

VLAAMSE RAAD

ZITTING 1989-1990

11 MEI 1990

BELEIDSBRIEF

60+ perspectief — Het ouderenbeleid in de jaren negentig

ingediend
door de heer J. Lenssens,
Gemeenschapsminister van Welzijn en Gezin

INHOUD

Blz.

BELEIDSBRIEF

Voorwoord	4
Inleiding	4
Hoofdstuk 1 : Demografie	
1. De vergrijzing van de bevolking	4
2. De vergrijzing binnen de vergrijzing	5
3. Gevolgen voor het beleid	6
Hoofdstuk 2 : Positie van de 60-plussers in de samenleving	
1. Opleidingsniveau	7
2. Arbeid	
2.1. Activiteitsgraad	7
2.2. Houding van werkgevers	8
2.3. Gevolgen van de uittreding voor de werknemer	8
2.4. Beleidsvoorstellen	8
3. Financiële situatie	9
4. Bestedingspatronen	11
5. Deelname aan het maatschappelijk leven	
5.1. Vrijtijdsbesteding	11
5.2. Sociaal-cultureel werk	11
5.3. Het vrijwilligerswerk	11
5.4. Participatie aan het beleid	12
6. Zelfredzaamheid	12
Hoofdstuk 3 : de behoefte aan zorg in de toekomst	
1. Welke zorg in de toekomst ?	13
2. Hoeveel zorg in de toekomst ?	14
3. Bijzondere aandachtspunten	
3.1. Dementie	14
3.2. Preventie	15
3.3. Efficiëntie	16
3.4. Kwaliteit van de zorg	16
3.5. Financiële discriminaties tussen verschillende vormen van zorg	16
3.6. Personeelsmiddelen	17
Hoofdstuk 4 : Thuiszorg	
1. Zelfzorg	18
2. Mantelzorg	
2.1. Het aandeel van de mantelzorg in de huidige zorg	18
2.2. Ondersteuning van de mantelzorg	18
3. Professionele thuiszorg	
3.1. Aandeel van de professionele hulp in de thuiszorg	19
3.2. Toekomstige uitbouw van de professionele thuiszorg	20
Hoofdstuk 5 : Intramurale voorzieningen	
1. Het rusthuis als collectieve woonvorm	
1.1. De bewoners	21
1.2. Verblijfskosten	22
1.3. Het rusthuis als gesloten gemeenschap	22
1.4. Wachtlijsten	22
1.5. Programmering	22
1.6. Kwaliteit van bestaande gebouwen	23

2. Rust- en verzorgingstehuizen	23
3. Wonen met dienstverlening voor bejaarden.	23
4. Naar een, aanpassing van de programmeringsnormen ?	
4.1. Het leeftijdscriterium	24
4.2. Voldoet de huidige programmering nog aan de behoefte ?	25
5. Besluit	27

BIJLAGE

Demografische gegevens

Tabel B1. Hypothese i.v.m. de verwachte levensduur volgens de oude en nieuwe NIS-prognose.	30
Tabel B2. Verschuivingen in de leeftijdsstructuur van de bevolking op ar- rondismenteel niveau in indices, (1988 = 100).	30
Tabel B3. Prognose van het aandeel van de vrouwen in het aantal bejaar- den per leeftijdsgroep.	31
Tabel B4. Gebruikerspercentage van de rusthuizen voor diverse leeftijds- groepen, uitgedrukt als het percentage van de totale leeftijds- groep dat in rusthuizen verblijft.	31

BIBLIOGRAFIE.	33
-----------------------	----

VOORWOORD

Onze maatschappij wordt meer dan ooit geconfronteerd met de vergrijzing van de bevolking. In de komende decennium zal de „vergrijzing” ongetwijfeld één van de belangrijkste thema's in het maatschappelijk en politiek debat zijn. Om de uitdagingen die gepaard gaan met de veroudering en de bevolking efficiënt aan te pakken, zullen vanaf vandaag ingrijpende maatregelen moeten worden voorbereid. Het rapport „60 + perspectief” moet binnen deze context worden geplaatst.

In het document wordt de omgeving waarin het toekomstige bejaardenbeleid gestalte moet krijgen, omschreven. In die zin is de tekst dan ook niet beperkt tot die domeinen waarover ikzelf of de Vlaamse Executieve bevoegd zijn en wordt de vergrijzing in een brede context gesitueerd. Om de maatschappelijke situatie van de bejaarden zo juist mogelijk weer te geven, werd dankbaar gebruik gemaakt van de rijkdom aan gegevens die het Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudien van het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap na jarenlang studiewerk ons heeft geleverd. Op basis van deze maatschappelijke beschrijving zullen in de toekomst voor de 60-plussers nieuwe perspectieven worden geformuleerd.

INLEIDING

De veroudering van de bevolking is een veelbesproken fenomeen. Daar waar aan het begin van deze eeuw nog geen 10 % van de bevolking ouder was dan 60 jaar, is dit nu reeds 20 %. Tegen het jaar 2040 wordt verwacht dat één derde van de totale bevolking uit 60-plussers zal bestaan.

Het bejaardenbeleid vormt dan ook een belangrijke uitdaging voor de toekomst. Een probleem is dat de vergrijzing zich aandient op een ogenblik dat de overheid financieel weinig bewegingsruimte heeft. De beheersing van de collectieve uitgaven en het terugdringen van de openbare schuld mogen evenwel geen alibi zijn om afwijzend te staan tegenover de nieuwe noden en behoeften die zich door het vergrijzingsproces opdringen.

Het bejaardenbeleid dient geënt te worden op een evaluatie van het tot nu toe gevoerde beleid. Het bejaardendecreet van 5 maart 1985 is nu trouwens vijf jaar in voege. Een gepast moment dus om het te evalueren op zijn doeltreffendheid en eventueel bij te sturen. Wat betreft de programmatiecijfers werd in het Besluit van 10 juli 1985 expliciet voorzien dat deze om de vijf jaar geëvalueerd en desgevallend aangepast zouden worden (artikel 3). 1990 is daarbij tevens het jaar waarin tien jaar eigen Vlaamse bevoegdheden over het bejaardenbeleid achter ons liggen.

Het bejaardenbeleid zal meer dan in het verleden moeten gericht zijn op de volledige groep van bejaarden. Tot op heden werd te veel de nadruk gelegd op een beperkte deelgroep, met name de zorgbehoevenden. Niettegenstaande het essentieel is dat aan deze groep een zo optimaal mogelijke

verzorging wordt geboden, lijkt het belangrijk dat het beleid verder naar de volledige groep van 60-plussers wordt opgetrokken.

Het uitgangspunt hierbij is dat de meerderheid van de bejaarden gezonde en actieve mensen zijn die een belangrijke inbreng hebben of kunnen hebben in het maatschappelijk leven. Het beleid met betrekking tot deze groep moet gericht zijn op de valorisering en de stimulering van hun inzet, mede met de bedoeling dat alzo een grotere mondigheid en zelfstandigheid verkregen wordt.

Ook het zorgenbeleid dient gericht te zijn op het zolang mogelijk bewaren van de zelfstandigheid. Dit impliceert dat preventie een belangrijk aandachtspunt voor de toekomst wordt. Verder houdt dit in dat maatregelen ter ondersteuning van zelfzorg en mantelzorg en uitbreiding van de thuiszorg in de toekomst wenselijk zijn. In de intramurale zorg zal deze bekommernis tot uiting moeten komen in de verdere uitbouw van woonvormen met dienstverlening.

De opsplitsing tussen intra- en extramurale zorg en tussen de verschillende voorzieningen onderling, zoals die in deze nota aan bod komt, mag niet te absoluut worden opgevat. Elke voorziening dient zich immers maar aan als een onderdeel van een groter netwerk. Geen enkele voorziening kan een afzonderlijk leven leiden volgens eigen geïsoleerde normen. De vraag welk zorgaanbod nodig is om de stijgende zorgvraag op te vangen, dient vanuit het volledige aanbod van voorzieningen bekeken te worden.

De opbouw van deze nota beantwoordt aan de beleidsfilosofie waarop ze gebaseerd is. Vertrekend vanuit een demografisch kader in hoofdstuk 1, waar de stijging van het aandeel van de bejaarden en daarbinnen van de hoogbejaarden in de toekomst wordt vastgesteld, wordt in hoofdstuk 2 getracht tot een juiste inschatting te komen van de levenssituatie van de 60-plussers en van hun noden en behoeften. De behoefte aan zorg is hiervan slechts één, die bovendien maar bij een minderheid van bejaarden een belangrijke betekenis krijgt.

Omwille van de verantwoordelijkheid die de overheid op dit terrein heeft, wordt in de volgende hoofdstukken hierop alle aandacht geconcentreerd. In hoofdstuk 3 worden de uitgangspunten van het zorgenbeleid voor de toekomst uitgetekend. De nadruk die gelegd moet worden op het zolang mogelijk behouden van de zelfstandigheid van de bejaarden, komt tot uiting in het eerst behandelen van de thuiszorg in hoofdstuk 4 en pas in laatste instantie de intramurale zorg in hoofdstuk 5. Ter afsluiting worden de belangrijkste aandachtspunten samengevat.

HOOFDSTUK 1 : DEMOGRAFIE

1. DE VERGRIJZING VAN DE BEVOLKING

Niemand zal ontkennen dat de veroudering van de bevolking een fundamenteel gegeven is in onze samenleving. De nataliteitsdaling enerzijds en de

toegenomen levensverwachting anderzijds leiden tot een bevolking waarin het aandeel van de senioren alsnog groter wordt.

Wat betreft de onderzijde van de bevolkingspiramide wijzen de jongste bevolkingsvooruitzichten van het NIS voor de periode 1988-2040 uit dat ondanks de voorspelde geboorte-opflakking, het aantal jongeren beneden 20 jaar verder zal dalen van 1.440.089 in 1988 naar 1.254.365 in 2000. Dit is een daling met bijna 13 %.

Bij voorspellingen omtrent het aantal bejaarden wordt men geconfronteerd met een grote factor van onzekerheid, met name de evolutie van de verwachte levensduur. Daar waar in een vroegere NIS-prognose gesteld werd dat de gemiddelde le-

vensduur tijdens de jaren negentig constant zou blijven, verdedigt men nu eerder een significante toename van de levensverwachtingen. Voor de periode 1988-2040 zou deze geleidelijk toenemen met 4 jaar (zie ook tabel B1 in bijlage). Volgens de recentste prognose zou de groep van 60 jaar en ouder toenemen van 1.093.903 personen in 1988 tot 1.271.868 personen in het jaar 2000. Dit is een stijging met meer dan 16 %.

Het resultaat van beide tendenzen is dat het aandeel van de bejaarden 60+ in de totale bevolking tussen 1988 en 2000 stijgt van 19,2 % naar 22,4 %. In de daaropvolgende 40 jaar zou dit aandeel nog verder stijgen tot 34,5 %.

Tabel 1 : NIS Bevolkingsprognoses 1988-2040

Leeftijd	1988	1990	2000	2010	2020	2040
0-9	685.812	670.661	586.303	519.229	493.727	436.154
10-19	754.277	730.610	668.062	584.155	517.473	457.432
20-59	3.162.059	3.177.905	3.153.672	3.062.450	2.761.493	2.159.323
60-64	313.463	312.950	312.972	354.656	401.704	301.510
65-69	245.541	284.015	301.040	268.740	341.169	306.788
70-74	184.605	161.579	252.193	254.347	290.204	311.678
75-79	172.761	175.175	201.939	216.861	196.146	387.176
80-84	110.252	114.461	92.890	149.065	152.901	206.847
85-89	50.118	55.110	73.372	88.378	97.356	120.407
90-94	14.604	16.669	29.606	25.788	43.309	56.950
95 +	2.559	2.988	7.856	11.799	14.836	18.609
Totaal	5.696.051	5.702.123	5.679.905	5.535.468	5.310.318	4.662.874

2. DE VERGRIJZING BINNEN DE VERGRIJZING

Tabel 2 bevat de prognose van de leeftijdsstructuur. Zowel het aandeel van de 60-plussers als dat van de 80-plussers wordt weergegeven.

Tabel 2 : Verschuivingen in de leeftijdsstructuur van de bevolking (aandeel leeftijdsgroep in procent van de totale bevolking)

	mannen		vrouwen		totaal	
	60+	80+	60+	80+	60+	80+
1988	16.68	2.06	21.67	4.14	19.20	3.12
1990	17.14	2.19	22.18	4.42	19.69	3.32
1995	18.58	2.52	23.72	5.07	21.19	3.81
2000	19.74	2.36	24.97	4.78	22.39	3.59

Bron : NIS, Bevolkingsvooruitzichten 1988-2040

Ondanks het feit dat het hoogtepunt van de vergrij-

zing pas wordt bereikt wanneer de „baby-boom“, dit in na 2015, zal ook op korte en middellange termijn het aandeel van de 60-plussers toenemen. De evolutie van het aandeel van de 80-plussers loopt niet volledig parallel met dit van de 60-plussers. Hier zal reeds in 1995 een hoogtepunt worden bereikt, waarna het aandeel lichtjes zal dalen.

Om dit beter te begrijpen is het noodzakelijk te kijken naar de evolutie per leeftijdsgroep (cfr. tabel 3). In deze tabel worden de leeftijdsgroepen van 1988 gelijkgesteld aan 100, zodat de relatieve verandering in elke leeftijdsgroep duidelijk wordt geïllustreerd. Zeer grote verschillen in de aangroei van de verschillende leeftijdsgroepen binnen de totale bejaardengroep vallen hierbij op.

De leeftijdsgroep 60-64 blijft constant. Voor de andere leeftijdsgroepen voorspelt men een sterke toename, vooral van de oudste. Deze tendens wordt echter doorkruist door de „oorlogsgeneratie van 1914-1918“. Dit heeft voor gevolg dat rond 1995 de groep van 75-79 in aantal zal dalen, terwijl dit in het jaar 2000 voor de 80- à 84-jarigen zal gelden.

Tabel 3 : Verschuivingen in de leeftijdsstructuur van de bevolking : in indices (1988 = 100)

	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95+	0-99
1988	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
1989	99.68	110.60	90.07	100.94	101.99	105.09	106.56	104.23	100.06
1990	99.84	115.67	87.53	101.40	103.82	109.96	114.14	116.76	100.11
1991	101.16	116.09	94.49	98.60	105.50	114.96	121.70	128.41	100.15
1992	102.66	116.31	104.51	92.96	106.48	118.94	131.16	143.26	100.19
1993	104.25	116.40	116.11	84.47	108.39	123.57	140.31	159.91	100.21
1994	104.63	116.23	128.45	76.43	110.25	127.57	150.51	176.36	100.21
1995	104.53	116.60	134.52	75.01	111.53	131.44	160.57	197.15	100.20
1996	102.83	118.37	135.34	81.87	108.98	135.10	170.84	216.76	100.16
1997	101.09	120.27	135.85	90.98	102.91	137.51	179.17	240.68	100.10
1998	99.89	122.23	136.12	101.10	93.65	141.08	188.14	262.99	100.00
1999	100.06	122.72	136.07	111.67	84.99	144.24	195.80	285.19	99.87
2000	99.84	122.60	136.61	116.89	84.25	146.40	202.73	306.99	99.72

Bron : NIS, Bevolkingsvooruitzichten 1988-2040.

Tevens dient opgemerkt te worden dat er aanzienlijke regionale verschillen zijn in dit verouderingsproces. Tabel B2 in bijlage illustreert dat in jonge arrondissementen het aantal bejaarden soms met 40 % toeneemt, terwijl het in andere constant blijft.

Een laatste opmerking betreft de feminisering van de bejaardengroep. Het aanzienlijke verschil in de verwachte levensduur van de vrouwen (ongeveer 7 jaar), maakt dat het aandeel van de vrouwen in de oudere leeftijdsgroepen zeer hoog is. Dit varieert van 60 % bij de 75- à 79-jarigen tot 74 % bij de 95-plussers. Bij de categorie van de hoogbejaarden zal de feminisering zich nog verder doorzetten tijdens de volgende 12 jaar. Zo zal meer dan 81 % van de 95-plussers in het jaar 2000 bestaan uit vrouwen (zie tabel B3 in bijlage).

3. GEVOLGEN VOOR HET BELEID

Bovenstaande demografische vaststellingen hebben belangrijke consequenties naar het beleid toe. De uitgaven voor pensioenen zullen gevoelig stijgen. Maar ook het bejaardenbeleid op zich is onderhevig aan deze verschuivingen. In de mate dat de bejaarden als groep een groter aandeel van de bevolking uitmaken, zal immers ook het bejaardenbeleid aan belang inwinnen en kan op deze basis een groter aandeel in de begroting worden verantwoord.

Meer in het bijzonder heeft de vergrijzing haar invloed op het te voeren zorgenbeleid, omdat toename van het aantal bejaarden en vooral hoogbejaarden ook de zorgvraag zal doen stijgen. De programmacijfers dienen daarom aangepast te worden aan de verwachte demografische verschuivingen.

HOOFDSTUK 2 : POSITIE VAN DE 60-PLUSERS IN DE SAMENLEVING

Wie is de bejaarde in onze samenleving ?

Het woord „bejaarde" roept bij velen een negatief beeld op. Men denkt dan nogal snel aan zeer oude mensen (eigenlijk de „hoogbejaarden"), invalide en zorgbehoevend. Ziekte en ouderdom worden spontaan met elkaar in verband gebracht.

Niets is echter minder waar. Empirisch onderzoek wees uit dat de meerderheid van de bejaarden gezond, valide en actief is, en geen specifieke zorg nodig heeft. Na de pensionering ontdekken ze opnieuw of krijgen ze eindelijk tijd voor hun hobby. Ze nemen taken op in de huishouding en in de verzorging van partner of ouders, voorzien in opvang van kleinkinderen, nemen actief deel aan het verenigingsleven, ...

Bovendien is de groep bejaarden de meest heterogene van alle leeftijdsgroepen. De diverse te onderscheiden deelgroepen vertonen slechts twee gemeenschappelijke kenmerken : de leeftijd en het niet toegelaten zijn op de (officiële) arbeidsmarkt.

Van waar komt dat negatief beeld ?

Veel heeft te maken met onze arbeidsethos. Arbeid is een dominerende waarde in onze maatschappij. Arbeid is een bron van tijdsbesteding, van sociaal contact, van inkomen (met hieraan gekoppeld de mogelijkheid een bepaald consumptieniveau te bereiken of te handhaven), en van sociale status en prestige. Daarnaast zorgt arbeid ervoor dat men in contact blijft met de sociale, economische en technische werkelijkheid, en draagt hij bij tot identiteitsontwikkeling (1).

Wat ook meespeelt in het beeld over bejaarden is dat het een groep is die in grote mate leeft in verouderde, vaak onaangepaste huizen. Het betreft een generatie die hard heeft gewerkt, dikwijls een omvangrijk gezin had, en waarvoor tijd en geld ontbraken om hobby's te hebben en op vakantie te gaan. Daardoor kreeg ze ook minder kansen om het blikveld te verruimen. In de toekomst zal hierin echter geleidelijk verandering komen.

(1) De zes functies van arbeid volgens H. Heinemann.

Ten slotte heeft het negatieve beeld over bejaarden zeker ook te maken met het feit dat een deelgroep zorgbehoevend is en dat er zich problemen stellen rond de organisatie van de zorg. De aandacht wordt hierdoor te veel en te vaak op deze „probleemgroep” gericht, met als gevolg dat de totale groep bejaarden te vlug hiermee wordt geïdentificeerd.

Het negatieve beeld werkt zelfversterkend. De bejaarde gaat zich ernaar gedragen. Hij gaat zijn leven inderdaad een beetje zinloos ervaren, wat invloed heeft op zijn psychische en lichamelijke gezondheid. Of hij gaat vlugger de eerste symptomen van achteruitgang bij zichzelf waarnemen.

Het is van het grootste belang dat deze negatieve beeldvorming wordt doorbroken. Hiervan zal immers een sterk preventieve werking uitgaan. In wat volgt proberen we een objectief beeld op te hangen van wie de bejaarde is in onze samenleving : hoe leeft hij, wat doet hij en waaraan heeft hij behoefte ? Hieruit zal blijken dat de bejaarden die beantwoorden aan het stereotype beeld, slechts een klein deel van de totale groep uitmaken. Tevens zullen we trachten een aanzet te vormen tot een nieuwe sociale rol voor de bejaarden in de toekomst.

1. OPLEIDINGSNIVEAU

De scholingsgraad van de bejaardenbevolking ligt heel wat lager dan van de jongere generaties. Waarschijnlijk is dit ook één van de redenen van een lagere maatschappelijke waardering. Hierbij wordt echter over het hoofd gezien dat de intelligentie van bejaarden (door de beperkte scholingskansen die zij kregen) heel wat hoger is dan hun diploma laat vermoeden en hoe rijk hun levenservaring is. Met één, en vaak twee wereldoorlogen achter de rug, een beroepsloopbaan van 40 jaar of meer, en de organisatie van een gezin met dikwijls vele kinderen achter zich, hebben bejaarden een bagage van onschatbare waarde, die jammer genoeg niet in diploma's is uitgedrukt, en bijgevolg ook minder erkenning krijgt. In de toekomst zou van de ervaring van bejaarden meer gebruik moeten worden gemaakt. Op welke manieren dit kan, komt verder ter sprake.

Tevens kan hieraan worden toegevoegd dat het opleidingsniveau van bejaarden in de toekomst zal toenemen. Dit kan tot gevolg hebben dat zij meer zullen deelnemen aan sociaal-culturele activiteiten, vormingswerk en vrijwilligerswerk. Ook mag van hen een grotere politieke mondigheid worden verwacht. Zij zullen meer eisen formuleren inzake pensioenen, zorgverlening en andere aspecten die hen aanbelangen. Dit zal hun gelijkwaardigheid aan de overige leden van de samenleving ten goede komen.

2. ARBEID

2.1. Activiteitsgraad

Het aandeel van de actieven (1) onder de bejaardenbevolking is zeer laag. De daling van de activiteitsgraad is trouwens al op jongere leeftijd merkbaar. De mannelijke activiteitsgraad begint reeds te verminderen vanaf 45 jaar. Vanaf 50 jaar daalt hij zeer snel. Van de groep mannen tussen 60 en 65 jaar is nog slechts één op vier actief. Boven de 65 jaar wordt de proportie actieve mannen onbelangrijk.

Bij de vrouw is een geleidelijke terugval van de activiteitsgraad vanaf 30 jaar merkbaar. Vanaf 60 jaar is de activiteitsgraad bij vrouwen marginaal.

Het zijn vooral de arbeiders die vervroegd op pensioen gaan. Dit is de groep die eerder aan de loopbaan begon dan de bedienden, en vaak ook meer ééntonig werk heeft moeten presteren. In beroepen met een grote arbeidsvoldoening daarentegen, bestaat zelfs na de pensioengerechtigde leeftijd nog een grote arbeidsbereidheid.

Een verbetering van de werkomstandigheden via het „Human Resources-beleid” zou de trend van een dalende arbeidsparticipatie kunnen ombuigen. De houding van de werknemer zal in grote mate worden bepaald door het soort werk en de waardering die men in zijn job ervaart.

Bovendien zullen de stijgende — alhoewel niet onoverkomelijke — pensioenkosten, veroorzaakt door de vergrijzing, gemakkelijker gedragen kunnen worden met een langere loopbaan.

Naast de pensioenfinanciering kan deze problematiek ook niet los worden gezien van de algemene ontwikkelingen op de arbeidsmarkt. De daling van het aantal jongeren brengt op korte termijn geen oplossing voor de nog steeds grote werkloosheid, omwille van het compenserende effect dat uitgaat van de hogere arbeidsparticipatie van de vrouw. Met deze factor dient men rekening te houden vooraleer men meer voorzieningen creëert voor bepaalde vormen van arbeidsmarktparticipatie vanwege de ouderen.

(1) „Actief” wordt hier gebruikt in de zin van het ingeschakeld zijn in het formele, wettelijke arbeidsproces.

Tabel 4 : Evolutie van de activiteitsgraad naar leeftijd en geslacht — Vlaams Gewest

leeftijdsgroepen	1961	Mannen 1981	1987	1961	Vrouwen 1981	1987	1961	Totaal 1981	1988
50-54	93,4	89,5	83,6	22,7	27,3	26,2	57,6	58,1	54,9
55-59	88,5	76,1	57,1	18,0	14,5	12,6	52,3	44,7	34,4
60-64	76,0	32,0	19,7	8,6	4,3	3,2	40,5	17,5	11,1
65en +	9,0	2,5	1,2	3,6	0,8	0,4	6,0	1,5	0,7

Bron : Vanden Boer L. (1989), Ouderen actief in Vlaanderen : betaalde en onbetaalde arbeid. Handboek ouder worden, afl. 2, p. III.D.I. van .3
 NIS - Algemene Volkstelling 1961- en 1981
 — Steekproefenquête naar de arbeidskrachten, 1987

Tabel 4 toont sedert 1961 een forse achteruitgang van de arbeidsmarktparticipatie van personen boven de 50 jaar en vooral boven de 60 jaar. Deze afname van de participatiegraad heeft deels te maken met een toegenomen werkloosheid bij oudere werknemers, maar vooral met de mogelijkheid om vervroegd uit de arbeidsmarkt te treden via de brugpensioenregelingen, gouden handdruk en andere vormen van vervroegde pensionering. Soms gaat het hierbij om gedwongen afvloeiing, soms om vrijwillige uittreding.

2.2. Houding van werkgevers

Voorgaande vaststellingen hebben onder andere te maken met de afwijzende houding vanuit de bedrijven. Zij wijzen op verminderde produktiviteit, gebrekkige leercapaciteit, gering aanpassingsvermogen, hoge ongevallen- en ziekterisico's, afname van de fysieke weerstand, gebrek aan ambitie en hogere loonkost. Daarom zijn zij weinig geneigd oudere werknemers (terug) in dienst te nemen. Nochtans wijst onderzoek erop dat dit beeld niet overeenstemt met de werkelijkheid (1).

Deze houding van de werkgevers wordt mede bepaald door hun wens om de laaggeschoolden zo snel mogelijk door jongeren te vervangen bijvoorbeeld omwille van de anciënniteitsvergoedingen. Anderzijds willen zij de geschoolden, dit is de groep waarin het meest werd geïnvesteerd zolang mogelijk in het bedrijf houden.

Alleen voor deze laatste groep zal er vanuit het bedrijfsleven interesse bestaan om initiatieven in verband met uitgroei banen en dergelijke te nemen. Voor de eerste groep is er gezien de blijvende werkloosheid weinig reden om veranderingen te verwachten.

2.3. Gevolgen van de uittreding voor de werknemer

Een deel van de werknemers hebben dikwijls wel interesse om op oudere leeftijd toch nog actief te blijven. Van de 65-plussers, ondervraagd in het

leefsituatie-onderzoek van het CBGS, antwoordden 46 % van de mannen en 44 % van de vrouwen dat men op het ogenblik van de uittreding liever was blijven werken (1). Voor een grote groep van de arbeiders zijn de werkomstandigheden echter zodanig, dat men zich liefst zo snel mogelijk uit de arbeidsmarkt wil terugtrekken.

Het plots stoppen met een voltijdse betaalde job wordt vaak als moeilijk ervaren. Ineens vallen een aantal sociale contacten weg, zakt het inkomen in aanzienlijke mate en staat men voor een zee van tijd die gestructureerd en zinvol moet worden opgevuld. Uit onderzoek blijkt dat deze overgang heel wat minder negatief wordt ervaren wanneer de werknemer zelf kan kiezen wanneer hij uittreedt (2). De grote meerderheid van de brugrustgepensioneerden (pensioen op aanvraag vanaf 60 jaar) vinden de opruststelling een positieve ervaring : een periode waarin men kan doen wat men graag doet, een gelegenheid om het gezinsleven nieuw leven in te blazen, om sociale contacten uit te bouwen. Conventioneel bruggepensioneerden (brugpensioen na ontslag) daarentegen zien de oppensioenstelling als een periode van financiële moeilijkheden. Vier op tien verklaarden zelfs dat ze het een „dode tijd”, zonder perspectieven vonden.

2.4. Beleidsbenaderingen

In de literatuur omtrent bejaardenproblematiek vindt men een heel gamma van beleidsvoorstellen gericht op de handhaving van oudere werknemers in het arbeidsproces en zelfs de herinschakeling van gepensioneerden. Hiertoe behoren onder andere :

— het stimuleren en eventueel financieel ondersteunen van her-, om- en bijscholingsprogramma's voor oudere werknemers ;

— uitgroei banen : banen met progressieve arbeidsduurvermindering ;

— herschikking van taken in functie van geschiktheidscriteria (bij voorbeeld van ploegenarbeid naar lichter werk) ;

(1) L. Vanden Boer (1989), Ouderen actief in Vlaanderen : betaalde en onbetaalde arbeid. Handboek ouder worden, afl. 2, p. III.D.A. VAN. 3.

(1) Ibid., p. 10.

(2) Een studie van Lefevre en Louis (1986), geciteerd in L. Vanden Boer, Ibidem, p. 12-13.

— advies- en herplaatsingsbureaus voor oudere werknemers ;

— overheidstewerkstelling.

In andere landen is men volop bezig met de reactivering werk te maken. In Italië bijvoorbeeld onderzoekt men op het ogenblik de mogelijkheden tot herinschakeling. In de Verenigde Staten is men nog verder geëvolueerd. Daar worden geregeld bedrijven voor de rechtbank gedaagd en „schuldig” bevonden omdat zij werknemers ontslaan op grond van hun leeftijd. Het recht op arbeid voor de bejaardengroep is er volledig ingeburgerd.

De wenselijkheid van dergelijk beleid kan echter niet los worden gezien van de situatie op de arbeidsmarkt. De huidige vroege pensionering is daar immers grotendeels een gevolg van. Niettegenstaande langer actief blijven voor de bejaarde zelf wenselijk wordt geacht, en hierdoor de financiering van de vergrijzing gemakkelijker zal worden gedragen, is in verband met deze voorstellen tot reactivering voorzichtigheid geboden.

Bovendien bestaat de kans dat (omwille van hoger- vermelde redenen) bedrijven enkel op deze maatregelen zullen ingaan voor bepaalde groepen van werknemers, met name de hoogstgeschoolden.

Wat betreft de fiscale en parafiscale behandeling van dit soort arbeid, staat het buiten kijf dat dit omwille van de voordelen voor werkgever en werknemer en omwille van mogelijke verdringingseffecten gebeurt tegen „marktvoorwaarden”.

Andere beleidsvoorstellen gaan in de richting van flexibele pensionering. Hierbij kan de werknemer binnen bepaalde grenzen zelf het tijdstip van opruststelling kiezen. Dit veronderstelt echter dat het beleid en het bedrijfsleven voor een onafhankelijke beslissing voldoende garanties bieden. Men is nog ver verwijderd van de ideale situatie waarbij de

werknemer zelf de overgangperiode naar het niet-actief zijn kan plannen. Een zeer flexibel systeem zou er bijvoorbeeld kunnen toe leiden dat mensen met „zachte” dwang op vervroegd pensioen gaan, waarbij ze een sterke inlevering op hun pensioenuitkeringen moeten aanvaarden.

Daarom ook moet de werknemer in een flexibel systeem de financiële implicaties van zijn beslissing voldoende kunnen inschatten. Een eenvoudige maatregel is bijvoorbeeld dat men jaarlijks iedere werknemer op de hoogte stelt van de wettelijke rechten en bedrijfspensioenrechten die hij al heeft verzameld.

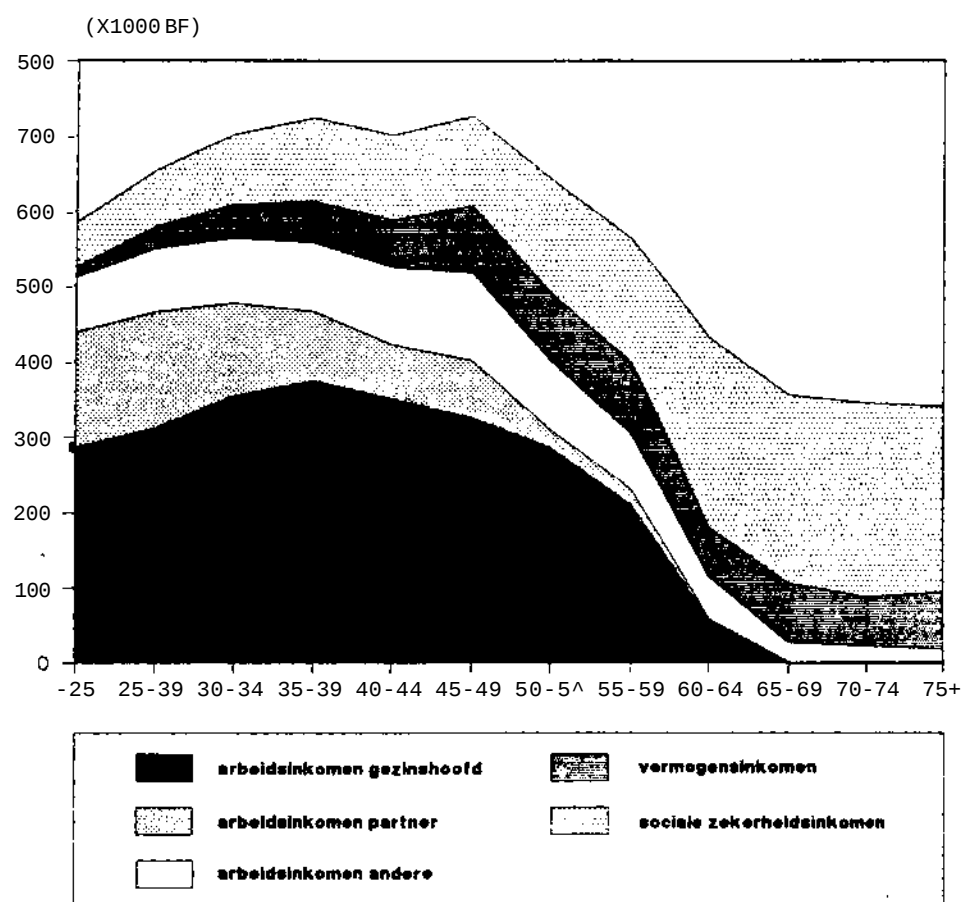
3. FINANCIËLE SITUATIE

Om een zelfstandig leven te kunnen leiden, om deel te kunnen nemen aan het maatschappelijk en culturele leven, en om zo nodig een beroep te kunnen doen op zorgvoorzieningen, moet de bejaarde over een voldoende inkomen beschikken en dienen de financiële participatiedrempels aan het inkomen te zijn aangepast.

Zo verzoekt de resolutie dd. 14 mei 1986 over een communautaire actie ter verbetering van de positie van de ouderen in de lidstaten van de Europese Gemeenschap van de Commissie ... „de pensioenen zodanig te maken dat zij beantwoorden aan de behoeften van oudere mensen en op doeltreffende wijze rekening te houden met de factoren inflatie, algemene inkomensontwikkeling en betaalde premies ; voor hen die geen toereikende pensioenrechten hebben verworven, moet voor een minimuminkomen dat een menswaardige levensavond waarborgt, worden gezorgd”.

Hoe ziet de financiële situatie van bejaarden er uit ten opzichte van andere leeftijdsgroepen ? Onderstaande grafiek brengt inkomensprofielen over de levenscyclus in beeld.

Grafiek 1 : Gemiddelde inkomenspatroon van niet-zelfstandige volgens leeftijdsgroepen, 1977-1978



Bron : Devos, H & Pacolet, J. (1989), Demografie en economie, De Gids op Maatschappelijk Gebied, nr. 10, p. 869 op basis van NIS-budgetenquête 1977-1978.

Het gemiddeld totaal beschikbaar gezinsinkomen bereikt volgens deze grafiek zijn hoogtepunt op 40-45 jaar en daalt daarna onder invloed van een dalende arbeidsparticipatie. De sociale zekerheidsinkomens stijgen met de leeftijd. Vanaf de pensioenleeftijd maken pensioenen hiervan het grootste aandeel uit. Het financieel vermogen wordt in de tweede helft van de actieve loopbaan met het oog op een reserve tijdens de pensioenfase opgebouwd. De grote afbouw van de reserve heeft echter niet plaats, omwille van het grote belang dat men hecht aan erfenissparen en het sparen uit onzekerheid. Belangrijk is dat bij bejaarden een zeer grote inkomensongelijkheid bestaat.

De realiteit geeft aan dat sommige bejaarden over onvoldoende financiële middelen beschikken. Volgens het CBGS-leefsituatie-onderzoek bij bejaarden in 1985 (1), kon het gemiddeld inkomen van alleenstaanden en alleenwonende echtparen (niet in rusthuizen verblijvend) berekend worden op 26.128 frank, terwijl het noodzakelijk geacht inkomen op 28.873 frank geraamd werd. Het aantal bestaansonzeker werd voor de alleenstaande bejaarden op 27 % geschat en voor de echtparen op

op 39 % (1). Vooral bij alleenstaande vrouwen lag het noodzakelijk geacht inkomen beduidend hoger dan het beschikbare inkomen.

Men kan dus stellen dat het onderste kwart van de inkomensverdeling over onvoldoende middelen beschikt om ten volle gebruik te kunnen maken van hun democratische rechten en plichten. Het gewaarborgd minimuminkomen en minimumpensioenen zijn ter zake belangrijke instrumenten. Voor het beleid betekent dit dat de tot nu toe gebruikte criteria (leeftijd, het al dan niet tot de „officiële arbeidsmarkt” behoren) onvoldoende zijn om het inkomensbeleid van deze heterogene gepensioneerde groep te bepalen. Fiscale gunstmaatregelen voor de groep zijn te beperkt.

Een meer selectief beleid, waarbij men rekening houdt met het totale beschikbare inkomen en vermogen, de gezinssituatie en de noden, is daarom wenselijk. Dit maakt een zo ruim mogelijke definitie van het belastbaar inkomen en vermogen voor de fiscale en parafiscale heffingen noodzakelijk.

(1) G. Dooghe, e.a. (1988), De Zelfsituatie van bejaarden, CBS Monografie 1988/1, p. 57.

(1) Ibid., p. 61.

Het niet toekennen van fiscale gunsten voor de bejaarden als groep betekent echter niet dat er niet kan gesleuteld worden aan een efficiënter pensioenstelsel. De beste garantie die men de actieven kan geven voor de bijdragen die zij leveren, is een welvaartsvast pensioen. Het repartitiestelsel dat de beste bescherming vormt tegen de inflatie kan in deze zin uitgebreid worden. De huidige actieven zijn bereid de niet-actieven te laten delen in de produktiviteitswinsten tegen de belofte dat wanneer zij later gepensioneerd zijn, zij hierop ook recht zullen hebben.

4. BESTEDINGSPATRONEN

Het is gekend dat een deel van de bejaarden belangrijke gebruikers van gezondheidszorgen zijn. Het bestedingspatroon van bejaarden wordt dan ook ten onrechte vaak tot die sector herleid.

Verwacht mag worden dat het algemeen welvaartspeil van bejaarden in de toekomst hoger zal liggen. Ze zullen over meer koopkracht beschikken. Ook de veranderde waarden en normen zullen het bestedingspatroon beïnvloeden, evenals de toenemende scholingsgraad van de toekomstige generaties van bejaarden, hun grotere mondigheid en weerbaarheid en als gevolg daarvan de wens om te blijven participeren en actief te zijn.

Daarenboven zal het consumptiepatroon van de aankomende jong-gepensioneerden met een volledige pensioenloopbaan en/of dubbel pensioen er anders uitzien dan dit van de huidige generatie 75-plussers. Aan eerstgenoemden besteedt de marketingwereld de nodige aandacht : het betreft een generatie van ouderen die in toenemende mate gebruik maakt van toerisme, hobby- en vrijetijdshandel, cultuur- en onderwijsmogelijkheden. Ook hierop kan het beleid inspelen. In Spanje worden bijvoorbeeld tijdens de wintermaanden sociale vakanties voor bejaarden tegen zeer lage tarieven georganiseerd.

5. DEELNAME AAN HET MAATSCHAPPELIJK LEVEN

5.1. Vrijetijdsbesteding

Na het verlaten van het arbeidsproces en het uit huis gaan van de kinderen komt nieuwe tijd vrij. Deze tijdsbesteding is sterk persoonsgebonden. Bepalend hierbij zijn onder andere de graad van mobiliteit, de financiële mogelijkheden, het ontwikkelingsniveau en de vroegere leefstijl.

Een belangrijk deel van de vrijetijd gaat naar het onderhouden van sociale contacten. Volgens het CBGS-leefsituatie-onderzoek (1) hadden 9 op 10 bejaarden één van de kinderen ontmoet in de week die voorafging aan de ondervraging. Daarnaast ontmoeten bejaarden regelmatig vrienden, burens of kennissen en andere familieleden. Het aantal sociaal geïsoleerde en vereenzaamde bejaarden maakt slechts een kleine minderheid van de totale

groep uit. Deze groep is echter een belangrijke zorggroep die de nodige beleidsaandacht verdient.

De vrije tijdsbesteding is meestal passief en huisgebonden : TV-kijken, lezen van kranten, boeken of tijdschriften en naar de radio luisteren komen het meest voor. Iets minder dan de helft wandelt of fietst regelmatig. Ook het tuinieren, uitvoeren van herstellingen in huis en handwerken komen veel voor. Actieve sportbeoefening, toneelspelen, volksdansen, bioscoop- en theaterbezoek zijn zeldzaam.

Het is belangrijk dat juist deze actieve vormen van vrije tijdsbesteding worden gestimuleerd. Via sensibilisering kan het verband tussen activiteit en gezondheid worden beklemtoond. Tevens zou het voor alle bejaarden duidelijk moeten zijn waar zij voor actieve vrijetijdsbesteding terecht kunnen. Daarenboven zou binnen het algemeen beleid meer specifieke aandacht aan participatiestimulering voor bejaarden moeten worden besteed.

5.2. Sociaal-cultureel werk

Het sociaal-cultureel werk met en voor bejaarden is in Vlaanderen uitgebreid aanwezig. Bijna de helft van de Vlaamse bejaarden is min of meer betrokken in het verenigingsleven. Er bestaat een rijk aanbod van gepensioneerdenvormingen en gepensioneerdenvormingen binnen bedrijven en andere organisaties. De activiteiten, die oorspronkelijk vooral lagen op het domein van ontspanning en dienstverlening, bevatten de laatste jaren ook vorming en actieve vrijetijdsbesteding.

De dienstencentra organiseren eveneens recreatieve en educatieve activiteiten. Ze vervullen daarnaast een rol in de zorgverlening (zie verder). De Trefcentra voor de Derde leeftijd bestrijken het werkveld van de dienstverlening, vorming, ontmoeting en animatie. Ook in het vormingswerk werden sedert de jaren zeventig specifieke programma's voor ouderen ontwikkeld. Ze bieden in hoofdzaak informatie over diensten en instellingen en hebben tot doel de eigen situatie bespreekbaar te maken. Ten slotte vertoont het buurt- en opbouwwerk de laatste jaren een groeiende belangstelling voor projecten gericht op emancipatie van bejaarden.

Het is belangrijk dat participatie van bejaarden aan het sociaal-cultureel leven wordt bevorderd. De reden hiervoor is niet enkel dat van het actief blijven een belangrijke preventieve werking uitgaat ten aanzien van de latere zorgbehoevendheid, maar ook — en misschien vooral — dat via dit werkkterrein bejaarden zich meer bewust kunnen worden van hun eigen situatie, en van hun macht en mogelijkheden als groep, en alzo de samenleving tot nieuwe inzichten kunnen brengen. Het is belangrijk dat alle sociale lagen van de bejaardenbevolking hierbij betrokken worden. Speciale aandacht is daarom vereist om ook de laagste sociale klasse te bereiken.

5.3. Het vrijwilligerswerk

10 à 15 % van de bejaarden is betrokken bij één of andere vorm van georganiseerd vrijwilligerswerk. Dit bestrijkt vele domeinen, gaande van vrij-

(1) Ibid., p. 166.

willige hulp in de zorgverlening, inschakeling in de socio-culturele sector, milieubescherming, wijkcomités, tot initiatieven in de bedrijfssector.

Op dit terrein kan een bijdrage worden geleverd door deze initiatieven te ondersteunen en ruim bekend te maken. Het organisatieleven van de bejaarden zelf kan hier ook een belangrijk rol spelen.

5.4. Participatie aan het beleid

Het spreekt vanzelf dat het bejaardenbeleid er alle belang bij heeft te luisteren naar de stem van de groep waarvoor het bedoeld is. Enkel dan kan sprake zijn van een effectief beleid. Trouwens, een positieve visie op ouder worden, houdt onder meer in dat bejaarden op basis van gelijkwaardigheid zelf meedenken en beslissen over problemen die hen aanbelangen. Vandaar bestaat de noodzaak bejaarden te betrekken bij de beleidsvoering, en dit zowel wat betreft het overheidsbeleid op de verschillende niveaus, als de beleidsvoering in de zorgverlenende organisaties of instellingen.

Er bestaan reeds heel wat participatiestructuren en inspraakkanalen. Op de verschillende niveaus van het overheidsbeleid werden inspraakorganen opgericht die ouderen moeten toelaten adviezen uit te brengen over materies die hen aanbelangen. Op gemeenschapsniveau is er de Hoge Raad voor de Derde Leeftijd. Op provinciaal niveau opereren initiatieven als de Provinciale Welzijnscommissies, de Provinciale Raad voor de Derde Leeftijd in Limburg, de provinciale adviescommissies en stuurgroepen. Op gemeentelijk vlak kent men de bejaarden- en/of seniorenraad. Daarnaast vervullen de gepensioneerdenvondingen en een aantal nieuwe initiatieven een belangrijke rol op gebied van belangenverdediging.

Binnen de zorgsector werd enige garantie ingebouwd om de betrokkenheid van ouderen te verzekeren. Zo werd de inspraak van bewoners in rusthuizen en van gebruikers van dienstencentra in het bejaardendecreet van 1985 wettelijk geregeld.

Niettegenstaande er een ruim gamma van kanalen en structuren bestaat langs dewelke bejaarden hun stem kunnen laten horen, en reeds belangrijke resultaten geboekt werden, blijven een aantal knelpunten bestaan.

Vooreerst zijn de aangehaalde inspraakorganen niet algemeen verspreid. In slechts één op vijf gemeenten zou een bejaardenraad bestaan. Drie op tien rusthuizen beschikken (nog) niet over een bewonersraad die geregeld samenkomt.

De participatie wordt ook belemmerd door materiële tekortkomingen, bijvoorbeeld op het vlak van mobiliteit en inkomen.

Ten slotte hebben vele bejaarden geen weet van de bestaande participatiekanalen en/of voelen zich niet in staat hun belangen te behartigen of hun mening te uiten. Dit laatste is onder andere het gevolg van de onderwaardering van de inbreng van de bejaarden door de rest van de samenleving.

Of bejaarden ooit als volwaardige burgers zullen participeren in het beleid hangt af van de waarde

die de samenleving aan hun inbreng zal hechten. Het stijgend aandeel in het kiezerscorps is op politiek vlak wellicht één van de grootste troeven.

De overheid kan hiertoe bijdragen door de voorwaarden en de kansen te scheppen tot volwaardige participatie van de bejaarden. Aan volgende oriëntaties kan worden gedacht.

Een veralgemening van de bestaande participatiekanalen kan nagestreefd worden door de gemeenten aan te sporen een bejaardenraad op te richten. Tevens zouden de bejaarden moeten vertegenwoordigd zijn in de adviesraden. In de instellingen moet gestreefd worden naar het optimaal functioneren van bewonersadviesraden. Er kan overwogen worden voor ouderen die zelf niet meer kunnen opkomen voor hun rechten en plaats voor de familie voor te behouden. Het is tevens wenselijk dat bejaarden vertegenwoordigd blijven in alerhande beheers- en adviesorganen. De overheid moet er bij deze organen op aandringen de thematiek van bejaarden op de agenda te plaatsen en bejaarden zo nabij mogelijk in de beslissingen te betrekken.

De materiële voorwaarden spelen een belangrijke rol in de optimalisering van de kansen tot participatie, onder meer een voldoende hoog inkomen, een goed openbaar vervoer, aangepaste infrastructuur en aanpassing van de financiële drempels.

Naar de bejaardengroep toe zou in de eerste plaats de informatie over de bestaande participatiekanalen ruim moeten worden verspreid. Tevens zou aan de bejaarden duidelijk moeten worden gemaakt hoe belangrijk hun bijdrage is voor het beleid. Hieraan zou onmiddellijk de vraag moeten worden gekoppeld om taken op te nemen in de bestaande participatiestructuren en -kanalen. Een groot deel van de bejaarden kan men bereiken via de bestaande kanalen van het socio-cultureel werk. Naar de niet-georganiseerde bejaarden toe zullen aangepaste informatiemethodieken moeten worden aangewend.

Men kan de vraag stellen in welke mate op basis van chronologische leeftijd iemand dient te worden geweerd uit het maatschappelijke leven. Een afschaffing van absolute leeftijdscriteria binnen de maatschappelijke geledingen, verenigingen en organisaties moet in overweging worden genomen.

Ten slotte zou via aangepaste informatie- en sensibilisatiecampagnes gestreefd moeten worden naar een verbetering van het imago van de bejaarden in heel de samenleving.

6. ZELFREDZAAMHEID

Ouder worden betekent ook meer kwetsbaar worden en vatbaar zijn voor allerlei ziekten. Dit neemt niet weg dat veel bejaarden nog een goede gezondheid hebben. In het CBGS-leefsituatie-onderzoek beschreef respectievelijk 19 % van de 65-plussers de eigen gezondheid als „zeer goed“, 42 % als „goed“ en 23 % als „het gaat wel“. Slechts 13 % beoordeelde zijn gezondheid als „niet zo goed“ en 3 % als „slecht“ (1). Wel doen bejaarden regelma-

(9) Ibid., p. 68.

tig een beroep op geneeskundige zorgen. Zes op tien bejaarden hadden in de maand voorafgaand aan het leefsituatie-onderzoek contact met een huisarts of specialist. Vaak was het een controle-onderzoek.

De meeste bejaarden ondervinden ook geen of slechts weinig beperkingen bij het verrichten van de dagdagelijkse bezigheden. 85 % is in staat om zich binnens- en buitenshuis te verplaatsen. Op basis van deze en andere dagelijks te verrichten taken stelde het CBGS een invaliditeitsmaatstaf

samen. Aldus werd 73 % van de bejaarden beoordeeld als valide, 11 % als semi-valide en 16 % invalide (1).

Slechts een minderheid van de bejaardengroep is dus zorgbehoevend. Wel stijgt de invaliditeit sterk met de leeftijd (zie tabel 5). Het beeld van de bejaarde als ziek en zorgbehoevend blijkt enkel van toepassing op de deelgroep van hoogbejaarden, en zelfs hierbij zijn nog meer dan de helft van de bejaarden actieve en fitte mensen.

Tabel 5 : Invaliditeitsgraad in functie van leeftijd en geslacht

Totale invalidi- teitscore	Mannen					Vrouwen					Totaal
	65-69	70-74	75-79	80+	Tot.	65-69	70-74	75-79	80+	Tot.	
Valide (0-6)	84	84	73	57	77	90	79	67	45	71	13
Semi-vali- de (7-12)	4	5	11	15	8	6	12	13	23	13	11
Invalide (13-20)	12	11	16	28	15	4	9	20	32	16	16
n(100%)	178	213	142	117	650	218	324	241	234	1.017	1.667

Bron : G. Dooghe e.a. (1988), De leefsituatie van bejaarden. CBGS Monografie, 1988/1

HOOFDSTUK 3 : DE BEHOEFTE AAN ZORG IN DE TOEKOMST

1. WELKE ZORG IN DE TOEKOMST ?

De mens wordt volledig hulpbehoevend geboren. Geleidelijk aan leert hij voor zichzelf te zorgen : zich zelfstandig te bewegen, eten, wassen, opkomen voor zijn rechten, zijn leven organiseren, enzovoort. Een volledig valide volwassene staat dus voor al zijn behoeften in met zelfzorg. Wanneer iemand ziek of invalide wordt, moeten een aantal van deze zorgfuncties worden overgedragen aan anderen. Vanuit deze benadering is zorg veel meer dan enkel medische verzorging. Zorg omvat vele aspecten, die zowel te maken hebben met het instaan voor dagdagelijkse activiteiten als met lichamelijke, psychische en sociale functies. De vraag hier aan de orde is hoe heel dit spectrum van zorgen voor de bejaarden in de toekomst georganiseerd moet worden en welke vormen van zorg de voorkeur genieten. Hierbij is vooral de keuze tussen thuiszorg en intramurale zorg belangrijk.

Bij het beantwoorden van de vraag naar de optimale zorg, moet de autonomie van de persoon als belangrijkste criterium worden gebruikt. Alle aspecten van het leven waarvoor hij zelf nog kan zorgen, moeten hem blijven toebehoren, of het nu gaat over huishoudelijke taken, lichaamsverzorging, de organisatie van de zorg of het verdedigen van zijn belangen op alle mogelijke terreinen.

Het belang van dit criterium kan met verschillende argumenten verdedigd worden. Ten eerste mag het vanuit het respect voor de persoon het enige uitgangspunt zijn. Daarnaast is het belangrijk vanuit preventief oogpunt. Niet alleen blijft men lichamelijk langer fit door in beweging te blijven, maar ook de mentale aftakeling wordt in sterke mate bepaald door geestelijke activiteit. Ten slotte (en niet in het minst) is het criterium van autonomie belangrijk omdat bejaarden er zelf om vragen zo lang mogelijk een zelfstandig leven te kunnen handhaven. Getuige hiervan is bijvoorbeeld de bewuste keuze van sommige bejaarden om zonder hulp van anderen en dan op een iets „lager" niveau en wat moeizamer verder te leven.

Met betrekking tot dit criterium kunnen alle vormen van zorg gerangschikt worden. Aan het ene uiteinde staat zelfzorg, de vorm van zorg gebaseerd op volledige autonomie. Meer naar het midden toe staat de thuiszorg, met eerst de mantelzorg en daarna de professionele thuiszorg. Bij mantelzorg worden aspecten van de zorg overgedragen aan personen uit de omgeving : familieleden, burens, vrienden, ... Bij professionele thuiszorg staat de verzorgde nog iets meer van zijn autonomie af : de beroepskrachten zijn gebonden aan uren, hebben een afgelijnd takenpakket, ... Aan het andere

(1) Ibid., p. 146.

uiteinde van het continuüm staat de intramurale zorg.

De bewoners van rusthuizen krijgen meestal niet meer de mogelijkheid voor het eigen levensonderhoud in te staan, alhoewel ze dit voor bepaalde aspecten nog zouden kunnen, eten in een gezamenlijke zaal, krijgen een ontspanningsprogramma aangeboden. Vormen van wonen met dienstverlening houden het midden tussen thuiszorg en intramurale zorg.

Uit dit schema leren we dat zelfzorg zo lang mogelijk moet worden nagestreefd. Alle vormen van hulp door mantelzorg of professionele zorg moeten gericht zijn op een zo groot mogelijke zelfzorg. Dit impliceert dat thuiszorg voorrang dient te krijgen op intramurale zorg.

Maar, aan elk van deze vormen van zorg bestaan grenzen. Zoals zal blijken uit volgend hoofdstuk, is de draagkracht van de mantelzorg vaak beperkt. De professionele thuiszorg kan hier ondersteuning bieden, maar heeft ook haar grenzen. Sommige bejaarden vragen zo'n intensieve zorg dat zelfs een uitgebreid net van professionele verzorgers niet de nodige hulp kan verschaffen (bijvoorbeeld indien dag en nacht toezicht nodig is). Hier wordt trouwens thuiszorg een zeer dure aangelegenheid, zowel voor de bejaarde zelf als voor de overheid (of beide). De grens om over te stappen naar intramurale zorg is dan bereikt.

2. HOEVEEL ZORG IN DE TOEKOMST ?

De zorgvraag in de toekomst zal stijgen. De belangrijkste reden hiervoor ligt in de vergrijzing (zie hoofdstuk 1). Niet alleen wordt de groep 60-plussers in haar geheel groter, maar ook wordt het aandeel van de hoogbejaarden binnen deze groep omvangrijker.

De veroudering van de bevolking wordt bovendien doorkruist door een verhoging van de invaliditeitsgraad. Zoals tabel 5 aantoonde, neemt de invaliditeitsgraad sterk toe met de leeftijd.

Tevens is er nog een tweede effect, met name dat een verdere toename van de levensverwachting gepaard gaat met een meer dan proportionele verlenging van de ongeschiktheidsperiode. Er bestaat zeer weinig onderzoek dat een licht werpt op de omvang van dit effect. Een vermeldenswaardige studie in dit verband gebeurde in Canada (Wilkens e.a., 1983), waar men vaststelde dat de toename van de levensverwachting in de voorbije jaren slechts een geringe toename van het aantal „zorgvrije” levensjaren tot gevolg had. Daar waar tussen 1951 en 1978 de levensverwachting bij mannen en vrouwen respectievelijk toenam met 4,5 en 7,5 jaar steeg de periode waarin men volledige valide was slechts met 1,3 en 1,4 jaar.

Als gevolg van deze evoluties zullen er in de toekomst meer zorgbehoevende bejaarden zijn. Maar ook in het zorgaanbod (en dan vooral in het aanbod van mantelzorg) doen zich verschuivingen voor waardoor de vraag naar professionele zorg in de toekomst zal stijgen. Studies wezen onder andere uit dat het aantal alleenstaande bejaarden toeneemt, dat steeds minder bejaarden onder één dak wonen met de kinderen, dat de kinderen verder van huis gaan wonen, dat de vrouw meer deelneemt aan de arbeidsmarkt en dat de gezinscohesie vermindert. Door deze factoren zal in de toekomst het aanbod van zorg vanwege familieleden eerder afnemen dan toenemen. De inbreng van burens, vrienden en vrijwilligers kan misschien mits inspanningen verhoogd worden, maar veel heil mag hiervan niet worden verwacht. Het gevolg van deze evoluties is dat de prioritaire keuze voor thuiszorg een stijging van de vraag die uitgaat naar de professionele diensten met zich zal meebrengen.

Maar de vraag is of zelfs met een zeer verregaande uitbouw van de professionele thuiszorg, de toekomstige zorgvraag voldoende zal kunnen opgevangen worden. Thuiszorg kan immers maar slagen daar voldoende mantelzorg aanwezig is. Daarom, en mede om reden van de sterke druk die nu reeds bestaat in de intramurale zorg, lijkt een verdere uitbouw van de intramurale zorg eveneens noodzakelijk. Waar de specifieke noden zich situeren in de extramurale en intramurale sector, komt respectievelijk aan bod in de volgende twee hoofdstukken. Vooreerst willen we echter reeds wijzen op een aantal bijzondere aandachtspunten.

3. BIJZONDERE AANDACHTSPUNTEN

3.1. Dementie

Dementie is sterk leeftijdsgebonden. Dit houdt in dat demografische factoren de prevalentie van deze ziekte beïnvloeden. Ingevolge de stijging van het aantal hoogbejaarden mag voor de komende decennia een opmerkelijke stijging van dementie worden verwacht.

Aangezien Vlaamse prevalentiegegevens omtrent het voorkomen van dementie ontbreken, kan men bij benadering een beeld verkrijgen door buitenlandse gegevens te projecteren op de huidige en toekomstige ontwikkeling van de bejaardenbevolking in Vlaanderen. In de projectie gaat het hoofdzakelijk om twee typen van dementie : dementie van het Alzheimer type en vasculaire dementie.

Het projecteren van de gegevens van Kay op de toekomstige leeftijdsopbouw van de bejaardenbevolking in Vlaanderen, zou als resultaat hebben dat het aantal demente bejaarden dat in 1988 59.207 bedroeg, in het jaar 2000 zal oplopen tot 75.778. Dit vertegenwoordigt een stijging met 28%.

Tabel 6 : Raming van het aantal demente bejaarden 65+ in Vlaanderen

	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	90+	Totaal
Mannen								
1988	4.086	26.248	3.984	7.807	3.095	865	136	46.220
1990	4.731	23.170	4.075	8.155	3.404	903	149	44.587
1995	4.790	36.011	3.073	8.963	4.164	1.181	209	58.391
2000	5.071	36.817	4.863	6.936	4.764	1.535	301	60.286
Vrouwen								
1988	1.848	2.732	5.683	1.645	798	237	43	12.987
1990	2.136	2.376	5.730	1.703	878	280	52	13.154
1995	2.146	3.619	4.185	1.807	1.039	403	92	13.291
2000	2.243	3.656	6.454	1.346	1.143	504	146	15.492
Totaal								
1988	5.953	28.980	9.667	9.452	3.893	1.101	179	59.207
1990	6.867	25.546	9.805	9.858	4.282	1.182	201	57.740
1995	6.935	39.630	7.259	10.770	5.202	1.584	301	71.682
2000	7.313	40.473	11.317	8.282	5.907	2.039	446	75.778

Bron : — Bevolkingsvooruitzichten 1988-2040

— Kay, D.W.K. (1970), Mental illness and hospital use in the elderly : a random sample follow-up, in : Acta sociomedica scandinavia, suppl. 3

Demente bejaarden vindt men terug in allerlei voorzieningen : algemene ziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen, V-bedden, RVT-bedden, rusthuizen (25 % is dement), MPI's voor volwassenden en in de thuissituatie.

Voorzieningen specifiek voor demente bejaarden zijn nagenoeg onbestaande. De grotere ziekenhuizen en RVT-instellingen zouden over een aparte afdeling voor dementen moeten kunnen beschikken. Het is wel aangewezen in deze specifieke diensten enkel zwaardemementerende bejaarden op te nemen. Een verblijf tussen ernstig dementen kan voor licht demente bejaarden op het verloop van hun ziekteproces negatieve gevolgen hebben.

Het is niet zonder belang erop te wijzen dat de meeste bejaarden met dementiële stoornissen niet in instellingen, maar wel in een thuissituatie verblijven. De meeste onder hen vertonen ernstige cognitieve problemen, wat een voortdurend toezicht noodzakelijk maakt. Velen zijn incontinent, vertonen gevaarlijk gedrag (bijvoorbeeld open draaien gaskraan) en zijn 's nachts onrustig. Agressieve neigingen komen vaak voor en hun storend gedrag wordt moeizaam door familieleden verwerkt. Verder zijn deze bejaarden in sterke mate afhankelijk van de zorgverlener aangezien zij een geringe functionele bekwaamheid bezitten om de alledaagse levensactiviteit te verrichten.

Bij de beleidsvoorstellen die in hoofdstuk 4 geformuleerd zullen worden met betrekking tot ondersteuning van de mantelzorg, zal dan ook steeds prioriteit gegeven moeten worden aan gezinnen die demente bejaarden opvangen.

3.2. Preventie

In het zorgenbeleid van de toekomst zal preventie

bijzondere aandacht moeten krijgen, en dit op verschillende niveaus.

In de eerste plaats zouden ouder wordende mensen moeten overtuigd worden van het belang zo lang mogelijk lichamelijk en mentaal actief te blijven. Op welke manieren dit allemaal kan, kwam reeds ter sprake in het vorige hoofdstuk. Hoeft het nog herhaald dat doorbreking van de negatieve beeldvorming over bejaarden hiertoe kan bijdragen ?

Echter ook andere actoren zijn van belang, zoals bijvoorbeeld de verzorgers van bejaarden. De houding van de huisarts is hierbij cruciaal. Voorlichtingsintenties zouden moeten worden gestimuleerd. Een aantal misvattingen over verslechterende gezondheid zouden moeten worden rechtgezet (bijvoorbeeld slapeloosheid als kwaal vervangen door het inzicht dat men met ouder worden ook minder slaap nodig heeft, juiste informatie over bloeddruk en ouder worden, bestrijden van vooroordelen over sexualiteit, ...). Bijscholing van de huisartsen over gerontologie is wenselijk. Op vlak van de preventieve aanpak van (beginnende) dementie is voor alle betrokken hulpverleners een belangrijke rol weggelegd. De professionele thuisgezondheidszorg kan getuigen van een preventieve houding door de bejaarde zelf zo veel mogelijk actief te betrekken in de zorg en in de organisatie van de zorg. Aan mantelzorgers zou duidelijk gemaakt moeten worden hoe belangrijk het is dat bejaarden zoveel mogelijk alles zelf blijven doen. Deze voorbeelden zijn slechts een greep uit wat een preventieve houding van de verzorgers kan inhouden.

Maar ook de overheid kan blijk geven van een preventief denken door beleidsmaatregelen met implicaties voor de gezondheid van de bejaarde te toetsen aan de gevolgen. Het betreft hier onder

andere maatregelen op het vlak van de pensioenleeftijd, hoogte van de pensioenen, arbeidsomstandigheden, milieubeleid, enzovoort.

Ten slotte betekent preventie voor de overheid het creëren van een klimaat waarin sociale netwerken spontaan ontstaan en groeien. Ook dit moet zeer ruim geïnterpreteerd worden, en omvat onder andere het stimuleren van buurt- en opbouwwerk, stadsrenovatie en sociale woonwijken.

3.3. Efficiëntie

Met een stijgende zorgvraag en een schaars (in de economische betekenis van het woord) aanbod aan zorg zal in de toekomst meer aandacht moeten worden besteed aan een efficiënte organisatie van de zorg. Dit houdt onder andere in : een efficiënte toewijzing van de zorg, een goede coördinatie tussen diensten en een evenwichtige regionale spreiding van diensten.

Eerst en vooral zal er voor gezorgd moeten worden dat enkel professionele zorg terecht komt, daar waar deze nodig is en in de mate dat deze nodig is.

In de toekomst zullen we moeten evolueren naar een getrapt zorgsysteem waarbij selectief en op basis van een aantal objectieve behoefte-indicatoren toegang tot bepaalde voorzieningen kan worden verleend.

Een ander belangrijk element van efficiënte organisatie is een goede coördinatie tussen de diensten onderling. Experimenten rond samenwerking zijn in het begin van de jaren zeventig gestart. Diverse organisatievormen zijn in de loop der jaren ontwikkeld en momenteel bestaat er zeker nog geen consensus over de optimale vorm. De subsidiëring van de samenwerkingsinitiatieven was reeds een stap in de goede richting. Maar algemeen kan worden gesteld dat vaak nog wordt gestruikeld over een te krampachtig blijven vasthouden aan de eigen autonomie van de deelnemende organisaties. Bovendien bestaan er nog teveel overlappingen tussen diensten, onder andere op vlak van taakinhoud. Maar ook bestaat dubbelwerk doordat alle diensten hun eigen intake en eigen registratie hebben. Tussen intra- en extramurale zorg bestaat zeer weinig coördinatie. Nog al te vaak komt de patiënt na ontslag uit het ziekenhuis terecht in een thuissituatie die niet in staat is de vereiste zorg te organiseren. Eveneens bestaat er een gebrek aan coördinatie tussen professionele zorg en mantelzorg.

Tot slot houdt efficiëntie een evenwichtige regionale spreiding in. Op dit ogenblik bestaan er nog geen studies die het totale aanbod van bejaardenzorg geografisch in kaart brengen. Maar de partiële gegevens die beschikbaar zijn, laten vermoeden dat er grote regionale verschillen bestaan, zelfs wanneer rekening wordt gehouden met vraagindicatoren zoals bijvoorbeeld de ouderdomsgraad van de bevolking. Bij verdere uitbreiding van de diensten zal bijgevolg rekening moeten worden gehouden met deze regionale verschillen. Deze problematiek zou nader door de Provinciale Welzijnscommissies moeten worden geanalyseerd.

3.4. Kwaliteit van de zorg

Heel de discussie over de zorg speelt zich in hoofdzaak af rond inzet van personeel en financiële middelen. Dit zijn weliswaar belangrijke topics, maar de kwaliteit van de zorg komt hierdoor in de schaduw te staan. Nochtans zijn er een aantal aanwijzingen dat de huidige kwaliteit van de zorg niet altijd aan de verwachtingen voldoet.

Zo blijkt bijvoorbeeld uit het recente CBGS-onderzoek over de rusthuizen (1) dat er nog een (zij het beperkt) aantal rusthuizen zijn waar de bejaarde geen bezoek mag ontvangen op de kamer, dat slechts in de helft van de gevallen de bejaarde een sleutel van de eigen kamer en in 6 % van de buitendeur heeft, dat slechts in één op tien rusthuizen de bewoners op hun kamer een kop thee of koffie mogen zetten, dat 4 op 10 instellingen kamers hebben waar 3 of meer bejaarden verblijven en dat slechts de helft van de kamers beschikt over een eigen toilet. Over andere kwaliteitsaspecten, waaronder bijvoorbeeld de houding van het personeel, bestaan voor de intramurale noch voor de extramurale bejaardenzorg gegevens.

Heel het kwaliteitsbeleid in de bejaardenzorg dient dan ook meer aandacht te krijgen. Een betere kwaliteitscontrole, het ontwikkelen van modellen ter evaluatie van de kwaliteit en eventueel het toevoegen van nieuwe kwaliteitscriteria aan de erkenningsvoorwaarden kunnen hiertoe bijdragen.

3.5. Financiële discriminaties tussen verschillende vormen van zorg

Momenteel laait de discussie hoog op over verschillende financiële behandeling van bejaarde patiënten met eenzelfde invaliditeit naargelang de soort verzorging die ze krijgen. Deze discussie speelt zich vooral af op het niveau van de intramurale zorg, maar eigenlijk zou ook heel de thuiszorg hierin moeten worden betrokken.

Bejaarden die voldoen aan de RVT-criteria (ook wel „RVT-patiënten” genoemd) treffen we aan in V-bedden in ziekenhuizen, in RVT-bedden, in gewone rusthuisbedden en in de thuiszorg. Zowel de tegemoetkoming van de ziekteverzekering als het persoonlijk aandeel van de patiënt in de financiering, verschilt in elk van deze situaties.

In een V-dienst is de gemiddelde door de ziekte en invaliditeitsverzekering gedekte dagprijs 2.800 frank en valt 150 frank ten laste van de patiënt.

Voor patiënten in een erkend RVT-bed wordt een dagverzorging van 1.130 frank uitgekeerd. De patiënt komt voor 800 frank tot 1.500 frank tussen, afhankelijk van de instelling. Ditzelfde bedrag, eventueel aangevuld met een supplement, wordt door RVT-patiënten in de gewone rusthuisbedden betaald. Maar voor deze patiënten kan het rusthuis kiezen tussen het miniforfait van 341 frank of 280 frank, of een terugbetaling per prestatie.

Volgens de recente CBGS-enquête in de rusthui-

(1) Dooghe, G., e.a. (1990), De rusthuizen in Vlaanderen, CBGS Monografie 1990/1.

zen zou 40 % van de bejaarden voldoen aan de RVT-criteria. 12 % van de bejaarden in de rusthuizen worden geschat te verblijven in een RVT-bed en voor 8 % zouden de rusthuizen het RVT-miniforfait ontvangen. Thuisverzorgde bejaarden die aan de RVT-criteria voldoen ten slotte, ontvangen van de overheid en de ziekte- en invaliditeitsverzekering samen een bedrag van 884 frank per dag. Hierin zijn ook de subsidies voor professionele verzorging begrepen. Zelf dragen zij 378 frank per dag bij voor remgelden, gezins- en bejaardenhulp en meerkosten in de huishouding (1).

3.6. Personeelsmiddelen

De verschuivingen in de zorgvraag zullen in de toekomst nieuwe tewerkstellingsmogelijkheden bieden. De post-industriële samenleving zal een dienstensamenleving zijn met zowel private diensten maar voor de bejaardensector in aanzienlijke mate nog publieke en private non-profitdiensten.

De groeiende economie van de komende jaren, onder meer in West-Europa aangewakkerd door de realisatie van de interne markt, zal deze middelen moeten maar ook kunnen opbrengen. Basisfactoren hiervoor zijn onder meer de stijgende productiviteitsgroei in de private sector. Maar ook de publieke sector zal arbeid vrijmaken die in de bejaardensector zal kunnen worden ingezet. De financiering van deze arbeid zal in belangrijke mate via publieke middelen geschieden. Deze macroverschuiving kan enkel mogelijk worden gemaakt indien de politieke bereidheid hiertoe bestaat. Nu reeds wordt recrutering van personeel en garantie van een kwaliteitszorg in de welzijnssector, en dus ook de bejaardensector moeilijker. Jongeren zijn niet meer gemotiveerd om voor deze jobs te kiezen en diegenen die reeds actief zijn in deze jobs dreigen deze te verlaten of uitgeblust te geraken mede omwille van de gebrekkige waardering. Een herwaardering van de jobs in de zorgsector die op nieuw aansluiting vindt bij de trends in de marktsector, is dan ook noodzakelijk.

Het vrijmaken van middelen is ook noodzakelijk om te voorkomen dat de bejaardensector terecht komt in „privatisation by default" (privatisering door het achterwege blijven van de overheid) (2) om te garanderen dat de behoeften van alle inkomensgroepen in deze sector bevredigd worden. Nu reeds stellen wij in de sector van de rusthuizen vast dat het openbaar en non-profit initiatief achter blijft tegenover het commerciële initiatief (3). Een andere vorm van privatisering is de verschuiving naar zorgsystemen met een hoge eigen bijdrage

(RVT ten opzichte van hospitalisatie). In beide gevallen dreigen de lage inkomensgroepen die aanzienlijk vertegenwoordigd zijn in de bejaardengroep, uit de boot te vallen (1).

Naast de spontane uitbreiding in de commerciële sector dient de private non-profit en publieke sector gelijke tred te houden met de toegenomen zorgvraag.

In het verleden is gebleken dat zelfs in periode van budgettaire beperking expansie van de zorgsector mogelijk is. Zo werd bijvoorbeeld plafonnering van de gezins- en bejaardenhulp gecompenseerd met een uitbreiding via het IDF en het creëren van DAC-jobs in de poetsdiensten, waardoor ook een tewerkstellingsobjectief werd gediend. Hier stelt zich wel nog meer het probleem van de (her)-waardering van deze jobs.

Het zal des te meer noodzakelijk worden om via een gepast „human resources,-beleid voor deze sector tegemoet te komen aan de gewijzigde vraag. De zorgvraag is niet alleen in omvang groeiende maar is nu reed intensiever dan de huidige omkadering voorziet. Ze vereist bijgevolg ook nieuwe kwalificaties en is ook kwalitatief veeleisender. Naast een eventuele aanpassing van de programmering, zal ook de omkadering daarvan in de toekomst dienen te worden uitgewerkt. Nieuwe taakverdelingen tussen de bestaande disciplines zullen zich overigens aandienen. Deze mogen niet vertekend worden door de bestaande financieringsmechanismen. Ook dient het management van de instellingen in de toekomst meer vrijheid te krijgen om een bepaalde zorgprestatie te organiseren met inzet van arbeid en infrastructuur zoals zij zelf dat het meest werkzaam acht.

Een paar voorbeelden kunnen deze verschuivingen illustreren : hoe dienen in de toekomst de taken verdeeld te worden tussen bejaardenhulp, thuisverpleging en huisarts ? Welke omkadering is noodzakelijk om ook het verzorgend personeel in een instelling voor bejaardenzorg goed te laten functioneren ?

Een grondig onderzoek naar de kwalificatiebehoeften voor deze sector is noodzakelijk. Tevens zal moeten nagegaan worden hoe via verhoogde inspanningen voor vorming en bijscholing van het huidige personeel hieraan kan worden tegemoetgekomen.

De recente verbeteringen van de loon- en arbeidsvoorwaarden in deze sector moeten in de toekomst worden verdergezet. Een belangrijke uitdaging zal zijn om na de kwantitatieve expansie van de jaren zeventig en tachtig ook de nodige loopbaanperspectieven aan het personeel te bieden. Ook de arbeidsorganisatie zal geconfronteerd worden met nieuwe vragen als verdere toename van deeltijds werk en flexibiliteit in functie van de continuïteit van de dienstverlening.

(1) Hedeboom G., De thuisgezondheidszorg in Vlaanderen, wordt binnenkort gepubliceerd.

(2) Estrin, S., Perotin, V., Privatisation by Default ? Old Age Homes in Britain and France, Welfare State Programme, Suntory-Toyota International Centre for Economics and Related Disciplines, Londen, 1988, 22 blz.

(3) Spinnewyn, H., Economische betekenis van de welzijnszorg in Vlaanderen, HIVA, Leuven, 1990, te verschijnen.

(1) Zie ook Hedeboom, G., De thuisgezondheidszorg in Vlaanderen, 1990, HIVA, Leuven, te verschijnen.

HOOFDSTUK 4 : THUISZORG

1. ZELFZORG

Het grootste deel van de bejaarden is in staat om op zelfstandige wijze heel wat taken te verrichten, zowel inzake de eigen verzorging als wat betreft de instandhouding van het huishouden.

Het is belangrijk dat zij dit zolang mogelijk kunnen blijven doen. Indien mantelzorgers of professionele thuisverzorgers enkele taken overnemen, moet dan ook de nog resterende zelfzorg zo lang mogelijk in stand worden gehouden. De houding van verzorgers is dus cruciaal in het behoud van zelfzorg. De rol van de overheid met betrekking tot zelfzorg bestaat in de eerste plaats in de uitbouw van preventie (zie supra). Daarnaast kan zij de zelfzorg ondersteunen door het creëren van materiële voorwaarden waarin zelfzorg zolang mogelijk gehandhaafd blijft. Een middel is bijvoorbeeld premies voor aanpassing van de woning. De kwaliteit van de huisvesting is immers erg bepalend voor de nood aan zorgvoorzieningen, terwijl blijkt uit het leefsituatie-onderzoek van het CBGS dat 18 % van de alleenwonende bejaarden en bejaarde echtparen in een onaangepaste woning is gehuisvest.

Voor het behoud van de zelfzorg is ook het aanbod van specifieke woonvormen met dienstverlening belangrijk. Hierop wordt teruggekomen in hoofdstuk 5.

Ten slotte zou de bestaande subsidiëring van alarmsystemen geëvalueerd en eventueel uitgebreid moeten worden.

2. MANTELZORG

2.1. Het aandeel van de mantelzorg in de huidige zorg (1)

De mantelzorg neemt in Vlaanderen een belangrijk deel van de zorg op zich. Van de 184.810 semi-valide en invalide bejaarden (1 januari 1986) was meer dan de helft volledig aangewezen op mantelzorg. De andere helft deed naast de huisarts beroep op minstens één van de ambulante professionele diensten. Maar ook bij het grootste deel van deze groep staat de mantelzorg in voor de continuïteit van de hulpverlening. Daarnaast vervult de mantelzorg heel wat taken bij valide bejaarden.

Eén van de eerste taken die de mantelzorg op zich neemt is huishoudelijk werk. Toezicht houden is in tijd uitgedrukt de belangrijkste taak. Geschat wordt dat bij de helft van de thuisverzorgde bejaarden voortdurende aanwezigheid tijdens de dag vereist is. Bij een aantal komt hier nog het nachtelijk toezicht bovenop. Verplegende en verzorgende ta-

ken nemen een minder belangrijke plaats in. Deze worden meestal aan de professionele hulpverleners overgelaten.

In de meeste situaties staat of valt de mantelzorg met de centrale verzorger. Uit een enquête van het HIVA bij 300 thuisverzorgde bejaarden blijkt immers dat de zorg zeer sterk geconcentreerd zit bij één persoon. Deze neemt bijna 90 % van alle verzorgingsuren op zich. Dat mantelzorg in de eerste plaats vrouwenzorg is, wordt aangetoond door de bevinding dat twee van de drie voornaamste verzorgers vrouwen zijn. In de helft van de gevallen is de voornaamste verzorger de partner, en in een kwart de dochter.

De kwetsbaarheid van de mantelzorg blijkt uit de vaststelling dat 40 % van de voornaamste verzorgers zelf bejaard (65+) en zelfs 20 % hoogbejaard (75+) is. Indien de voornaamste verzorger wegvalt, zijn bij één op drie van de zorgsituaties geen vervangers beschikbaar. Eén op vijf van de voornaamste verzorgers combineert de verzorgingstaak met een dagtaak buitenshuis.

Deze vaststellingen wijzen erop hoe belastend de mantelzorg kan zijn. Eén van de meest stresserende elementen is het aan huis gekluisterd zijn van de verzorger. Het is moeilijk sociale contacten te onderhouden of zelfs maar boodschappen te doen. Telkens moet hiervoor een vervanging georganiseerd worden. Vrije weekends of vakanties zitten er vaak niet meer in, tenzij een bereidwillig familielid gevonden wordt om de taak over te nemen.'

Ook de gewone dagdagelijkse bezigheden in het huishouden, op het werk of de opvoeding van de kinderen lijden onder de verzorgingssituatie. De verzorging betekent daarbij ook fysiek een belasting : vooral de verzorgers van bedlegerige patiënten hebben rugklachten. Daarnaast bestaan ook psychische klachten. De bejaarde durft soms lastig, bemoeiziek of agressief te zijn. Voor de verzorger wordt het tevens moeilijk tijd en aandacht te verdelen tussen bejaarde, eigen partner en kinderen. Onbegrip van de familie en soms zelfs beschuldiging dat de verzorging gebeurt om financiële motieven, maakt bovendien de situatie niet altijd even aangenaam.

2.2. Ondersteuning van de mantelzorg

De beste manier om de mantelzorg te ondersteunen is de professionele diensten verder uitbouwen. Dit betekent in de eerste plaats een uitbreiding van de bestaande traditionele diensten. Gezien de stijgende zorgvraag zullen zij nog meer dan in het verleden aanwezig moeten zijn bij alleenwonende bejaarden en in gezinnen waar de mantelzorg reeds zwaar belast is.

Daarnaast zouden de beroepsklachten zich ook meer rechtstreeks tot de thuisverzorgers moeten richten. Het bespreken van problemen die zich in het gezin voordoen als gevolg van de verzorgingssituatie, het geven van informatie over het ziekteproces en overleg over de verstrekte zorgen, moeten nieuwe accenten worden in de taak van de beroepskrachten. Dit impliceert dat de problemen van de mantelzorg in hun opleiding bijzondere aan-

(1) Gebaseerd op Hedeboom G. en Winters S. (1988), Ondersteuning van de draagkracht van de mantelzorg bij bejaarden, HIVA, Leuven, p. 143.

dacht krijgen. De tijd die zij aanwezig kunnen zijn in het gezin wordt niet strikt beperkt tot het verrichten van technische handelingen, maar laat tevens ruimte voor overleg en inbreng in de volledige situatie met bijzondere aandacht voor de mantelzorger.

Naast een uitbreiding van de bestaande diensten, verdient ook de oprichting of het op grotere schaal ter beschikking stellen van diensten die specifiek gericht zijn op ondersteuning van de mantelzorg aanbeveling.

Belangrijk in dit opzicht zijn de diensten gericht op tijdelijke ontlasting van de mantelzorg : oppasdiensten, dag- en nachtverblijven, kortverblijf in instellingen. Niet alleen wordt hierdoor de situatie voor de verzorger verlicht, maar ook kan hiervan zelfs een stimulerende kracht ten aanzien van de mantelzorg uitgaan. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer de bejaarde tijdens de kantooruren naar een dagopvangcentrum kan gaan en man en vrouw beiden hun job kunnen behouden. Tevens kan worden verwacht dat tijdelijke ontlasting een kwaliteitsverbetering van de thuiszorg met zich zal meebrengen. De verzorger is minder gestresseerd en heeft meer energie om de dagelijkse sleur weer op te nemen als hij er af en toe eens uit kan.

Vanuit vele hoeken hoort men de vraag naar een financiële tegemoetkoming voor de mantelzorg. Deze vraag is gebaseerd op de vaststelling dat de verzorging van bejaarden thuis een aanzienlijke meerkost met zich meebrengt. De wenselijkheid van dergelijke tegemoetkoming dient bekeken te worden binnen het volledige kader van de financiering van de verzorging van bejaarden (cfr. 3.5). Zelfs indien hieruit blijkt dat thuisverzorgde bejaarden financieel gediscrimineerd worden, dan nog blijft de vraag hoe zij hiervoor gecompenseerd moeten worden : via een tegemoetkoming of fiscale voordelen, of via een (eventueel selectieve) verlaging van remgeld en eigen bijdragen.

Minstens kan gesteld worden dat de keuze tot mantelzorg niet financieel ontmoedigd zou mogen worden, zoals nu soms het geval is. Voorbeelden hiervan zijn : het verhogen van het kadastraal inkomen indien de woning uitgebreid wordt met een vertrek voor een inwonende ouder, de hogere bijdrage voor gezins- en bejaardenhulp voor inwonende bejaarden, het niet fiscaal ten laste mogen nemen van een inwonende zorgbehoevende, enzovoort. Waarschijnlijk bestaat er een waslijst van bureaucratische rigiditeiten waardoor de thuiszorger al vlug de indruk krijgt dat men zijn inspanningen niet waardeert. Het psychologisch belang hiervan mag niet worden onderschat.

Ten slotte zou het wenselijk zijn dat mantelzorgers inspraak krijgen in het beleid aangaande thuisgezondheidszorg. Zowel naar het overheidsbeleid, als naar de professionele diensten toe kunnen zij belangrijke elementen aandragen gebaseerd op de dagdagelijkse ervaring in het omgaan met bejaarden. De thuisverzorgers die zich trouwens aan het organiseren zijn, zullen in de toekomst een belangrijke gesprekspartner moeten worden.

3. PROFESSIONELE THUISZORG

3.1. Aandeel van de professionele hulp in de thuiszorg

Wanneer een bejaarde hulp nodig heeft, doet hij in de eerste plaats een beroep op zijn omgeving. Met uitzondering van de voetverzorging primeert de mantelzorg voor alle taken op de professionele zorg. Vanaf een bepaald ogenblik (wanneer de mantelzorg te zwaar belast wordt of onvoldoende beschikbaar is) kunnen sommige taken te zwaar worden om zelf uit te voeren en wordt de hulp van beroepskrachten ingeroepen.

Dit zijn meestal privékrachten : 16 % van de 65-plussers krijgt hiervan hulp bij was en/of strijk en 9 % doet een beroep op iemand voor het zwaar huiswerk en kleine reparaties.

Schoonmaaktaken worden in ongeveer dezelfde mate verricht door privé-hulp als door de gesubsidieerde dienstverlening. Enkel bij het bereiden van warme maaltijden overweegt de hulp van de bejaardenhulpster of de dienst warme maaltijden op de privé-hulp. We beperken ons hier tot de gesubsidieerde diensten : welke bestaan en wat is hun aandeel in de hulp ?

De thuisverpleging, gedeeltelijk gefinancierd via de ziekte- en invaliditeitsverzekering, is de dienst waarop het meest een beroep wordt gedaan (± 8 % van de thuiswonende bejaarden) (1). De verstrekte hulp, hoofdzakelijk bestaande uit geneeskundige verpleging en verzorging, blijft echter beperkt in tijd (2).

De gezins- en bejaardenhulp komt bij minder bejaarden aan huis (± 5 %), maar de hulp neemt meer tijd in beslag. Vanuit haar taak in te staan voor de continuïteit in het functioneren van een gezin dat geschokt of ontredderd is door ziekte of invaliditeit van de moeder of echtgenoot (3), vervult zij een cruciale rol in de thuiszorg. De financiering van de gezins- en bejaardenhulp gebeurt grotendeels via de Vlaamse Gemeenschap, uitgebreid met bijkomende middelen voor tewerkstelling in het kader van het Interdepartementeel Begrotingsfonds (IBF).

De poetsdiensten, volledig uitgebouwd via het Derde Arbeiderscircuit en gesubsidieerde contracten in de openbare sector, bieden poetshulp bij 7 à 8 % van de bejaarden voor meestal 1 of 2 halve dagen per week.

Uiteraard raadplegen thuisverzorgende bejaarden huisarts, specialist, kinesitherapeut, voetverzorgster, enzovoort. De huisarts vervult een bijzondere taak in de thuiszorg. Hij verstrekt medische begeleiding, wijst diensten voor thuiszorg toe en beslist tot eventuele opname. De diensten voor maatschappelijk werk spelen eveneens een rol in de

(1) Hedeboom G. (1990), De thuisgezondheidszorg in Vlaanderen.

(2) Cijfers WGK, berekend over alle patiënten die hulp ontvangen, dus ook bejaarden.

(3) Steyaert R. (1986), Home, Huishoudhulp op mensenschaal.

zorgbemiddeling (bij ± 5 % van de bejaarden). Verder zijn er nog de dienstencentra, uitleendienst, maaltijdbedeling, klusjesdiensten, vervoerdiensten, enzovoort die elk op hun eigen wijze bijdragen tot het kunnen thuis blijven van meer of minder zorgbehoevende bejaarden.

3.2. Toekomstige uitbouw van de professionele thuiszorg

Om in de toekomst meer bejaarden de kans te geven langer thuis te blijven, of de thuiszorg op het huidige niveau te handhaven, zal een uitbreiding van de professionele diensten noodzakelijk zijn.

Ten eerste zullen de beroepskrachten taken moeten blijven opnemen, en misschien zelfs meer dan nu het geval is, daar waar mantelzorg aanwezig is.

Verder zal, gezien het stijgend aantal alleenstaande bejaarden, steeds meer professionele zorg naar deze groep moeten gaan. Een uitbreiding van de diensten voor gezins- en bejaardenhulp, die een spilfunctie vervullen in de thuiszorg, zal noodzakelijk zijn.

Bovendien kan de vraag gesteld worden of een minimaal zorgaanbod 's avonds en ook in het weekeinde niet wenselijk is.

Er zijn dus diverse redenen om aan te nemen dat de behoefte aan gezins- en bejaardenhulp in de toekomst stijgt. Maar zelfs bij een gelijkblijvend gebruikspercentage zal het huidige aanbod onder invloed van de demografische verschuivingen moeten toenemen. Uitgaande van een constante gebruiksfrequentie per vijfjarige leeftijdsgroepen verkrijgen we volgend beeld.

Tabel 7 : Schatting van het aantal cliënten gezins- en bejaardenhulp 65+ in Vlaanderen op basis van een constant gebruikspercentage per leeftijdscategorie

leeftijd	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95+	totaal 65+	index 1988 = 100
gebruiks- freq.	1.11	2.252	4.124	6.064	7.283	7.283	7.283		
Jaar									
1988	2.726	4.652	7.125	6.686	3.650	1.064	186	26.088	100,00
1989	3.015	4.190	7.192	6.819	3.836	1.133	194	26.379	101,11
1990	3.153	1.072	7.224	6.941	4.014	1.214	218	26.835	102,86
1991	3.164	4.396	7.025	7.053	4.196	1.294	239	27.368	104,91
1992	3.170	4.862	6.623	7.119	4.342	1.395	267	27.777	106,47
1993	3.172	5.402	6.018	7.247	4.510	1.492	298	28.140	107,86
1994	3.168	5.975	5.445	7.371	4.657	1.601	329	28.545	109,42
1995	3.178	6.258	5.345	7.457	4.798	1.708	367	29.110	111,58
1996	3.226	6.296	5.833	7.286	4.931	1.817	404	29.793	114,20
1997	3.278	6.320	6.482	6.880	5.019	1.906	449	30.333	116,27
1998	3.331	6.332	7.203	6.261	5.149	2.001	490	30.760	117,94
1999	3.345	6.330	7.956	5.682	5.265	2.083	532	31.192	119,56
2000	3.342	6.355	8.328	5.633	5.344	2.156	572	31.730	121,63

Zelfs indien de huidige gebruiksfrequentie (die zeker geen afspiegeling is van de toekomstige behoefte) constant blijft, dan nog zal het aantal cliënten van gezins- en bejaardenhulp 65+ in het jaar 2000 met 22 % toenemen ten opzichte van 1988. Bij een gelijkblijvende jaarlijkse hulp van gemiddeld ongeveer 300 uren per hulpontvanger, betekent dit een stijging van het aantal uren met 1,7 miljoen uren. We merken op dat bij gebrek aan gegevens de groep 60-65 jaar niet in de berekeningen werd betrokken.

Naast een verdere uitbouw van de gezins- en bejaardenhulp zou oprichting van dienstencentra geëvalueerd en eventueel verder moeten worden gestimuleerd. Vooral in steden en verstedelijkte gemeenten kunnen dienstencentra heel wat functies ten aanzien van bejaarden in een vroeg stadium van zorgbehoevendheid vervullen. Dienstencentra bieden het voordeel dat zij tegen een relatief lage

kost (beperkte infrastructuur en omkadering) toch aan tientallen bejaarden hulp bieden.

Verder is het met betrekking tot de professionele thuiszorg verbazingwekkend dat er nog zoveel bejaarden zijn die de diensten niet kennen. Respektievelijk 20 % en 27 % van de bejaarden weten niet wat gezins- en bejaardenhulp en poetsdienst zijn. De thuisverpleging is beter gekend (6 % niet). Diensten die minder frequent voorkomen (klusjesdienst, dienstencentra) zijn slechts bekend bij een minderheid van de bejaarden (1). Hetzelfde geldt voor een aantal tegemoetkomingen en tariefverminderingen. Een ruim opgezette informatiecampagne is dan ook geen luxe, en zal, in de mate dat zij succesvol is, aanleiding zijn tot een stijgende vraag.

(1) Dooghe G., e.a. (1988), De leefsituatie van bejaarden.

Een bijzondere inspanning is vereist om het hele pakket voorzieningen door de bejaarden te leren aanvaarden als een recht, als een verworvenheid waarvoor elk van hen belastingen en sociale zekerheid heeft betaald.

Ten slotte dient bij dit alles speciale aandacht te gaan naar de armsten onder de bejaardenbevolking. Waarschijnlijk is het juist bij deze groep dat velen de bestaande diensten niet kennen of er geen beroep op durven of willen doen. Er dient daarom speciaal gezocht te worden naar methodes waarmee ook deze mensen bereikt worden. Het buurt- en opbouwwerk kan hierbij een hulp zijn.

HOOFDSTUK 5 : INTRAMURALE VOORZIENINGEN

1. HET RUSTHUIS ALS COLLECTIEVE WOONVORM

1.1. De bewoners

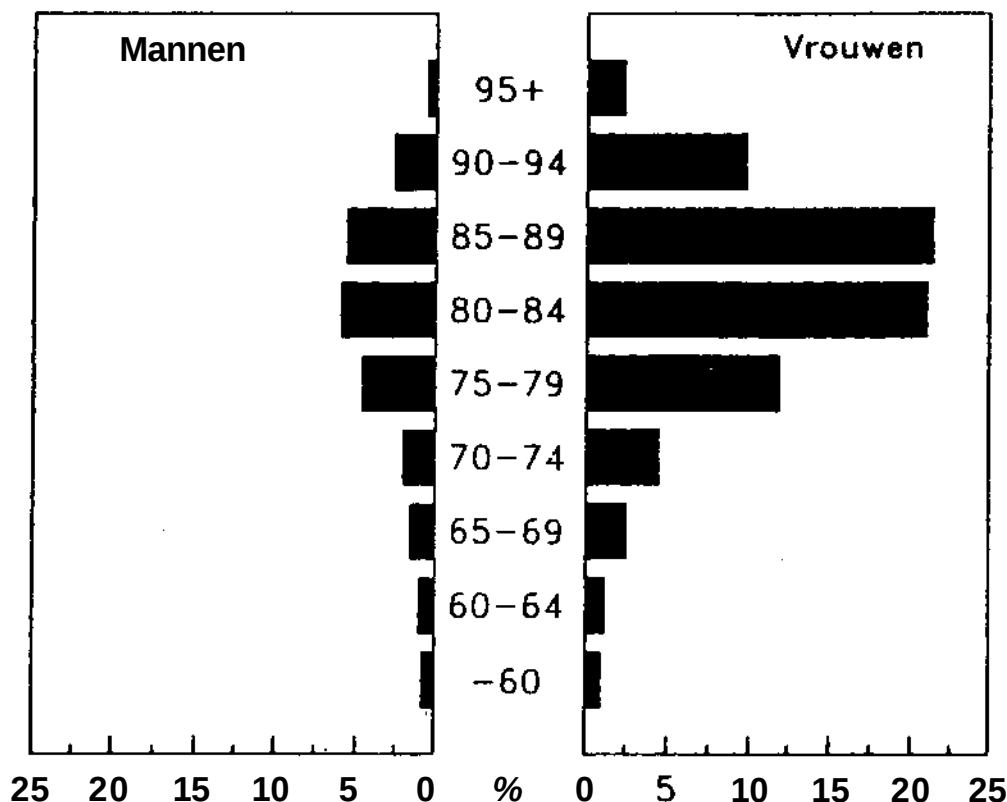
In tegenstelling met de vaak gangbare mening dat vele bejaarden in rusthuizen verblijven, is het aantal rusthuisbewoners eerder gering. In Vlaanderen zijn ongeveer 45.000 bejaarden (d.i. 5 %) in één van de 709 rusthuizen. Dit neemt niet weg dat dergelijke instellingen binnen de gehele bejaardenzorg een belangrijke rol spelen, aangezien vele

mensen op hogere leeftijd voor een korte of lange periode op een bejaardentehuis zijn aangewezen.

Wat de leeftijd van de rusthuisbewoners in Vlaanderen betreft, heeft recent onderzoek uitgewezen dat 69 % 80 jaar of ouder is. De gemiddelde leeftijd van alle bewoners bedraagt 82 jaar. In 1975 bedroeg het aandeel van de 80-plussers maar 48 %. De bewonerspopulatie is met andere woorden sterk verouderd.

De meeste, zoniet alle rusthuizen, worden geconfronteerd met bewoners die zorgbehoevend zijn. Het aandeel invalide en hulpbehoevende bejaarden is in de loop der jaren sterk toegenomen. Hierdoor is de rol van het bejaardentehuis gewijzigd. Van rusthuis is het naar verzorgingstehuis geëvolueerd. Bij het afzonderlijk in beschouwing nemen van de RVT-criteria blijkt dat meer dan de helft van de rusthuisbewoners iedere dag een toilet heeft dat door een andere persoon wordt uitgevoerd ; dat 26 % chronisch incontinent is, dat een even grote groep onder het criterium „ernstig gedesoriënteerd in tijd en ruimte" valt, dat 17 % hulp nodig heeft bij het eten en 15 % bedlegerig is. Indien een bewoner beoordeeld zou worden als zwaar zorgbehoevend wanneer ten minste aan twee van de RVT-criteria is voldaan en/of wanneer men ernstig gedesoriënteerd is in tijd en ruimte, dan zouden vier op tien bewoners tot de categorie van de zwaar zorgbehoevenden behoren. Omgerekend naar de totale bewonerspopulatie zou het hier gaan om circa 18.000 bejaarden.

Grafiek 2 : Leeftijdsopbouw van de bewoners van rusthuizen in Vlaanderen 1988



1.2. Verblijfskosten

De verblijfskosten binnen de rusthuizen vallen in principe ten laste van de bewoner. Recent onderzoek heeft uitgewezen dat in één op vier rusthuizen de dagprijs voor een alleenstaande maximum 800 frank bedraagt. In 14 % van de tehuizen is de dagprijs voor een alleenstaande meer dan 1.000 frank. De gemiddelde dagprijs bedraagt 913 frank voor een alleenstaande in een éénpersoonskamer.

Daarenboven rekenen een aantal rusthuizen een supplement aan voor zorgbehoefte. Gemiddeld is dit voor invalide bewoners 3.875 frank per maand. Ook kunnen nog andere kosten aan de bewoner verrekend worden (was en/of strijk van persoonlijk linnen, maaltijden op de kamer, enzovoort). Vaak wordt gezegd dat rusthuizen voor de bewoners onbetaalbaar zijn geworden. Uit het leef-situatie-onderzoek bij ouderen blijkt dat het mediaan pensioen voor een alleenwonende 20.600 frank per maand bedraagt, terwijl de gemiddelde maandelijkse verblijfskosten voor een éénpersoonskamer in een rustoord op 28.300 frank kunnen worden berekend, exclusief supplementen. Vele bewoners zijn aldus niet in de mogelijkheid deze kosten met hun pensioen te betalen. Rusthuisbewoners die over onvoldoende bestaansmiddelen beschikken, kunnen onder bepaalde voorwaarden voor een volledige of gedeeltelijke tussenkomst in de verblijfskosten een beroep doen op het OCMW. 87 % van alle Vlaamse rusthuizen huisvesten één of meer ouderen die financiële steun van het OCMW ontvangt. In absolute aantallen gaat het om 13.068 personen. Dit is 30 % van de totale rusthuispopulatie. Ook familie of andere personen en instanties kunnen een financiële bijdrage leveren in de verblijfskosten. Omtrent dit laatste aspect beschikken we over geen informatie.

1.3. Het rusthuis als gesloten gemeenschap

De afzonderingspositie die aan vele instellingen eigen is, geldt ook ten aanzien van rusthuizen. Rusthuizen zijn vaak gesloten samenlevingsvormen. In het kader van een geïntegreerde aanpak moet nochtans naar aansluiting worden gezocht. Het rusthuis kan in sommige gevallen fungeren als een soort draaischijf van bejaardenzorg binnen een bepaalde regio. Rusthuizen zouden diensten kunnen bewijzen aan niet-bewoners onder de vorm van opvang voor een kortstondige of tijdsgebonden periode (bijvoorbeeld vakantie, dag- of nachtverblijf). Momenteel hebben weinig instellingen (nl. 11, dit is 1,6 %) een nachtopvang ingericht voor personen die tijdens de dag niet in instellingen verblijven. 82 instellingen of 12 % van alle rusthuizen voorzien in dagopvang.

39 % van de instellingen staan open voor kortverblijf, dit is de opname van personen voor een beperkte duur, onder meer om de kinderen die de zorg voor hun ouders op zich nemen in staat te stellen vrij te nemen tijdens de vakantie of in het weekend.

1.4. Wachtlijsten

Het is algemeen bekend dat er aanzienlijke wacht-

lijsten bestaan. Uit recent onderzoek in de rustoorden in Vlaanderen werd dit opnieuw bevestigd. In niet minder dan 82 % van de rustoorden bestaat er een wachtlijst. De grootte hiervan is moeilijk exact te achterhalen aangezien dubbele tellingen niet uitgesloten zijn. Wachtlijsten zijn ook niet altijd geactualiseerd. Soms zijn ze een uitdrukking van een reserveringsgedrag waarbij ouderen zich willen verzekerd zien om in een tehuis te worden opgenomen indien de behoefte hiertoe zich aandient. Met deze restrictie voor ogen zouden niet minder dan 19.950 personen op wachtlijsten staan. Ten aanzien van een bewonerspopulatie van ongeveer 45.000, beantwoordt dit aan een verhouding van 44 %.

1.5. Programmering

Op 1 maart 1989 telde de Vlaamse administratie 48.290 bedden in erkende en niet-erkende rustoorden. Dit betekent dat de norm van 4 bedden op 100 bejaarden 60+ met 0,44 bedden overschreden werd. Er zijn met andere woorden bedden teveel (1).

Indien voor de eerste maal een erkenningsaanvraag wordt ingediend, kan de voorziening voor een periode van één jaar voorlopig worden erkend. In die periode wordt onderzocht of de gestelde erkenningsnormen worden nageleefd. Op een gemotiveerd verzoek van de aanvrager kan de voorlopige erkenning voor een éénmalige periode van één jaar worden verlengd.

Oorspronkelijk werd een periode van drie jaar voorzien binnen dewelke alle rusthuizen zich aan de nieuwe reglementering dienden aan te passen. Deze overgangperiode, van september 1985 tot september 1988, bleek in de praktijk onvoldoende. Daarom werd een verlenging van één jaar voorzien waardoor vanaf september 1989 alle rusthuizen aan de nieuwe normen dienden te voldoen. Voor rusthuizen die tegen deze datum op principiële punten van de normering afwijken, werd de sluitingsprocedure gestart.

Hoewel het decreet geen twijfel laat bestaan over de verplichting tot erkenning, voldoen een aantal rustoorden (nog) niet aan de gestelde eisen. In totaal zijn bijna negen op de tien tehuizen in Vlaanderen erkend of voorlopig erkend. Van 55 instellingen, d.i. 8 % is de erkenningsaanvraag in behandeling en 19 rusthuizen, 3 %, zijn niet erkend. Het ontbreken van het vereiste attest van brandveiligheid, de aanslepende administratieve procedure voor wat betreft de erkenningsaanvraag en functionele tekorten zijn de voornaamste hinderpalen die de erkenning van een instelling als rusthuis bemoeilijken.

De commerciële sector tekent zich af als de meest problematische sector wat betreft de erkenningen. Meer dan één op vijf instellingen met winstoogmerk is (nog) niet erkend, tegenover maar 8 % van de openbare en 5 % van de V.Z.W.-tehuizen.

(1) In deze berekeningen schuilt enige onnauwkeurigheid omdat bevolkingscijfers voor 1988 gebruikt werden en gegevens over de bedden capaciteit dd. 1 maart 1989.

In totaal wordt één op vijf woongelegenheden in de commerciële sector zonder erkenning geëxploiteerd.

Moeilijkheden met de erkenning situeren zich hoofdzakelijk in tehuizen met winstoogmerk. Een mogelijke verklaring hiervoor is volgens G. Dooghe, e.a. dat deze instellingen niet in aanmerking komen voor de subsidiëring van investeringsverrichtingen (1). De kosten voor eventuele aanpassingswerken die vereist zijn om aan de normen te voldoen zijn volledig ten laste van het tehuis zelf. VZW's en openbare rusthuizen kunnen daarentegen onder bepaalde voorwaarden wel subsidies krijgen.

Tot slot vermelden we nog dat ook in erkende instellingen woongelegenheden voorkomen waarvoor (nog) geen erkenning werd gegeven. Wanneer we ook deze niet-erkende bedden meerekenen, dan blijkt in totaal 9 % van het beddenbestand in rusthuizen (nog) niet erkend te zijn.

1.6. Kwaliteit van de bestaande gebouwen

Het uitzicht en de materiële toestand van het gebouw zijn elementen die de beeldvorming van de bewoners en van de buitenwereld ten aanzien van het rusthuis mee bepalen. Los van het feit of bejaarden zich beter thuisvoelen in een oud dan wel een nieuw gebouw, kan niet worden ontkend dat een infrastructuur die aangepast is aan de noden en de behoeften van de bewoners het leven in de instelling aangenamer en gemakkelijker maakt.

In het kader van het CBGS-onderzoek over de rusthuizen in Vlaanderen werd naar de toestand van de gebouwen gepeild. Men verwerkte informatie over het bouwjaar, eventuele aanpassings- en moderniseringswerken en het aantal verdiepingen. De vraag naar het bouwjaar van een rusthuis is niet probleemloos te beantwoorden. Vaak hadden de tehuizen vroeger een andere bestemming of werden in de loop der jaren heringericht. Bij sommige gebouwen werden nieuwe vleugels en afdelingen bijgebouwd. Om die redenen werd naar het bouwjaar van de instelling gevraagd. In sommige gevallen vroeg men het bouwjaar van het grootste gedeelte van het gebouw dat als rusthuis fungeert. Indien meerdere data werden opgegeven, werd het bouwjaar van het oudste gedeelte geregistreerd.

Bijna de helft van de Vlaamse rusthuizen (45 %) werd tussen 1950 en 1980 gebouwd. Eén op drie instellingen dateert van voor die periode en 13 % is zelfs in de 19de eeuw gebouwd. Aangezien 7 % van de tehuisverantwoordelijken het bouwjaar van hun instelling niet kent, is het laatste cijfer waarschijnlijk een onderschatting van de realiteit. 16 % van de gebouwen zijn van 1980 of later.

Directies van tehuizen met winstoogmerk zijn vaker onwetend over de ouderdom van het gebouw (16 % tegenover 5 % van de VZW's en 3 % van de OCMW-rusthuizen). Het relatief grote aantal overnames van tehuizen in de commerciële sector, vaak met wisselende directies, is hier allicht niet vreemd aan. Zeer oude gebouwen (19de eeuws) vindt men vaker in de VZW's (16 %) en de openbare sector (14 %) terug dan in de profit sector (7 %). Vrij nieuwe instellingen komen in de drie sectoren in ongeveer gelijke mate voor.

We stellen vast dat vele rusthuizen vrij oude gebouwen zijn : 1/3 dateert van voor 1950. Wel hebben heel wat instellingen verbouwings- en/of moderniseringswerken uitgevoerd : tijdens de laatste tien jaar (27 %), zijn er momenteel mee bezig (24 %) en hebben plannen voor de toekomst (33 %).

2. RUST- EN VERZORGINGSTEHUIZEN

In de loop van de jaren zeventig werd duidelijk dat, met het toenemen van het aantal invalide bejaarden in de rusthuizen, er behoefte was aan een type van voorziening waar een tussenkomst verleend zou worden voor de verzorging van zwaar en langdurig zorgbehoevende bejaarden. Deze evolutie werd in 1982 beantwoord met de oprichting van de rust- en verzorgingstehuizen (RVT).

De oprichting van RVT-bedden werd gekoppeld aan de afbouw van ziekenhuisbedden waar te veel chronische patiënten verbleven. Een RVT-bed onderscheidt zich van een ziekenhuisbed doordat het verblijf er een residentieel karakter heeft.

Om in aanmerking te komen voor opname in een RVT-bed moet de bejaarde voldoen aan een aantal criteria inzake zorgbehoefte. Verder moeten vóór de opname de nodige diagnostische onderzoeken ondergaan zijn, alsmede elke actieve en reacterende behandeling zonder dat deze leidde tot een herstel van de functies met betrekking tot het dagelijks leven.

Op 1/7/89 telde het RIZIV in Vlaanderen 9.951 RVT-bedden. Slechts een minderheid van deze bedden is geaffilieerd met een ziekenhuis. De overige zijn gelocaliseerd in rusthuizen en vinden we in de cijfers terug onder de rusthuisbedden. De norm, die 2 bedden per 1.000 inwoners bedraagt (dit is voor 1988 11.392 bedden) is dus bijna bereikt. Een stijging van het beddenaantal dat overeenkomt met de norm zit er voor de toekomst niet in, omdat de referentiegroep de (constant blijvende) totale bevolking is.

Terecht kan de vraag gesteld worden of het programmatiecijfer nog wel beantwoordt aan de behoefte. Uit het CBGS-onderzoek in de rusthuizen bleek namelijk dat nu reeds 40 % van de rusthuisbewoners (dit zijn 19.316 bejaarden) voldoet aan de RVT-criteria, terwijl slechts 12 % van de bewoners in een RVT-bed verblijft.

3. WONEN MET DIENSTVERLENING VOOR BEJAARDEN

Alle voorzieningen die te situeren zijn tussen het individueel wonen (in eigen of gehuurde woning

(1) Dooghe, G., e.a., De rusthuizen in Vlaanderen, CBGS monografie 1990/1, p. 34.

of bejaardenwoning) en het verblijven in een rusthuis, worden aangeduid met de termen wonen met dienstverlening, beschut wonen, tussenvoorzieningen, transmurale voorzieningen of extramurale voorzieningen. Hiertoe behoren zowel woningen met minimale dienstverlening (bv. een conciërge die opgeroepen kan worden via een alarmsysteem) als instellingen met een uitgebreid zorgaanbod. Gemeenschappelijk is dat de bejaarden beschikken over een eigen woongelegenheden met leefruimte, keuken, badkamer, slaapkamer, ... en volledig voor zichzelf kunnen instaan indien zij dat wensen.

Facultatief kunnen ze beroep doen op gemeenschappelijke diensten, zoals warme maaltijden, huishoudelijke en soms ook lichte verpleegkundige hulp.

Deze tussenvoorzieningen bieden dus een zeer belangrijk voordeel : de bejaarden kunnen zo lang mogelijk hun zelfstandigheid bewaren. Er wordt geen personeel ingezet voor taken die zij zelf nog aankunnen. In vergelijking met de rustoorden betekent dit een wenselijk geachte besparing.

Anderzijds zijn de kosten voor infrastructuur hoger. Dit blijkt dikwijls uit de hogere prijzen die aan de bewoners (1) worden aangerekend. Bij een verdere uitbouw zal men daarom zeer waakzaam moeten zijn dat geen dubbele voorzieningsstructuur wordt gecreëerd : wonen met dienstverlening voor de rijkere bejaarden en het gewone rusthuis voor de minder begoeden.

Wanneer de bejaarde na enkele jaren verblijf in de instelling invalide wordt, ontstaat een ander probleem. Door de meestal beperkte omkadering die voorzien is, wordt de verzorging problematisch en is doorverwijzing naar een instelling met een groter zorgaanbod noodzakelijk. Voor de bejaarde betekent dit een tweede maal verhuizen. Vanuit deze overweging verdient de koppeling van een rusthuis aan wonen met dienstverlening aanbeveling. De bejaarde kan dan in dezelfde instelling in dezelfde omgeving en bij dezelfde mensen blijven.

Het wonen met dienstverlening in Vlaanderen wordt gereguleerd in het bejaardendecreet, dat spreekt van serviceflats en woningcomplexen met dienstverlening. Het belang dat in 1985 aan deze voorzieningen werd gehecht, blijkt uit de programmeringsnorm, die 2 woongelegenheden per 100 bejaarden 60+ bedraagt. Voor 1988 betekent dit een aantal van 21.878.

Op 1 oktober 1989 telde men in Vlaanderen 688 erkende en 704 niet-erkende wooneenheden en voor 6.733 was een voorafgaande vergunning afgeleverd. Deze capaciteit ligt dus nog zeer ver af van het geprogrammeerde aantal. Wellicht spelen de relatieve onbekendheid van deze voorzieningen en de kostprijzen hierin een rol.

Naast de serviceflats en woningcomplexen met dienstverlening bestaan nog andere invullingen van wonen met dienstverlening. Hier kan naar het Brit-

se model van de Abbeyfieldwoning en enkele Vlaamse experimenten verwezen worden. In deze huizen gaan vooral alleenstaande bejaarden samenwonen in één woning. Ze nemen gedeeltelijk de zorg op voor elkaar en gedeeltelijk komen vrijwilligers of beroepskrachten een aantal taken vervullen. In Vlaanderen bestaan nog maar enkele van dergelijke voorzieningen. Waarschijnlijk is deze woonvorm ook maar geschikt voor een zeer beperkte groep van bejaarden, met name deze die nog een hoge zelfredzaamheid hebben en daarbij bereid zijn zorgen op te nemen voor anderen.

4. NAAR EEN AANPASSING VAN DE PROGRAMMERINGSNORMEN ?

Programmeringsnormen zijn belangrijke beleidsinstrumenten. In de mate dat zij een objectieve weerspiegeling vormen van bestaande behoeften, vervullen zij een signaalfunctie ten aanzien van het te beperkt of soms zelfs overdreven aanwezig zijn van bepaalde voorzieningen. Ze kunnen tevens een instrument zijn voor regionale planning.

Met de huidige programmeringsnormen voor intramurale voorzieningen voor bejaarden rijzen echter een aantal problemen. Een aantal daarvan hebben te maken met het gehanteerde leeftijdscriterium. Of de huidige normen nog voldoen aan de behoefte, is een andere vraag.

4.1. Het leeftijdscriterium

Een eerste probleem is het gebrek aan eenvormigheid in het gehanteerde leeftijdscriterium. De normen voor sommige voorzieningen zijn uitgedrukt ten opzichte van de totale bevolkingsgroep, andere beperken zich tot de bejaarden 60+ of 65+. Dit maakt een totale planning zeer moeilijk.

Dat sommige normen voor bejaardenvoorzieningen verwijzen naar de totale bevolking is een ander probleem. Dit kan leiden tot een omgekeerd effect. Terwijl omwille van de veroudering van de bevolking een stijgende behoefte aan RVT-bedden voor iedereen duidelijk is, zal het geprogrammeerde beddenaantal (2 per 1.000 inwoners) in de toekomst dalen. Ten slotte kan men zich de vraag stellen of de huidige programmering nog wel aan de behoeften voldoet.

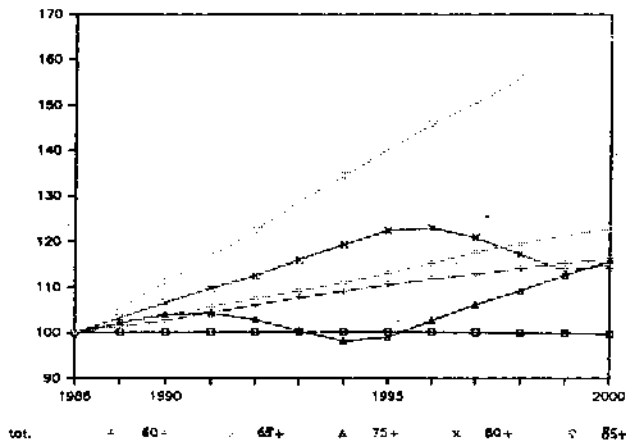
Om al deze redenen gaan er stemmen op voor nieuwe programmeringsnormen, bij voorkeur verwijzend naar telkens dezelfde leeftijdsgroep. Sommigen pleiten voor een veralgemening van de leeftijdsnormen van het bejaardendecreet, namelijk 60+. Anderen geven voorrang aan 65+. Omdat de bestaande voorzieningen in hoofdzaak bevolkt worden door hoogbejaarden, wordt door anderen 75+ of zelfs 80+ voorgesteld.

Het belang van de referentiegroep wordt in grafiek 3 verduidelijkt. Uitgaande van de huidige situatie (index 100) wordt nagegaan hoe enkel op basis van

(1) Er bestaan geen exacte gegevens.

demografische verschuivingen, verschillende referentiegroepen aanleiding zijn tot een verschil in toename van de geprogrammeerde voorzieningen. Hierbij wordt enkel geredeneerd vanuit de norm en de capaciteit die hiermee overeenstemt, zonder rekening te houden met discrepanties tussen de effectief bestaande capaciteit en de norm.

Grafiek 3 : Evolutie van de geprogrammeerde voorzieningen indien de normen gebaseerd zijn op verschillende leeftijdsgroepen



Worden de normen gebaseerd op de totale bevolking (zoals voor de RVT's), die verwacht wordt constant te blijven, dan zal een norm van x % geen aanleiding zijn tot uitbreiding van de capaciteit in de volgende 10 jaar. Normen gebaseerd op de groepen 60+ en 65+ impliceren een capaciteit die in het jaar 2000 respectievelijk 16 % en 23 % hoger ligt dan nu. Het verschil van 7 % tussen beide groepen wordt verklaard door de afwezigheid van een bevolkingsaangroei bij de 60-64-jarigen. De normen gebaseerd op 75+ en 80+ leiden op het

einde van de beschouwde periode tot hetzelfde resultaat als de norm gebaseerd op 60+. De evolutie tijdens de jaren negentig is echter totaal tegengesteld. Gezien het stijgend aandeel van de oudere leeftijdsgroepen binnen de bejaarden, leiden normen gebaseerd op 85+ of ouder tot een scherpe stijging.

Om aan deze problemen tegemoet te komen zouden samengestelde normen ontwikkeld kunnen worden, die rekening houden met de leeftijdsopbouw van de gebruikers van de voorzieningen. Niettegenstaande het wenselijk zou zijn rekening te houden met de leeftijdsverschuivingen bij de gebruikers over de jaren heen, moet men om praktische redenen hierbij uitgaan van een constant gebruikersprofiel. Deze methode zal hierna toegepast worden op de programmatie van de rusthuizen.

4.2. Voldoet de huidige programmering nog aan de behoefte ?

In tabel 8 wordt een overzicht gegeven van de huidige en geprogrammeerde capaciteit in de intramurale bejaardenzorg. Zoals reeds vermeld, blijkt hieruit dat de programmering voor woonvormen met dienstverlening lang niet bereikt is, terwijl in de sector van de rusthuizen reeds meer bedden bestaan dan de norm bepaalt. Vooral met betrekking tot deze laatste voorziening kan de vraag gesteld worden of de programmering nog wel voldoet aan de behoeften. De wachtlijsten voor de rusthuizen wijzen immers op een aanzienlijke overdructen aanzien van dat systeem.

Veel hangt hierbij af van de mate waarin de andere voorzieningen worden uitgebouwd. Indien in de toekomst geleidelijk aan meer serviceflats zullen gerealiseerd worden, zal de druk op de rusthuizen verminderen. Maar gezien de stijgende zorgvraag voor de toekomst en andere hierboven vermelde evoluties, lijkt dan nog het programmatiecijfer te laag. Alternatieve programmeringsnormen zouden rekening moeten houden met de vergrijzing binnen de vergrijzing. Dit kan volgens de hierboven voorgestelde methode van samengestelde normen in functie van leeftijdprofielen van gebruikers.

Tabel 8 : Huidige en geprogrammeerde capaciteit in de intramurale bejaardenzorg

	Serviceflats + woningcomplexen met dienstverlening	Bedden in rusthuizen	RVT- bedden
Huidig aantal eenheden	1.392 (+ 6.733 voorgaande vergunning) (1)	48.290 (2)	11.756
norm	2 per 100 bejaarden 60+	4 per 100 bejaarden 60+	2 per 100 inwoners
eenheden 1988 in overeen- stemming met norm	21.878	43.747	11.392
eenheden 2000 in overeen- stemming met norm	25.427	50.875	11.370

Opmerking : (1) per 1/10/89

(2) per 1/3/89

Per leeftijdsgroep gaat men na hoeveel procent van de bejaarden op dit ogenblik in een rusthuis verblijven. Ervan uitgaande dat het gebruikpercentage per leeftijdsgroep in de toekomst constant zal blijven (wat een zeer vergaande veronderstelling is : in 1975 behoorde 48 % van alle rusthuisbewoners tot de leeftijdsklasse 80 jaar en ouder ; in 1988 is dit aandeel opgelopen tot 69 %), zal het stijgend aandeel van de hoogbejaarden aanleiding geven tot een hogere behoefte. Volgens de berekeningen in tabel 9 wordt met behulp van deze methode een stijging van de behoefte aan rusthuisbedden van

30 % verwacht, met name van 44.300 bedden in 1988 naar 57.920 in 2000. Vermits het hier effectief bezette bedden betreft, en de huidige bezettingsgraad 92 % bedraagt, betekent dit dat in het jaar 2000 62.956 bedden beschikbaar moeten zijn.

Omgerekend naar het aantal 60-plussers wil dit zeggen dat de norm van 4 % naar 5 % zou worden opgetrokken. Deze 5 % moet als een minimale schatting van de behoefte beschouwd worden, gezien geen rekening werd gehouden met de verwachte verschuivingen in de leeftijdsstructuur van de bewoners.

Tabel 9 : Berekeningswijze aantal rusthuisbedden in het jaar 2000
in Vlaanderen op grond van een in 1988 constant gehouden
leeftijdsopbouw van de bewonerspopulatie

1988							
Leeftijdsgroep	Aantal	Mannen Rusthuis- bewoners	%	Aantal	Vrouwen Rusthuis- bewoners	%	Totaal aantal rusthuis- bewoners
-65	15.530	800	0,53	162.933	1.233	0,76	2.033
65-69	113.508	727	0,64	132.033	1.192	0,90	1.219
70-74	79.539	894	1,12	105.066	2.043	2,15	2.937
75-79	67.523	2.111	3,13	105.238	5.157	5,43	7.268
80-84	38.082	2.585	6,79	72.170	9.090	12,60	11.675
85+	20.076	3.820	19,03	47.305	14.641	30,95	18.461
	10.937			33.356			44.293

2000							
Leeftijdsgroep	Aantal	Mannen Rusthuis- bewoners	%	Aantal	Vrouwen Rusthuis- bewoners	%	Totaal aantal rusthuis- bewoners
-65	151.826	805	0,53	161.146	1.225	0,76	2.030
65-69	140.853	901	0,64	160.187	1.442	0,90	2.343
70-74	111.567	1.250	1,12	140.626	3.023	2,15	4.273
75-79	62.422	2.580	3,13	119.517	6.490	5,43	9.070
80-84	33.833	2.297	6,79	59.057	7.441	12,60	9.738
85+	32.201	6.128	19,03	78.642	24.340	30,95	30.468
	13.961			43.961			57.922

5. BESLUIT

De vergrijzing van de bevolking staat voor de deur. Door velen wordt deze situatie als problematisch beschouwd. Maar moet de veroudering van de bevolking werkelijk als een probleem worden gezien? Is het niet eerder een kans die geboden wordt om te komen tot een nieuwe invulling van de sociale rol van een groep mensen met een potentieel aan mogelijkheden waarvan tot nu toe veel te weinig gebruik gemaakt is?

Een aantal vaststellingen in onderhavige nota wijzen alleszins in deze richting, en van beleidswege uit zullen dan ook de nodige inspanningen gedaan moeten worden om dit potentieel optimaal te valoriseren. Mogelijkheden tot het langer beroepsactief blijven, het verzekeren van een voldoende hoog pensioen, het stimuleren van vrijwilligerswerk, deelname aan het sociaal-cultureel werk en de participatie aan het beleid zijn slechts een greep uit de voorstellen terzake.

Met betrekking tot de (weliswaar beperkte) deelgroep van de zorgbehoevende bejaarden zal alles in het werk gesteld worden om hen te omringen met de zorgen die zij nodig hebben. Dit impliceert echter allerm minst dat hen de taken die zij zelf nog

naar behoren kunnen verrichten, ontnomen worden. Integendeel, het uitgangspunt van het zorgenbeleid in de toekomst zal het zo lang mogelijk bewaren van de zelfredzaamheid moeten zijn. Een verdere uitbouw van de thuisgezondheidszorg, met bijzondere aandacht voor zelfzorg en ondersteuning van de mantelzorg, is hierbij prioritair. Maar ook het aanbod van intramurale zorg zal zich moeten aanpassen aan de stijgende zorgvraag. Een herziening van de programmatie kan hiertoe noodzakelijk zijn.

Brussel, 21 maart 1990.

De Gemeenschapsminister van Welzijn en Gezin,

J. LENSSENS

BIJLAGE

DEMOGRAFISCHE GEGEVENEN

Tabel BI. Hypothese i.v.m. de verwachte levensduur
volgens de oude en nieuwe NIS-prognose

	1981	1988	1995	2040
— N.I.S.-prognose : 1981-2025				
Mannen	69.80(e)	73.30	73.30	—
Vrouwen	76.80(e)	79.50	79.50	—
— N.I.S.-prognose : 1988-2040				
Mannen	—	71.74(e)	73.30	75.60
Vrouwen	—	78.56(e)	80.30	82.60

(e) : effectieve levensduur.

Tabel B2. Verschuivingen in de leeftijdsstructuur van de bevolking
op arrondissementeel niveau in indices, (1988 = 100)

	Totale bevolking			60-plussers		80-plussers	
	1988	1995	2000	1995	2000	1995	2000
Antwerpen	100	98.16	96.46	106.72	109.83	117.26	109.23
Mechelen	100	99.60	98.63	107.30	110.93	120.20	113.43
Turnhout	100	103.14	104.21	119.12	131.16	141.10	140.64
Halle-Vilvoorde	100	97.34	95.15	118.00	124.83	124.61	118.60
Leuven	100	101.32	101.62	108.41	113.81	120.23	118.60
Hasselt	100	103.00	104.23	123.50	137.96	138.17	143.88
Maaseik	100	104.53	106.65	128.53	147.51	144.74	148.98
Tongeren	100	102.01	102.67	116.53	127.54	129.79	130.43
Aalst	100	98.31	96.54	110.98	115.19	123.55	113.04
Dendermonde	100	100.13	99.58	109.71	115.29	125.85	116.83
Eeklo	100	100.05	99.60	106.92	111.05	113.16	111.46
Gent	100	99.69	99.09	106.60	110.89	114.15	102.99
Oudenaarde	100	99.06	98.06	103.90	104.59	112.47	99.54
St.-Niklaas	100	102.05	102.76	109.78	116.72	128.42	122.77
Brugge	100	100.70	100.53	108.35	112.83	124.02	114.26
Diksmuide	100	99.92	99.44	106.72	109.71	117.75	103.91
Ieper	100	99.56	98.94	119.27	106.88	117.01	109.43
Kortrijk	100	100.21	99.83	110.70	116.66	121.44	107.64
Oostende	100	99.41	98.42	105.77	107.03	127.84	117.16
Roeselare	100	100.71	100.65	111.56	118.87	120.48	108.84
Tielt	100	101.32	101.77	109.27	115.52	114.07	100.51
Veurne	100	101.32	101.36	102.90	102.33	121.95	118.02
Totaal	100	100.18	99.71	111.05	116.58	122.24	114.83

Bron : N.I.S. Bevolkingsvooruitzichten 1988-2040.

Tabel B3. Prognose van het aandeel van de vrouwen
in het aantal bejaarden per leeftijdsgroep

	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95+	0-99
1988	51.98	53.77	56.91	60.92	65.46	69.88	71.12	74.17	50.62
1989	51.97	53.69	56.90	60.74	65.41	69.91	72.52	74.74	50.62
1990	51.97	53.73	56.55	60.57	65.24	69.87	72.58	75.67	50.63
1991	51.96	53.65	56.34	60.36	65.10	69.87	74.44	76.05	50.64
1992	51.83	53.67	56.23	60.25	64.99	69.69	75.24	76.24	50.65
1993	51.84	53.59	56.10	60.30	64.86	69.39	75.56	77.30	50.65
1994	51.73	53.56	56.03	60.26	64.64	69.34	75.48	78.64	50.66
1995	51.72	53.53	56.06	59.81	64.44	69.17	75.43	79.76	50.67
1996	51.64	53.95	55.95	59.51	64.19	69.02	75.43	80.35	50.67
1997	51.59	53.35	55.95	59.37	64.08	68.92	75.26	80.92	50.68
1998	51.47	53.34	55.85	59.24	64.12	68.75	74.96	81.28	50.69
1999	51.49	53.23	55.80	59.17	64.06	68.52	74.90	81.35	50.70
2000	51.49	53.21	55.76	59.18	63.58	68.33	74.71	81.33	50.71

Bron : NIS, Bevolkingsvooruitzichten 1988-2040.

Tabel B4. Gebruikerspercentage van de rusthuizen voor diverse leeftijdsgroepen,
uitgedrukt als het percentage van de totale leeftijdsgroep dat in rusthuizen verblijft

	Mannen	Vrouwen
60-64	0.50	0.61
65-69	0.57	0.76
70-74	1.09	1.90
75-79	3.04	5.06
80-84	6.81	12.90
85-89	15.74	26.59
90-94	28.16	41.63
95+	49.01	52.47

BIBLIOGRAFIE

- BUIS, M., MANDEMAKER, T. (1989),
Vernieuwingen in het zorgdenken van Nederland ; verschuivingen tussen voorzieningen, in : *Handboek Ouder Worden*, afl. 2, 1, Van Loghum Slaterus, Deventer 1989.
- CARNOY, F. e.a. (1988),
Rimpelloze overgang. Sociaal-economisch profiel van de 55-65 jarigen, Koning Boudewijnstichting, Brussel, 269 p.
- DEHAENE, J.-L. (1987a),
Beleidsnota van de minister van sociale zaken i.v.m. de ziekenhuizen, de rust- en verzorgingstehuizen en de thuisgezondheidszorg, Brussel, Kabinet van de Minister van Sociale Zaken, 118 p.
- DE SNOECK, J., FLORQUIN, F. (1988),
Ouderen. *Gemeentebeleid in de praktijk*, Kluwer, Antwerpen, 66 p.
- DEVOS, H., PACOLET, J. (1989),
Demografie en economie, De Gids op Maatschappelijk Gebied, nr. 10, p. 865-894.
- DOOGHE, G. e.a. (1988),
De leefsituatie van bejaarden. *CBGS Monografie 1988/1*, Brussel, Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, 315 p.
- DOOGHE, G. e.a. (1990),
De rusthuizen in Vlaanderen. *CBGS Monografie 1990/1*, Brussel, Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, 164 p.
- DOOGHE, G. e.a. (1987),
Raming van de behoeften naar non-profit voorzieningen voor bejaarden in Vlaanderen : 1985-2000. CBGS, Brussel, 72 p.
- HEDEBOUW, G., WINTERS, S. (1988),
Ondersteuning van de draagkracht van de mantelzorg bij bejaarden, Hoger Instituut voor de Arbeid, Leuven.
- HEINNEMANN, K. (1978),
Arbeitslose Jugendliche, Darmstadt, Stichterhand, 232 p.
- KAY, D.W.K. (1970),
Mental illness and hospital usage in the elderly : a random sample followed up, in : *Acta socio medica scandinavia*, suppl. 3.
- MERTENS, F. (1989),
Verhuizen van ouderen. *Handboek Ouder worden*, afl. 3, II.5.
- NATIONAAL INSTITUUT VOOR DE STATISTIEK (),
Bevolkingsvooruitzichten 1988-2040.
- SPINNEWYN, H., PACOLET, J. (1985),
Kostprijs van de thuisgezondheidszorg, Leuven, HIVA, 174 p. + bijlagen.
- SPINNEWYN, H., PACOLET, J. (1986),
Een financiële tegemoetkoming in de thuisgezondheidszorg. Modaliteiten en budgettaire implicaties, Leuven, HIVA, 128 p. + bijlagen.
- STEYAERT, R. (1986),
HOME : Huishoudhulp op mensenmaat. Aanzet tot een nieuw beleid inzake gezins- en bejaardenhulp, Brussel, Kabinet van de Gemeenschapsminister van gezins- en welzijnszorg, 69 p.
- VANDEN BOER, L. (1989),
Sociaal-cultureel vormingswerk met senioren in Vlaanderen, *Handboek Ouder Worden*, afl. 3, III.C.3.
- VANDEN BOER, L. (1989),
Ouderen actief in Vlaanderen : betaalde en onbetaalde arbeid, *Handboek Ouder Worden*, afl. 2, III.D.1.

- VANDERLEYDEN, L. (1989),
De huisvesting van ouderen in Vlaanderen, *Handboek Ouder Worden*, afl. 2,
III.D.3b.
- VERBOND DER VERZORGINGSINSTELLINGEN (1987),
Rusthuizen 10 jaar grijzer, Brussel, VVI, s.p.
-