Stuk **2208** (2008-2009) – Nr. 4

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

Zitting 2008-2009

22 april 2009

MAATSCHAPPELIJKE BELEIDSNOTA

WONEN EN ZORG IN VLAANDEREN IN 2020: VISIE EN AANBEVELINGEN

MOTIE VAN AANBEVELING

van de dames Else De Wachter en Vera Van der Borght, de heer Tom Dehaene, de dames Elke Roex, Anne Marie Hoebeke en Vera Jans

TEKST AANGENOMEN DOOR DE PLENAIRE VERGADERING

Zie:
2208 (2008-2009)
– Nr. 1: Maatschappelijke beleidsnota
– Nrs. 2 en 3: Moties van aanbeveling

Het Vlaams Parlement,

– gelet op de werkzaamheden van de ad-hoccommissie Wonen en Zorg van september 2008 tot heden;

– gelet op de analyse die door deze commissie werd gemaakt van de toekomstige beleidsopties inzake de combinatie van wonen en zorg in Vlaanderen aan de hand van hoorzittingen, werkbezoeken en een visieworkshop met een veertigtal experts, georganiseerd door het Instituut voor Samenleving en Technologie (IST);

– gelet op de maatschappelijke beleidsnota Wonen en Zorg in Vlaanderen in 2020, Visie en Aanbevelingen, die hiervan het resultaat is en als basis diende voor het debat in de plenaire vergadering van het Vlaams Parlement op 22 april 2009;

– gelet op het Vlaamse regeerakkoord 2004-2009, waarin is gesteld dat de beleidsdomeinen wonen en welzijn zowel een vorm van samenwerking als van afbakening vragen;

– gelet op het Woonzorgdecreet, goedgekeurd door het Vlaams Parlement op 4 maart 2009, met de volgende krachtlijnen:

  1° het regelt de aanmelding, de erkenning en de subsidiëring van voorzieningen in de georganiseerde woonzorg;

  2° het heeft als doel de levenskwaliteit van de gebruiker te waarborgen door:

    a) het ondersteunen van de zelfzorg en/of de mantelzorg;

    b) het verlenen van gedifferentieerde en gespecialiseerde vormen van woonzorg;

    c) het bevorderen van de samenwerking en de afstemming tussen de verschillende actoren binnen de woonzorg;

– overwegende dat de uitdagingen om tot een coherent, efficiënt en financieel beleid inzake de combinatie van wonen en zorg te komen tegen 2020, groot zijn;

– gelet op het feit dat personen van 65 jaar en ouder in 2000 20,5% van de Vlaamse bevolking vormden en men verwacht dat ze in de jaren 2010, 2020 en 2030 respectievelijk 23,7%, 27,8% en 33,5% van de bevolking uitmaken;

– gelet op het feit dat de middenmoot van de bevolkingspiramide verantwoordelijk zal zijn voor het leeuwendeel van de zorgen en de kosten die de vergrijzing met zich meebrengt, en dat het aandeel actieven per oudere persoon gestaag zal dalen, namelijk van 2,5 personen in 2000 tot, naar verwacht, 2,27 in 2010, 1,89 in 2020 en 1,58 in 2030;

– overwegende dat heel wat ouderen nog lange tijd fit en gezond blijven, en dat het lang niet alleen ouderen zijn die onze zorg behoeven; heel wat andere personen, zoals mensen met een handicap, ex-psychiatrische patiënten, mensen met chronische zorgbehoeften of thuislozen, vragen ook onze zorg, ongeacht hun leeftijd;

– overwegende dat deze evoluties niet enkel om een adequaat antwoord vanuit de zorgsector vragen aangezien zij niet losgekoppeld kunnen worden van een adequate, ondersteunende woonsituatie; beide zijn als twee zijden van een medaille: zorg en wonen moeten op elkaar afgestemd worden;

– overwegende dat Vlaanderen behoefte heeft aan een effectief en efficiënt beleid inzake wonen en zorg; effectief als antwoord op wat mensen werkelijk nodig hebben en waarbij ondersteuning wordt aangeboden die werkt; efficiënt in de economische betekenis waarbij overheidsmiddelen op een gepaste manier worden gebruikt, en in de betekenis van een goed functionerende dienstverlening die geen dubbel werk levert, geen onnodige verrichtingen doet en die mensen actief ondersteunt om een gepaste toegang te krijgen tot de voorzieningen;

– gelet op de bevoegdheden voor wonen en voor zorg die verdeeld zijn over verschillende ministeries en verschillende bevoegdheidsniveaus, meer bepaald op het grootste deel van het medisch gezondheidsbeleid dat op federaal niveau wordt uitgetekend en federale werkingsmiddelen krijgt;

– overwegende dat Vlaanderen belangrijke bevoegdheden heeft op het vlak van welzijnszorg, eerstelijnsgezondheidszorg, preventie in de gezondheidszorg, ambulante geestelijke gezondheidszorg en thuiszorg;

– overwegende dat Vlaanderen bevoegd is voor het woonbeleid en de ruimtelijke ordening, onder

meer via het structuurplan. Het is echter op het lokale niveau dat wonen en zorg concrete vormen aannemen;

– overwegende dat lokale besturen en lokale actoren in de zorgsector het eerste geconfronteerd worden met de bestaande behoeften rond wonen en zorg en een belangrijke coördinerende functie hebben in de ontwikkeling en in het plaatselijke aanbod van diverse woonformules, evenals in het onderlinge overleg tussen zorgverleners;

– overwegende dat een woonsituatie die voldoening geeft voor Vlamingen anno 2020 daarom een variatie aan woonformules vergt, naargelang van de fysieke en psychische behoeften van de hulpvrager, evenals een pakket aan service- en zorgmodules waardoor men kan inspelen op de behoeften en de wensen van de betrokkenen;

– overwegende dat mensen in de meeste gevallen hun vertrouwde omgeving niet willen verlaten wanneer ze zorgbehoevend worden maar goede zorg aan huis, of in een aangepaste woonformule in de nabije omgeving van hun vertrouwde buurt, wijk of dorp willen;

– overwegende dat mensen zelf beslissingen willen nemen over waar ze wonen en welke zorgen ze willen krijgen;

– overwegende dat ze maar actief kunnen mee beslissen welke optie voor hen het meest geschikt is als het recht op informatie en inspraak van burgers door de overheid gegarandeerd is;

– overwegende dat als gevolg van de demografische evolutie de vraag naar zorgvoorzieningen en assistentiewoningen stijgt en er nu op een aantal plaatsen reeds tekorten zijn;

– overwegende dat wie een assistentiewoning betrekt meer zorg verwacht dan in de huidige regeling, waarbij de oproepbaarheid van zorg vaak beperkt blijft tot een crisisalarm;

– overwegende dat een deel van de complexiteit van de organisatie van de zorg in Vlaanderen voortvloeit uit de huidige bevoegdheidsverdeling tussen het federale niveau en het gemeenschapsniveau en dat daarnaast het provinciale en lokale niveau ook nog maatregelen nemen;

– overwegende dat de zorgbehoevendheid van gebruikers van thuiszorg stijgt en zij een steeds diverser publiek vormen, zodat er zowel meer middelen nodig zijn als meer expertise;

– overwegende dat er momenteel een spanningsveld bestaat tussen de op zichzelf staande netwerken van diverse zorgverleners en het streven naar samenwerking om de effectiviteit van de werking te verhogen en de taken beter op elkaar af te stemmen;

– overwegende dat de Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnszorg (SEL) een beter overleg en afstemming zouden moeten creëren tussen de verschillende zorgverleners die in een bepaald gebied actief zijn, wat in de praktijk niet altijd eenvoudig blijkt;

– overwegende dat de vrije keuze een belangrijk element vormt in de organisatie van de zorg en een belangrijk uitgangspunt moet blijven in de toekomst maar niet in de weg mag staan van een grotere transparantie voor de zorgvrager en van de effectiviteit van de diensten;

– overwegende dat zorgvoorzieningen naargelang van het geval per buurt, lokaal of bovenlokaal georganiseerd moeten worden; zo zal bijvoorbeeld niet elke gemeente over een thuisbegeleidingsdienst voor mensen met een niet-aangeboren hersenletsel of voor de begeleiding van ex-psychiatrische patiënten moeten beschikken;

– overwegende dat de toenemende behoefte aan gekwalificeerd personeel om een verouderende bevolking bij te staan veel woonzorgcentra nu al voor ernstige uitdagingen stelt;

– overwegende dat verpleegkundigen in woonzorgcentra voor minder dan vijftig procent van hun tijd echt verpleegkundige taken leveren, waardoor ze vaak gedemotiveerd zijn;

– overwegende dat de schaarste aan verpleegkundigen op de arbeidsmarkt, die nu al sterk voelbaar is, nog zal toenemen en het essentieel is om de rol van de verpleegkundigen in de toekomst in dit licht te herwaarderen;

– overwegende dat de sociale economie haar waarde heeft bewezen in vernieuwende projecten van wonen en zorg en dat bepaalde diensten, zoals de

klusjes- , ophaal- en boodschappendiensten, enkel leefbaar zijn door de sociale economie;

– vraagt de Vlaamse Regering:

1° alle verantwoordelijken en betrokkenen in de volgende maanden en jaren geregeld samen te brengen om de hier gepresenteerde visie op de integratie van wonen en zorg in 2020, en de weg ernaar toe, verder uit te werken;

2° op diverse terreinen nieuwe maatregelen te nemen om dit proces in de steigers te zetten;

3° ruimte te maken binnen verschillende functionele beleidsdomeinen (mobiliteit, zorg, onderwijs, wonen, cultuur) in plaats van aparte circuits te creëren voor verschillende zorggroepen en hen zo te segregeren;

4° de diverse aanbieders van zorg te stimuleren tot verdere samenwerking zoals bepaald in het Woonzorgdecreet;

5° de zorgregio-indeling te gebruiken als het geschikte instrument voor de uitbouw van gepaste zorg voor iedereen binnen die regio;

6° de uitbouw van een actief vrijwilligersnetwerk te ondersteunen dat de levenskwaliteit van gebruikers en mantelzorgers verhoogt;

7° het Sociaal Huis verantwoordelijk te maken voor de logistieke ondersteuning van vrijwilligers en een sterk participatieve vrijwilligerswerking, die de sociale cohesie tussen de vrijwilligers bevordert en nieuwe kandidaten aantrekt, zodat het werk van de professionele dienstverleners aangevuld wordt met een actief vrijwilligersnetwerk, en dat in samenwerking met de woonzorgnetwerken;

8° in de zorgorganisatie doelmatige domotica te stimuleren, die onder meer een verbinding tussen de wereld binnenhuis en de externe wereld leggen, waardoor het snel inroepen van hulp bij een crisis mogelijk wordt maar evengoed het raad vragen bij niet-urgente kwesties en het in communicatie blijven met familieleden, vrienden en aanbieders van zorg en diensten;

9° zorgbehoevenden niet langer in doelgroephokjes in te delen, zoals zorgbehoevende ouderen, personen met een handicap, thuislozen en ex-psychiatrische patiënten maar uit te gaan van het gelijk recht op zorg, waarbij de zorgvraag zelf het uitgangspunt voor de zorgverstrekking wordt, niet de categorie of deelgroep van zorgvragers;

10° de samenwerking tussen woonzorgcentra en voorzieningen voor personen met een handicap te bevorderen, zeker wat begeleid zelfstandig wonen betreft;

11° een eenvormig meetinstrument dat rekening houdt met fysieke, psychische en sociale parameters, in te voeren om zorgbehoeften correct in te schatten waardoor de zorgverleners over een objectieve basis kunnen beschikken om diensten en woonformules in te schakelen, na grondig overleg met de zorgvrager en zijn sociale netwerk over zijn behoeften en zorgen;

12° een taskforce op te richten met vertegenwoordigers van zowel federale als Vlaamse zorginstanties, om te onderzoeken hoe een eenvormige basisschaal te koppelen valt aan financiële tegemoetkomingen, en hoe hierover meer autonomie gegeven kan worden aan de zorgvrager;

13° de gemeenten voldoende financiële slagkracht te geven voor het lokale sociale beleid om een coördinerende rol waar te maken;

14° een permanente interdepartementale beleidscel op het vlak van wonen, zorg en ruimtelijke ordening op te richten, die bevoegd zou zijn voor beleidsvoorbereidend werk, voor het uitwerken van innoverende projecten – zoals concrete parameters van regelgevingsluwte – en voor het doorstromen van aanbevelingen tot bij de bevoegde beleidsverantwoordelijken;

15° de leidende principes van de inzet van informatie- en communicatietechnologie (ICT) en domotica in thuiszorgsituaties te implementeren, met name: eenvoud van gebruik, duidelijkheid over de privacy van de gegevens en betaalbaarheid;

16° door de inzet van ICT en het elektronische dossier de afstemming van verschillende hulpverleners op elkaar in sterke mate te verhogen met behulp van eenvormige communicatieprocedures, een beschikbare helpdesk en een duidelijk protocol met daarin de nadere regelen voor en de grenzen aan de inzet van deze middelen;

17° domotica en ICT-toepassingen, zoals teleconsulting en telemonitoring, ingeburgerd te maken bij steeds meer burgers, ook bij ouderen en zorgverleners;

18° de toepassing van domoticasystemen uit te testen in situaties die niet urgent zijn, zodat mensen tijdens 'rustige periodes' het vertrouwen ontwikkelen om deze middelen ook effectief in te zetten wanneer er een crisis is;

19° het elektronische zorgdossier per zorgvrager te enten op het e-healthproject op het federale niveau zodat herhalingen van administratieve procedures vermeden worden of toch sterk ingekort worden en, waar mogelijk, overconsumptie stopgezet;

20° onderzoek op te starten naar de mogelijkheden om het watervalsysteem, waarbij mensen op oudere leeftijd na een ziekenhuisverblijf vaak terechtkomen in een rusthuis, te doorbreken;

21° meer mogelijkheden te creëren voor opvang in een centrum voor kort verblijf of in een centrum voor herstelverblijf, waar gebruikers verpleegkundige zorgen of revalidatiebehandelingen krijgen, maar daarnaast in de mate van het mogelijke hun gewone bezigheden weer opnemen;

22° maatregelen te nemen om het beroep van verpleegkundige weer aantrekkelijker te maken, door ervoor te zorgen dat de taakinhoud van (hoofd-)verpleegkundigen overeenstemt met hun verworven vaardigheden;

23° de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnszorg (SEL's, vroeger: samenwerkingsinitiatieven thuiszorg of SIT's) te onderzoeken op hun sterktes en zwaktes en hun werking te evalueren;

24° de ontwikkeling naar een meer vraaggestuurde zorg, een zorg waarin de burgers meer autonomie en verantwoordelijkheid opnemen, verder in de hand te werken waardoor burgers autonoom zelf kunnen beslissen hoe ze hun zorgbudget willen inzetten;

25° de bijdrage van de sociale economie op vlak van klusjes- en boodschappendiensten en aangepast vervoer tot de leefbaarheid van bepaalde voorzieningen en projecten te erkennen en te valoriseren;

26° in samenwerking met de federale overheid de mogelijkheid te creëren voor zorgvragers, structureel en financieel, om een domoticaspecialist in te schakelen die de patiënt uitrust met bijvoorbeeld de nodige monitoring om beweging en hartslag, gewicht of het gehalte aan suiker in het bloed te volgen, met de nodige ICT om snelle communicatie en teleconsulting te realiseren en met domotica die de veiligheid in de thuissituatie verhoogt;

27° in samenwerking met de federale overheid de gedigitaliseerde toepassing van het Globaal Medisch Dossier zo ruim mogelijk ingang te doen vinden in Vlaanderen;

28° gebruik te maken van ICT om evoluties in de gezondheidstoestand en de zorgbehoeften te registreren en om preventieve acties te ondernemen, en te evalueren of de zorg daar terechtkomt waar ze nodig is.