ouderen waarvoor de C- forfait uitgekeerd wordt buiten de RVT- erkenning. Er zijn in de rusthuizen 15.829 ouderen opgenomen met een B- en C- forfait. Daarnaast zijn er nog 10.898 residenten erkend als RVT-patiënt (B en C). Dit wil zeggen dat het aantal RVT forfaits slechts 41 % van het aantal B en C residenten in de rusthuizen dekt.

56 % van de rusthuisbewoners voldoet aan de R.V.T.-criteria, doch slechts 23 % van de residenten beschikt over een R.V.T.-forfait.

Tabel 27 : de invulling van de programmatie voor de verschillende voorzieningen voor ouderen in % (cfr. Fig. 17)

Arrondissem.	Dienstenc.	Dagverz .	Serviceflats	Rusth.	Gem.
Antwerpen	39	73	85	106	76
Mechelen	28	83	81	114	77
Turnhout	9	41	89	109	62
PROV.ANTW.	31	69	85	108	73
Brussel Hfst.	100	100	100	100	100
Halle-Vilvoorde.	19	7	68	99	48
Leuven	7	25	66	90	47
PROV.BRAB.	17	15	67	95	49
Hasselt	10	17	97	86	52
Maaseik	23	12	75	103	53
Tongeren	0	27	83	97	52
PROV. LIMB.	10	18	88	93	52
Aalst	5	0	86	96	47
Dendermonde	40	19	85	123	67
Eeklo	38	60	133	119	88
Gent	16	15	98	123	63
Oudenaarde	7	26	72	119	56
St. -Niklaas	5	56	98	141	75
PROV.O.-VL.	16	22	94	119	63
Brugge	28	54	99	108	72
Diksmuide	20	94	48	121	71
Ieper	2	45	82	118	62
Kortrijk	19	112	97	130	90
Oostende	20	29	82	110	60
Roeselare	8	56	78	108	63
Tielt	33	12	79	141	66
Veurne	17	0	82	113	53
PROV.W.-VL.	20	59	88	118	71
TOTAAL :	20	41	85	109	64

ANALYSE

1. Aard van de voorzieningen

De verschillen bij de invulling van de programmatie vallen op : voor de dienstencentra is dit 20 %, voor de dagverzorgingscentra 41 %, de serviceflats 85 % en de rusthuizen 109 %. Voor de duidelijkheid moet gesteld worden dat hierbij rekening gehouden werd met de bestaande én geplande voorzieningen.

Een vaststelling zou hier kunnen zijn dat de residentiële zorg goed scoort, gevolgd door de semi-residentiële en dat de transmurale voorzieningen zoals de dienstencentra en de dagverzorgingscentra.

2. De regionale invulling van de programmatie

De provincie Antwerpen haalt het hoogste gemiddelde, 73 %, van de programmatie van de voorzieningen gevolgd door West-Vlaanderen (71 %). Voor Brabant en Limburg is dat een stuk minder, respectievelijk 49 en 52 %.

Regionaal zijn de verschillen nog opvallender : het arrondissement Kortrijk haalt niet minder dan 90 % van de programmatie, ook Antwerpen (76 %), Mechelen (77 %), Eeklo (88 %), St.-Niklaas (75 %), Brugge (72 %) en Diksmuide (71 %) liggen een stuk boven het gemiddelde (64 %).

De regio's die laag scoren zijn : Halle-Vilvoorde (48 %), Leuven (47 %), Hasselt (52 %), Maaseik (53 %), Tongeren (52 %), Aalst (47 %), Oudenaarde (56 %) en Veurne (53 %).

3. Conclusies met betrekking tot de residentiële zorg

3.1. De ouderen in de rusthuizen

In de rusthuizen verblijft nog een aanzienlijk aantal valide ouderen.

Het ziet er naar uit dat enerzijds de valide ouderen die nu (en eventueel in de toekomst) in rusthuizen

verblijven en anderzijds de bewoners van de serviceflats twee sterk verschillende doelgroepen zijn.

De validen die in een rusthuis verblijven zouden mensen kunnen zijn die, ofschoon ze zeker niet zorgenbehoevend zijn, toch meer nood hebben aan een gestructureerde opvang en een meer continue vorm van hulp- en dienstverlening. Dit vraagt bijkomend onderzoek.

Het rusthuis heeft zich gaandeweg ontwikkeld van een instelling voor valide ouderen naar een verzorgingstehuis. Het is een duidelijke beleidsoptie van de Vlaamse Gemeenschap, maar ook een innige wens van de oudere zelf om zo lang mogelijk in het eigen milieu op een menswaardige wijze te kunnen functioneren. Pas wanneer de behoefte aan permanente verzorging en begeleiding dergelijke proporties aangenomen heeft qua mantelzorg en professionele zorg, kan tot een opname in een rusthuis worden overgegaan.

Het is in strijd met de prioriteiten van de Vlaamse Gemeenschap om enerzijds wachtlijsten te moeten dulden, pepercure uitbreidings- en moderniseringswerken te moeten doorvoeren en anderzijds vast te stellen dat zo'n 14.000 volkomen valide senioren in rusthuizen verblijven.

Deze mensen moeten anders kunnen worden geholpen : in de thuiszorg, in dienstencentra en dagverzorgingscentra, in serviceflats en in de rusthuizen voor validen.

De opvang van de meest zorgbehoevende ouderen is prioritair. De gesubsidieerde projecten moeten opnamecriteria inbouwen, zodat bij voorrang die mensen er terecht kunnen voor wie deze voorzieningen geconcentreerd zijn.

Overeenkomstig artikel 3, 2°, b van het Besluit van de Vlaamse Executieve van 17 juli 1985 houdende de bijzondere voorwaarden voor de subsidiëring van de investeringsverrichtingen zullen de gesubsidieerde inrichtingen „er zich toe verplichten de voorkeur te geven aan personen uit voormelde categorieën, dit zijn bejaarden die moeten worden geholpen bij het verrichten van de essentiële handelingen van het leven en/of op wie bijzonder toezicht moet worden gehouden”.

Dit zijn in de eerste plaats :

- ☐ de invaliden (de R.I.Z.I.V.- categorieën B & C) ;
- ☐ de semi-validen (de R.I.Z.I.V.- categorie A) die over een geringe informele ondersteuning beschikken en/of onaangepast gehuisvest zijn.

3.2. Aandacht voor de kwaliteit

In de toekomst zal er' niet zozeer nood zijn aan nog meer residentiële voorzieningen, maar wel aan kwalitatief hoogstaande voorzieningen, die zullen kunnen tegemoetkomen aan 3 uitdagingen :

1. Een doorgedreven verzorging van de residenten.

Door het toenemend aantal hoogbejaarde en ver-

zorgingsbehoevende ouderen zal er een stijgende behoefte zijn aan meer, maar ook aan technisch en functioneel goed opgeleid personeel.

2. Initiatieven zullen worden ontwikkeld en een sensibilisering zal worden gevoerd om de kwaliteit van de opvang in het rusthuis te optimaliseren.

Verzorging is belangrijk, maar er moet in de eerste plaats worden geleefd. In de komende jaren dient een toenemende aandacht voor de kwaliteit van het leven te worden nagestreefd : een prettige leef sfeer waar respect, participatie en menselijke warmte hoog scoren. De mondigheid van de bewoner zelf, van zijn familie en van de belangengroepen zal steeds toenemen. Dit opent perspectieven die de kwaliteit van het instellingsleven ten goede komen.

Palliatieve zorg, emotionele ondersteuning van familieleden, human care vanwege de vrijwillige en de professionele medewerkers bij de zorgverlening zijn maar een paar zaken die direct en indirect een stuwende invloed uitoefenen op de vermenschlijking van onze rusthuizen. Er moeten ruimte, personeel en middelen komen om een meer geïndividualiseerde benadering van de resident te realiseren. Dit brengt met zich mee dat rekening wordt gehouden met de reële mogelijkheden die de mens nog bezit en die zijn nog bijna altijd aanwezig, zelfs bij ernstig dementerenden.

- * Er zal moeten aandacht besteed worden aan de HUMAN RESOURCES met aandacht voor opleiding, vorming, training, management, persoonlijk ke , functionele en communicatieve vaardigheden, teamwork, interne en externe communicatie , enz.
 - * De bijscholing en de training van het verzorgend en verplegend personeel moet zowel meer geëncoreerd, beter gericht als intensiever gebeuren en aandacht besteden aan o.m. de fysieke en psyche-sociale problematiek van de oudere mens, de motivatie, het teamwork en het omgaan met familie en vrijwilligers.
 - * In het bijzonder zal er aandacht moeten worden besteed aan vaardigheden en attitudes in het omgaan met dementerenden.
 - * De animatie en de activatie in het rusthuis moet worden gewaardeerd als een aangelegenheid die veel omvattender is dan het creatief of recreatief bezig zijn. De animatie raakt de essentie van het instellingsleven, het bepaalt de leefcultuur, de manier waarop met elkaar wordt omgegaan. Het heeft alles te maken met het zich thuis voelen, met het hebben van respect en aandacht voor elkaar.
- De invoering van kwaliteitsbevorderende methodieken zoals de Integrale Kwaliteitszorg, het werken met aandachtspersonen, geïndividualiseerde zorgplannen, . . .
- * Het bevorderen van de interne en externe inspraak door het organiseren van bewoners- en familieraden.

Er wordt vaak vastgesteld dat de gewone bewonersraad onvoldoende belangstelling kent om te kunnen werken. Formules waarbij deze raad verruimd wordt tot een bewoners- én familieraad zouden meer succes kennen.

Momenteel maken slechts in 20 % van de gevallen ook niet-bewoners deel uit van de bewonersraad. Slechts 20 % van de bewonersraden wordt voorgezeten door een bewoner. Vaak is het een personeelslid of de directie die de raad voorziet.

Voor wat de bevoegdheid betreft, is het actieterrein van de bewonersraad vooral advies uitbrengen. Door de doorgaans lage scholingsgraad en de vroegere beroepssituatie hebben de meeste bewoners veel moeite om zich in groep uit te spreken. De aanwezigheid van een getraind vrijwilliger kan nuttig zijn om de rode draad doorheen de vergadering en zelfs de continuïteit te waarborgen.

Waar een bewonersraad functioneert, kan een familieraad nooit in de plaats worden gesteld. Er moet in de eerste plaats al het mogelijke gedaan worden om de oudere zelf te laten participeren. Enkel als de gezondheidstoestand van de oudere hen niet in staat stelt zichzelf te vertegenwoordigen mits toestemming vanwege de administratie worden gedacht aan de oprichting van een familieraad. Deze hebben dezelfde rol als de bewoners- en familieraad.

- * Vormingsprogramma's rond inspraak, privacy en leefkwaliteit moeten zowel voor directie, stafmedewerkers, animatieverantwoordelijken en bewoners als voor familieleden perspectieven kunnen openen om een mentaliteitwijziging te bewerkstelligen.
- * Een rusthuis moet meer naar buiten treden en zich aan het publiek kenbaar maken. Het is niet alleen nodig dat de familie van de residenten bij het rusthuisleven betrokken wordt, hetzelfde geldt ook voor de buurt, in het bijzonder de ouderen die in de omgeving van het rusthuis leven, maar ook voor het plaatselijke verenigingsleven. Meer openheid kan de negatieve beeldvorming doorbreken.
- * Het implementeren van het reglement van orde en de overeenkomst als contractuele verbintenis tussen de resident en de beheersinstantie waarbij op een evenwichtige wijze rechten en plichten afgebakend en gerespecteerd worden.

Daarbij valt de zwakke rechtspositie van de oudere op. Het rusthuis is ten aanzien van de Vlaamse Gemeenschap verplicht de erkenningsnormen na te leven en deze zijn er om de bewoner te beschermen. De overheid beschikt over het wapen van de schorsing van de erkenning en de sluiting.

De ervaring wijst uit dat bij een conflict overheid – rusthuisbeheerder, de bewoner vaak de zijde kiest van de in gebreke blijvende exploitant.

Voor problemen in verband met de relatie van de bewoner met de instelling, kan de bewoner

zich in feite enkel beroepen op de contractuele verbintenis tussen hem en de exploitant.

Het klachtenrecht van de bewoners of hun vertegenwoordiger moet worden erkend en er moet voorzien worden in strafmaatregelen of dwangmaatregelen tegen de rusthuisverantwoordelijken die de erkenning niet naleven.

- * Het voorleggen van een attest waaruit blijkt dat met de kandidaatbewoner alle alternatieven besproken zijn vooraleer tot een opname te beslissen, de oprichting van een bewonersraad, de animatie en activatie, het gebruik van een register voor opmerkingen en suggesties, de schriftelijke opnameovereenkomst en het reglement van orde, dat moet uitgaan van de grootst mogelijke vrijheid voor de bewoner ; dat alles zijn formeel gestelde erkenningsnormen die absoluut gerespecteerd moeten worden. Het zijn stuk voor stuk bakens, door de Vlaamse Gemeenschap uitgezet om de humanisering van het inrichtingsleven te bewerkstelligen.

3. Het aanpassen van de infrastructuur aan de actuele behoeften.

Eenpersoonskamers van minimum 12 m met een wastafel, warm en koud stromend water en een toilet behoren anno 1993 tot het algemeen aanvaardde comfortniveau.

Rusthuizen en rusthuisafdelingen, bestemd voor de opvang van dementerenden, moeten eenzelfde comfort aanbieden, maar op maat van de dementerende.

3.3. De klachtenbehandeling

Onafgezien de gegrondheid van de klachten van residenten of familieleden, bestaat er een lacune in verband met het deponeren van deze klachten. Betrokkenen weten vaak niet waarheen met hun probleem en dit leidt tot wrevel en frustratie.

De Vlaamse minister van Welzijn en Gezin zal een richtlijn uitvaardigen waarbij de rusthuizen op onduidelijke wijze kenbaar en zichtbaar moeten maken waar belanghebbenden een klacht of opmerkingen kwijt kunnen. In eerste instantie zal dat bij de toezichthoudende dienst bij de Administratie van de Vlaamse Gemeenschap zijn.

Het toezicht dat door de overheid georganiseerd wordt via de inspectiedienst is een belangrijke invalshoek om een volledig beeld te krijgen over de werking van een rusthuis. Ook vertegenwoordigers van de bewoners- en familieraad en plaatsende instanties kunnen een bijdrage leveren, onder meer door een preventieve houding.

De inspectiedienst van de Vlaamse Gemeenschap controleert de kwaliteit van de voorzieningen, maar wordt daarbij ook geconfronteerd met beperkingen, zeker voor wat de behandeling van individuele klachten betreft. De drempel ligt voor de resident of zijn familie vaak te hoog. Daarom zal de Vlaamse Gemeenschap een klachtentelefoon in-

stalleren waarbij melding kan gemaakt worden van de problemen waarmee de oudere te maken heeft.

Er mag in geen geval worden voorbijgegaan aan de instrumenten die in het rusthuis zelf aanwezig zijn om klachten en opmerkingen te behandelen : de bewoners- of familieraad en het register voor suggesties, bemerkingen of klachten. De administratie van de Vlaamse Gemeenschap zal de opdracht krijgen om in het bijzonder aandacht te besteden aan deze twee middelen die ter beschikking van de oudere en zijn familie staan teneinde opmerkingen of klachten kwijt te kunnen. Om de werking van deze raden als objectief inspraakorgaan te optimaliseren, zal de mogelijkheid worden overwogen deze uit te breiden met buitenstaanders.

3.4. Naar een inventarisatie en differentiatie van de woongelegenheden in de rusthuizen

Het uitdrukken van de behoefte aan woongelegenheden in rusthuizen aan de hand van een percentage, is een te sterk vereenvoudigde voorstelling van zaken. Er moeten meerdere parameters in stelling gebracht worden. De behoefte moet vanuit verschillende invalshoeken worden bekeken ; niet alleen op basis van de demografische evolutie van de ouderengroep. Wetenschappelijk onderzoek naar de factoren die aanleiding geven tot het gebruik maken van een bepaald soort van dienstverlening, in het bijzonder tot een rusthuisopname, moet daarom dringend worden gestart.

Het handhaven van een enig model van rusthuizen is in de praktijk niet langer houdbaar. We zien her en der voorzieningen ontstaan die zich richten tot een bepaald segment van de ouderenbevolking. De vraag groeit dan ook of er verschillende categorieën van residentiële voorzieningen, met een aantal eigen erkenningsnormen, moeten worden ingevoerd naargelang van de doelgroep, de opnamecapaciteit en de graad van gespecialiseerde opvang die georganiseerd wordt. In de eerste plaats wordt er gedacht aan rusthuizen of afdelingen van rusthuizen waar oudere dementen leven. Hier ontbreekt alle houvast op het vlak van de noodzakelijke infrastructuur voor deze mensen.

De huidige behoefte aan woongelegenheden in rusthuizen werd in voorgaande hoofdstukken geraamd op 37.000 en tegen het jaar 2000 op 41.000. Met dien verstande dat enkel met de nood aan opvang van invalide ouderen en van semi-validen die over onvoldoende informele hulp beschikken en / of onaangepast gehuisvest zijn, werd rekening gehouden. Zodra de oefening gemaakt is, kan ze ook op het niveau van de gemeente, de regio of het arrondissement worden gedaan.

Het vereiste aantal woongelegenheden moet dan worden getoetst aan de realiteit, aan het aantal reeds beschikbare woongelegenheden. De hoeveel – beschrijving is beschikbaar, maar veel belangrijker in dit verband is de kwalitatieve beschrijving van de beschikbare voorzieningen. Beschikken wij nu en voor de nabije toekomst over voldoende en

aangepaste woongelegenheden om invalide en semi-valide ouderen op te vangen ?

Op het eerste deel van de vraagstelling kan affirmatief geantwoord worden.

Om een gefundeerd programmatiebeleid te kunnen voeren, moeten we niet alleen weten over hoeveel woongelegenheden we beschikken en waar die gelegen zijn, maar ook over welk soort woongelegenheden het hier gaat.

Beschikken we over voldoende gekwalificeerde woongelegenheden in de rusthuizen om aan de toenemende zorgbehoeften te voldoen ? Over de kwantitatieve en geografische aspecten is gesystematiseerde kennis voorhanden. Wat wij weten zijn louter kwantitatieve gegevens : hoeveel woongelegenheden er zijn en waar die gesitueerd zijn.

Wat ontbreekt is informatie over de kwaliteit en de doelgroep van die woongelegenheden : hoeveel moderne rusthuiskamers zijn er gebouwd volgens de recentste bouwkundige normen en waar bevinden die zich ? Ten aanzien van specifieke doelgroepen kunnen we de vraag stellen waar de gespecialiseerde inrichtingen inzake psychogeriatrische aandoeningen zich situeren, waar C.V.A.-patiënten terecht kunnen, waar er aan palliatieve zorg wordt gedaan, . . .

De inventarisatie moet worden gerealiseerd via een permanent gegevensbeheer binnen de administratie. Hier kan worden samengewerkt met de centra die de regionale inventarisatie en evaluatie van de rusthuizen voor hun rekening namen.

3.5. De programmatie van nieuwe residentiële voorzieningen

In het algemeen kan worden gesteld dat het niet meer de prioritaire bedoeling kan zijn om nog massaal nieuwe rusthuizen te bouwen.

Een adempauze bij het verlenen van voorafgaande vergunningen dringt zich op.

Voor de uitbouw van nieuwe, bijkomende woongelegenheden in rusthuizen zullen in de toekomst een aantal selectieve criteria worden gehanteerd. Eerst wordt het programmacijfer van de gemeente en van de omliggende gemeenten onderzocht. Er zal nagegaan worden of een uitbreiding onvermijdelijk is voor de functionaliteit en de rendabiliteit van de voorziening. Vervolgens wordt onderzocht of het initiatief aan een reële nood beantwoordt ; hierbij wordt rekening gehouden met de aanwezigheid en de aard van andere voorzieningen en met de doelgroep waarop het initiatief zich richt. Ten slotte wordt nagegaan of het initiatief een voldoende samenhang vertoont met het geheel van de bestaande en ontworpen voorzieningen voor ouderen. Zijn er bijv. samenwerkingsovereenkomsten met huisartsen, R.V.T.'s, ziekenhuizen, serviceflatgebouwen, andere rusthuizen, O.C.M.W.'s . . . ?

Het is de bedoeling om enerzijds de demografische evolutie, de ontwikkelingen in verband met de zorgbehoeften en de determinerende maatschap-

pelijke factoren en anderzijds de realisatie van nieuwe woongelegenheden van nabij te volgen, te evalueren en eventueel bij te sturen.

De programmatie voor oudere dementen (1 %) dient samengenomen te worden met de programmatienorm voor de gewone woongelegenheden (4 %) zodat men tot een totale programmatie komt (5 %).

Over de wachtlijsten doen de meest opzienbarende ramingen de ronde (20.000,50.000,3 jaar wachttijd voor een opname, . . .). Om een realistische kijk te krijgen op de wachtlijsten moet aan minstens twee voorwaarden voldaan worden. Ten eerste moet elk rusthuis de eigen wachtlijsten uitzuiveren en actualiseren en ten tweede moeten rusthuizen in dezelfde regio hun lijsten vergelijken om een indruk te krijgen van het aantal meervoudige inschrijvingen.

De wachtlijsten voor opname van zorgbehoevende ouderen zijn reëel, maar mits een efficiënte kanalisering van de hulpvragen naar het meest effectieve hulpaanbod, door het realiseren van de programmatie van de serviceflats en van de bijkomende woongelegenheden voor demente ouderen, moet het mogelijk zijn een antwoord te formuleren op de stijgende vraag naar voorzieningen.

3.6. De dementerenden

Niet elk rusthuis is in staat om dementen op te vangen. Het vergt een specifieke vorming, feeling, ingesteldheid, bereidheid, openheid, visie en vooral inzet, afgezien van de bouwtechnische en organisatorische aspecten.

De begeleiding is een complex gebeuren en doet een indringend beroep op het persoonlijk instrumentarium van de begeleiders. Het is een immense taak om dementerenden te revalideren of te stabiliseren op een bepaald niveau. De realiteit bewijst echter dat het mogelijk is. Het belang van gemotiveerd en deskundig personeel kan onmogelijk worden onderschat. Gelet op de toenemende graad van zorgbehoevendheid van de rusthuisbewoners worden niet alleen hoge eisen gesteld op het vlak de techniciteit van de verzorging, maar ook voor wat de sociale vaardigheden en het communicatievermogen betreft. De equipegeest is bepalend voor het resultaat. Collega's moeten elkaar kunnen opvangen. Begeleiders moeten ook hun eigen gevoelens kwijt kunnen.

Het belang van de familiebegeleiding mag niet onderschat worden. Niet alleen is de familie, vanuit therapeutisch standpunt, een onmisbare informatiebron, ze is ook het aanknopingspunt met de familiale en sociale levensgeschiedenis van de oudere demente. Zij spelen immers een belangrijke rol in de leefwereld van de demente oudere. De familie van de demente heeft evenwel ook nood aan informatie, opvang en ondersteuning.

De groep dementerende ouderen heeft onze bijzondere aandacht en steun nodig.

1. Er dienen voor hen voldoende en aan het ziektebeeld aangepaste opvangmogelijkheden voorzien te worden ;
2. er moeten initiatieven ondernomen worden voor de opleiding, training en ondersteuning van het personeel ;
3. de familieleden van de oudere dementen moeten op een humane en deskundige wijze kunnen worden opgevangen en begeleid.

3.7. De investeringskredieten

Selectief en slechts na een grondige evaluatie van de specifieke behoeften van de doelgroep en de regionale noden, kunnen nog bijkomende projecten worden gesubsidieerd.

De beschikbare budgettaire middelen zullen in eerste instantie worden ingezet voor het moderniseren en brandveilig maken van het bestaande rusthuispatrimonium en het wegwerken van de discrepanties tussen verschillende regio's.

In een periode met stagnerende en zelfs krimpende budgettaire mogelijkheden, is het van groot belang deze middelen zo effectief mogelijk in te zetten. De toelagebeloften zullen steeds aan een nauwkeurig opportuniteitsonderzoek worden onderworpen. Eens de beslissing genomen is, is het de opdracht om de gesubsidieerde projecten zo efficiënt mogelijk naar de realisatie te leiden.

Hiertoe is het VLAAMS INVESTERINGFONDS VOOR PERSOONSGEBONDEN AANGELEGENHEDEN in het leven geroepen.

3.8. Rusthuis, een open huis

Het rusthuis maakt deel uit van het levende sociale weefsel van de samenleving, van de gemeente of de wijk waar het ingeplant is.

Een ouderenvoorziening, bijvoorbeeld een rusthuis, kan zijn zorgaanbod meer diversifiëren. Een rusthuis zal in de toekomst niet enkel meer als een unifunctionele, collectieve voorziening werken waar de ouderen permanent verblijven en er meestal de volledige verzorging en dienstverlening ontvangen.

Hulp op maat is het sleutelwoord en een open-deur beleid dat oog heeft voor een ruim gamma van noden is niet meer te omzeilen. Misschien volstaat in bepaalde gevallen dag- of nachtopvang, of enkel opvang tijdens een korte periode, de weekends of de vakantie. De vraag wordt gesteld en sommige voorzieningen zijn vandaag reeds in staat daarop een antwoord te formuleren.

De klemtoon moet in de komende jaren liggen op het ontwikkelen en stimuleren van de diversiteit en de kwaliteit van de voorzieningen.

Actieprogramma residentiële voorzieningen

- ☐ De opvang van de meest zorgenbehoevende senioren is prioritair :
 - ✓ de invaliden (de R.I.Z.I.V.-categorieën B & C) ;
 - ✓ de semi-validen (de R.I.Z.I.V.-categorie A) die over een geringe informele ondersteuning beschikken en / of niet over een aangepaste huisvesting beschikken ;
 - ✓ wetenschappelijk onderzoek over de evolutie van de graad van zorgbehoefte is noodzakelijk voor de beleidsvoering.
- ☐ Aandacht voor de leefkwaliteit in de inrichting :
 - ✓ door een adequate verzorging ;
 - ✓ door de optimalisering van de kwaliteit van de opvang ;
 - ✓ door het aanpassen van de infrastructuur aan de hedendaagse behoeften.
- ☐ De rusthuisbewoners en hun familie moeten op een eenvoudige wijze met hun klachten bij een neutrale instantie terecht kunnen. Het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap zal een klachtentelefoon installeren waarbij melding kan gemaakt worden van de problemen waarmee de oudere te maken heeft.
- ☐ Het handhaven van een enig model van rusthuizen in niet langer houdbaar. Diversifiëring tussen de verschillende vormen van residentiële voorzieningen op basis van doelgroep, opnamecapaciteit en de graad van gespecialiseerde opvang dringt zich op.
- ☐ Er wordt een adempauze ingelast voor het verlenen van nieuwe voorafgaande vergunningen. Er wordt afgewacht in welke mate de op stapel zijnde projecten aan de bestaande vraag zullen kunnen tegemoetkomen.

Selectief en pas na een grondige evaluatie van de specifieke behoeften van de doelgroep en de regionale noden kunnen nog projecten voor investeringstoelagen in aanmerking worden genomen.
- ☐ Bijzondere aandacht zal moeten worden geschonken aan de opvang van oudere dementeren.
- ☐ Rusthuizen dienen zich meer en meer naar buiten te richten en mee naar een antwoord te zoeken op de vragen en noden die vanuit de samenleving gesteld worden.
- ☐ Het federale gezondheidsbeleid doorkruist vaak de inzichten en doelstellingen die in Vlaanderen leven inzake de zorg voor de ouderen. Overleg is noodzakelijk.

HOOFDSTUK 5 – PALLIATIEVE ZORG

INLEIDING

Een solidaire samenleving moet mogelijk maken dat haar leden op een menswaardige wijze kunnen sterven. De consensus die hieromtrent bestaat – en die voor het eerst duidelijk werd verwoord op het Vlaams Welzijnscongres „Ouderen in Solidariteit” – dient te worden vertaald in een radicale optie voor de palliatieve verzorging. Concreet moet dit uitmonden in een erkenning van het recht op specifieke zorgen bij het levenseinde. Vooraf komen de uitgangspunten en de bestaande situatie in Vlaanderen aan bod, waarna beleidsconclusies worden getrokken.

1. Wat is palliatieve zorg ?

Palliatieve zorgen maken deel uit van een gezondheidszorg die gebaseerd is op principes van kwaliteit, zorg op maat en een integrale benadering waarbij alle aspecten van zorg moeten aan bod komen en de patiënt gezien wordt in relatie tot zijn omgeving.

Palliatief is wat anders dan we kunnen niets meer doen of de doorgedreven therapeutische verbetering die niet meer leidt tot een kwaliteitsverbetering van het leven. Het doel van palliatieve zorgen is leven toe te voegen aan de dagen eerder dan dagen toe te voegen aan het leven.

Vanuit deze basishouding kunnen we palliatieve zorg dan ook definiëren als het geheel van de actieve totaalzorg voor patiënten waarvan de ziekte niet langer op curatieve therapieën reageert en voor wie de controle van pijn en andere symptomen, alsook psychologische, morele, familiale en sociale ondersteuning van essentieel belang zijn. Palliatieve zorg beoogt niet langer het genezen van de patiënt, maar wel het garanderen van een optimale levenskwaliteit aan hem en zijn naastbestaanden.

Palliatieve zorg is een totaalconcept van verzorging en begeleiding waarbij :

- sterven als een normaal levensproces wordt beschouwd ;
- de behandeling niet gericht is op het verlengen of het verkorten van het leven ;
- pijn en andere symptomen onder controle worden gehouden ;
- psychologische en spirituele aspecten in de verzorging zijn geïntegreerd ;
- de patiënt wordt bijgestaan met het oog op een maximale autonomie ;

- de naastbestaanden in de terminale fase en het rouwproces worden begeleid.

Palliatieve zorg helpt de mens waardig te sterven.

Als de palliatieve zorg een multi-aspectueel gebeuren is moet het ook multidisciplinair benaderd worden.

Er is m.a.w. een samenwerking vereist tussen de verschillende hulpverleners, vrijwilligers, de familie en de patiënt zelf. Bij de palliatieve zorg zijn volgende aspecten en disciplines belangrijk :

1. Medische verzorging

a° De pijnbehandeling

In de palliatieve therapie is er zeker plaats voor oorzakelijke pijnbehandeling. Wanneer dit niet mogelijk of niet meer zinvol is door de te korte levensverwachting, dient een goede symptomatische behandeling van de pijn te worden nagestreefd. Dankzij goed onderricht aan medische en paramedische hulpverleners kan hier nog een belangrijke stap voorwaarts gezet worden in het bereiken van een betere behandeling bij de palliatieve terminale patiënt.

b° Andere symptoomcontrole

Een terminale patiënt kan heel wat kwalen en ongemakken vertonen.

Psychosociale problemen zoals angst, motorisch gespannen zijn, autonome hyperactiviteit, slapeloosheid en paniek zijn veel voorkomende problemen in de terminale levensfase. Standaardregels kunnen gegeven worden, maar een gepersonaliseerde intensieve aanpak van deze problemen is dikwijls noodzakelijk.

Andere symptomen zoals nausea, dysfagie, dyspepsie, hik, cachexie, anorexie, constipatie, urine-retentie, duizeligheid en sufheid, mondhygiëne, dyspnee, kunnen voorkomen worden en vragen van het medisch en paramedisch personeel veel aandacht, competentie en creativiteit om deze op persoonlijke wijze te controleren.

c° Informatie verstrekken aan patiënt en familie en een begeleidingsplan opstellen is een belangrijke opdracht van de verantwoordelijke arts. Het informeren aangaande een noodlottige prognose impliceert meteen het starten van een aangepaste begeleiding en het uitschrijven van orders voor de andere hulpverleners om te streven naar maximaal comfort en om te vermijden zinloos het leven te verlengen.

2. Verpleegkundige zorgen

De verpleegkundige heeft een belangrijke signaalfunctie naar de arts toe. Naarmate de ziekte-toestand verder evolueert wordt de prioriteit van curatief en palliatief medisch handelen naar verzorgend bijstaan verplaatst. Verpleegkundigen moeten bij de terminale patiënt in het bijzonder aandacht hebben voor de aangepaste hygiënische zorgen voor gans het lichaam met preventie van doorligwonden, een comfortabele houding, het zo lang mogelijk mobiel houden van de patiënt, optimale voedsel- en vochtinname en aangepaste maatregelen voor constipatie, diarree en incontinentie.

De verpleegkundigen zullen in het ziekenhuis, samen met familie en andere hulpverleners, oplossingen zoeken voor praktische problemen en meehelpen de thuiszorg waar wenselijk voor te bereiden. Ook in de thuissituatie heeft de thuisverpleegkundige een belangrijke signaalfunctie naar de andere hulpverleners toe.

3. Fysiotherapie

Deze discipline maakt integrerend deel uit van de palliatieve geneeskunde en kan zorgen voor functiebehoud en symptoomcontrole.

4. Psyche-sociale begeleiding

Binnen palliatieve zorgen zou de focus van de zorgzame aanwezigheid niet alleen de patiënt, maar ook diens naaste omgeving moeten bevatten. Zij heeft soms ondersteuning nodig, maar kan ook actief betrokken worden bij de hulpverlening waardoor latere pathologische rouwprocessen worden vermeden.

5. Pastorale en levensbeschouwelijke begeleiding

De spirituele begeleiding van een terminale patiënt in een palliatievezorgen-context betekent steeds een diepe confrontatie met vragen omtrent de zin van het bestaan. Iedereen sterft op zijn manier, sterven doet men vaak zoals men geleefd heeft. De verscheidenheid van aanbod en erkenning van levensovertuiging is daarom ook een opdracht voor een goed uitgebouwde stervensbegeleiding.

Algemeen stelt men dat goede palliatieve of terminale zorgen de vraag naar euthanasie niet uitsluiten, maar ze wel overbodig kunnen maken. In de mate dat de palliatieve zorgen of de gepersonaliseerde geneeskunde de stervende kan laten aanvoelen dat hij in de ogen van de andere nog waarde heeft, zal hij niet gemakkelijk vragen naar een actief ingrijpen om zijn sterven te verkorten. Waardig sterven betekent immers tot op het laatste ogenblik een zekere waarde te mogen betekenen voor zichzelf en de anderen. In de mate dat de terminale begeleiding dit gevoel aan de mensen geeft, vervult zij een zeer belangrijke functie.

2. Wie is de doelgroep van palliatieve zorgen ?

Palliatieve zorgen richten zich tot de zieke :

- die aan een ongeneeslijke en evolutieve ziekte lijdt ;
- voor wie elke actieve en agressieve therapie overbodig is ;
- voor wie geen remissie meer kan worden verwacht ;
- bij wie een symptomatische behandeling mogelijk is ;
- die meestal afhankelijk is van derden voor de handelingen van het dagelijks leven.

Er bestaan voornamelijk nog weinig kwantitatieve gegevens omtrent de omvang van de groep mensen waarvoor palliatieve zorgen wenselijk en noodzakelijk zijn.

In België overleden in 1988 (volgens de gegevens van het N.I.S.) 97.977 personen aan een natuurlijke doodsoorzaak. In het Vlaamse Gewest zijn er dat ruim 55.000. In de 3 gewesten overleden 27.358 mensen aan een kwaadaardige aandoening, omgerekend naar het Vlaamse Gewest zal dat een groep van ± 15.000 patiënten zijn. Indien men zou stellen dat slechts 30 % hiervan (± 5.000) palliatieve zorgen kan nodig hebben en dat van de 40.000 niet-kankerpatiënten slechts 5 % (± 8.000) zou gebaat zijn met palliatieve zorg, dan hebben we te maken met een groep van ongeveer 13.000 patiënten. In realiteit zal de nood zeer waarschijnlijk hoger liggen, doch goede gegevens hierover zijn nog niet beschikbaar.

Op basis van deze gegevens zou men kunnen concluderen dat het om een niet zo omvangrijke groep gaat, doch wel om een groep die een intensieve persoonlijke zorg nodig heeft.

3. Huidige organisatie van de palliatieve zorg

Huisartsen, thuisverpleegkundigen, kinesetherapeuten en gezins- en bejaardenhulpsters worden geconfronteerd met de verzorging van terminale patiënten. Zij pogen dit zo goed mogelijk te doen vanuit hun discipline.

Een meer interdisciplinaire benadering die goede palliatieve zorg vereist, kan geboden worden en wordt momenteel geboden vanuit de samenwerkingsinitiatieven thuiszorg, de palliatieve thuiszorgteams, alsook via de palliatieve eenheden en palliatieve functies binnen het ziekenhuis.

Het aantal samenwerkingsinitiatieven voor thuisverzorging in het Vlaamse landsgedeelte bedraagt momenteel 68. Hun geografische spreiding is tot op heden niet gelijkmatig. Zij groeperen alle huisartsen, thuisverpleegkundigen, gezins- en bejaardendiensten, maatschappelijke dienstverlening en paramedische beroepen in de regio. De samenwerking met de intramurale sector en het vrijwilligerswerk wordt aangemoedigd.

Binnen deze structuur kunnen zorgbemiddelaars aangewezen worden die als opdracht hebben het informeren van de patiënt en zijn familie over de aanwezige voorzieningen en het samenstellen van een aangepast zorgpakket in functie van de zorgbehoefte. Familieleden, thuisverzorgers en vrijwilligers worden in het zorgenplan ingeschakeld.

Sinds de tachtiger jaren bestaan in Vlaanderen drie specifieke organisatievormen voor palliatieve zorgverlening.

- 1) De palliatieve eenheden, waarbij een intramurale verzorging aan terminale patiënten wordt gegeven in specifieke eenheden waarvan de grootste 12 bedden en de kleinste 4 bedden heeft, die volledig los staan van het ziekenhuis. Een overzicht van de inplanting in Vlaanderen :

PALLIATIEVE EENHEDEN

Vlaanderen

P.Z. Regio Brugge (4 bedden)
P.Z. Sint-Vincentius Gent (12 bedden)

- 2) De palliatieve functie of mobiele eenheid

In het ziekenhuis kan een pluridisciplinair team worden samengesteld uit 2 of 3 deskundigen (een medicus zoals anaesthesist of oncoloog, een verpleegkundige, een sociaal werker, een psycholoog of agoog) die hulp en bijstand op psychisch, medisch en sociaal gebied verlenen om tegemoet te komen aan de fysieke, psychische en spirituele noden van de patiënten tijdens de terminale fase van hun ziekte en die ertoe bijdragen een zekere kwaliteit van het leven te vrijwaren. Dit team staat ook in voor de steun aan of de opleiding of voorlichting van het verzorgingsteam in de palliatieve eenheid. Deze teams kunnen zowel de patiënt als de verzorgers van de verpleegkundige eenheid waar de patiënt verzorgd wordt rechtstreeks begeleiden.

De huidige situatie in Vlaanderen :

Ziekenhuizen die een overeenkomst hebben met het R.I.Z.I.V.

Stedelijk Ziekenhuis Aalst	Sint-Vincentius Gent
Middelheim Antwerpen	U.Z. Gent
Palfijn Antwerpen	Virga Jesse Hasselt
Sint-Augustinus Antwerpen	Sint-Jozef Izegem
Sint-Vincentius Antwerpen	Sint-Niklaas Kortrijk
Stuivenberg Antwerpen	Gasthuisberg Leuven
U.Z. Antwerpen	Sint-Jozef Oostende
Imelda Bonheiden	H. Hart Roeselare
Kina Brasschaat	Glorieux Ronse
Sint-Jan Brugge	Stadskliniek Sint-Niklaas
St.-Lucas/St.-Jozef Brugge	St. Trudo St.-Truiden
V.U. Brussel	Sint-Elisabeth Zottegem
Sint-Norbertus Duffel	
Sint-Jan Genk	

- 3) De Palliatieve thuiszorgteams

Dit zijn eenheden, bestaande uit deskundigen die het verzorgend team of individuele professionele thuisverzorgers ondersteunen en begeleiden bij de uitvoering van de palliatieve thuiszorg. Een rechtstreekse begeleiding van de stervende of zijn familie kan ook door de leden van het gespecialiseerde team worden uitgevoerd. Indien het palliatieve team over voldoende professionele medewerkers beschikt wordt vooral een coördinerende rol in de organisatie van de palliatieve zorg, de ondersteuning van de bestaande professionele thuiszorg en een vlotte overgang thuis-intramurale zorg georganiseerd. Beschikt het team vooral over vrijwilligers, dan bestaat de taak van het team erin morele ondersteuning aan de noodlijdende en zijn familie te geven. Sommige palliatieve teams worden vanuit een ziekenhuis georganiseerd en begeleiden tegelijk de thuisverzorgers.

Een overzicht van de bestaande palliatieve thuiszorgteams :

PALLIATIEVE THUISZORG

L.I.S.T.E.L. Limburg
Aalsters Stedelijk Ziekenhuis
P.Z. Regio Brugge
VZW Kinderkankerfonds Gent
Ispahan — Palliatieve Zorgen Kempen
Omega Brussel
Palliatieve Zorgen Gent
Palliatieve Thuiszorg Leuven
Palliatieve Zorg Thuis Brugge
Palliatieve Zorg Zuid-West-Vlaanderen
Palliatieve Hulpverlening Antwerpen

4. Hoe wordt de palliatieve zorg gesubsidieerd ?

Om tegemoet te komen aan de prangende vraag naar financiële ondersteuning vanwege de overheid, werd door het K.B. van 19 augustus 1991 de mogelijkheid gecreëerd een forfaitaire tussenkomst van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering te bekomen voor experimenten inzake palliatieve hulp.

Om een financiële tussenkomst te krijgen van het R.I.Z.I.V. moet de hulp kosteloos zijn voor de patiënt en zijn familie.

Van de werking van deze experimenten inzake palliatieve hulp wordt eerlangs een evaluatieverslag opgesteld met als doel tot een definitieve regeling te komen.

In 1993 besliste de Vlaamse minister van financiën en begroting, gezondheidsinstellingen, welzijn en gezin de palliatieve thuiszorg te ondersteunen, enerzijds door de subsidiëring van de Federatie voor Palliatieve Zorg voor de organisatie van de vorming van hulpverleners en anderzijds door de bestaande samenwerkingsinitiatieven in de thuiszorg een facultatieve toelage van 100.000 fr. op jaarbasis te verlenen voor coördinatie en aanmoediging van de palliatieve thuiszorg, voor ondersteuning aan de gezinnen en vorming van de hulpverleners.

Naast een financiering door de overheid worden palliatieve verenigingen ook betoelaagd door privé-initiatieven. Via allerlei solidariteitsacties worden projecten m.b.t. palliatieve verzorging en kinderoncologie gesteund. Zo bv. de solidariteitsactie Kom op tegen Kanker.

5. Beleidsconclusies voor de Vlaamse Gemeenschap

Vertrekkende vanuit de basisprincipes van palliatieve zorg en rekening houdende met de diverse beleidsaanbevelingen die door het Vlaams Welzijnscongres, de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, de Hoge Raad voor Thuiszorg van de Vlaamse Gemeenschap en de expertengroep, opgericht naar aanleiding van het protocol tussen de federale minister voor sociale zaken en de gemeenschappen, komen we tot volgende besluitvorming :

- 1) Het taboe rond dood en sterven moet doorbroken worden. In een terminale fase waarin het medisch handelen geen kwaliteit meer kan toevoegen aan het leven, moet het aanbod van palliatieve zorgen kunnen overwogen worden. Dit vergt zowel bij de hulpverleners als bij de bevolking een mentaliteitsverandering. Daarom moet er informatie verstrekt worden over wat palliatieve zorgen zijn. Dit kan ondermeer via de media, allerlei socioculturele verenigingen en beroepsfederaties. De samenwerkingsinitiatieven voor thuiszorg moeten hierin een voortrekkersrol vervullen.

- 2) Palliatieve zorg moet als een totaal-zorg aandacht besteden aan meerdere noden van de stervende en zijn omgeving. De multidisciplinaire benadering die hieruit voortvloeit moet gecoördineerd verlopen. De inbreng van hulpverleners, familieleden en vrijwilligers moet op elkaar afgestemd zijn en in goede afspraak met de patiënt zelf gebeuren. Er moet een palliatieve zorg-cultuur worden ingevoerd, zowel in de thuissituaties als in de verzorgingsinstellingen. Hieraan moet de nodige aandacht besteed worden bij de opleiding van de professionele hulpverleners zodat het bestaan van specifieke structuren op termijn overbodig wordt.

- 3) De terminale patiënt en zijn omgeving moeten de mogelijkheid krijgen een keuze te maken tussen stervensbegeleiding in een residentiële of in een thuissituatie. De palliatieve thuiszorg zal daar waar mogelijk aangemoedigd en ondersteund worden. De overgang tussen de ene en de andere vorm moet in deze terminale fase zeer vlot kunnen verlopen. Daarom zijn duidelijke afspraken tussen ziekenhuizen en thuiszorgteams nodig. Het initiatief tot de uitwerking van een protocol kan genomen worden vanuit de samenwerkingsinitiatieven, desgevallend via bemiddeling door de palliatieve thuiszorgdeskundige.

Het overleg tussen de thuiszorg en intramurale zorg moet bestendig blijven. Hiertoe moeten overlegstructuren met een permanent karakter uitgebouwd worden. Waar mogelijk wordt het initiatief hiertoe genomen door de samenwerkingsinitiatieven die hiervoor reeds een aanmoedigingspremie krijgen (op basis van het Besluit van de Vlaamse regering van 21 december 1991).

- 4) Er zal aan de federale overheid gevraagd worden zo spoedig mogelijk reglementerend werk te verrichten omtrent de uitbouw van residentiële palliatieve eenheden en palliatieve teams (functies) in ziekenhuizen én in rust- en verzorgingsinstellingen. De palliatieve eenheid zal kleinschalig zijn en voorbehouden worden voor zeer zwaar zorgbevoevende terminale patiënten waarvoor thuiszorg niet meer mogelijk is. Het zal een passende omkadering en financiering krijgen. Er zal bij de federale overheid tevens op aangedrongen worden palliatieve bedden ook buiten de V-reconversie te laten ontstaan (plannen moeten vóór 1 maart 1994 ingediend zijn), met name door omschakeling van ziekenhuisbedden of RVT-bedden in ziekenhuizen, met respect voor budgettaire equivalentieregels. Het palliatieve team zal een palliatieve zorgcultuur in het ziekenhuis promoten. Hieraan moet eveneens een passende financiering gekoppeld worden. Er zal aangedrongen worden op een gemeenschappelijk initiatief dat de brug zal slaan tussen de intra- en extramurale palliatieve zorgverlening. Zo zou samen met de palliatieve thuiszorgdeskundige (zie punt 5) een pluridisciplinair ondersteuningsteam moeten uitgebouwd worden, waarvan leden van de palliatieve eenheid en functie deel uitmaken.

- 5) Gezien de specifieke deskundigheid die palliatieve thuiszorg vereist, is het aangewezen dat er permanent een deskundige ter beschikking staat van de professionele thuisgezondheidswerkers. De betrokkene moet een bijzondere opleiding inzake palliatieve zorg gevolgd hebben. De financiering van de palliatieve thuiszorg-deskundige(n) kan gemengd zijn : gemeenschap, provincie, gemeenten, particulier. Daar waar meerdere deskundigen deel uitmaken van een ondersteuningsteam, zal de samenstelling pluridisciplinair zijn. In geval de federale overheid initiatieven neemt ter ondersteuning van de thuiszorg, zal hieromtrent overleg gepleegd worden. De Vlaamse Gemeenschap kan financieel bijdragen in de loon- en werkingslast van een palliatieve deskundige onder bepaalde voorwaarden :

a° er wordt een protocol voorgelegd tussen een samenwerkingsinitiatief of groep van samenwerkingsinitiatieven en een aantal ziekenhuizen en RVT's (min. 2) in het betrokken werkingsgebied.

In dit protocol worden ondermeer de uitwisseling van medische en andere informatie rond de terminale patiënt, de begeleiding van de patiënt van de ene naar de andere zorgsituatie en een permanent overleg verzekerd ;

b° de palliatieve deskundige(n) wordt in onderling overleg binnen het samenwerkingsinitiatief of de betrokken samenwerkingsinitiatieven aangesteld. Hij moet een bijzondere opleiding in palliatieve zorg gevolgd hebben ;

c° de opdracht van de palliatieve deskundige(n) is :

- palliatieve zorg in thuissituaties aanmoedigen, zowel bij de bevolking als bij de instellingen en de thuisverzorgingsdiensten ;
- samenwerking tussen samenwerkingsinitiatieven en instellingen en andere initiatieven in de regio ondersteunen (permanent overleg) en verder uitbouwen ;
- aanvullende en begeleidende rol t.o.v. de hulpverleners (advies, consult) bij probleempatiënten en dit op zowel technisch als psychosociaal vlak ;
- advies bij verwijzing van de patiënt naar huis of naar een residentiële eenheid ;
- eventuele begeleiding van de terminale patiënt in speciale gevallen
- psyche-emotionele ondersteuning van hulpverleners ;
- aanmoedigen van hulpverleners tot het volgen van bijscholing, verschaffen van algemene informatie inzake palliatieve zorg aan de leden van de samenwerkingsinitiatieven.

Vanuit de Vlaamse Gemeenschap kan een subsidie voor een palliatieve deskundige verwacht worden. De algemene uitgavenbegroting van de Vlaamse Gemeenschap zal hier toe herschikt worden. De aanvraag kan ingediend worden door een erkend samenwerkingsinitiatief of groep van samenwerkingsinitiatieven.

In regio's waar dergelijk initiatief niet bestaat, kan de aanvraag van een ander samenwerkingsverband dat reeds werkzaam is op het vlak van palliatieve zorg onderzocht worden.

- 6) Aan de erkende samenwerkingsinitiatieven zal jaarlijks een subsidie van 100.000 fr. uitgekeerd worden op voorwaarde dat :

- aan de bevolking informatie verschaft wordt omtrent de mogelijkheden inzake palliatieve thuiszorg ;
- de bijscholing van de hulpverleners en vrijwilligers aangemoedigd wordt door deze hetzij zelf te organiseren samen met de palliatieve deskundige, hetzij financieel tussen te komen in de kosten voor het volgen van een cursus ;
- de coördinatie van gezinsondersteunende voorzieningen of dienstverlening bevorderd wordt.

- 7) De Vlaamse Federatie voor Palliatieve Zorg zal de opdracht krijgen een algemeen en beroepsspecifiek vormingsaanbod te organiseren ten behoeve van de onderscheiden beroepsgroepen. De Federatie zal, onder meer met het oog op de opleiding van de consultants, samenwerken met de betrokken beroepsfederaties en beroepsspecifieke vormingscentra of -organisaties. Deze kunnen een subsidie ontvangen ondermeer in functie van het aantal bereikte cursisten en het aantal aangeboden lesuren en dit met het doel de vorming voor de geïnteresseerde hulpverleners betaalbaar te maken.

De Hoge Raad voor Thuiszorg zal vooraf de minimale inhoud van de beroepsspecifieke modules bepalen in overleg met deskundigen terzake.

- 8) De vrijwilligers hebben een belangrijke ondersteunende rol te vervullen, zowel bij de intramurale als extramurale voorzieningen. Vrijwilligersorganisaties die zich toeleggen op de recrutering, vorming en begeleiding van vrijwilligers in de palliatieve zorg, zullen binnen het kader van het decreet inzake het georganiseerd vrijwilligerswerk in de welzijns- en gezondheidssector een bijzondere aandacht krijgen.

Voor het gehele pakket van bijzondere maatregelen ter bevordering van de palliatieve zorg zal in 1994 een budget van 43.500.000 fr. ter beschikking gesteld worden.

HOOFDSTUK 6 – ALTERNATIEVE OPVANGVORMENVOOR OUDEREN

INLEIDING

„Eclatante experimenten” inzake de zorgvoorzieningen en de arbeidsparticipatie moeten de nodige zuurstof krijgen om hun waarde te bewijzen.

Wat de zorg betreft onderschrijf ik de keuze voor mantelzorg en voor de uitbouw van ambulante zorg vanuit de bestaande voorzieningen op een niet concurrentiële wijze. Mantelzorg en ambulante zorg zullen als een integrerend deel van de totale zorg moeten worden uitgebouwd.

De verscheidene zorgsystemen in elkaar laten vloeien is hierbij expliciet het uitgangspunt. Experimenten zoals we dit jaar gestart zijn, vb. pleegzorg voor ouderen, moeten vermenigvuldigd worden. Niet alles moet daarbij onmiddellijk in reglementeringen worden omgezet. Reglementering mist immers al te vaak flexibiliteit. Innoverende initiatieven moeten groeikansen krijgen en niet te vroeg in een reglementair keurslijf gewrongen worden. Toch kunnen experimenten niet eindeloos ondersteund worden. Er moeten daarom duidelijke afspraken rond de looptijd, de kost en het resultaat gemaakt worden.

1. De ouderenoppas of de ouderengezelschapsdienst

De bejaardenoppas kan de mantelzorg ondersteunen en de professionele thuiszorg aanvullen. Het is in de eerste plaats een vrijwilligerswerking die thuisoppas bij zorgenbehoevende ouderen, gehandicapten en zieken organiseert.

Onder „oppassen” moet het volgende verstaan worden : een praatje maken, voorlezen, helpen bij het eten, hulp bij verplaatsingen, bij het naar het toilet gaan, een wandeling maken, beperkte toediening van medicatie.. .

Bejaardenoppas heeft dus zeker niet de bedoeling zich in de plaats te stellen van de professionele organisaties of diensten. De vrijwilliger is in de eerste plaats „zorgzaam aanwezig”. Door de tussenkomst van dergelijke voorziening wordt de oudere in staat gesteld langer in zijn vertrouwde leefomgeving te verblijven.

Kinderen die hun ouders in de eigen woning opgenomen hebben kunnen dankzij de oppas ook gemakkelijker het huis verlaten voor boodschappen, ontspanning of sociale contacten. Dat maakt de opdracht van de mantelzorg een heel stuk draaglijker.

De oppasdiensten kunnen worden georganiseerd vanuit organisaties die zich zowel professioneel als via vrijwilligers inzetten voor ouderen, gehandicapten en zieken. Dergelijke initiatieven worden nu reeds ondersteund met een facultatieve toelage.

2. Experimenten gezinsopvang

Er dient verder gezocht te worden naar alternatieven die vroegtijdige opvang in collectieve residen-

tiële opvangvormen of hospitalisatie kunnen voorkomen of de terugkeer naar huis kunnen bespoedigen. Meerdere situaties kunnen zich voordoen waarbij de oudere tijdelijk niet alleen kan of wil blijven wonen. Denken we bijvoorbeeld aan de revalidatieperiode na hospitalisatie, de rouwperiode na het verlies van de partner, vereenzaming, lichte verwarring in tijd of ruimte, afnemende zelfredzaamheid voor bepaalde dagelijkse activiteiten, tijdelijk onbeschikbaar zijn van thuishulp, een wachtperiode voor opname in rusthuis of serviceflat...

Opvang in een gastgezin kan voor deze situatie een oplossing bieden. Voor het vinden en selecteren van gezinnen en bejaarden en voor het begeleiden van de gezinsopvang wordt een beroep worden gedaan op allerlei diensten en voorzieningen die ofwel worden geconfronteerd met probleemsituaties van bejaarden ofwel contacten kunnen leggen met gezinnen, bv. ingebouwde centra voor maatschappelijk werk, dienstencentra voor bejaarden, rusthuizen, O.C.M.W.'s, diensten voor gezins- en bejaardenhulp.

In een experimentele fase wordt uitgetest of voor deze formule interesse bestaat. Bij positieve ervaring kan hieruit een reglementering resulteren.

In afwachting zijn er een aantal elementaire afspraken geregeld in een overeenkomst tussen de Vlaamse Gemeenschap en de organisaties die de bemiddeling tussen de oudere en het opvanggezin zullen doen, met daarin afspraken over een onkostenvergoeding aan het gastgezin, een verzekering tegen burgerlijke aansprakelijkheid voor beide partijen, alternatieven voor opvang indien de gezinsopvang vroegtijdig stopt e.d.m. De gezinnen hebben hoofdzakelijk een persoonsgerichte en geen strikt medisch-verzorgende taak. Ze bieden echter meer dan gewoon kost en inwoon : het is een geheel van service en ondersteuning.

Deze formule wordt in haar experimentele fase afgebakend naar kortopvang voor ouderen, waarbij de zwaar zorgbehoevenden worden uitgesloten. De kortopvang is niet strikt interpreteerbaar ; het kan gaan om dagopvang, nachtopvang, dag- en nachtopvang e.a. gedurende enkele weken of maanden. In een volgende fase kan gewerkt worden met een permanent karakter van de opvang.

Het experiment put eveneens uit de ervaringen die er zijn op het vlak van de opvang in gezinnen van psychiatrische patiënten, personen met een handicap en kinderen of jongeren uit de bijzondere jeugdbijstand. Na een positieve evaluatie kan het later ingevoegd worden in de basisreglementering rond pleegzorg. Het voegt een mogelijkheid toe aan het gamma van opvanggezinnen.

3. Het begeleid zelfstandig wonen

Een aantal ouderen woont samen in een huis, onder begeleiding. Zij verdelen onder elkaar de dagelijkse gezins- en huishoudelijke taken. De zelfzorg wordt maximaal aangemoedigd en een aantal activiteiten bieden zich, door deze manier van zorg verlenen, spontaan aan. De bewoners maken zelf hun bed op, doen boodschappen, helpen bij de

bereiding van de maaltijden, het dekken van de tafel, de vaat, ze sluiten zich aan bij een lokale gepensioneerdvereniging.. .

Er kunnen zich problemen voordoen wanneer de mentale of fysieke conditie van de bewoner dermate achteruitgaat dat hij/zij dient te worden overgeplaatst naar een instelling. Deze problematiek tracht men via een intensieve psyche-sociale begeleiding van zowel de oudere als, in voorkomend geval, van de familieleden, te ondervangen. Een algemene vaststelling lijkt dat het spontaan oefenen van sociale vaardigheden de conditie van mensen langer op peil houdt dan de (eventueel) vereenzamende omgeving van een rusthuiskamer.

Deze nieuwe opvangvorm is in essentie zo verschillend van de rusthuizen dat hier nieuwe maatstaven, normen en doelstellingen moeten worden bepaald. Het biedt geen oplossing om deze woonvorm als een soort rusthuis te gaan bekijken.

4. Personenalarmtoestellen

Aan O.C.M.W.'s en ziekenfondsen wordt sinds een vijftal jaren een tussenkomst van 20.000 fr. verleend voor de aanschaf van een alarmtoestel. De kostprijs van de aankoop kan worden geraamd tussen de 30.000 en 35.000 fr. per toestel.

Deze toestellen worden door het plaatselijke O.C.M.W. of ziekenfonds gepromoot. Het systeem doet een beroep op het natuurlijke sociale weefsel rond de oudere : familie, bureu. Het bevordert in belangrijke mate de zelfstandigheid van de alleenwonende oudere. Het verhoogt niet alleen het veiligheidsgevoel, het biedt ook bijna 100 % de garantie van een respons indien de senior zich in een noodsituatie zou bevinden. Daarbij komt dat het systeem relatief goedkoop is, zowel in aankoop, als in huur en gebruik.

Tot nog toe wordt nog maar een fractie van de potentiële gebruikers bereikt. Bovendien beschikt men momenteel niet over een evaluatieinstrument. In welke mate en door wie wordt van deze mogelijkheid gebruik gemaakt ? Welke zijn de gehanteerde toewijzingscriteria ? Wat is de kostprijs ? Hoe beoordeelt de senior zelf deze toestellen ?

In de loop van 1993 is een bevraging georganiseerd bij de firma's die deze toestellen verdelen en de O.C.M.W.'s en ziekenfondsen die reeds toelagen verkregen hebben om zich dergelijke toestellen aan te schaffen. Uit de eerste resultaten blijkt dat er nog een grote onbeantwoorde behoefte bestaat. Deze systemen zouden ook beter gepromoot kunnen worden in de media door optimaal gebruik te maken van de beschikbare marketingtechnieken.

Ook allerhande nieuwe multi-media-communicatiesystemen moeten onderzocht worden om al dan niet aangewend te worden als een instrument om de autonomie van de oudere te verhogen. Van 1987 tot en met 1993 werden 3100 toestellen door de Vlaamse Gemeenschap gesubsidieerd.

5. De kortopvang

Dit is de opvang van de oudere in een rusthuissteking, gedurende een afgebakende periode. De redenen van een tijdelijke opname zijn bijna uitsluitend te zoeken in de mantelzorg. Kortopvang biedt een uitkomst wanneer de mantelzorger voor een bepaalde periode niet in staat is voor de inwonende of in de nabijheid wonende oudere in te staan.

Onder kortopvang kan een heel gamma van opvangvormen begrepen worden : de nachtopvang, weekendopvang, vakantieopvang, crisisopvang enz.

De kortopvang komt tegemoet aan de wens van meer en meer mantelzorgers om nu en dan bevrijd te worden van het zorgen voor een hulpbehoevende oudere. Daardoor kan de mantelzorg humaner en bereikbaarder worden voor meer mensen. De zorgbereidheid van de gezinnen is niet afgenomen, maar er moet rekening gehouden worden met de veranderingen die zich in het gezin hebben doorgezet. Deze en andere voorzieningen moeten deze mensen in staat stellen een naar hun persoonlijke normen acceptabel sociaal en persoonlijk leven te leiden.

Actieprogramma voor de alternatieve voorzieningen

cl Ouderenoppas of ouderengezelschapsdienst

Bejaardenoppas biedt als vrijwilligerswerking een ondersteuning van de mantelzorg en een aanvulling van de professionele thuiszorg. De oppasdiensten kunnen worden georganiseerd vanuit organisaties die zich zowel professioneel als via vrijwilligers inzetten voor ouderen, personen met een handicap en/of zieken.

☐ Gezinsopvang

Aan de hand van een beperkt aantal experimenten moet blijken of deze opvangvorm aan een reële vraag beantwoordt en of er vanwege de opvanggezinnen voldoende interesse bestaat.

cd Begeleid zelfstandig wonen

Begeleid zelfstandig wonen kan de zelfzorg maximaal aanmoedigen. Aangezien deze opvangvorm erg verschillend is van de opvang in rusthuizen, moeten hier nieuwe maatstaven, normen en doelstellingen worden bepaald.

☐ Personenalarmtoestellen

Het gebruik van deze toestellen dient aangemoedigd. Het personenalarmsysteem bevordert in belangrijke mate de zelfstandigheid van de alleenwonende oudere.

☐ Kortopvang

Kortopvang biedt een uitkomst wanneer de mantelzorgers voor een bepaalde periode niet in staat zijn om voor de inwonende of in de nabijheid wonende oudere in te staan. Het organiseren van kortopvang binnen of vanuit een rusthuis dient te worden aangemoedigd.

HOOFDSTUK 7 – DE NIEUWE FINANCIERING VAN DE ZORGINFRASTRUCTUUR.

1. Het Vlaams Infrastructuurfonds voor persoonsgebonden aangelegenheden : VIPA

Doelstelling : Vereenvoudiging en inkorten van goedkeuringsprocedure met grotere verantwoordelijkheid t.o.v. de inrichtende macht.

Heel wat kritiek werd geformuleerd op het klassieke subsidiëringssysteem omtrent de traagheid in de procedures waardoor het vaak jarenlang duurde vooraleer een project kon worden afgerond. Men moet er natuurlijk rekening mee houden dat een veelheid aan factoren meespeelt die de subsidiërende overheid zelf niet in de hand heeft. Soms zijn er ook problemen bij de instellingen zelf die hun plannen tussentijds willen wijzigen, of bij de aannemers die de werken uitvoeren. Aan een aantal factoren kan echter wel worden gesleuteld zoals een vereenvoudiging en een grotere uniformiteit van de procedure, alsook een betere opvolging van dossiers.

Om hieraan zoveel mogelijk tegemoet te komen, werd een concept uitgewerkt om te komen tot een nieuwe financiering, gelijk voor alle persoonsgebonden aangelegenheden.

De uitgangspunten voor het nieuwe investeringsbeleid zijn : responsabilisering, transparantie, vereenvoudiging, beheersbaarheid en gewaarborgde afhandeling.

Het decreet inzake de infrastructuur voor persoonsgebonden aangelegenheden en haar uitvoeringsbesluiten regelen in essentie het volgende :

1. Op de eerste plaats wordt het toepassingsgebied uitgebreid tot alle initiatieven in de persoonsgebonden aangelegenheden. Vandaar de naam 'Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden' of VIPA.

In concreto betekent dit dat niet alleen alle tegemoetkomingen van het Fonds voor de Bouw van de Ziekenhuizen en Medisch-Sociale Instellingen onder toepassing vallen van dit decreet, maar ook investeringsstoelagen voor kinderdagverblijven en de gezondheidscentra.

De uitbreiding tot de totaliteit van de persoonsgebonden aangelegenheden laat toe de subsidiëring van de infrastructuur op een uniforme wijze te regelen voor alle sectoren.

2. Er wordt een nieuw begrippenkader gedefinieerd. De uniforme definities zijn noodzakelijk om in elke sector op een identieke wijze de procedure toe te passen en aldus de rechtszekerheid te verhogen voor de beneficianten.
3. Het voorgestelde afhandelingsmodel komt hierop neer :

De subsidiebelofte vormt de eerste stap. Het behelst de goedkeuring van een masterplan waarin de globaliteit van de bouwwerken en de geplande fasering in de uitvoering worden voorgesteld. De subsidiebelofte is een principiële

verbintenis t.a.v. de initiatiefnemer om een investeringssubsidie toe te kennen van de overheid en houdt het engagement in dat deze infrastructuur onder de gestelde voorwaarden zal worden gesubsidieerd.

De subsidiebelofte is de samenvoeging van de principiële belofte en de goedkeuring van het voorontwerp. Een subsidiebelofte kan een nieuwbouw betreffen, uitbreidings- of verbouwingswerken of medische uitrusting. Elke subsidiebelofte wordt gevolgd door ten hoogste 4 subsidiebeslissingen omdat bouw-, uitbreidings- of verbouwingsdossiers worden opgesplitst in ten hoogste 4 pakketten.

De daarop volgende stap in de procedure is de subsidiebeslissing. Dit is de formele vastlegging van 1 of meerdere van de 4 pakketten die met de subsidiebelofte verbonden zijn.

Deze 4 pakketten omvatten respectievelijk alle loten van ruwbouw (1), de technische uitrusting (2), de afwerking (3) en de meubilering (4). Op vraag en onder bepaalde voorwaarden wordt de waarborg voor het saldo verleend.

Er is dus geen opsplitsing meer in een oneindig aantal loten. Dit betekent dat er per dossier grotere bedragen worden vastgelegd. Binnen de grenzen van een constante begroting betekent dit dat per jaar minder instellingen kunnen worden afgehandeld. Doch, eens een subsidiebeslissing is genomen, zullen de bouwwerken sneller kunnen vorderen en niet meer worden vertraagd door een lotsgewijze beslissing tot vastlegging.

Tot slot volgt de uitbetaling van de subsidie.

Elke subsidiebeslissing geeft aanleiding tot drie uitbetalingsmomenten van de investeringssubsidie :

- * bij de aanvang van de werken ;
- * als de werken dusdanig gevorderd zijn dat een belangrijk deel van het werk is uitgevoerd ;
- * een derde schijf bij verdere vordering.

Het saldo wordt uitbetaald na de goedkeuring van het werk door de functioneel bevoegde administratie en door de administratie die bevoegd is voor de gesubsidieerde infrastructuur.

Deze methode wordt reeds in gelijkaardige bouwdoossiers gehanteerd. Het is de bedoeling overbruggingskredieten te vermijden bij de initiatiefnemers door een gunstig evenwicht tussen voorfinanciering en controle op de uitgevoerde werken, gekoppeld aan de nieuwe waarborgregeling .

De vermindering van het aantal procedurestappen en de juridische waarde die wordt gehecht aan de subsidiebelofte vormen de belangrijkste pluspunten van het nieuwe ontwerp van decreet.

4. Daarnaast wordt voorgesteld een vaste investeringssubsidie in te voeren. Dit is een forfaitair

bedrag, gerelateerd aan de soort voorziening en de capaciteit.

Bij nieuwbouw wordt deze formule voorgesteld voor alle sectoren.

Voor verbouwingswerken wordt een maximale investeringssubsidie van 75 % van de kostprijs voor nieuwbouw voorgesteld.

Voor uitbreidingswerken kan een vaste investeringssubsidie in alle sectoren worden gehanteerd, behalve voor de ziekenhuizen. Voor deze sector worden uit de administratieve praktijk gegroeide parameters voorgesteld die verwijzen naar een vast bedrag per vierkante meter gekoppeld aan een maximale oppervlakte.

De omvang van de vaste investeringssubsidie per sector is berekend op basis van opgedane ervaring en een betrouwbare simulatie van de effecten van het nieuwe systeem.

Tot daar de belangrijkste wijzigingen die het VIPA-decreet en haar uitvoeringsbesluiten bevatten in vergelijking met de bestaande situatie.

2. Het BEVAK project

De uitwerking van het BEVAK-project vindt u terug in deel 3 (het zorgenbeleid), hoofdstuk 3 (de semi-residentiële voorzieningen), paragraaf 7 (de alternatieve financiering en BEVAK) van dit document.

TOT SLOT...

Uit deze beleidsbrief moet duidelijk blijken dat de aandacht van de Vlaamse Gemeenschap in de eerste plaats uitgaat naar alle ouderen en in het bijzonder naar de zwaksten onder hen, de verzorgingsbehoevende ouderen. Het eerste spoor dat we willen volgen betreft de basiszorg die in voldoende mate aanwezig en bereikbaar moet zijn voor iedereen die er volgens objectieveerbare criteria aanspraak op kan maken.

Het zwaartepunt van de zorgverlening wordt verlegd naar de thuiszorg, waar zelfzorg, mantelzorg, vrijwilligerswerk en professionele hulpverlening op een harmonieuze wijze de handen in elkaar dienen te slaan.

De residentiële zorg is in de eerste plaats voorbehouden aan de (zwaar) zorgbehoevende ouderen. Tussen de thuiszorg en de residentiële zorg worden verschillende hulpverleningsechelons geschoven die allemaal de ondersteuning van de oudere zelf of van zijn zorgverleners op het oog hebben.

Het tweede spoor dat we uittekenden moet leiden tot meer participatie van de oudere in onze samenleving. Het gaat om het ethische principe dat in onze samenleving niemand mag worden uitgestoten, noch wegens geslacht of ras, noch wegens zijn leeftijd.

Als rode draad doorheen deze beleidsbrief loopt het zelfbeschikkingsrecht van de oudere, als groep en als individu.

In dit document is geprobeerd een zo eerlijk mogelijk overzicht te geven van het bestaande maatschappelijke denken, de bestaande dienstverlening en de zorgverstrekking ten aanzien van de ouderen. Er wordt niet geaarzeld om hier en daar vraagtekens te plaatsen bij bepaalde fenomenen en ontwikkelingen, om vandaaruit perspectieven te bieden.

Een aanzet geven tot een vernieuwend denken rond oud worden, de ouderdomsbeleving en de ouderenzorg vormt de basis van het beleid voor de komende 10 jaar.

Sommige standpunten, stellingen, conclusies en voorstellen lijken misschien verrassend, soms zelfs ongebruikelijk, maar als ze de dialoog op gang brengen, een aanzet geven tot grensverleggend onderzoek, tot nieuwe initiatieven via experimenten, tot een nieuw creatief denken rond ouder worden, tot een andere maatschappelijke attitude aangaande de zin van het oud-zijn, dan hebben ze reeds ten dele hun doel bereikt. Dit document heeft ook niet de ambitie een wetenschappelijk werk te zijn. Ofschoon gewaakt is over de nauwkeurigheid van het cijfermateriaal en de degelijkheid van de literatuurbronnen, is dit maar een middel om het uiteindelijke doel te bereiken : een mobilisatie van de samenleving, in het bijzonder van de ouderen zelf, de zorgverlenende instanties, de professionele en informele hulpverleners, de beleidsorganen en verantwoordelijken, om zich te bevragen en initiatieven te nemen die het welzijn van de ouderen beogen.

De beleidsbrief die nu voorligt is ook een eerste opvolging, vertaling en concretisering van een aantal congresideeën.

We gaan verder met dit werk, want het is nu dat we onze verantwoordelijkheid moeten nemen voor de ouderen van morgen". Laat ik het formuleren in de slagzin : „ouder worden is de toekomst”.

Deze beleidsbrief is tenslotte een uitdrukkelijke uitnodiging aan de ouderen zelf en hun verenigingen, aan de hele hulp- en zorgverlenende sector en aan de beleidsverantwoordelijken op elk niveau, om initiatieven te ontwikkelen, om positieve acties ten aanzien van de ouderen te ondernemen.

Dergelijke initiatieven zullen kunnen rekenen op de steun en medewerking van de Vlaamse minister van Welzijn.

OVERZICHT VAN DE TABELLEN EN FIGUREN

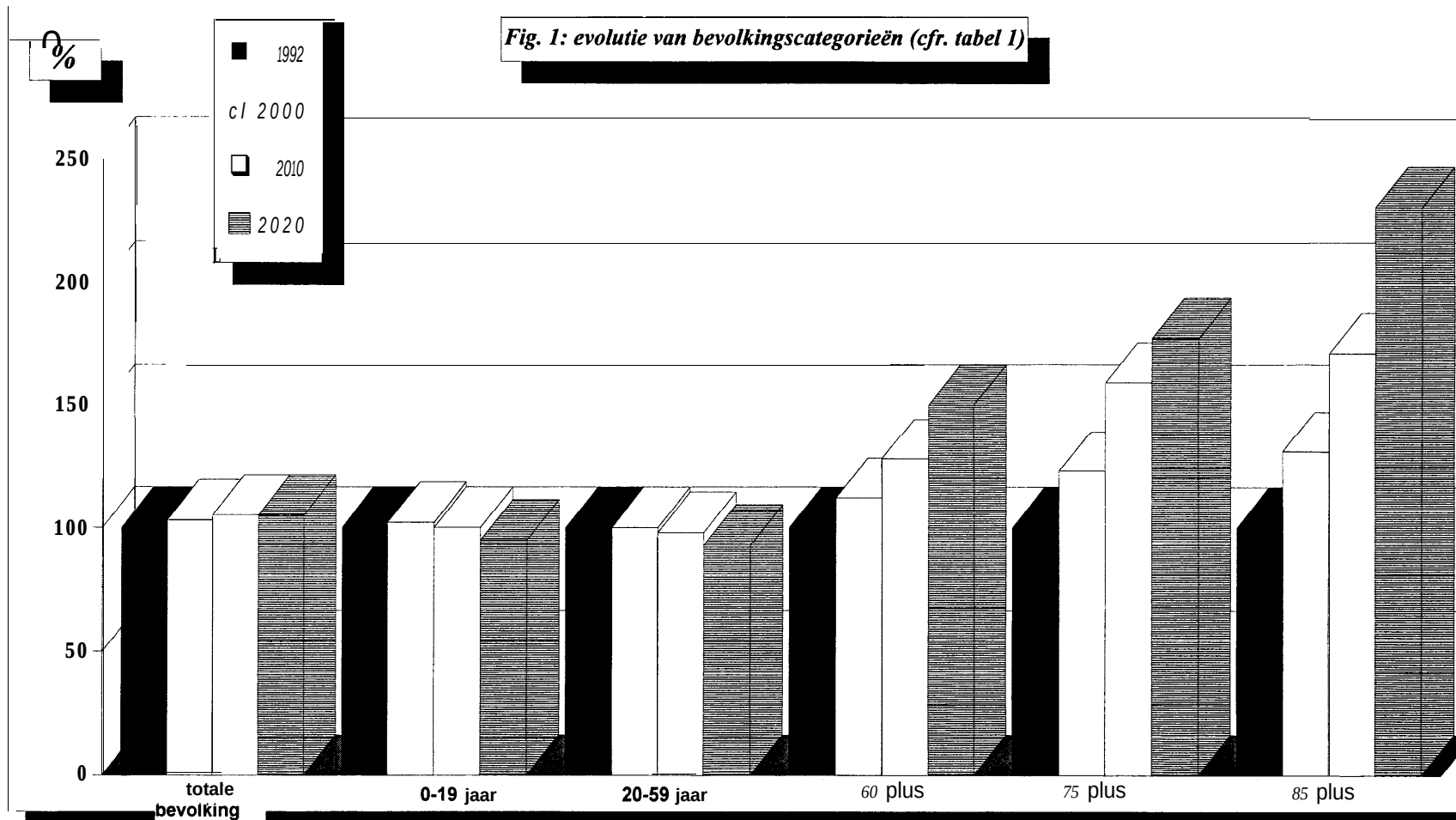
- Tabel 1 : De ontwikkeling van de bevolking in Vlaanderen naar een aantal leeftijdscategorieën, volgens het centrale scenario van het NIS (cfr. Fig. 1)
- Tabel 2 : Evolutie van de ouderenpopulatie in Vlaanderen rekening houdende met een hogere levensverwachting (cfr. Fig. 2)
- Tabel 3 : De evolutie van de ouderenpopulatie in Vlaanderen op basis van de leeftijd waarop men gemiddeld nog 10 jaar te leven heeft
- Tabel 4 : Verschil in aantal ouderen, naargelang het scenario
- Tabel 5 : Enkele verouderingscoëfficiënten per arrondissement in 1992 (cfr. Fig. 3)
- Tabel 6 : De geslachtsverhouding onder de bevolking van 60 jaar en ouder in Vlaanderen : (1.1.1992) (Cfr. Fig.4)
- Tabel 7 : De verdeling van de 60 plussers in Vlaanderen, naar geslacht en burgerlijke staat (1991)
- Tabel 8 : Vergelijking van de totale kosten per oudere bij thuisverzorging, in een rusthuis, een geriatrische instelling en in een bejaardenwoning (gemiddelde kosten per jaar, 1978)
- Tabel 9 : Evolutie van de zorgbehoefte volgens leeftijd bij patiënten van de Federatie van Wit-Gele Kruisverenigingen
- Tabel 10 : Relatieve kans van patiënten van het Wit-Gele Kruis om in een rusthuis of in een R.V.T opgenomen te worden tegenover de kans op thuisverpleging.
- Tabel 11 : Relatieve kans van patiënten van het Wit-Gele Kruis om een beroep te doen op bejaardenhulp tegenover de kans op thuisverpleging
- Tabel 12 : Relatieve kans van patiënten van het Wit-Gele Kruis om een beroep te doen op bejaardenhulp tegenover de kans op een rusthuisopname
- Tabel 13 : Gebruik van gezins- en bejaardenhulp volgens leeftijd (cfr. Fig. 5)
- Tabel 14 : De kans op het gebruik van thuisverpleging volgens leeftijd (cfr. Fig. 5)
- Tabel 15 : De invulling van het programma van de dienstencentra (cfr. Fig. 6)
- Tabel 16 : De bestaande en geplande dagverzorgingscentra volgens beheersinstantie (cfr. Fig. 7)
- Tabel 17 : De invulling van het programma van verblijfseenheden in dagverzorgingscentra (Fig. 8)
- Tabel 18 : De bestaande en geplande serviceflatgebouwen volgens beheersinstantie (cfr. Fig. 9)
- Tabel 19 : De invulling van het programma van de serviceflats (cfr. Fig. 10)
- Tabel 20 : Bewoners van serviceflats naar geslacht en leeftijd (in %) (cfr. Fig. 11)
- Tabel 21 : Bewoners van serviceflats naar leeftijd en geslacht bij opname (in %)
- Tabel 22 : Procentuele verdeling van het aantal validen, semivaliden en invaliden over de doelgroepen 60-plus en 75-plus (cfr. Fig. 12)
- Tabel 23 : De bestaande en geplande rusthuizen volgens beheersinstantie (cfr. Fig. 13)
- Tabel 24 : De invulling van het programma van de woongelegenheden in rusthuizen (cfr. Fig. 14)
- Tabel 25 : Vergelijking van de ramingen van behoeften aan woongelegenheden in rusthuizen. (cfr. Fig. 15)
- Tabel 26 : De verdeling van de rusthuispopulatie over de RIZIV-categorieën (cfr. Fig. 16)
- Tabel 27 : De invulling van de programmatie voor de verschillende voorzieningen in %. (cfr. Fig. 17)

BIBLIOGRAFIE

- Baert H., De Welzijnszorg in de Vlaamse Gemeenschap. Facetten en standpunten, Garant, 1990.
- Baert H., Vael L., De Welzijnszorg in de Vlaamse Gemeenschap. Toekomstoriëntaties, Kluwer, 1991.
- Cantillon B., Ouderen in Solidariteit, Synthesereferaat van het Vlaams Welzijnscongres 4 december 1993, 1993.
- Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudies, werkgroep bejaarden, Beeldvorming over bejaarden, werknota 1.
- Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudies, werkgroep bejaarden, socio-culturele participatie, werknota 2.
- Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudies, werkgroep bejaarden, huisvesting, werknota 3.
- Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudies, werkgroep bejaarden, belangenbehartiging door de ouderen zelf, werknota 4.
- Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudies, werkgroep bejaarden, ouderdom en mobiliteit, werknota 5.
- Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudies, werkgroep bejaarden, politieke participatie, werknota 6.
- De Jonghe L. en Steel J., Mishandeling van zorgafhankelijke bejaarden in de gezinssituatie, eindverhandeling Sociale Gerontologie V.U.B., 1992-1993.
- Decreet betreffende het georganiseerd vrijwilligerswerk in de welzijns- en gezondheidssector.
- Decreet inzake de Infrastructuur voor Persoonsgebonden Aangelegenheden.
- Demeester W., Beleidsbrief Gezinsbeleid, april 1993.
- Demeester W., Beleidsbrief Gezondheidszorg, maart 1993.
- Demeester W., Financiering van Serviceflats. Een nieuwe benadering, informatiebundel, Kabinet van de Vlaamse minister van Financiën en Begroting, Gezondheidsinstellingen, Welzijn en Gezin, februari 1993.
- Demeester W., Ouderen in Solidariteit, slottoespraak van het Vlaams Welzijnscongres 4 december 1993, 1993.
- Demeester W., Palliatieve Zorgen, slottoespraak van de studiedag 22 september 1993, niet gepubliceerd document, 1993.
- Dooghe G., Vanden Boer L. en Vanderleyden L., De leefsituatie van de bejaarde, C.B.G.S. monografie 1, 1988.
- Dooghe G., Vanderleyden L., De ouder wordende vrouw in de samenleving, C.B.G.S. monografie 3, 1993.
- Dooghe G., Vanden Boer L. en Vanderleyden L., De rusthuizen in Vlaanderen, C.B.G.S. monografie 1, 1990.
- Dooghe G., Vanden Boer L. en Vanderleyden L., 80-plussers : een vergeten groep ?, C.B.G.S. monografie, 1989.
- Federale expertenwerkgroep, palliatieve zorg, niet gepubliceerd document, verslag neergelegd op de interministeriële conferentie dd. 22 februari 1994, 1994.
- Fincioen R., Familiale coping bij chronische ziekte en handicap bij bejaarden, eindverslag project C.M. Dendermonde, 19 ?
- Gutshoven K., Rechten en plichten van bewoners en instellingen in de bejaardenzorg, uit Actuele juridische problemen in de R.V.T.'s en de rusthuizen, vervolgmaatschappij voor Beleid van Verzorgingsinstellingen.
- Hoge Raad voor de Thuiszorg, Overwegingen i.v.m. palliatieve zorg. Beleidsvoorstellen, advies, niet gepubliceerd document, december 1993.
- Hoger Instituut voor de Arbeid, Ondersteuning van de draagkracht van de mantelzorg bij bejaarden, 16 november 1988, Leuven 1988.
- Home Info, tweemaandelijks informatieblad.
- Kaesen W., De serviceflatgebouwen, niet gepubliceerd document, 26 juli 1992, Administratie Gezin en Maatschappelijk Welzijn van de Vlaamse Gemeenschap, 1992.
- Kaesen W., Prognosenota inzake de behoeften aan semiresidentiële voorzieningen voor ouderen, niet gepubliceerd document, 15 december 1993, Administratie Gezin en Maatschappelijk Welzijn van de Vlaamse Gemeenschap, 1993.
- Lakiere H., Welke organisatievormen inzake palliatieve zorg bestaan er in Vlaanderen ?, studiedag Palliatieve Zorg, 1993.
- Lammertyn F., Van Peer C., Verlinden I., De welzijnszorg in de Vlaamse Gemeenschap, Jaarboek 1991, Sociologisch Onderzoeksinstituut K.U. Leuven, april 1992.
- Lammertyn F., De Welzijnszorg in de Vlaamse Gemeenschap. Voorzieningen en Overheidsbeleid, Kluwer, 1990.
- Lembrechts M., De ambulante dienstverlening aan de senioren, niet gepubliceerd document Administratie Gezin en Maatschappelijk Welzijn van de Vlaamse Gemeenschap, 1992.
- Lenssens J., 60-plus perspectief, het ouderenbeleid in de jaren negentig, 21 maart 1990.
- Maes R., Vormingsbehoeften inzake palliatieve zorg, studiedag palliatieve zorg, 1993.
- Mens en Ruimte, Participatie van bejaarden en hun familie in intramurale voorzieningen, Brussel, september 1992.
- Menten J., Wat is palliatieve zorg ?, studiedag palliatieve zorg, 1993.

- Ouderen in Solidariteit, congreswerkboek Vlaams Welzijnscongres, Kluwer, 1993. - Ouderen in Solidariteit, congreswerkmap Vlaams Welzijnscongres, Kluwer, 1993.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal, Ouderen in tel. Beeld en beleid rond ouderen 1990/1994, Nederland, vergaderjaar 1992-1993, 21 814, nr. 16.
- Vanden Boer L., Ouderen straks. Scenario's in het zorgaanbod voor ouderen, C.B.G.S. monografie 1, 1992.
- Vanden Boer L., Zorg voor ouderen in Vlaanderen : nu en straks, Tijdschrift Bevolking en Gezin /2, 1992.
- Van Der Haegen H., Over Sterfte, C.B.G.S. monografie 1, 1991.
- Verté D., Bejaardenadviesraden : een middel tot inspraak voor bejaarden in het gemeentelijk beleid ?, eindverhandeling Sociale Gerontologie V.U.B., 1991-1992.
- Viane-Flore D., Beleidsmatige aspecten in verband met institutionele bejaardenzorg in de Vlaamse Gemeenschap, niet gepubliceerd document, Administratie Gezondheidszorg van de Vlaamse Gemeenschap, 1992.
- Vlaamse regering, Vlaanderen – Europa 2002, Lannoo, 4 januari 1993.
- Werkgroep thuisverzorgers v. z. w . , Thuisgezondheidskrant, driemaandelijks tijdschrift.
- Willems P., Het aantal ouderen in Vlaanderen, twee demografische scenario's, C.B.G.S., niet gepubliceerd document, 1992.

GRAFISCHE VOORSTELLINGEN



Bron : NIS Bevolkingsstatistieken 1992, nr. 3

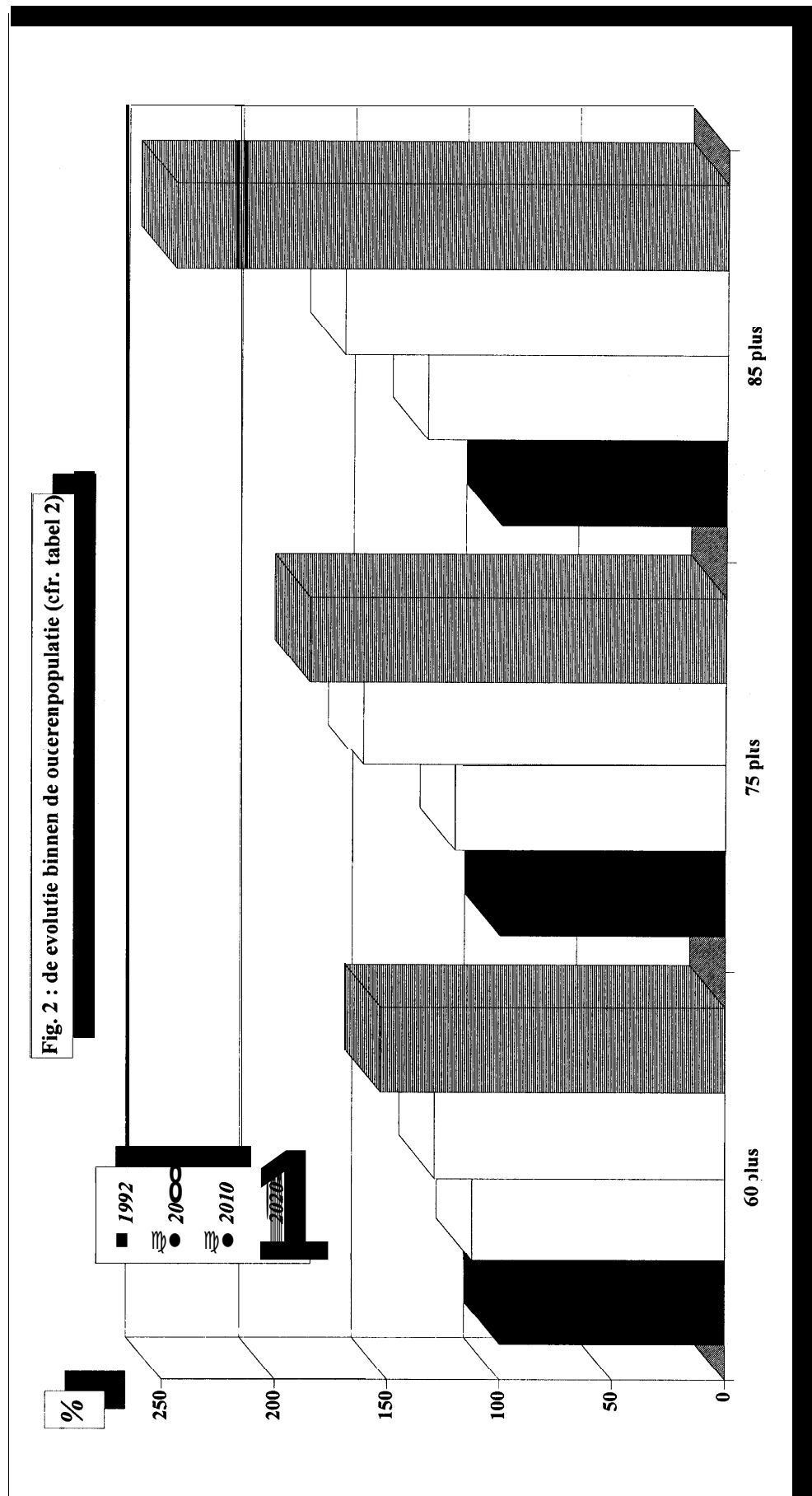
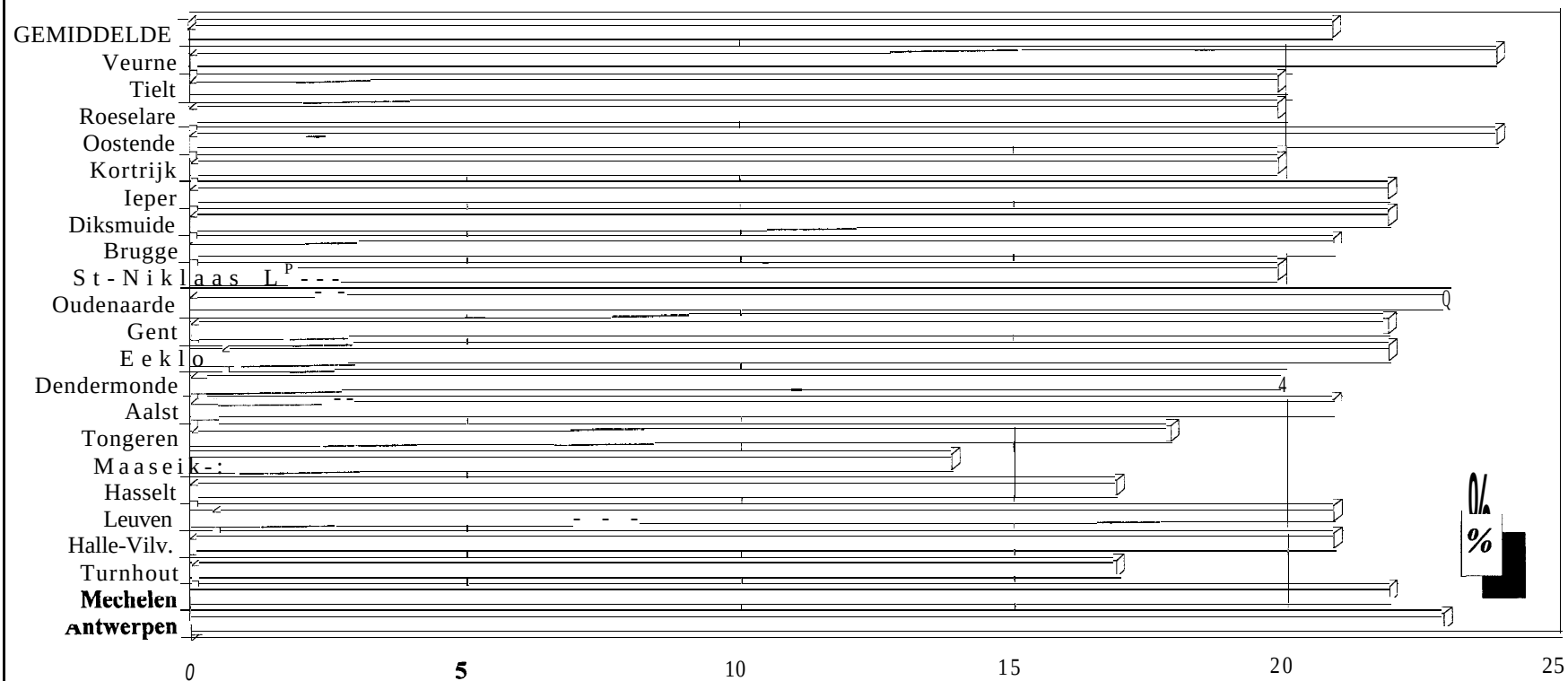


Fig. 3: verouderingscoëfficiënt per arrondissement (cfr. tabel 5)



Bron : NIS Bevolkingsstatistieken 1992, nr.3

Fig. 4 : geslachtsverhouding bij de ouderenpopulatie (cfr. Tabel 6)

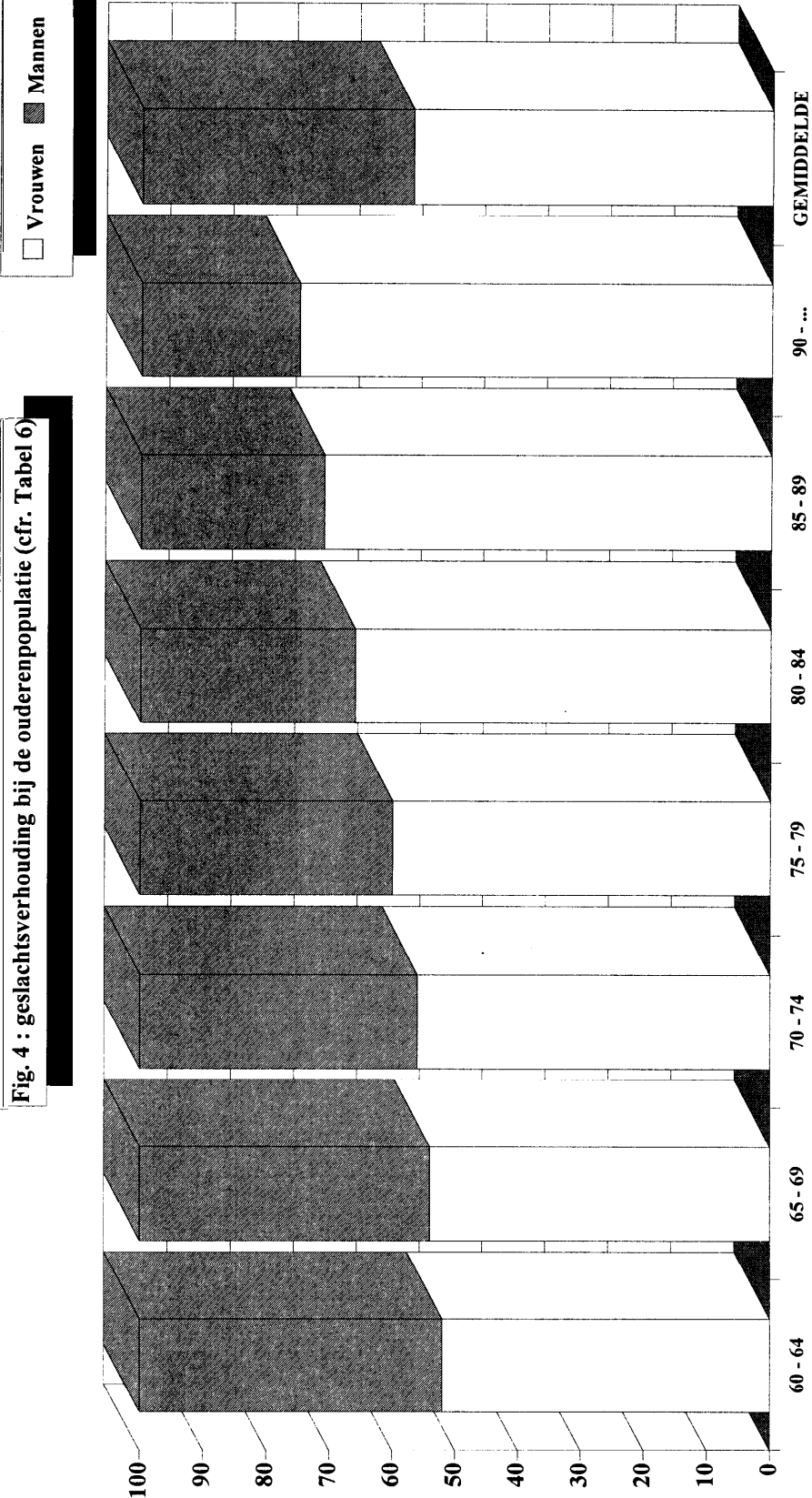
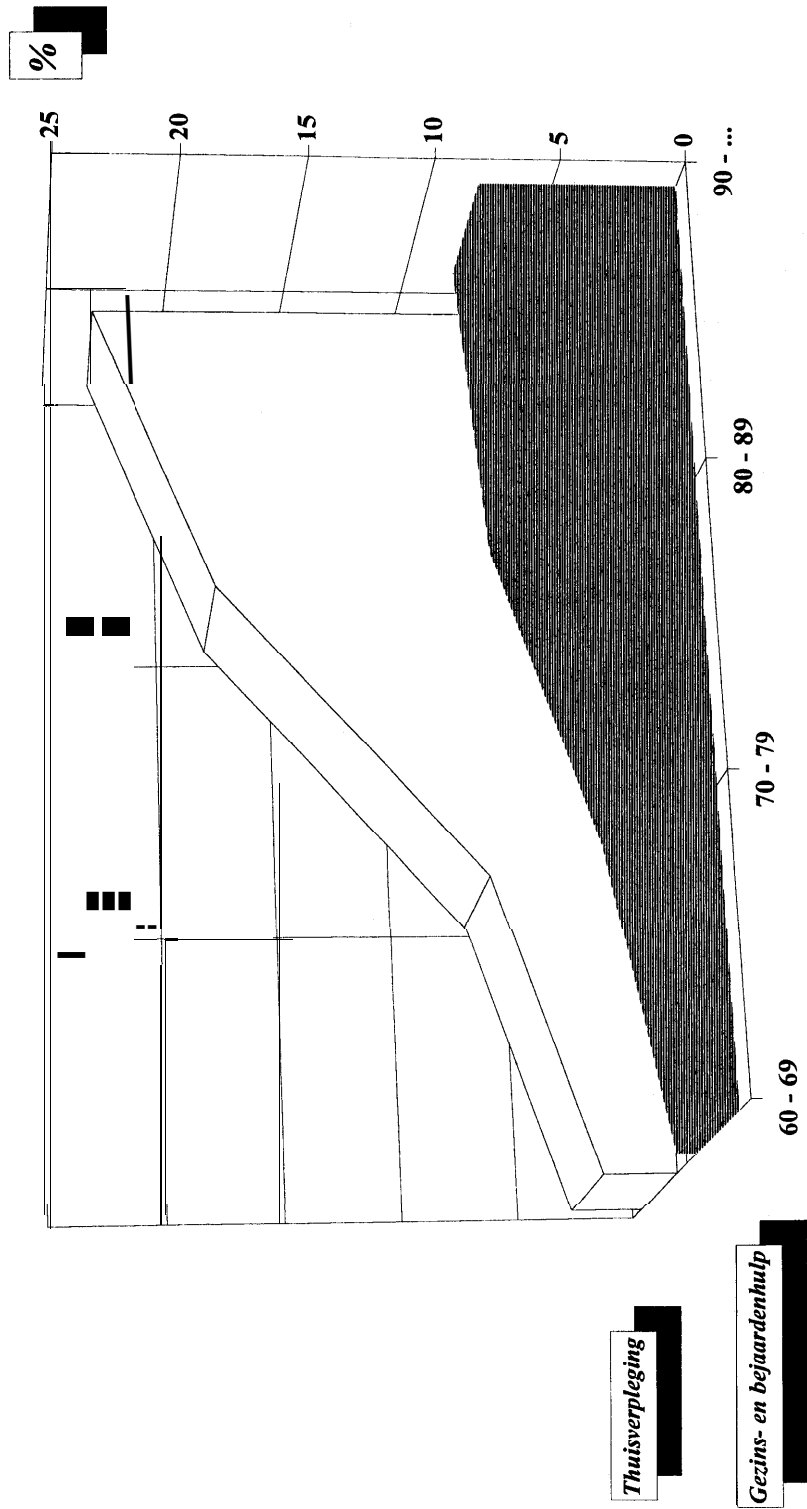
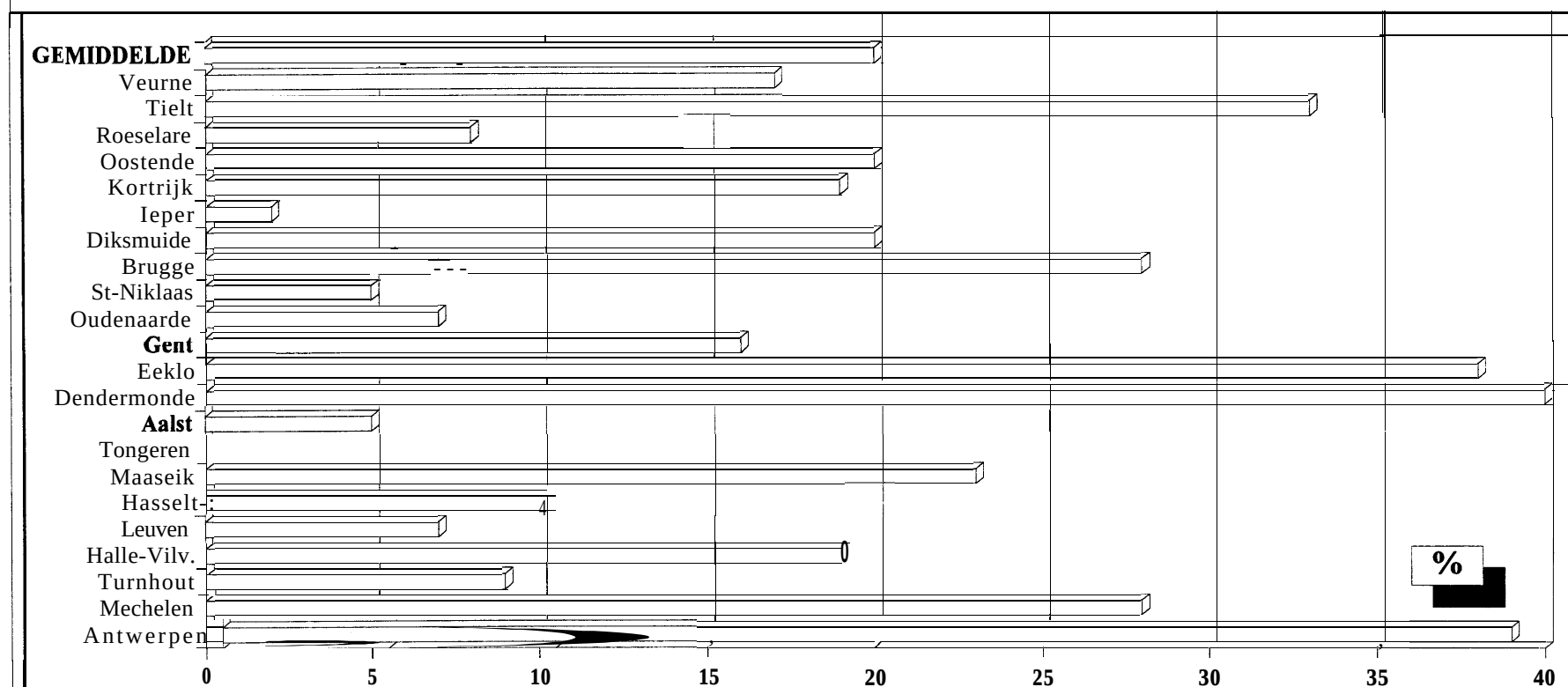


Fig. 5 g n n bejaardenhulp en thu pleging volgen ftiid fr. tab 3 en 14)



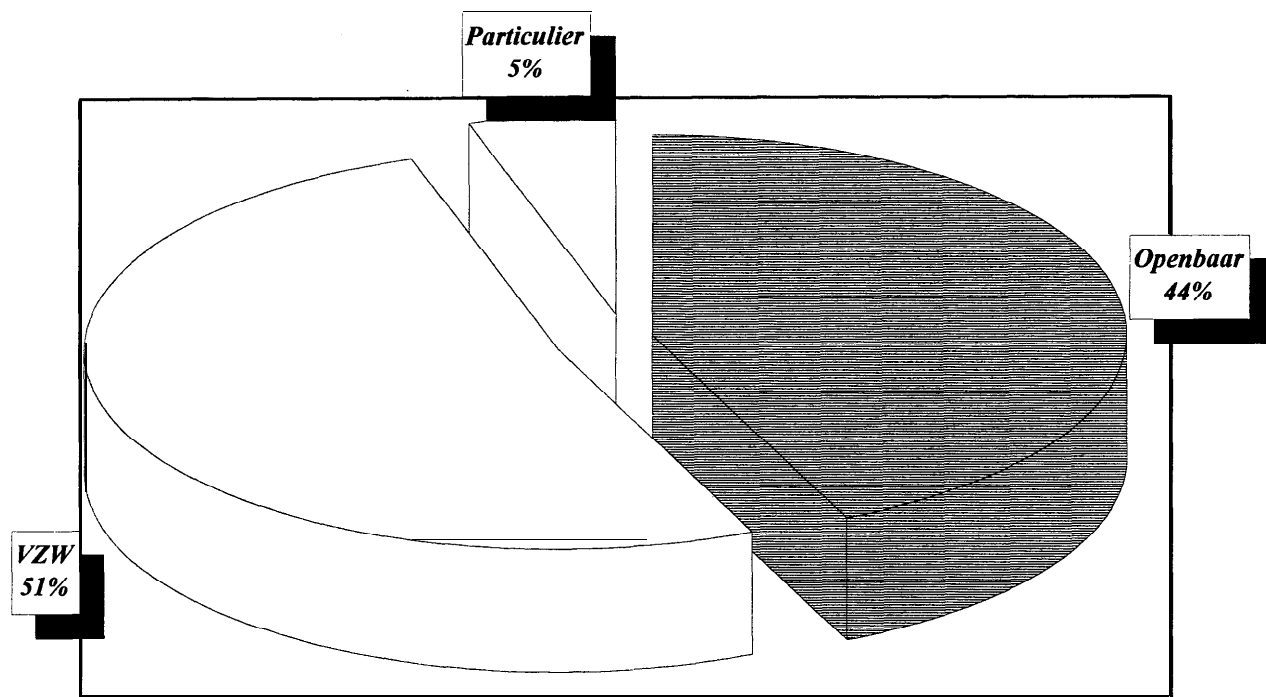
Bron : Nat. Fed. Wit-Gele Kruisverenigingen, 1993

Fig. 6 : invulling van het programma van de dienstencentra (cfr. tabel 15)



Bron : Dienst Bejaardenzorg, 1994.

Fig. 7: bestaande en geplande dagverzorgingscentra volgens beheersinstantie (cfr. tabel 10)



Bron : Dienst Bejaardenzorg, 1994.

Fig. 8 nvulling van h programma vo d b fs nheden in de dagv ging ntra fr. tab

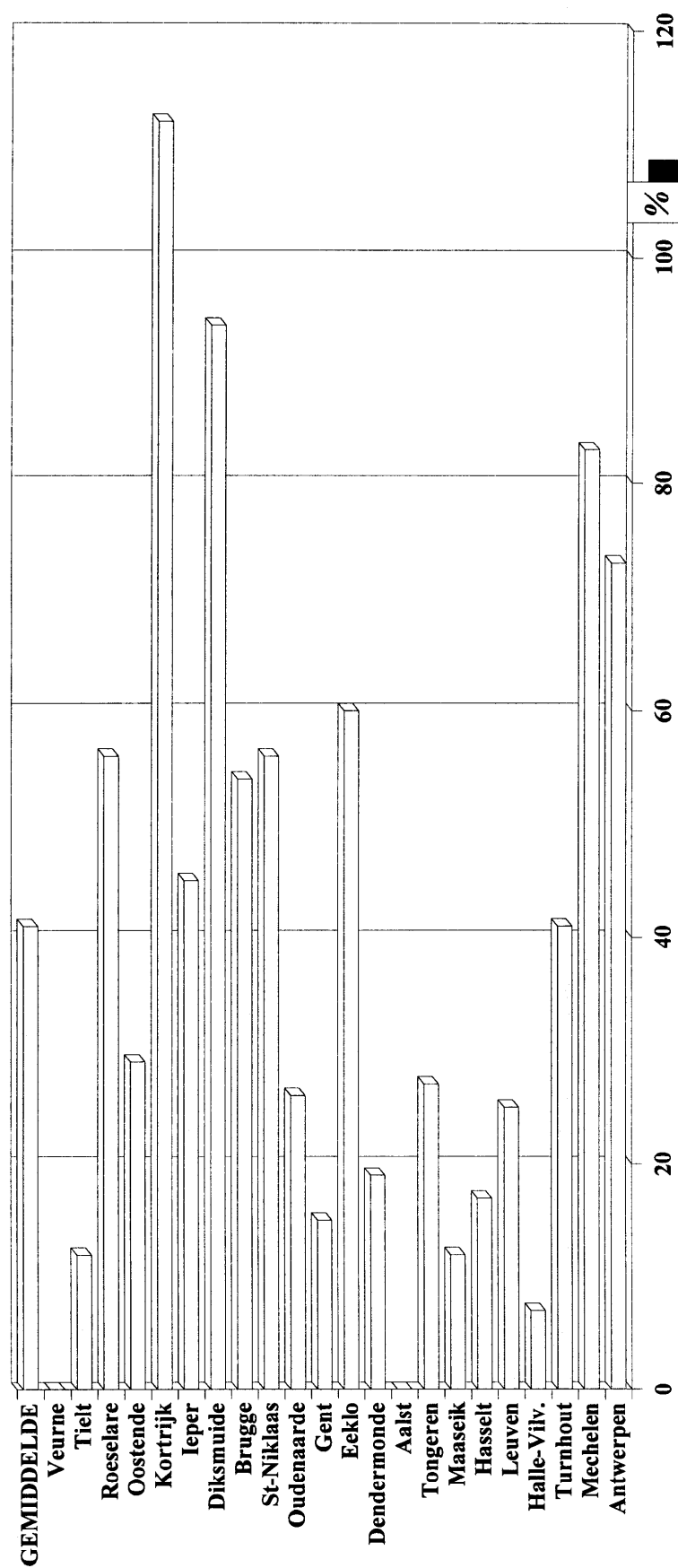
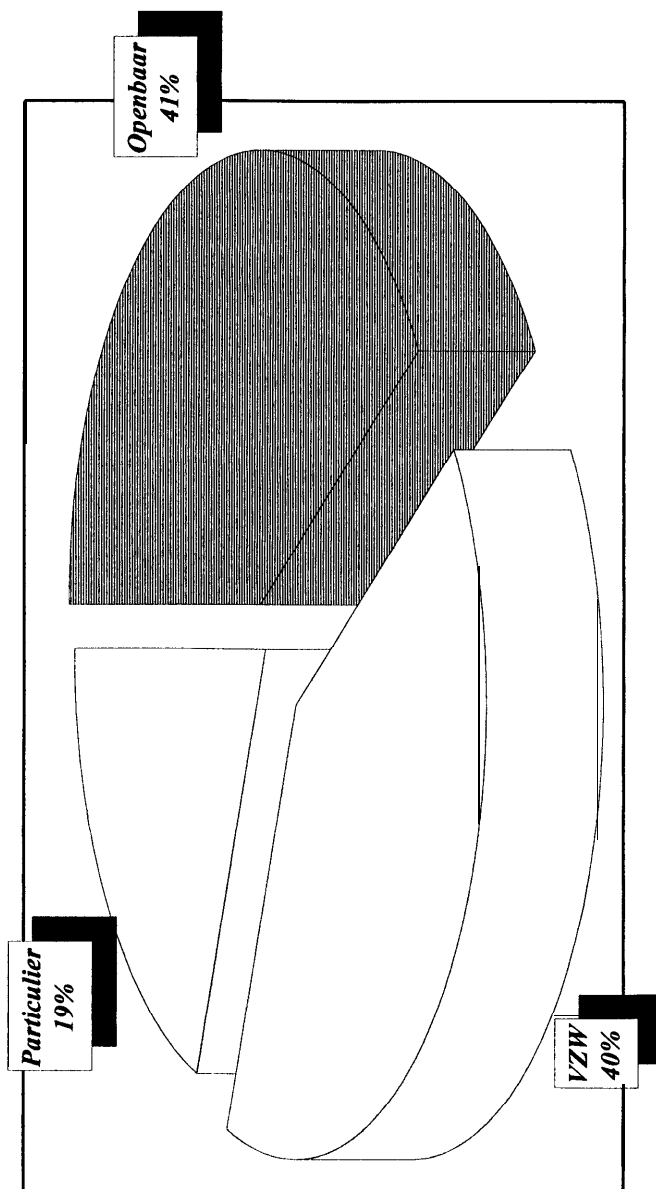


Fig 9 b aand n gepland rv flatgebouwen volgens beh nstan fr. tab 8)



Bron : Dienst Bejaardenzorg, 1994.

Fig. 10 : invulling van het programma voor de wooneenheden in serviceflatgebouwen (cfr. tabel 19)

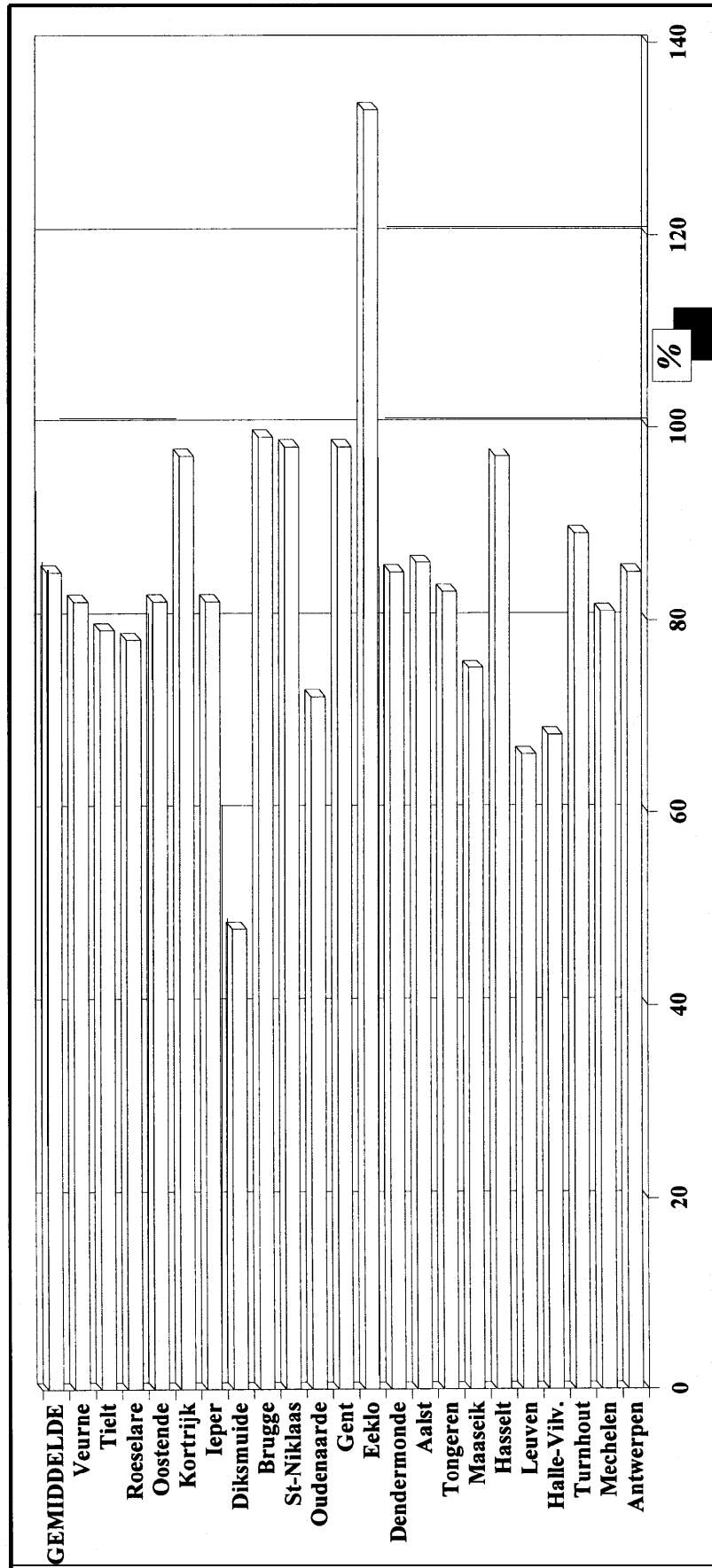
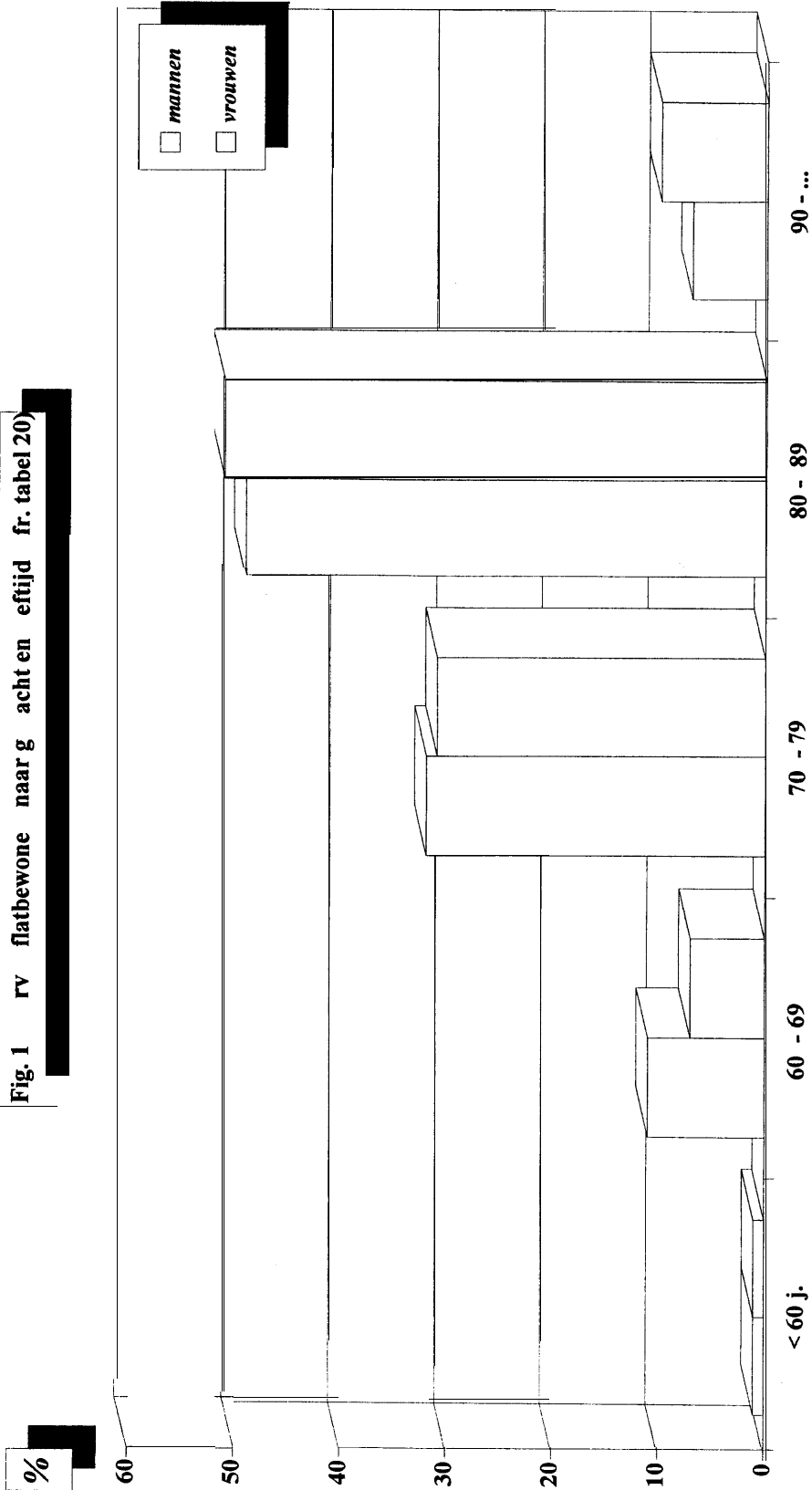
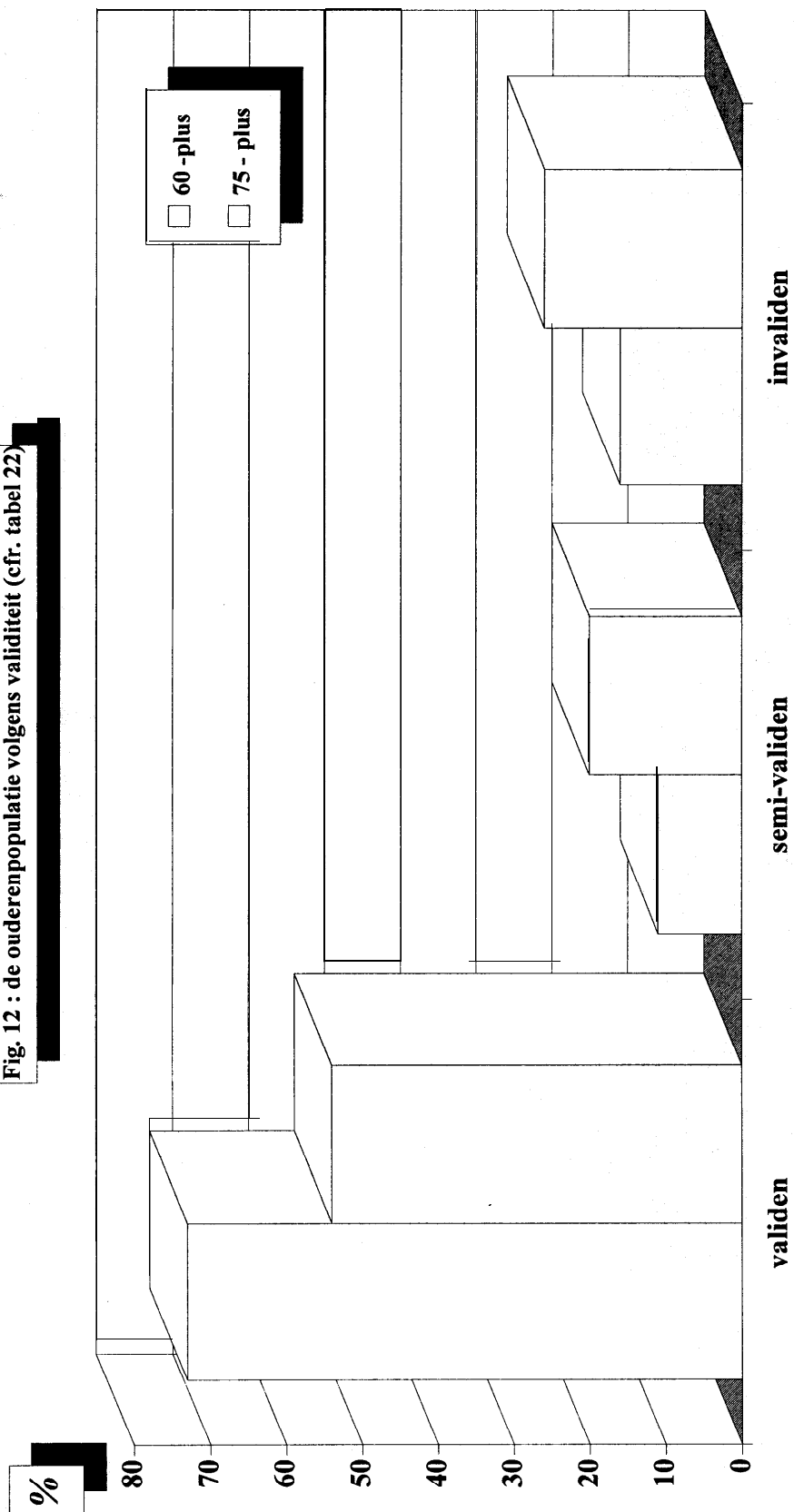


Fig.1 rv flatbewone naar g acht en eftijd fr. tabel 20)



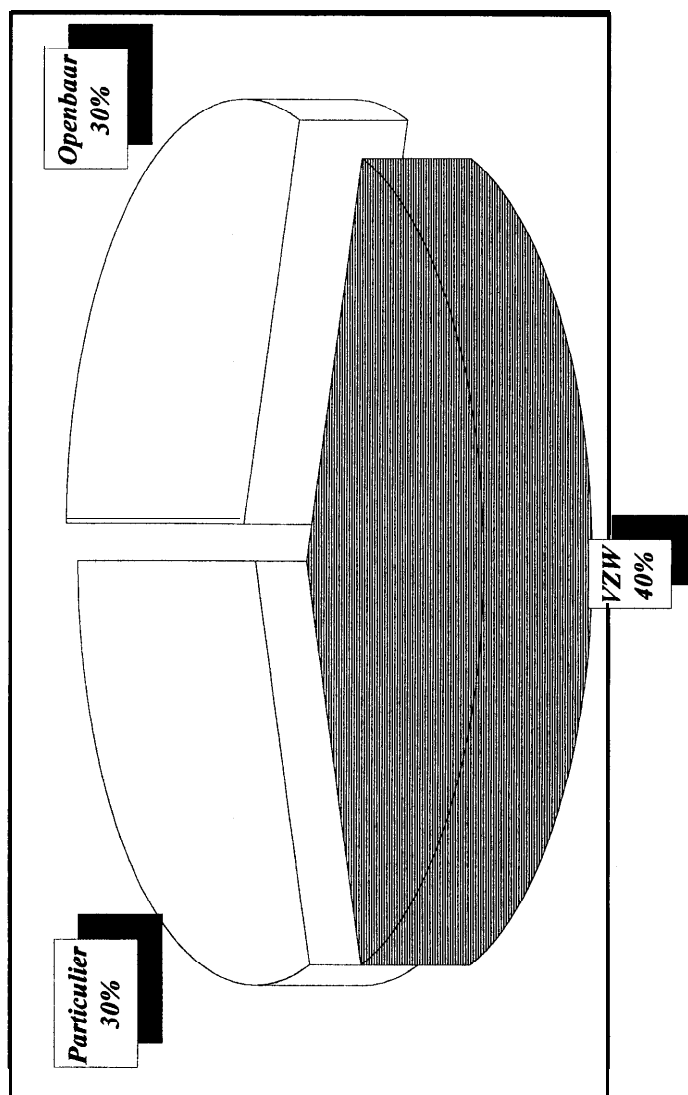
Bron : CBGS, registratieonderzoek bewoners serviceflats.

Fig. 12 : de ouderenpopulatie volgens validiteit (cfr. tabel 22)



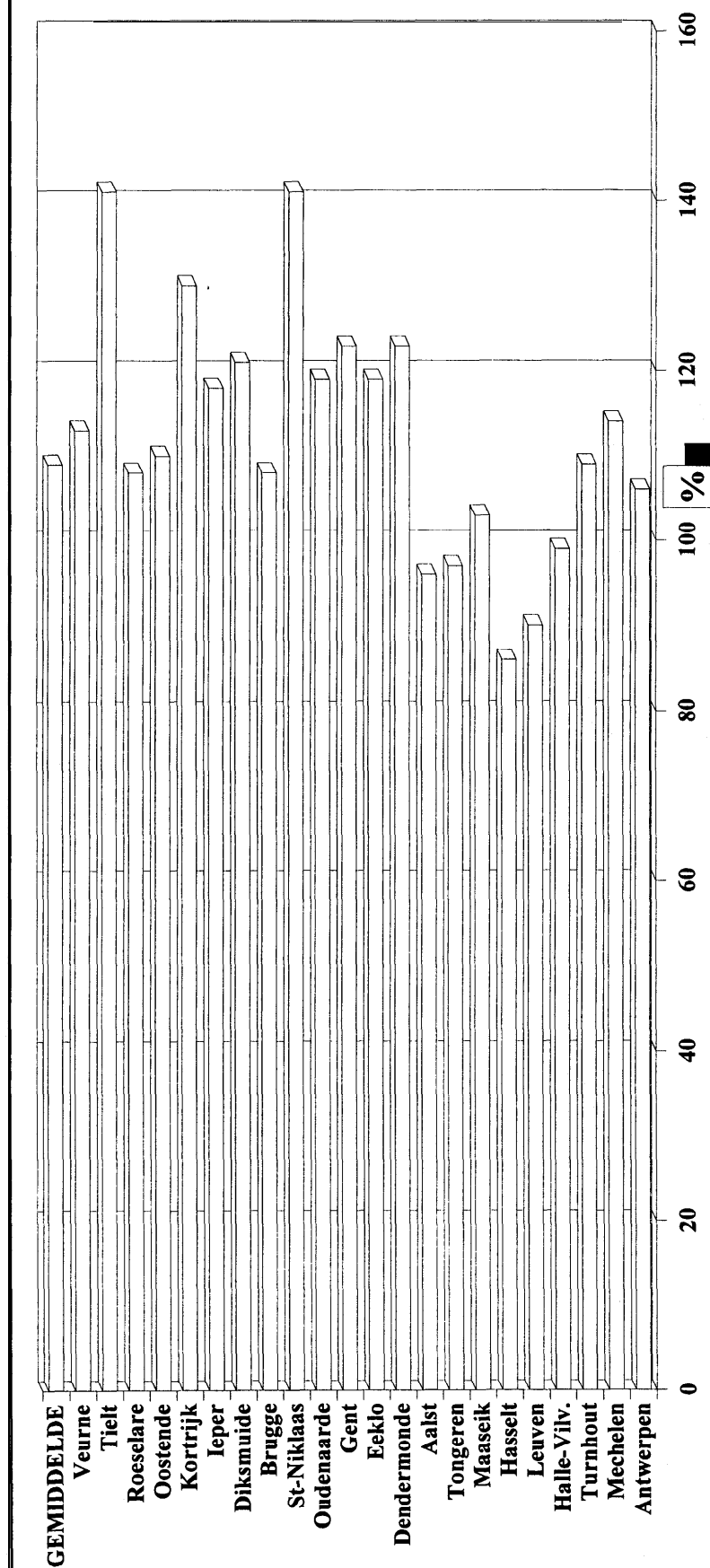
Bron : CBGS-monografie, "de leefsituatie van bejaarden", 1988/1.

Fig. 13 : bestaande en geplande rusthuizen volgens beheersinstantie (cfr. tabel 23)



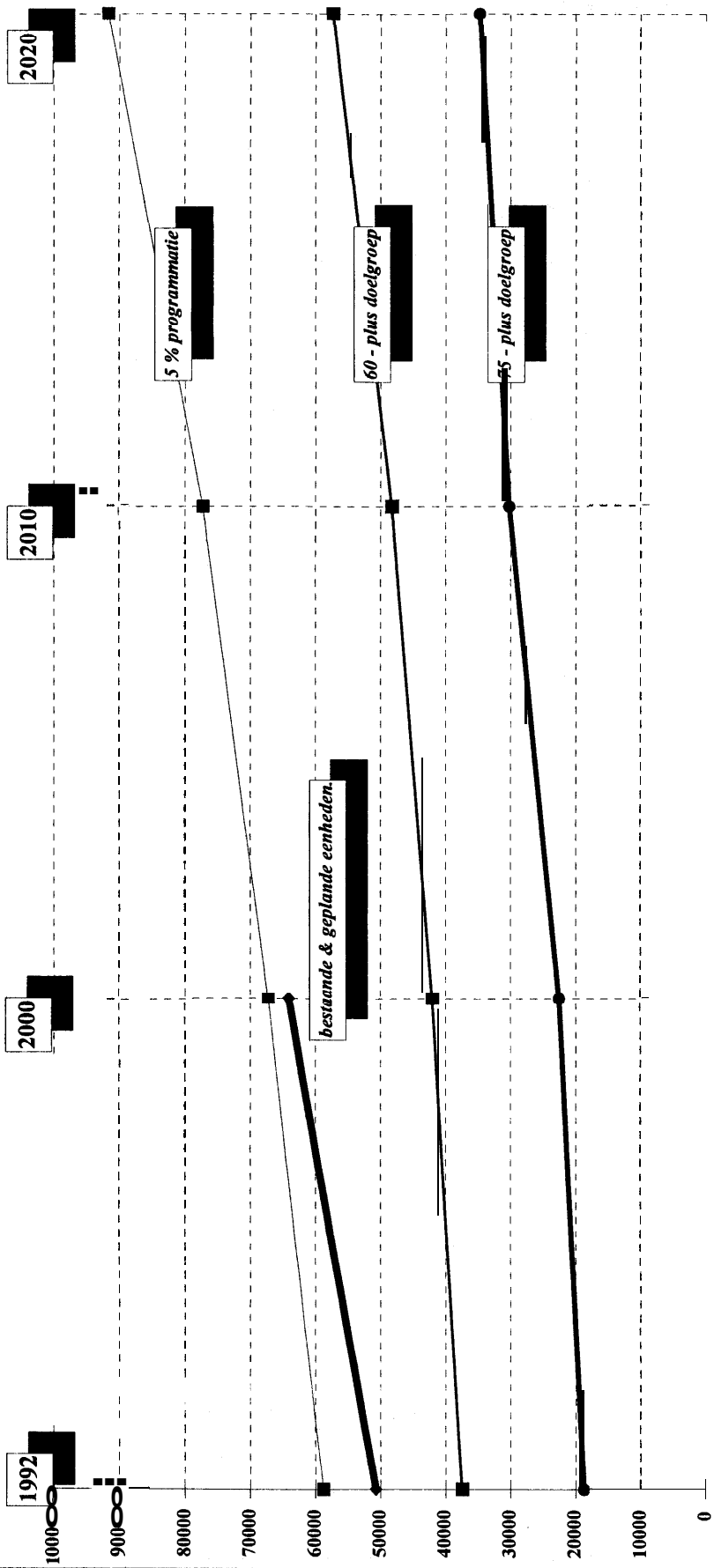
Bron : Dienst Bejaardenzorg, 1994.

Fig 4 nvu ng van h programma voor de woong genheden in d usthu n fr. tab 24)



Bron : Dienst Bejaardenzorg, 1994.

Fig. 15 : raming van de behoefte aan wooneenheden in rusthuizen (cfr. tabel 25)



Bron : Dienst Bejaardenzorg, 1994.

Fig 6 d usthuiscapula d d volgens RIZIV-catego fr. tab 26)

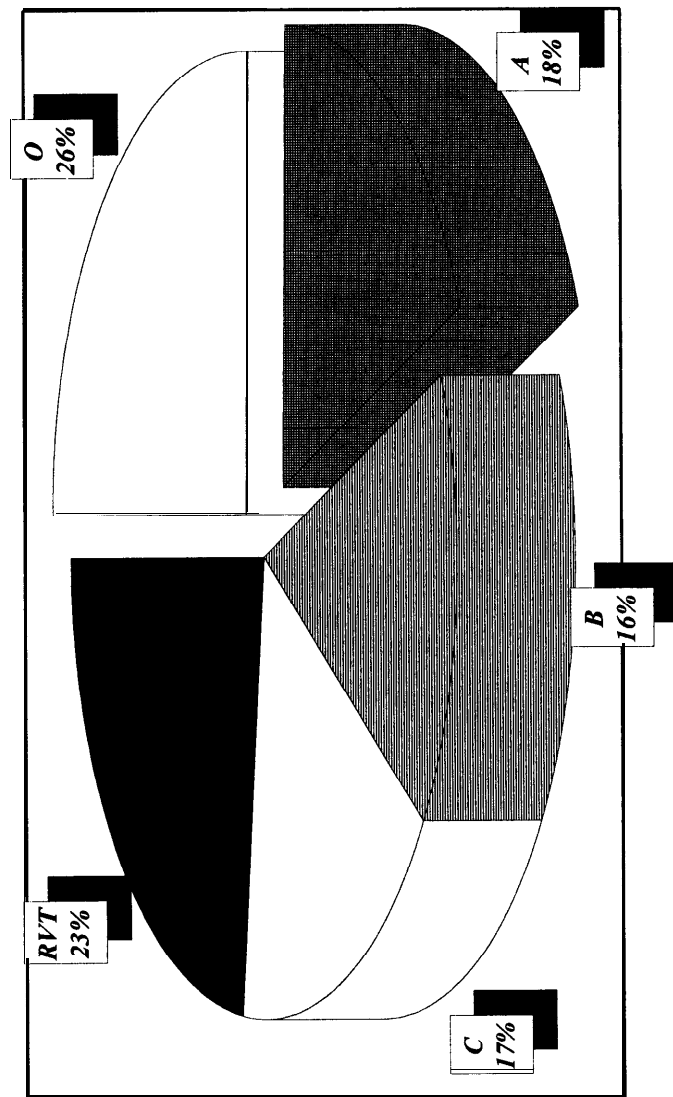
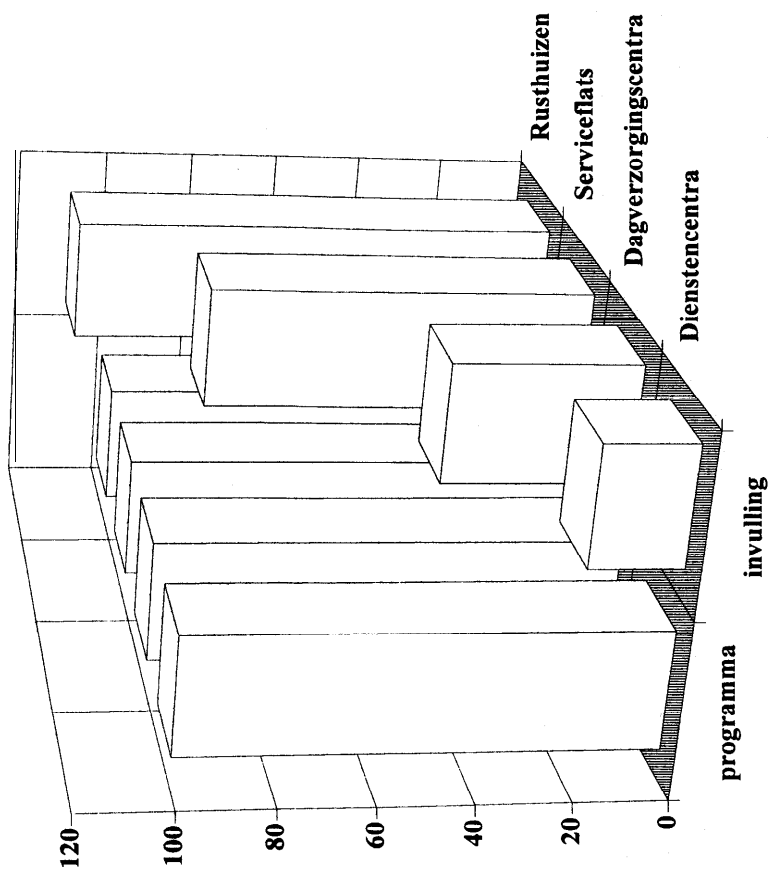


Fig o rzich an de invu ng vand e hillende programma (cfr. tabel 27)



Bron : Dienst Bejaardenzorg, 1994.