

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



Zitting 2008-2009

30 januari 2009

GEDACHTEWISSELING

over de ontwikkelingen in de thuiszorg

VERSLAG

namens de Commissie Wonen en Zorg

uitgebracht door de dames Vera Van der Borght, Veerle Heeren en Hilde De Lobel

Samenstelling van de commissie:

Voorzitter: mevrouw Else De Wachter.

Vaste leden:

mevrouw Hilde De Lobel, de heren Leo Pieters, Felix Strackx,
mevrouw Greet Van Linter, de heer Christian Verougstraete;
de heren Carl Decaluwe, Tom Dehaene, de dames Cindy
Franssen, Veerle Heeren;
de dames Dominique Guns, Anne Marie Hoebeke, Vera Van
der Borgh;
de dames Else De Wachter, Michèle Hostekint, Elke Roex.

Plaatsvervangers:

mevrouw Agnes Bruyninckx, de heren Jan Penris, Wim Van
Dijck, mevrouw Gerda Van Steenberge, N.;
mevrouw Sonja Claes, de heer Dirk de Kort, de dames Vera
Jans, Sabine Poleyn;
de dames Hilde Eeckhout, Margriet Hermans, de heer Bob
Verstraete;
mevrouw Els Robeyns, de heer Bart Van Malderen, mevrouw
Els Van Weert.

Toegevoegde leden:

mevrouw Helga Stevens;
mevrouw Mieke Vogels.

INHOUD

	Blz.
I. Uiteenzetting door de heer Luc Van Gorp, voorzitter Wit-Gele Kruis Vlaanderen	4
1. Is de thuiszorg onderontwikkeld?	4
2. Ontwikkelingen in de thuis(gezondheids)zorg in het licht van het raakvlak tussen wonen en welzijn	5
3. De patiënt is het vertrekpunt van kwaliteitsvolle zorgverlening	5
4. Knelpunten en toekomstverwachtingen	5
4.1. Knelpunten	5
4.2. Toekomstverwachtingen	6
5. Besluit	6
II. Uiteenzetting door de dames Liesbeth Huybrechts en Sanne Jansen van de Media&Design Academie, Katholieke Hogeschool Limburg	8
III. Uiteenzetting door mevrouw Agnes Bode, algemeen directeur Familiehulp	11
IV. Uiteenzetting door mevrouw Sarah Willockx, directeur welzijn en gezondheid, Socialistische Mutualiteiten	15
1. Inclusie en integratie	16
2. Diversiteit	16
3. Duurzaamheid	16
4. Ontschotting	17
5. Maatwerk en maximale zelfstandigheid	17
6. Toegankelijkheid	19

DAMES EN HEREN,

De Commissie Wonen en Zorg hield op 26 november 2008 een hoorzitting over de ontwikkelingen in de thuiszorg. Gehoord werden: de heer Luc Van Gorp, voorzitter Wit-Gele Kruis Vlaanderen, de dames Liesbeth Huybrechts en Sanne Jansen, docenten Media&Design Academie Genk, Katholieke Hogeschool Limburg, mevrouw Agnes Bode, algemeen directeur Familiehulp, en mevrouw Sarah Willockx, directeur welzijn en gezondheid, Socialistische Mutualiteiten.

I. UITEENZETTING DOOR DE HEER LUC VAN GORP, VOORZITTER WIT-GELE KRUIS VLAANDEREN

De heer Luc Van Gorp: Ik wil vertrekken van de studie van professor Jozef Pacolet die een aantal weken geleden door de Vlaamse Federatie van Diensten voor Thuisverpleging werd gepresenteerd. Daarna wil ik iets zeggen over een aantal ontwikkelingen in de thuisgezondheidszorg, met een raakvlak naar wonen en welzijn. Dan komt de positie van de patiënt en zijn relatie tot zorgverlening aan bod. Als laatste haal ik een aantal knelpunten en toekomstverwachtingen aan vanuit de ervaring van het Wit-Gele Kruis.

1. Is de thuiszorg onderontwikkeld?

Professor Jozef Pacolet heeft een studie gemaakt met als titel: 'Is de thuiszorg onderontwikkeld in Vlaanderen en België?'¹ Het is een beetje een stoute titel. Het antwoord op die vraag is dat de thuiszorg en de thuisverpleging in het bijzonder, helemaal niet onderontwikkeld zijn, maar dat er een belangrijk probleem is. Er is namelijk een grote vorm van substitutie en complementariteit bij dat wat in de woonzorg en de thuiszorg gebeurt.

De aanwezigheid van een thuisverpleegkundige, met inbegrip van de thuiszorg, vormt een heel belangrijke dam tegen vroegtijdige institutionalisering. De cijfers tonen dat aan. In Vlaanderen is de thuiszorg veel meer ontwikkeld, waardoor mensen langer in een thuissituatie kunnen verblijven. Er zijn dus minder opnames en bovendien gebeuren die later. De mensen

zijn dus ouder. In Wallonië en Brussel is de thuiszorg minder ontwikkeld, waardoor mensen vroegtijdig worden opgenomen. Ze worden gemiddeld twee jaar vroeger opgenomen in een rusthuis.

Uit de studie blijkt ook dat de behoefte aan coördinatie relatief minder groot is dan doorgaans wordt vermoed. De patiënt doet meestal een beroep op de dienst die men nodig acht. Dit gegeven vormt een heel belangrijke vaststelling. Ik kom daar dadelijk op terug. Het is heel belangrijk dat vanuit het perspectief van de patiënt wordt vertrokken. Ik verwijs naar het project waarover Sanne Jansen en Liesbeth Huybrechts zo dadelijk iets zullen vertellen. Ze hebben vanuit een hogeschool een heel duidelijke methodiek ontwikkeld.

Het is ook belangrijk dat er tussen diensten voor thuiszorg, tussen diensten voor gezinszorg, tussen diensten voor thuisverpleging, goed wordt samengewerkt, in functie van leven en wonen van mensen in een thuissituatie. Ik ben ervan overtuigd – en ook Pacolet zegt dat – dat gezinszorg en de overige thuiszorgdiensten, de thuisverpleging moeten ondersteunen en minder of geen concurrent mogen zijn van elkaar. Zij moeten elkaar net versterken. Want als de twee worden aangeboden, kunnen de mensen zo lang mogelijk in een thuissituatie verblijven.

De vraag is of verblijven in een thuissituatie een goedkope oplossing is. Het is niet de goedkoopste oplossing. Het is veel goedkoper om mensen residentieel op te vangen. Maar volgens onze visie doet dit dan afbreuk aan de wens van de persoon om zo lang mogelijk in een woonzorgsituatie te kunnen verblijven.

Vorige donderdag is een boek verschenen 'Leven voorbij de deur', een rusthuisboek, geschreven door rusthuisbewoners². Er staan 120 verhalen in van bewoners van een rusthuis in Neerpelt. Ze vertellen over de negatieve en de positieve kanten van hun verblijf. Er staat een belangrijke quote in: "Vroeger was ik gelukkig, nu ben ik content".

We moeten ook ondersteuning aanbieden aan de mantelzorger, want als die onderuit gaat in een thuiszorg, dan gaan wonen en zorg daar ook onder lijden.

¹ J. Pacolet, S. Merckx en A. Peetermans, *Is de thuiszorg onderontwikkeld in Vlaanderen en België? Onderzoek naar de ontwikkelingsmogelijkheden van de thuiszorg in het algemeen en de thuisverpleging in het bijzonder*, HIVA, KU Leuven en Vlaamse Federatie van Diensten voor Thuisverpleging, 2007.

² L. Plessers en L. Geerits (red.), *Leven voorbij de deur. Rusthuisboek*, Woon- en zorgcentrum Sint-Jozef, Neerpelt, 2008.

2. Ontwikkelingen in de thuis(gezondheids)zorg in het licht van het raakvlak tussen wonen en welzijn

Er zijn heel wat ontwikkelingen in de thuisgezondheidszorg. Voor de thuisverpleegkundige is er een zeer specifieke rol weggelegd. Het lijkt heel moeilijk uit te leggen wat die specifieke rol is. Het specifieke van de thuisverpleging is dat dit beroep zich bevindt op het raakvlak van gezondheidszorg en welzijn. De taak van de thuisverpleegkundige – zelfstandige of niet – bestaat erin om op een professionele wijze, vanuit een presentiemodel, een persoonlijke relatie aan te gaan met een patiënt.

Over het presentiemodel verscheen een heel interessant boek van Mieke Grypdonck en Andries Baart³. Met 'presentie' wordt bedoeld dat je daar eerst moet staan alvorens je tot handelen kunt overgaan. Het vraagt bepaalde competenties om daar te kunnen staan als mens en om empathisch te zijn. Het gaat om meer dan professioneel luisteren en juist communiceren. De thuisverpleger moet meegaan in het lijden van de patiënt.

Het is belangrijk om in de definitie van 'patiënt' de nuances te verstaan. Een patiënt is een zorgontvanger, terwijl in de sector vaak wordt gesproken over een zorgvrager. Heel veel patiënten vragen niets. Zij weten niet wat ze moeten vragen, of ze hebben de taal niet meer om vragen te stellen. Een zwaar dementerende persoon kan niets vragen.

De verpleegkundige of huisarts moet inschatten wat de patiënt nodig heeft. Ik maak hier een link naar het onderwijs: er is nu in Vlaanderen een bacheloropleiding in de toegepaste gerontologie. Die gaat daarover. Dat is geen paternalistisch denken. Het gaat er niet om te weten wat goed is voor de patiënt, het gaat erom mee te voelen waaraan de patiënt nood heeft. Denk aan het gelukkig en het content zijn van de patiënten.

We zeggen vaak dat gezondheid en welzijn hetzelfde zijn. Je kunt maar over welzijn spreken als je gezondheid oké is. Pas als de patiënt, ook al verkeert hij in een chronische situatie, zich gezond noemt, kan hij spreken van welzijn en van alles wat daar bij hoort. De rol van de thuisverpleegkundige is dan cruciaal.

Je kunt geen kwaliteit van wonen of leven tot stand brengen als je niemand hebt die oog heeft voor je gezondheidssituatie. Er zijn heel wat methodes om die gezondheidssituatie te meten.

Het gaat hier over tijd maken en kwaliteit. Mieke Grypdonck gaat in het boek nog verder: in bepaalde omstandigheden moet een verpleegkundige mee koken en mee de aardappelen schillen, om die patiënt in zijn volheid te kunnen zien en om vervolgens samen met andere mensen in de thuiszorgsituatie verantwoordelijkheden op te nemen.

Ook de continuïteit van de zorg is zeer belangrijk. Je moet 24 uur op 24 beschikbaar zijn. Een gezondheidsprobleem is vaak een acuut probleem. Denk aan het personenalarmsysteem. Er komen bij de thuisverpleging of bij andere diensten duizenden oproepen binnen. Het is belangrijk dat die mensen een gevoel van veiligheid hebben.

3. De patiënt is het vertrekpunt van kwaliteitsvolle zorgverlening

Voor mijn definitie van 'patiënt' heb ik gebruik gemaakt van een discussie die ik had met Cécile Fontaine, een kabinetmedewerkster van minister Laurette Onkelinx. Zij spreekt over een 'ster van de zorgverlening'. Zij plaatst de patiënt in het midden. U moet zich het schema driedimensionaal voorstellen. De patiënt zegt welke behoefte hij heeft. Hij is afhankelijk en moet verzorgd worden. Dan kan hij een beroep doen op verzorgers, verplegers, artsen of zorgkundigen. Dit is terminologie, maar het is wel handig om tot een afstemming te komen. Als je zo kijkt naar een patiënt, dan zitten we niet naast elkaar, maar dan zitten we met de best mogelijke gezondheidszorg rond de patiënt.

Wat zijn nu de gevolgen van een dergelijk stermodel? Zijn er knelpunten en toekomstverwachtingen?

4. Knelpunten en toekomstverwachtingen

4.1. Knelpunten

De financiering van de verpleging in de thuiszorg wordt federaal geregeld. Het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) werkt met een financieringssysteem per handeling (nomen-

³ A. Baart en M. Grypdonck, *Verpleegkunde en presentie. Een zoektocht in dialoog naar de betekenis van presentie voor verpleegkundige zorg*, Uitgeverij Lemma Den Haag 2008.

clatuur) en de uitkering van een vast bedrag voor bepaalde forfaitpatiënten. Daar worden bepaalde handelingen vergoed. Maar een groot aantal handelingen in de moderne benadering, die ik hier probeer te schetsen, wordt niet vergoed. Presentie wordt niet vergoed, dat is niet zichtbaar of betaalbaar. Ik had het daarnet over het zorgontvanger mogen zijn als patiënt. Dat vraagt een behoorlijke competentie van de hulpverleners in de thuisverpleging. Men moet kunnen omgaan met kwetsbare mensen, en men moet bovendien gedegen wetenschappelijke kennis gebruiken. Wat is bijvoorbeeld de waarde van wat de arts voorschrijft? Het is voor patiënten heel belangrijk dat dit juist en correct verloopt.

Er is heel wat expertise in de woonzorgcentra en in de thuiszorg en de thuisverpleging. Dat is een tweede knelpunt: we zouden veel meer van elkaars expertise moeten kunnen genieten. Ik geef een voorbeeld. Ik kreeg vannacht nog een alarmerend mailtje van een rusthuis. Ze hebben daar een nieuwbouw, maar geen verpleging. Ze zeggen dat ze op 1 januari zullen moeten sluiten. Daar zouden samenwerkingsverbanden moeten worden gezocht. Je zou mensen uit de thuiszorg moeten kunnen inzetten in de woonzorgcentra, en omgekeerd.

Er is ten slotte een duidelijke definiëring nodig van de specifieke rol van de thuisverpleegkundige. Zij draagt een heel grote verantwoordelijkheid in de zorg voor de gezondheid van de bewoners in de thuissituatie. Er moet worden gezocht naar werkbare en haalbare instrumenten. Daarom participeert het Wit-Gele Kruis bijvoorbeeld graag in het project Vinca, een draadloos/mobiel systeem voor patiëntenadministratie en -dossier in de thuisverpleging. Je kunt het vergelijken met het kastje dat conducteurs in de trein gebruiken. Alle gegevens worden digitaal en ‘wireless’ uitgewisseld. Dat is een fenomenaal knap systeem. Het is de bedoeling de noden van die patiënt op gezondheids- en welzijnsvlak in te schatten. Er zijn gesprekken aan de gang over het soort instrumenten om al die zorgen te meten. Er is sprake van de RAI- (Resident Assessment Instrument) en de Katz-schalen.

4.2. Toekomstverwachtingen

Thuisverpleging is vandaag een federale aangelegenheid. Wij zijn verheugd dat – als het ontwerp van Woonzorgdecreet⁴ definitief wordt goedgekeurd – de

diensten voor thuisverpleging voor het eerst erkend zullen worden. We hebben er al over vergaderd: er moeten kwaliteitsafspraken worden gemaakt. Men kan niet zomaar een dienst voor thuisverpleging worden, er moet aan voorwaarden worden voldaan.

Er komt nog heel veel op ons af. Denk maar aan de complexere technische zorgen doordat mensen steeds vlugger ontslagen worden uit het ziekenhuis. Denk maar aan thuishospitalisatie. Denk aan het toenemende aantal oncologische patiënten. Het is niet meer altijd zo dat iemand kanker krijgt en daaraan doodgaat. Veel ouderen krijgen kanker, genezen en krijgen nadien een tweede kanker. Dat wordt een soort chronische patiënt, maar een die bijzondere begeleiding vraagt. Denk maar aan de acute fase van cytostatica, infuustherapie, plaatsen van katheter, psychosociale begeleiding, pijnbehandeling enzovoort.

Er moet educatie van de patiënt gebeuren. De patiënt kan heel veel zelf, maar men moet tijd maken om het hem te leren, bijvoorbeeld diabetespatiënten die zelf een spuit zetten.

Hoe zit het met de coördinatie van de zorgverlening? Volgens mij is er fel behoefte aan samenwerkingsverbanden tussen alle partners.

5. Besluit

De thuisverpleegkunde heeft een toegevoegde waarde in het voorkomen van vroegtijdig verblijf in een rusthuis en het bevorderen van langdurig verblijf van de patiënt in zijn natuurlijk thuismilieu. Het Wit-Gele Kruis wil daar als dienst voor thuisverpleging, aanwezig in het hele land, een actieve bijdrage aan leveren. We kiezen ervoor de patiënt met zijn specifieke noden centraal te plaatsen, en niet de dienst. De patiënt moet de juiste zorg krijgen en de juiste levenskwaliteit. Ik denk aan de zorg-ster en aan de multidisciplinaire samenwerking met de partners.

Mevrouw Greet Van Linter: Het gebrek aan thuiszorg resulteert in een twee jaar vroegere opname in een bejaardentehuis. Vorige week las ik in de krant dat de bejaardenzorg het best is in Limburg. Het ging vooral over de thuiszorg. Er stond in – zoals u ook zegt – dat dit duurder is dan een rusthuisopname, maar voor de bejaarde interessanter. In Brussel hebben we een enorme achterstand op het vlak van welzijnsinstellingen en vooral van de thuiszorg. Heeft dat te maken met de stedelijke omgeving? Is dat in andere grote steden ook zo? Heeft het te maken met de taalsituatie in Brussel?

⁴ Parl. St. VI. Parl. 2008-09, nr. 1975/1.

Ik heb ooit een beroep gedaan op het Wit-Gele Kruis in Brussel. La Croix Jaune et Blanche was eentalig Frans. Hoe kunt u dat vanuit de sector oplossen? Het beleid schiet daarin ernstig tekort. Hebt u een voorstel of een project?

Ik ben het helemaal met u eens dat zorg vragen aan bepaalde mensen inderdaad niet kan. De overheid moet op zoek gaan naar de noden op het terrein. De kwaliteit van de thuisverzorging is in Brussel bijna niet-bestaande. De Brusselse ouderen hebben toch evenveel recht op een kwaliteitsvolle zorg? Het gebrek aan personeel doet zich overal voor, geloof ik. Het beroep zou moeten worden gestimuleerd. Ziet u daar een oplossing voor?

Vanuit mijn vorige beroep als kinesitherapeute weet ik dat er heel grote verschillen voorkomen naargelang wie de Katz-schaal invult. Een verpleegkundige of een kinesitherapeute voelen die vragen subjectief heel anders aan. Denkt u niet dat de Katz-schaal een beetje verouderd is? Moeten we geen andere methodes zoeken om de hulpbehoefte te meten?

Mevrouw Veerle Heeren: Ik heb een aanvullende bemerking vanuit het woonaspect. De thuisverpleegkundige is vaak het eerste aanspreekpunt voor senioren of andere zorgbehoevenden. De verpleegkundige die in de woning komt, ziet vaak veel mankementen. In welke mate werkt dan het netwerk? Kan men die zaken doorgeven aan andere organisaties?

We zijn in Limburg vrij goed georganiseerd op het vlak van thuiszorg. We hebben nu woonzorgteams opgestart met de bedoeling de woning aanpasbaar te maken zodat men nog langer thuis kan blijven. Wat is uw ervaring met thuisverpleegkundigen? Zijn de omstandigheden zo dat ze optimaal kunnen werken? Welke bijdrage kan de overheid nog leveren om dat te optimaliseren?

Een tweede zaak is het tijdsaspect. Ik hoor vaak van thuisverpleegkundigen dat ze veel meer zouden willen doen, maar dat de klok tikt en dat er een gebrek is aan tijd. Misschien kan daarin worden geïnvesteerd als het gaat over aanpassingen van de woning om ervoor te zorgen dat de ouderen of de zorgbehoevenden in de meest veilige en comfortabele situatie verblijven. Wat kan de rol zijn van een organisatie zoals het Wit-Gele Kruis of van de thuisverpleegkundigen?

De heer Luc Van Gorp: Het zijn zeer belangrijke vragen. Over de situatie in Brussel geeft de studie van

Pacolet cijfers. Ik lees in die studie dat een en ander te maken heeft met de allochtone gemeenschap die anders omgaat met thuiszorg. Ik denk dat het probleem nog complexer is. Er zijn bijna geen thuisverpleegkundigen georganiseerd in Brussel, tenzij in Franstalige hoek. Er zijn in totaal 18 of 19 thuisverpleegkundigen in een dienstverband. Ook de organisatie Mederi, een netwerk van zelfstandige verpleegkundigen, is actief in het Brussels. Wat u zegt over Brussel, geldt in mindere mate ook voor het Antwerpse. Dat heeft te maken met het profiel van wie er vandaag in de zorg werkt. Er zijn vrijwilligers, verzorgenden, verzorgkundigen, verpleegkundigen, artsen, kinesisten, ergotherapeuten. Dat is een heel ingewikkeld gebeuren, zeker voor de patiënt die dat allemaal moet weten.

Ik verwees daarnet naar een mogelijke nieuwe opleiding van bachelor in de toegepaste gerontologie. Het gaat over wat een bejaarde persoon nog zelf kan, het is een positief verhaal. Er zijn focusgroepen bezig om na te gaan of dat mogelijk is. Een verpleegkundige kijkt vanuit een verpleegkundig perspectief, een verzorgende vanuit een zorgperspectief enzovoort. Een dergelijke bachelor heeft aandacht voor het wonen, de arbeid, het welzijn, het e-healthgebeuren, de zorg, op reis gaan enzovoort. We horen van mensen in een thuissituatie dat ze weten dat er dingen bestaan, maar niemand kan hen vertellen hoe het precies allemaal zit. Er evolueert ook heel veel.

Een ander aspect is dat er op dit moment niet voldoende mensen zijn, zeker in de verpleging, die kiezen voor een zorgberoep. Er is een hele gradatie: eerst het ziekenhuis, dan het woonzorgcentrum en dan pas de thuisverpleegkunde. Er is heel veel onduidelijkheid over wat je daarmee kunt doen. We moeten het niveau van een aantal groepen heel duidelijk definiëren. Ik zit in de opleiding van verpleegkundigen. Er is een grote instroom, alleen is de nood aan verpleegkundigen exponentieel toegenomen. Er zijn veel meer mensen nodig in de zorg. Je kunt mensen vanuit een presentiemodel nooit verplichten dat ze in de zorg moeten gaan. Dat geldt voor elk zorgberoep. Eerst moet worden gekozen voor de zorg, en dan kan men kijken waar men iemand een plaats kan geven.

Ik hoor dat er ook in Antwerpen problemen zijn. Er zijn grenzen aan de zorg omdat de zorg niet kan worden geboden. Pacolet geeft heel duidelijk aan dat als we alle zorg zouden bieden die vandaag gemeld wordt, er 15.000 mensen meer geholpen zouden zijn voor thuisverpleging en ook zoveel voor de thuiszorg op zich. Men vraagt hoe men oplossingen in Brussel

kan aanbieden. Ik heb van dokter Roex op de studiedag gehoord: begin met kleine initiatieven. Waarom bijvoorbeeld niet beginnen met de kraamzorg, waardoor je een specifieke doelgroep in het Brusselse aanspreekt en die mensen met thuiszorg laat kennismaken? Dat is de groep die de toekomst in de zorg wordt. Ik heb zelf tien jaar in Brussel gewerkt. Daar is een zeer complex probleem. Dat heeft niet alleen met taal te maken, maar ook met de verscheidenheid van culturen.

De Katz-schaal is inderdaad achterhaald. Er zijn heel wat oefeningen bezig. Ik heb zelf de RAI genoemd. Dat kan een heel belangrijk hulpmiddel zijn voor heel veel mensen, zowel in de woonzorgcentra als in de thuiszorg en thuisverpleging. We moeten alleen opletten niet naar een model te gaan dat nog meer afbreuk doet aan de beperkte tijd die mensen in de zorg hebben. Er moeten een aantal bezoeken worden afgelegd door de verpleegkundigen omdat ze betaald worden per bezoek. Als je geen handelingen stelt, heb je een ernstig probleem. Men moet gemiddeld 27 bezoeken per dag afleggen. Dat kunnen kleine bezoeken zijn, maar dat kan ook zijn bij mensen in een palliatieve situatie, of bij mensen met heel complexe zorgen, zoals peritoneale dialyse. Dan heb je meer tijd nodig en een ander soort financiering, maar dan zitten we op federaal niveau. Daar wordt over gepraat. Er zijn wel forfaits, maar die dekken niet altijd de zorgnood.

II. UITEENZETTING DOOR DE DAMES LIESBETH HUYBRECHTS EN SANNE JANSSEN VAN DE MEDIA&DESIGN ACADEMIE, KATHOLIEKE HOGESCHOOL LIMBURG

Mevrouw Liesbeth Huybrechts: Wij zijn docenten en onderzoekers aan de Media&Design Academie in Genk. Dat is een onderdeel van de Katholieke Hogeschool Limburg, waar de heer Luc Van Gorp departementshoofd Gezondheidszorg is.

We hebben samen een project opgezet dat de ontmoeting tussen de creatieve sector of de designsector en de gezondheidssector wil stimuleren. De titel van het project is 'Zorgeloos wonen in de ouderenzorg. Design met en voor ouderen'. Het woord 'met' is heel belangrijk. Wij willen in de onderzoeksprocessen de ouderen medeplichtig maken in het vormgeven van hun eigen contexten. Dat is het belangrijkste vertrekpunt.

We zijn vertrokken van een designonderzoekslab dat we drie jaar geleden hebben opgezet. Het heet

Experience Design. We willen eigenlijk design aan maatschappelijke en sociale vragen koppelen en oplossingen en scenario's voor de toekomst bedenken en uitschrijven. In dit project hebben we met ouderen gewerkt, nadien hebben we rond multiculturaliteit en intergenerationele dialoog gewerkt. Dit jaar werken we met blinden, het volgende jaar rond psychiatrische problematieken. We trachten altijd maatschappelijke thema's aan te kaarten. Dit specifieke project was een samenwerking tussen de Media&Design Academie, het departement Gezondheidszorg, het Wit-Gele Kruis Vlaanderen, Woon- en Zorgcentrum Sint-Jozef in Neerpelt, een theatergroep Bad Van Marie en onze studenten. Belangrijk is ook de ontmoeting tussen de jongere en de oudere mensen, een verrijking voor beiden.

Experience-design is een benadering waarin design niet zomaar producten wil opsmukken maar contexten wil vormgeven, een context voor ervaringen wil vormgeven. Hier wilden we de context van ouderen op een diepgaande manier observeren en daarvan vertrekken om nieuwe scenario's voor de toekomst te bedenken, samen met de ouderen.

We gaan ervan uit dat sociale problemen inherent complex zijn en daarom nooit monodisciplinair kunnen worden aangepakt, dus nooit louter vanuit de gezondheidssector of louter vanuit de architectuur. Ik denk bijvoorbeeld aan het ontwerpen van een wooncentrum. De samenwerking tussen de verschillende disciplines is altijd het vertrekpunt. We brengen de verschillende disciplines en de verschillende generaties samen om te onderzoeken wat de problematieken zijn en wat mogelijk andere scenario's zijn voor zorg en wonen.

Heel wat sensibiliseringcampagnes worden nog te veel vanuit een monodisciplinaire aanpak opgezet en bedenken eenduidige oplossingen voor bepaalde problemen. Het kan ook anders als er over de disciplines heen meer wordt samengewerkt.

Het voordeel van design is dat het onzichtbare problemen aan de oppervlakte kan brengen. Het gebruik van beelden, van media en van het ontwerp van behoeften trekken mensen aan en vestigen de aandacht op sommige problematieken.

Mevrouw Sanne Jansen: Bij de experience-designbenadering is het belangrijk dat we de studenten in de gemeenschap onderdompelen. We zijn dat project met een negentigtal studenten begonnen, waarvan een deel uit de gezondheidszorg kwamen en al met ouderen hadden gewerkt. Onze studenten waren twintig-

jarigen die animatie, fotografie, video, productdesign en grafisch ontwerp studeerden en eigenlijk behalve met hun eigen grootouders geen ervaring hadden met de gemeenschap van ouderen en er heel weinig kennis van hadden. Het is daarbij van belang om samen met de ouderen een proces op gang te trekken. We willen de ouderen deel laten uitmaken van het ontwerpproces en het onderzoekproces. Op die manier kunnen we tot nieuwe ontwerpen komen.

Een van de uitgangspunten daarbij is om mensgecentreerd te ontwerpen. Dat is in de designwereld een belangrijke beweging. De ontwerper weet niet van bij de aanvang hoe de dingen er moeten uitzien. Er wordt vertrokken van de context van de mensen, hun dromen, verlangens en noden. We weten, ook van andere onderzoeksmethoden, dat gedrag, vaak veel meer dan woorden, vertelt. Veel designonderzoek is dan ook door etnografische onderzoeksmethoden beïnvloed. Mensen worden in hun natuurlijke omgeving geobserveerd.

Concreet gesproken hebben we de ideeën van de etnografie aan de ideeën van de kunstwereld gekoppeld. We zijn met performance gaan werken. We hebben onze studenten daar rond laten werken om hen te laten ervaren wat het is om een oudere te zijn in een specifieke woonsituatie. Dan kan immers pas concreet worden nagedacht over wat kan worden gemaakt. De oudere wordt dus een deel van het ontwerpteam. Onze partners waren Sint-Jozef, een woon- en zorgcentrum in Neerpelt en de theatergroep Bad Van Marie. Bad Van Marie maakt sociaal locatietheater. Dat betekent dat zij in echte contexten fictieve voorstellingen houden, maar daarnaast ook zorgpersoneel en bewoners van het centrum laten acteren.

De theatervoorstelling die we samen met hen hebben opgezet, bestond dus uit het organiseren van een fictieve tocht door een bestaand woon- en zorgcentrum. Onze studenten, maar ook het ruimere publiek, gingen die tocht in kleine groepjes meemaken. Dat was een heel sterke onderdompeling: zes acteurs werkten vijf dagen met twintig verzorgers en twintig bewoners, maar eigenlijk kunnen we stellen dat het hele woon- en zorgcentrum deel uitmaakte van de voorstelling.

Bezoekers kregen zagezegd een rondleiding, gingen zagezegd mee op tocht met een vrouw die heel dat proces doormaakte van wat het betekent om in een dergelijk centrum te wonen. Er was dus sprake van

een rondleiding langs de badkamer, de slaapkamers, de eetzaal, dus de hele dagelijkse leefomgeving.

Als bezoeker wist men natuurlijk ook niet meer welke situaties echt waren, en wie niet echt was. Een echte dokter of oudere die in de gang voorbijkwam, maakte op die manier eigenlijk ook een deel uit van die voorstelling. Dat is belangrijk omdat er wordt gespeeld met het idee van de vervreemding: men weet niet meer welke situaties echt zijn en welke niet. Door wat we gewoon vinden als ongewoon te benaderen, of omgekeerd, kunnen we tot interessante ontwerpideeën komen en kunnen we loskomen van wat we als normale situaties ervaren. Een van de uitgangspunten voor de theatervoorstelling was dat de regisseur op vakantie zelf te horen had gekregen dat België dat land is waar ouderen in aparte huizen worden gestopt. De notie dat wat we als normaal beschouwen dat misschien niet altijd is, is iets waarover we onze studenten, samen met de geriatriestudenten, wilden laten nadenken.

Mevrouw Liesbeth Huybrechts: Wat heeft zo'n complex proces opgeleverd? Onze studenten hebben een aantal voorstellen gedaan naar aanleiding van hun observaties. Het gaat over studentenprojecten, maar die kunnen zeer veel inspiratie opleveren voor echt te realiseren projecten. Een project heette Rimpelreizen. Jongeren krijgen beurzen om aan uitwisseling te doen, bijvoorbeeld via Erasmus. Ouderen zijn minder mobiel. Ze hebben hun kamertje in hun zorgcentrum. Iemand in Neerpelt die een heel mooie kamer heeft, kan via YouTube, een online filmtool, een filmpje maken over zijn kamer en vertellen waarom het zo leuk leven is in Neerpelt. Iemand in een woon- en zorgcentrum in Oostende kan hetzelfde doen. Die filmpjes worden verzameld op een site. Als iemand graag voor een maand in dat kamertje in Oostende wil zitten, omdat hij graag eens aan zee zou zitten, en iemand anders vindt Neerpelt een mooie omgeving, dan kan er via het Rimpelreizenplatform een uitwisseling gebeuren.

Het project SeniorenTV had veeleer als doel de sociale interactie binnen het woon- en zorgcentrum op gang te brengen. Ook dat project werkt met een videotool. Hierbij konden de bewoners bijvoorbeeld vertellen over hun verleden. Een van de bewoners was voetballer geweest. De andere kookte graag. Ze konden dat aanprijzen door middel van een filmpje.

Het project Fishtopia ging uit van een documentaire die we samen met de studenten hadden bekeken.

Doordat demente personen concentratieproblemen hebben, eten ze niet goed. Een zorgcentrum had een aquarium centraal gezet. Die bewoners bleven daar naar kijken, zodat ze wel wakker bleven en wel aten. De studenten hebben een groot digitaal aquarium gemaakt, waarbij elke bewoner een vis was. Als er iets werd georganiseerd in dat woon- en zorgcentrum, zoals een wafelbak, dan kon een bewoner zijn naam opgeven om aan te geven dat hij die week die wafels zou bakken. Dan wist het hele centrum dat hij dat zou doen. Zo wijzen mensen elkaar op verantwoordelijkheden binnen dat centrum. Dat stimuleert activiteit en sociale interactie.

Het project Roots ging uit van de observatie dat bijna elke oudere wel een klein kadertje met familiefoto's op het nachtkastje heeft staan. Uitgaand van die notie werd een soort sociaalnetwerktol buiten de grenzen van het woon- en zorgcentrum ontwikkeld. Binnen het digitale kader werd een boom geplaatst. Elk appeltje aan die boom was iemand in het netwerk van de oudere. Er werden diverse sectoren onderscheiden: de familie, het professionele netwerk enzovoort. Door het aanklikken van bepaald appeltje kon op een heel eenvoudige wijze een e-mail of een videob bericht worden verstuurd. Er werd dus sterk gedacht aan de gebruiksvriendelijkheid. Als er veel appeltjes op bepaalde sectoren van de boom worden aangeklikt, gaat die boom daar meer bloeien. Ook dat is weer een manier om ouderen te stimuleren om veel te communiceren, over de grenzen heen en met het netwerk. Dat wordt visueel gestimuleerd.

Technologie is altijd een werktuig om grenzen te overschrijden. Dan gaat het over fysieke grenzen: die mensen zijn niet meer zo mobiel, maar de media bieden de mogelijkheid om te blijven communiceren met mensen die ver weg zijn. Ook wordt een andere grens overschreden, namelijk die van de angst voor media en technologie die vaak bestaat bij ouderen. Die media en technologie zijn inherent aan de hedendaagse maatschappij, dus is het belangrijk om leuke manieren te vinden om mensen over die drempel te helpen om die media en technologie te hanteren.

Die studentenprojecten zijn natuurlijk vaak wat utopisch en heel verbeeldingrijk, maar sommige projecten zijn dan toch wel geselecteerd voor verdere ontwikkeling. Ze kunnen leiden tot innovatieve benaderingen van de woon- en zorgsector.

De heer Tom Dehaene: U zegt het zelf dat een aantal dingen te utopisch zijn, maar ik vind het idee wel ple-

zant. Als er één goed idee uitkomt, dan is dat mooi meegenomen.

Ik vind het goed dat studenten zich als senior opstellen zodat ze zelf ervaren wat eventuele aanpassingen kunnen zijn. Maar zijn er ook senioren betrokken om mee creatief na te denken?

Mevrouw Liesbeth Huybrechts: De studenten hebben heel veel tijd doorgebracht in het woon- en zorgcentrum. Het is een van de principes dat we de mensen waarmee we werken – in dit geval waren het senioren – tot cocreators maken. Ze zijn codesigners van hun eigen context. Het wordt vaak vergeten wanneer men met doelgroepen werkt, dat zij moeten leven in de contexten die wij voor hen ontwerpen. Het hoeft niet alleen over design te gaan, het is in alle processen een heel belangrijk aspect.

De heer Tom Dehaene: Ik ben zelf OCMW-voorzitter (OCMW: openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn). Ik stel vast dat in ons rusthuis zeer veel mensen zwaar hulpbehoevend zijn. Hoe langer hoe meer zijn het zwaar hulpbehoevendenden die naar een rusthuis komen. Ik weet dat het maar een voorbeeld is, maar het digitale kadertje is veel te klein om te gebruiken door de mensen. Daarom vraag ik me af of er senioren bij werden betrokken. De mensen zijn nog niet gewoon om met een Nintendo te spelen.

Mevrouw Sanne Jansen: Het ontwerp is eigenlijk vrij groot.

Mevrouw Liesbeth Huybrechts: Het gaat ook over een soort affiniteit. Je kunt bijvoorbeeld een kader in de living hangen, maar een fotokader heeft veel meer emotionele waarde. Natuurlijk moet het groot genoeg zijn en gebruiksvriendelijk genoeg zijn. Het moet verder ontwikkeld worden. Dit zijn eerste scenario's. Als het ontwikkeld is, wordt het terug in de kamer gezet. Je laat de ouderen het gebruiken en zo zie je wat de problemen zijn. Het gaat dan terug naar het ontwerp bureau om verder te ontwikkelen. Dat proces moet je verschillende keren doorlopen. Dit is ook het principe van experience design.

De heer Tom Dehaene: Wat gebeurt er met al die ideeën? Worden ze verder uitgewerkt? Zullen jullie dit jaarlijks of tweejaarlijks herhalen? Wordt dit dus herhaald?

Mevrouw Liesbeth Huybrechts: Een van de ideeën, het digitale fotokader, is wel opgepikt. Wij werken met

studenten die ideeën moeten genereren voor professionele ontwerpers. Wij moeten dat proces voor een deel blijven begeleiden.

Mevrouw Sanne Jansen: U vroeg ook of wij hier in de toekomst verder mee willen werken. Een jaar later hebben wij een ander project gedaan rond ouderen, maar dan specifiek rond ex-mijnwerkers. Het project ging over hoe je herinneringen uit het verleden naar vandaag kunt vertalen. Dit jaar doen we een project rond blinden. Volgend jaar gaan we opnieuw een project doen met het departement Gezondheidszorg, waarschijnlijk rond psychiatrie.

Mevrouw Liesbeth Huybrechts: Blind worden of het zicht verliezen, is ook een specifieke problematiek die bij ouderen acuut is. We proberen een soort expertise op te bouwen rond inclusief design en hierover kennis op te bouwen, samen met Gezondheidszorg.

Mevrouw Helga Stevens: Ik heb een vraag over het project SeniorenTV. Dat is een heel interessant initiatief. Het staat heel dicht bij de leefwereld van de mensen. U had het over slechtzienden bij de ouderen, maar het gebeurt natuurlijk ook dikwijls dat oudere mensen minder goed horen. Is SeniorenTV toegankelijk voor wie slecht hoort? Hoe wordt dat aangepakt? Is er ondertiteling? Het is belangrijk dat daar aandacht wordt aan besteed.

Mevrouw Sanne Jansen: Ik ben het daar helemaal mee eens. Ik geef u hier hetzelfde antwoord als bij de vraag over het digitale kader. Dit zijn eerste ideeën, maar dit moet worden teruggebracht naar het woonzorgcentrum en daar worden uitgetest. Dan zie je pas wat de problemen zijn met een dergelijke zender. Je kunt dat oplossen door middel van ondertiteling. Misschien zijn er andere manieren, bijvoorbeeld meer tactiele. Dat is een circulair proces. Design stopt nooit in de eerste ideeënfase. Dat is toch ons uitgangspunt. Het is een proces van jaren, je kunt dat niet op een paar weken klaarspelen.

Mevrouw Liesbeth Huybrechts: Bij SeniorenTV wordt het platform om tv te maken aan de ouderen zelf gegeven. De ouderen krijgen in het woon- en zorgcentrum aangeleerd hoe ze dat zelf kunnen maken. In de presentatie hebt u gezien hoe onze studenten dat maken, maar het idee is dat de ouderen het volledig zelf zouden maken. Daarbij vertrek je van de woonsituatie en de mensen zelf, en van hun noden en wensen in die woonsituatie.

Mevrouw Helga Stevens: Ik spreek uit eigen ervaring, en ik zie veel mensen die doof zijn geworden of die

zwaar slechthorend zijn. Zij zijn zeer terughoudend en participeren niet meer. Dat zij inspraak krijgen, is een absoluut aandachtspunt. Ik begrijp volkomen dat we in de startfase zitten, maar we mogen de 'stille mensen' niet vergeten.

Mevrouw Sanne Jansen: Wij zijn het daar helemaal mee eens.

III. UITEENZETTING DOOR MEVROUW AGNES BODE, ALGEMEEN DIRECTEUR FAMILIEHULP

Mevrouw Agnes Bode: De mensen van de thuiszorg, en in het bijzonder van de gezinszorg, kunnen een woordje meepraten over de behoeften van de thuiswonenden in een zorgsituatie. Op jaarbasis worden meer dan 15,6 miljoen uren doorgebracht bij klanten van wie een overgrote meerderheid ouder is dan 65 jaar. Bij de gezinszorg gaat het om 70 percent die ouder is dan 65 jaar. Als het gaat om de logistieke hulp en de aanvullende thuiszorg, halen we 90 percent die ouder is dan 65 jaar.

Het ontwerp van Woonzorgdecreet heeft drie belangrijke uitgangsprincipes: het ondersteunen van de zelf- en de mantelzorg, het verlenen van gedifferentieerde en gespecialiseerde vormen van woonzorg, en het bevorderen van de samenwerking tussen de actoren binnen de woonzorg, dus tussen de thuiszorg en de residentiële zorg. De ondersteuning van de zelfzorg en de mantelzorg wordt in sterke mate bepaald door de woonomgeving: in welke mate kunnen de zelfzorgzaamheid en zelfredzaamheid worden gestimuleerd? Daarnaast heeft het ontwerp aandacht voor de gedifferentieerde en gespecialiseerde vormen van woonzorg. Ik denk aan de residentiële zorg. En dan is er het bevorderen van de samenwerking tussen beide.

De thuiszorg blijft in dit geheel bijzonder belangrijk. Uit tal van studies blijkt dat mensen, ook als ze zorgbehoevend zijn, in eerste instantie ervoor kiezen om in een vertrouwde omgeving te blijven wonen. Zij willen daar blijven leven en ook, als het even kan, sterven. Zij willen thuisblijven, behalve dan misschien die laatste dagen, als een opname nodig is. Indien de omgeving van die mensen kwaliteitsvoller zou zijn, zou het aandeel van de mensen die tot op het einde thuis kunnen blijven, wellicht nog kunnen toenemen.

De diensten voor gezinszorg kunnen hier een grote rol in spelen. Doordat de thuiszorg aanwezig is bij velen uit de doelgroep, kan de sector van de gezinshulp

helpen onderzoeken naar de mate van aangepastheid van woningen voor ouderen. We stellen vast dat er bij heel wat mensen een drempel bestaat om aanpassingen te doen. We horen het regelmatig: “Voor de tijd dat we hier nog zijn, is het de moeite niet meer om die investering te doen.” Men kan suggesties doen en die drempel verlagen. De levenskwaliteit van de betrokkenen kan op die manier in belangrijke mate worden verhoogd. De professionelen uit de thuiszorg, en dus niet alleen uit de gezinszorg, spelen hier een belangrijke rol. Door hun aanwezigheid en door de activiteiten die ze doen, de handelingen die ze moeten stellen, worden ze geconfronteerd met het beperkte comfort in de woningen. Daardoor zijn zij bijzonder goed geplaatst om suggesties te doen.

Bij heel wat ouderen is er veel argwaan om te verhuizen naar een woonzorgcentrum. Men beschouwde dat zeker in het verleden als grote en wat anonieme gebouwen. En men zag er ook het symbool in van de laatste verhuizing: als je die stap zet, is het bijna het einde. Zo werd het bij veel mensen gepercipieerd, maar de woonzorgcentra van vandaag zijn niet meer die van twintig jaar geleden. De kwalitatieve manier waarop met zorgbehoevenden wordt omgegaan, dwingt heel wat respect af.

Het zelfstandig thuis kunnen blijven houdt in dat er nog meer mogelijkheden moeten worden bekeken om aanpassingen te doen. Daarbij overstijgen we het domein van Welzijn. Bij wonen en zorg zijn heel wat beleidsdomeinen van de Vlaamse Gemeenschap betrokken: Welzijn, Wonen, Energie, Mobiliteit en Onderwijs. Het is belangrijk dat deze beleidsdomeinen op elkaar worden afgestemd, dat er geïntegreerd wordt gewerkt.

Wij stellen vast dat er een grote vraag bestaat naar kleine werkzaamheden in en aan het huis. Om een lamp te vervangen kun je bezwaarlijk een elektricien laten komen. Er is ook het elementaire onderhoud van de tuin. Voor mensen die aan huis zijn gekluisterd maar die nog graag van bij hun venster wat groen of beweging zien, is het maaien van het gras een probleem. Dat soort kleine dingen zou moeten kunnen worden opgenomen.

Vaak stellen we echter vast dat de commerciële sector daar geen antwoord op biedt. Deze vormen van kleine dienstverlening, die het wooncomfort van de zorgbehoevenden sterk kunnen verbeteren, kunnen perfect worden opgenomen. Dat gebeurt deels al binnen de logistieke diensten van de thuiszorg. We

hadden de verwachting dat dit in het ontwerp van Woonzorgdecreet zou kunnen worden opgenomen bij de diensten thuiszorg, gezinszorg, logistieke hulp en aanvullende thuiszorg. We stellen echter vast dat die karwei-hulp, zoals we dat noemen, in het ontwerp als niet meer te subsidiëren voorkomt. Dat vinden we bijzonder jammer. Het is een absoluut gemiste kans om de kwaliteit van het wonen van heel wat mensen te verbeteren.

We stellen ook vast dat voor sommige belangrijke klussen de commerciële sector vaak met woekerprijzen werkt. Oudere en zorgbehoevende mensen hebben weinig weerwerk ten aanzien van die agressieve praktijken vanuit de pure commercie. Ook daar kan een aanbod vanuit de georganiseerde thuiszorg een antwoord op bieden.

Ergotherapie is uiteraard zeer belangrijk als men nagaat of het basiswooncomfort en de basisveiligheid aanwezig zijn. Dat geldt zowel voor de bewoners zelf maar ook voor al degenen die aan huis komen om de nodige zorg en ondersteuning te geven. Ook zij hebben het recht om op een kwaliteitsvolle en veilige manier te kunnen werken in de huizen.

In de cijfers van de volks- en woningtelling, die dateert van 1991, blijkt dat de ouderen veel frequenter dan jonge mensen in niet-aangepaste en sterk verouderde woningen leven. Er is renovatie nodig, maar ouderen nemen daar vaak niet meer het initiatief toe. Op het vlak van energiebesparende maatregelen heeft Vlaanderen al inspanningen gedaan. Dat is absoluut verder aan te moedigen. Mensen helpen en stimuleren om het basiswooncomfort in orde te maken voor hun woning, kan een belangrijke opdracht zijn. De professionele thuisverzorgers hebben een signaalfunctie om de mensen gaandeweg over de drempel te halen voor kleine aanpassingen, zoals het wegwerken van drempels, nakijken of de elektriciteit wel in orde is enzovoort.

Een ander element is het belang van levenslang wonen, dat staat ook in de memorie van toelichting van het ontwerp van Woonzorgdecreet. Als we daar werk van willen maken in Vlaanderen, zijn er nog heel wat inspanningen nodig, bijvoorbeeld de aanpassing van het huidige woonaanbod. Ook de sociale huisvesting kan toonaangevend zijn om bij initiatieven – of het nu gaat over renovatie of nieuwbouw – het element van levenslang wonen vanaf het ontwerp mee te nemen in het project. Niet alleen de sociale huisvestingsmaatschappijen hebben daarin

een opdracht, ook onderwijs kan een aantal stimuli geven, denken we maar aan de opleiding van de architecten. Men kan de vraag stellen hoe het komt dat men nog altijd huizen ontwerpt die na verloop van tijd totaal onaangepast zijn aan iemand die zorgbehoevend is. Het gaat soms om kleine dingen – zoals een brede deur – die niet veel kosten op het ogenblik dat men een gebouw neerpoot, maar die achteraf wel helpen een verhuis te voorkomen en ervoor zorgen dat mensen permanent in hun huis kunnen blijven.

Op het vlak van domotica kan er ook heel wat gedaan worden. De sociale huisvestingsmaatschappijen kunnen een toonaangevende rol spelen om ervoor te zorgen dat er in alle woningen die gebouwd worden, basisvoorzieningen zijn op het vlak van veiligheid. Ik denk aan lichten die door sensoren worden aangeknipt op het ogenblik dat een oudere persoon zijn bed verlaat zodat het vallen in de woning kan worden teruggeschroefd. Een ander voorbeeld is een standaard oproepsysteem. Indien de bewoner het nodig heeft, kan het worden geactiveerd.

Bij domotica moeten we niet altijd denken aan grote ingrepen. Levenslang wonen heeft ook te maken met hulpmiddelen die het dagelijkse leven in de woning kunnen faciliteren. We denken dat het Instituut voor Aanmoediging van Innovatie door Wetenschap en Technologie (IWT) hier een rol kan spelen, liefst in samenspraak met mensen die in het veld actief zijn en die een aantal vaststellingen kunnen doen en suggesties kunnen geven.

Eigenlijk zou het niet aan het toeval mogen worden overgelaten en kan de minister van Onderwijs een rol spelen, om in heel wat leerplannen van heel wat opleidingen ook te denken aan de groep van de ouderen. Ik denk bijvoorbeeld aan de opleiding mode. Mode wordt vooral bedacht met de bedoeling die te commercialiseren. Dan kijkt men naar de jongeren en de middengroepen. Modeshows voor ouderen zijn veeleer uitzonderingen. Men kan erover nadenken om kledij te ontwerpen die door de zorgbehoevende gemakkelijk zelf kan worden aangetrokken, waardoor je de professionele hulp kunt reduceren. Dat betekent efficiëntiewinst op heel wat terreinen en het geeft de zelfredzaamheid van zorgbehoevenden maximale kansen.

We willen ook aandacht vragen voor de mobiliteit. We hebben de neiging om heel sterk na te denken over de woning en de zorg die gegeven wordt. Wonen betekent echter ook dat mensen zich moeten kunnen

bewegen in een sociaal netwerk en contacten kunnen blijven houden. De vervoersmogelijkheden zouden overal in Vlaanderen dezelfde moeten zijn: de frequentie, de haltes en dergelijke meer. Daar is nog veel aan te doen.

De heer Tom Dehaene: Ik dank u voor de toelichting. Er komt nog een aparte hoorzitting over het ontwerp van Woonzorgdecreet zelf (*Parl. St.* VI. Parl. 2008-09, nr. 1975/3). Bij die gelegenheid kunnen we nog wat verder ingaan op een aantal zaken die u hebt gezegd specifiek over het ontwerp van Woonzorgdecreet.

Gisteren hebben we de begrotingsbespreking gehouden. Voor het eerst sinds 1999 slagen we erin om een budget vrij te maken om een stijging van 4 percent van het aantal uren zorg te realiseren. Dat is een zeer belangrijk signaal. Daarmee bevestigen we dat de mensen er de voorkeur aan geven om zo lang mogelijk thuis te blijven en dat we ze daarin in de mate van het mogelijke moeten steunen.

Ik besef dat u zeer veel mensen kunt overhalen om die kleine aanpassingen te doen. U hebt overschot van gelijk dat dit niet alleen voor de bewoners maar ook voor de hulpverleners belangrijk kan zijn. Als ze water moeten halen in een kot ergens achteraan, is dat niet zo handig.

Maar ik heb nog een specifieke vraag. Welke drempels bestaan er nog om de mensen van het nut ervan te overtuigen? Ik hoor veel te vaak, ook al moeten ze dankzij de premies zelf geen euro bijpassen, dat ze toch niet overgaan tot het aanpassen van kleine dingen. We moeten misschien nadenken over andere formules. Misschien moeten we twee weken of een kort verblijf aanbieden en intussen de verbouwingen uitvoeren. We moeten misschien aan zulke formules durven te denken. De woning blijft immers op de markt als ze is aangepast. Niet alleen de 65-plusser kan problemen ondervinden met een niet-aangepaste woning. Dat hebt u al terecht aangehaald.

De angst om naar een rusthuis te moeten gaan, leeft nog heel sterk. Daar hebt u overschot van gelijk in. De vraag is hoe dat kan worden verholpen. We zitten met een dubbele gedachtegang. Vooreerst moeten we de mensen aanmoedigen zo lang mogelijk thuis te blijven, ook al omdat ze dat zelf willen. Anderzijds moeten we de angst voor een rusthuis ook wat wegnemen. Als u daar ideeën over hebt, zou ik ze graag horen.

De afstemming van de verschillende beleidsdomeinen op elkaar is ook een punt. Ik ben blij dat u dat ook zegt. Dat is een van de redenen waarom we deze commissie hebben opgericht. We moeten daar nog meer op hameren of dit punt specifiek laten opnemen in het regeerakkoord. Er is nog heel veel werk aan de winkel.

Voorts is er de vraag naar veel klein onderhoud, bijvoorbeeld het vervangen van lampen. Ook die vraag krijgen we van het lokaal bestuur. Het is een dunne lijn. Het gras maaien kan misschien wel, maar hoort het snoeien van bomen daar dan ook bij? Het is moeilijk af te grenzen. U hebt gelijk om dat niet al te strikt af te lijnen en ruimte te laten voor interpretatie.

Het volgende punt was het basiscomfort voor de hulpverlener. We moeten inderdaad niet alleen aandacht hebben voor de oudere bewoner, maar ook voor de hulpverlener. Levenslang wonen onderschrijf ik eveneens. De domotica heeft wel een kostprijs. Als elk project van een sociale huisvestingsmaatschappij een noodoproepsysteem zou installeren, heeft dat consequenties voor de kostprijs. Vandaag zijn er heel wat systemen beschikbaar die gewoon in de woning kunnen worden aangebracht, zonder dat er al te veel breekwerk aan te pas komt. Ik ondersteun wel het idee dat huisvestingsmaatschappijen een belangrijke voorbeeldfunctie hebben. Het is voor hen een kleine moeite om in beperkte voorzieningen te voorzien. Als het dan nodig moest blijken, vergt het maar een kleine extra kost.

Wat de mobiliteit betreft, heb ik dat punt vorige week nog bij minister Kathleen Van Brempt aangekaart (*Hand. VI. Parl. 2008-09, nr. C1-OPE1, p. 9-11*). Er bestaan veel initiatieven van mindermobielen centrales en diensten voor aangepast vervoer, maar het is godgeklagd dat er zoveel geld naar De Lijn gaat en men er blijkbaar niet in slaagt om de mensen die de grootste nood aan mobiliteit hebben en het moeilijkst gebruik kunnen maken van de mogelijkheden die er vandaag bestaan, daadwerkelijk ook te bereiken. Dat we daar geen oplossing voor vinden of willen voor vinden en er voldoende middelen voor vrijmaken, is een schande. U maakt hierover een terechte opmerking. We moeten als parlement blijven eisen dat het geld dat De Lijn krijgt zeker ook wordt gebruikt voor mobiliteit voor mensen die het moeilijker hebben.

Mevrouw Agnes Bode: Wat de drempel betreft, heeft veel te maken met wat ik een goed gesprek noem. Dat zegt ook iets over de attitude die van een zorgverle-

ner in een thuiszorgsituatie wordt verwacht. Het probleem moet in een goed gesprek worden geduid en onder de aandacht gebracht worden, zodat duidelijk wordt wat het voor hen betekent om te verbeteren. Dat lukt niet in een keer. Dat is ook de kans die verzorgers hebben. De regelmaat waarmee hulpverleners in gezinnen komen of tijdens andere activiteiten in gesprek gaan met gebruikers, kan helpen om het denken daarover in beweging te brengen en helpen om de stap te zetten.

Dat is niet altijd evident. Het argument dat het altijd heeft gefunctioneerd en dat ze het altijd al zo hebben gedaan, is moeilijk te weerleggen. Door er op terug te komen en telkens nieuwe accenten aan te brengen, is toch nog een en ander mogelijk. U hebt gelijk dat mensen enorm opkijken tegen de moeite, zeker als er breekwerk aan te pas komt. De mensen hebben immers graag dat het proper is. Breken betekent stof en doorkruist het dagdagelijkse leven. Dat willen ze vermijden, ze willen de rompslomp niet. Dan kan een kort verblijf een oplossing bieden. Misschien moet deze mogelijkheid meer worden benut en meer onder de aandacht van de zorgverleners worden gebracht, zeker als er wat weerstand is tegen noodzakelijke aanpassingswerken.

De angst voor het rusthuis is zoiets als ‘onbekend is onbemind’. Ze hebben zich er misschien wel een voorstelling van gemaakt, maar misschien nog nooit een rusthuis bezocht. Ze hebben van alles gehoord, mensen vertrekken uit de straat en keren nooit meer weer. Dat brengt angst met zich mee. Deze stap zetten, betekent immers dat het zo goed als gedaan is. We moeten erkennen dat er ook grenzen zijn aan de thuiszorg. Er kan een toestand van zodanige zorgbehoefte ontstaan dat thuiszorg niet langer maatschappelijk verantwoord is. Het kost dan zoveel geld dat er een grens wordt bereikt en een kwalitatieve opvang in een woonzorgcentrum aangewezen is. Ook daar kunnen de thuisverzorgers een rol in spelen. Ze kunnen het bespreekbaar maken en voorbeelden aanhalen van mensen die er wel tevreden zijn en vertellen hoe het daar aan toegaat. Ook in het nieuwe ontwerp van het Woonzorgdecreet bestaat de mogelijkheid dat een hulpverlener of de vaste verzorger samen met de mensen een kijkje gaat nemen in het rusthuis. De mensen hebben dikwijls tijd nodig om deze stap te kunnen zetten. Eens ze de stap zetten, zal alles vlotter verlopen en zullen ze zich sneller tevreden voelen.

Mevrouw Veerle Heeren: Ik wil het even hebben over de rol van sociale huisvestingsmaatschappijen. Ik wil hier stellen dat het een taak is van elke instelling die

vanuit Vlaanderen wordt gefinancierd om de principes van het meegroeiwonen, het levenslang wonen of de principes van aanpasbaarheid mee te nemen.

We hebben vrij recent een gesprek gevoerd met ENTER, een toegankelijkheidsbureau. Er bleek het volgende uit. In de hele welzijnssector staan we met de aspecten van toegankelijkheid en aanpasbaarheid niet zover als we wel eens zouden kunnen denken. Dat was voor mij de grote verrassing. Ik volg dat thema al vele jaren vanuit het domein Wonen. Ik wist niet dat er vanuit de welzijnssector zoveel voorbehoud wordt gemaakt. De vraag wordt er gesteld waarom iets moet veranderen dat altijd al zo was. Niet alleen bouwmaatschappijen moeten dus nog een hele weg afleggen.

Ik zou het omgekeerde durven zeggen: de socialehuisvestingssector, die amper 6 percent voorstelt in Vlaanderen, staat zeer ver. Het zal natuurlijk de kunst zijn om daar een aantal basisprincipes te implementeren. Voor de rest – want er is altijd wel wat meerkost aan – moeten we durven zeggen: kijk, dat doen wij in een basisconcept. En al wat daar bovenop komt: ofwel is daar financiering voor ofwel niet.

U hebt gezegd dat het bijzonder jammer is dat het ontwerp van Woonzorgdecreet niet meer in subsidiëring voor karweien binnen de thuiszorgdiensten zou voorzien. In het verleden is er een project geweest van landelijke thuiszorg waarbij men de bewoner bijna ging helpen om het dossier samen te stellen. We slaan er in Vlaanderen in om heel veel premies te hebben, maar alleen is het nog altijd – zelfs met websites – bijzonder moeilijk om te weten dat ze bestaan, laat staan, voor een senior, om de aanvraag in te dienen. Intussen hebben wij de woonzorgteams. Hebt u ervaring gehad met het project landelijke thuiszorg en de woonzorgteams? Vindt u dat een goed idee? Zou u dat ook willen binnen uw organisatie? Gras afrijden kan iedereen, en een lamp verwisselen ook. Maar een verpleegkundige kan bijvoorbeeld niet lassen, die heeft iemand nodig die meer afweet van elektriciteit. Wat is uw ervaring daar? Hebt u suggesties voor de toekomst? Het is de bedoeling van deze commissie om, wellicht in de volgende legislatuur, heel concrete initiatieven te nemen.

Mevrouw Agnes Bode: Het klopt dat het project landelijke thuiszorg het voorbereidende werk heeft gedaan aan die aanvraagdossiers. Wij hebben daar ook mee samengewerkt. We moeten niet proberen om alles zelf te doen. Als er interessante initiatieven

worden genomen, moeten we naar de toegevoegde waarde kijken. Natuurlijk mochten we die kans niet laten passeren en moesten we het project aan onze gebruikers kenbaar maken.

Niet in Limburg maar in de andere provincies is men tot een soort samenwerking gekomen. Zij deden de dossieropbouw, en de kleine comfort- of veiligheidsverhogende aanpassingen werden door onze mensen van de logistieke hulp en aanvullende thuiszorg uitgevoerd. Daardoor had men de globaliteit: het dossier en de nodige experts. Dat zit gedeeltelijk verwerkt in het ontwerp van Woonzorgdecreet. De ergotherapeuten krijgen er binnen de regionale dienstencentra een opdracht om de ergotherapeutische analyse te maken en suggesties te doen om te woning te verbeteren. Onder andere, want ergotherapie gaat over meer dan de woning alleen. Het is de bedoeling om met de diverse spelers op het veld zinvol samen te werken. Het heeft geen zin dat elke voorziening alles zelf kan en heeft. We moeten elkaar versterken.

De heer Luc Van Gorp: We veronderstellen meestal dat onze doelgroep veel weet over diensten en mogelijkheden. Het concept zorgvrager/zorgontvanger is van fundamenteel belang. Wij gaan ervan uit dat ze maar moeten vragen wat ze nodig hebben, maar dat weten ze vaak niet. Ik volg mevrouw Bode: een gesprek doet wonderen. We hebben professionele mensen nodig die weten wat er allemaal voorhanden is. Zij kunnen de cliënt dan zaken aanraden en uitleggen, waardoor de drempel verlaagt.

IV. UITEENZETTING DOOR MEVROUW SARAH WILLOCKX, DIRECTEUR WELZIJN EN GEZONDHEID, SOCIALISTISCHE MUTUALITEITEN

Mevrouw Sarah Willockx: Als socialistisch ziekenfonds zijn wij wat zorgaanbod betreft niet de grootste in Vlaanderen, ik durf wel zeggen de volledigste. Wij zijn er trots op dat we alles onder één dak kunnen aanbieden. We hebben zowel thuisverpleging als gezinszorg, poetshulp, karweidienst, oppas, regionale dienstencentra, diensten maatschappelijk werk en multidisciplinaire teams voor de inschaling van personen met een handicap bij het Vlaams Fonds. We hebben ervaring inzake de verdediging van de belangen van onze leden en als zorgaanbieder.

Ik zou graag de uitgangspunten van een gebalanceerde visie op wonen en zorg belichten. Veel van

deze punten werden door mijn collega's uit de sector al besproken, maar ze staan in een andere volgorde en kader. Onze uitgangspunten omvatten inclusie en integratie, diversiteit, duurzaamheid, ontschotting (intern en extern), maatwerk en maximale zelfstandigheid (die twee horen gewoon samen) en toegankelijkheid.

1. Inclusie en integratie

We zien nog dagelijks, of we dat nu willen of niet, leuk vinden of niet, dat onze samenleving onvolkomen omgaat met zorgbehoevendheid. Velen onder ons, binnen de zorgsector iets minder dan in de rest van de samenleving, maar toch nog te vaak, hebben de reflex dat zorgbehoevende personen thuishoren in een instelling. Wij zijn er nochtans van overtuigd dat veel zorgbehoevende personen mits voldoende formele en informele zorg – de informele ondersteuning is bijzonder belangrijk – perfect kunnen blijven deelnemen aan het maatschappelijk leven. Plaatsing is niet altijd de eerste en de beste reflex.

Ik pleit voor een heuse culturomwenteling waarbij zorgbehoevendheid een normaal gegeven wordt in onze samenleving en geen vervelend verschijnsel dat we proberen weg te stoppen achter gevels en deuren van allerlei instellingen. Daarom moeten we zorgbehoevendheid ook ruimtelijk verweven in onze maatschappij. Het is dan ook een zeer goed idee om wonen en zorg in één commissie te koppelen. Waarom moeten rusthuizen en andere instellingen steeds gehuisvest zijn op grote campussen? Waarom kan een rusthuis niet bestaan uit kleinschalige woonvormen die verweven zijn met de buurt? Dergelijke initiatieven kunnen naar mijn mening de broodnodige culturomwenteling in de hand werken, en de solidariteit tussen generaties en tussen zorgbehoevenden en mensen zonder zorgbehoefte onderling versterken.

Er is ter zake nog heel wat werk aan de winkel, ook al zijn we theoretisch al een aantal jaren duidelijk klaar met het creëren van een dergelijk kader. Er is nog heel wat werk, voor ons als zorgaanbieders, maar ook voor allerlei sociaal-culturele actoren in de samenleving.

2. Diversiteit

Het is onmogelijk een standaardprofiel op te stellen van de zorgbehoevende van vandaag. Dat kan een

jongere of een oudere zijn, een allochtoon of een autochtoon, een persoon met een handicap enzovoort. Een goed doelgroepenbeleid en een maatbeleid zijn dus een must om de uitdagingen die verbonden zijn aan die diversiteit het hoofd te bieden. Die vaststelling maakt dat alle betrokken diensten voor een heuse uitdaging staan. Hoe gaat bijvoorbeeld een gezinszorgdienst of een residentiële voorziening om met een bejaarde allochtoon, waarbij er sprake is van een cultuur- en taalbarrière? Hoe gaan we om met de steeds groter wordende groep van vergrijzende personen met een handicap? Hoe moet het beleid er voor dergelijke groepen uit zien? Hoe voeren we een divers personeelsbeleid? Ook dat hoort immers thuis onder diversiteit. In de zorgsector zijn arbeidskrachten onze grootste zorg en onze meest schaarse middelen.

U merkt het aan de vragen: er moet goed worden nagedacht over diversiteit. In het ontwerp van Woonzorgdecreet dat vandaag voorligt, worden in die zin kansen gemist, aangezien er grotendeels wordt voorbijgegaan aan de problematiek van de diversiteit en van een verschillende aanpak van diverse types doelgroepen.

3. Duurzaamheid

Dan is er de duurzaamheid als uitgangspunt. Duurzaam wonen is vandaag nog al te vaak een containerbegrip. We vinden dat er in Vlaanderen niet enkel moet worden geïnvesteerd in duurzaam wonen vanuit het oogpunt van de milieuvriendelijkheid, wat vaak de eerste reflex is als aan duurzaamheid wordt gedacht. Er moet net zozeer worden geïnvesteerd in levensloopbestendig wonen. Dat is wonen anticiperend op de toekomst in alle betekenissen. Levensloopbestendige woningen zijn veilig, hebben lage drempels en veilige trappen. Ze zijn comfortabel en toegankelijk voor iedereen, in elke levensfase.

Door het in de praktijk brengen van de principes van duurzaam wonen en het verstrekken van de minst ingrijpende zorg, willen we zorgbehoevende personen zo lang mogelijk in hun vertrouwde omgeving kunnen laten wonen. Mevrouw Bode heeft het ook al gezegd: soms is dat duidelijk niet meer mogelijk, omwille van de graad van zorgbehoevendheid, vereenzaming of de onveiligheid van de woning, en vaak ook omdat een informeel zorgnetwerk is weggefallen. Dat kan mensen doen besluiten dat verhuizen naar een woonzorgvoorziening die inspeelt op hun noden, de beste keuze is. Ik heb daar geen probleem mee, op voorwaarde dat ook daar maatwerk wordt geboden.

Al te vaak staat een verhuis naar een woonvoorziening echter gelijk aan een opname in een rustoord, hoewel een verblijf in een rustoord maatschappelijk gezien zeker niet de goedkoopste oplossing is. Dat is een nuance die ik wil maken bij het betoog van de heer Van Gorp over de duurte van thuiszorg. Bovendien wordt daarbij een zekere mate van zelfstandigheid ingeleverd in ruil voor aangeboden diensten en zorg. Er zijn nochtans een hele hoop alternatieve woonvormen mogelijk, zoals kangoeroewoningen en duplexwoningen. Dat zijn stuk voor stuk boeiende mogelijkheden, maar omdat mensen vaak te laat nadenken over de woonzorgloopbaan die ze nog hebben te gaan, worden die vaak onvoldoende benut. Daar zijn stimulansen en promotie noodzakelijk, want die vormen vergroten de maatschappelijke integratie van ouderen en zorgbehoevenden zeer zeker.

De meest gekende nieuwe woonvorm in Vlaanderen, voor zover hij nog nieuw is, blijft toch wel die van de serviceflats. Mensen kunnen er zelfstandig wonen en facultatief gebruik maken van dienstverlening, voor zover ze er nood aan hebben. Helaas raakt de programmering ter zake maar niet ingevuld en blijft de nodige dienstverlening al te vaak erg beperkt. Bovendien – en daar wringt het schoentje toch ook wel wat – is het serviceflatconcept op zich vaak niet levensloopbestendig. In een serviceflatcomplex is immers vaak helemaal geen ruimte voor opvang in het geval van intenser wordende zorgbehoeften. Ook dat is een cultureel gegeven, waarvoor geen kant-en-klare oplossingen bestaan, maar waarvan we ons wel rekenschap moeten geven. De krasse 75-jarige die verhuist naar een comfortabele serviceflat omdat het huis iets te ruim is geworden, wil de confrontatie met palliatie, dementie en incontinentie bij de burens liever niet. Concreet betekent dit dat hij dan nog eens moet verhuizen uit die serviceflat als hij zorgbehoevend wordt.

4. Ontschotting

Het op stapel staande ontwerp van Woonzorgdecreet, hecht dan ook veel belang aan ontschotting. Dat is zeer goed. We onderschrijven dat uitgangspunt volledig. Een nauwe samenwerking tussen alle diensten van de diverse sectoren is onontbeerlijk. Samenwerking en ontschotting mogen echter zeker niet leiden tot een beperking van de vrije keuze van de gebruiker. We willen dan ook absoluut een warm pleidooi houden voor een samenwerkingsmodel waar alle actoren aan kunnen deelnemen. Zogenaamde samenwerkingsmodellen die leiden tot centraal

geleide mastodontwoonzorgcentra, die ook één uniek lokaal thuiszorgaanbod aansturen, wijzen we van de hand. We pleiten niet enkel voor ontschotting binnen de sector, maar net zozeer voor een nauwe samenwerking met andere sectoren. We noemen dat dan externe ontschotting. Zo kunnen we de notie van het duurzaam bouwen versterken, door goede samenwerkingsakkoorden af te sluiten met, bijvoorbeeld, de onderwijswereld. Het voorbeeld van daarnet was zeer leuk in die zin.

Door allerlei akkoorden kunnen we ervoor zorgen dat de architecten en binnenhuisarchitecten van morgen het duurzaam wonen en het idee van een woonzorgloopbaan ingelepeld krijgen. Ook een samenwerking met de bouwsector lijkt ons absoluut aan de orde. De inbreng van deze sector is en blijft cruciaal, als we willen dat mensen, vooraleer ze zorg nodig hebben, denken over en stilstaan bij hun woonzorgloopbaan. Willen we een implementatie op heel grote schaal van dat concept van het levensloopbestendig wonen, dan hebben we de bouwsector zeer zeker nodig. Convenants en samenwerkingsakkoorden zijn dan zeker welkom.

5. Maatwerk en maximale zelfstandigheid

Dan is er het principe van zorg op maat, maatwerk en maximale zelfstandigheid. Zorg op maat behelst voor mij twee grote basiselementen. We moeten de zorgnood van het individu centraal stellen en mogen niet wachten tot iemand zorg vraagt om de nood in te schatten. Dat moet worden gecombineerd met het verstrekken van de minst ingrijpende zorg.

Ik verklaar me nader. Zorg op maat gaat uit van de zorgnood van het individu. Dat impliceert dat alle betrokken actoren moeten samenwerken om, in functie van de zorggradatie van de zorgbehoevende en de zorgevolatie die kan worden voorspeld, verschillende woonvormen met verschillende zorgvormen te realiseren. Flexibiliteit is ter zake een must. Een goede indicatiestelling, maximaal interdisciplinair, is dat al evenzeer. Ook daarover hebben de collega's het al gehad. Zorg op maat staat voor het verstrekken van de minst ingrijpende zorg. Maar al te vaak zien we toch nog dat wordt gekozen voor woon- en zorgvormen die vaak te ingrijpend zijn voor de zorgbehoefte die er is, vaak ook omwille van een zekere angst.

In die zin ben ik een voorstander van een sterk uitgebouwde en gespecialiseerde thuiszorg. Samen met een goed uitgebouwde en zeer ernstig genomen man-

telzorgondersteuning en vrijwilligerswerking kan dat de zelfredzaamheid en waardigheid van zorgbehoevenden garanderen.

Het principe van zorg op maat hoeft niet noodzakelijk duur te zijn. We streven er in essentie naar om zorgbehoevende personen zo lang mogelijk in een vertrouwde omgeving te laten vertoeven. Iedereen weet dat het bevorderen van zelfredzaamheid en zelfzorg maatschappelijk de allergeoedkoopste oplossing is. Dat, gecombineerd met een maatgerichte thuiszorg – vanzelfsprekend tot wanneer de grenzen van die thuiszorg worden bereikt – zal sowieso de maatschappelijk voordeligste oplossing bieden.

Het is evident dat principes als zorg op maat en duurzaam wonen hand in hand gaan. Daarom is een zeer laagdrempelig en voor jong en oud toegankelijk adviesnetwerk erg belangrijk. Die adviezen moeten gaan over duurzaam bouwen en verbouwen, over tips voor zelfstandig blijven wonen, maar ook over het idee van ‘moving on time’, want daar wringt vaak het schoentje. Vaak moeten er zeer drastische oplossingen worden gezocht omdat men niet vroeg genoeg heeft nagedacht over wanneer het tijd is om te verhuizen. Of men heeft er wel over nagedacht, maar men deinst terug voor de uitvoering omwille van allerlei angsten. De rol die een verzorgende of een verpleegkundige of een maatschappelijk assistent hierbij heeft, is niet te onderschatten. Op tijd verhuizen is immers een belangrijke voorwaarde om zich nog ergens aan te passen, zich ergens thuis te gaan voelen en een netwerk te creëren. We merken heel duidelijk dat thuiszorg valt of staat met het aanwezig zijn van een netwerk dat informele zorg kan bieden. Als men pas nadenkt over verhuizen wanneer men al zeer zwaar zorgbehoevend is, dan rest er vaak geen andere keuze meer dan het woon- en zorgcentrum.

Mensen sensibiliseren om op tijd na te denken over de toekomst, past binnen een preventief beleid. Hen als het ware de tools geven om de regie van hun eigen toekomstige zorgbehoefte – zelfs als die zich nog niet of nog niet in grote mate voordoet – voor te bereiden, is volgens ons van heel groot belang.

Die rol als adviesverstrekker nemen wij vandaag al op binnen onze regionale dienstencentra voor hen die reeds zorgbehoevend zijn. Wij staan voor een systeem waarbij één telefoontje volstaat om zowel zorgadvies, woonadvies, hulpmiddelenadvies als de effectieve zorg tot stand te kunnen brengen. Die rol wordt bevestigd in het ontwerp van Woonzorgdecreet. Het

ontwerp stelt woonadvies – Agnes Bode heeft er al naar verwezen – als een centrale taak van de regionale dienstencentra. Terwijl het in de huidige situatie nog slechts een optionele taak is, wordt het nu een verplichte taak. We juichen dat zeer zeker toe.

Maar we vinden het minstens bizar te noemen – ook daar sluit ik me aan bij Agnes Bode – dat, net in hetzelfde ontwerp, de karweihulp geschrapt wordt uit het lijstje waar de mogelijk te subsidiëren activiteiten worden opgesomd in de aanvullende thuiszorg en de logistiek. Klusjesdiensten die vandaag wel gesubsidiëerd worden, helpen jaarlijks honderden gezinnen, vooral ouderen, met de uitvoering van kleine woning-aanpassingen. Laat ons duidelijk zijn, het gaat hier over semispecialisten. We schakelen niet onze reguliere verzorgenden in. We zetten de juiste man op de juiste plaats. Die kleine aanpassingen zijn, zowel voor het werkbaar zijn van een woning voor ons zorgend personeel als voor de thuisblijvers, heel erg van belang. Ze maken het thuis blijven haalbaar, bijvoorbeeld door het plaatsen van een toiletverhoger en een aantal steunen in huis, het stabiel leggen van vloeren. Dat zijn zaken die heel moeilijk door een zelfstandige worden uitgevoerd.

Wij willen dan ook een warme oproep doen aan de leden van deze commissie om een parlementair initiatief te nemen om de karweihulp te laten bestaan. We denken dat dit een voorbeeld van maatwerk is dat zelfstandigheidsbevorderend is, dat perfect past in een woon- en zorgconcept en dat morgen onmogelijk dreigt gemaakt te worden.

Het is duidelijk dat de diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg een cruciale rol spelen in het concept zelfstandig wonen. De enorme uitdaging voor deze diensten inzake diversiteit en zorggradatie zet mij ertoe aan om te stellen dat we goed uitgebouwde en gespecialiseerde thuiszorgdiensten moeten hebben. Dat houdt onder andere in dat we nood hebben aan goed opgeleide mensen met zowel pedagogische, sociale als andere kwalificaties die de zelfstandigheid en zelfredzaamheid van zorgbehoevenden voorop moeten stellen. We mogen geen diplomafetisj hebben: zo kunnen personen die beschikken over eerder verworven competenties bijvoorbeeld als mantelzorger uit de praktijk, een echte meerwaarde vormen voor onze diensten. Vandaag is de regelgeving daar nog onvoldoende op voorbereid.

Het is mijn overtuiging dat de huidige toestand van generiek werkende thuiszorgdiensten te vaak niet

voldoet om de toekomstige uitdagingen ten volle het hoofd te bieden. Vandaag is het gesubsidieerde urencontingent, zelfs met de 4 percent extra, waarvoor uitdrukkelijke dank, te beperkt voor doelgroepenwerking en specialisatie. Voorts is de programmatie ook niet aangepast aan een deugdelijke doelgroepenwerking. Bovendien kan het belang van het individueel patiëntgebonden overleg dicht bij het bed van de zorgbehoevende, niet worden overschat. In dat kader is de oefening die in het ontwerp van Woonzorgdecreet wordt aangekondigd, een belangrijke stap voor de regionale dienstencentra.

6. Toegankelijkheid

Een duurzame woning mag geen luxeproduct zijn dat louter voorbehouden is aan de financieel gegoede burger. Ieder van ons moet recht hebben op een duurzame woning. Even belangrijk als betaalbare aangepaste woningen is het principe van betaalbare zorg. Betaalbare en kwalitatieve zorg is voor mij een universeel recht. Het baart me zorgen dat heel veel zorgbehoevende personen hun steeds duurder wordende niet-medische en medische kosten niet langer kunnen dragen.

In dat kader vragen we dan ook dat de overheid de beschikbare hefbomen snel en efficiënt hanteert. Zo vragen we concreet dat er een heel duidelijk en concreet tijdspad wordt uitgestippeld voor de implementatie van het aangekondigde bijdragensysteem op basis van inkomen en gezinssamenstelling voor alle diensten in het Woonzorgdecreet, ook de residentiële. We vragen eveneens een snelle invoering van de maximumfactuur voor niet-medische kosten. Daarnaast dringen we erop aan dat alle woonsubsidies voor het bouwen en verbouwen van woningen, toegerekend door de overheid, gericht zijn op de idee van duurzaam wonen. We zijn ook de mening toegedaan dat de idee van duurzaam wonen en het voorbereiden van de woonzorgloopbaan zo snel als mogelijk moeten worden toegepast, ook in de socialewoningbouw.

Mevrouw Helga Stevens: U zegt beiden dat u er alles aan wilt doen om de thuiszorg te stimuleren, maar dat wanneer er bepaalde grenzen worden bereikt, er voor een andere oplossing moet worden gezorgd. Ik denk bijvoorbeeld aan verhuizen naar een woonzorgcentrum. De vraag is waar die grens ligt. Kunt u mij dat vertellen? Werden er berekeningen gemaakt op basis van de kostprijs? Hebt u daar een overzicht van? Ik ben enkele weken geleden op studiebezoek naar

Denemarken geweest en daar ligt de grens op acht interventies per 24 uur. Dat is voor ons al een hoog aantal interventies. Werd in Vlaanderen de maximale frequentie van het aantal bezoeken al bekeken?

De heer Tom Dehaene: In Denemarken ging het om acht à tien interventies vanuit de thuiszorg. Ze hebben er blijkbaar een meetsysteem op touw gezet – de ene interventie is natuurlijk de andere niet – dat bepaalt dat het in de situatie boven tien interventies niet langer houdbaar – lees: betaalbaar – is dat men thuisblijft. In dat geval moet de betrokkene naar een residentiële setting.

Mevrouw Helga Stevens: In het kader van wat u ‘preventief beleid’ noemt, werden mensen vroeger gestimuleerd om na te denken over hun toekomst en hun noden. Het kan best zijn dat ze op dat moment nog goed in staat zijn om alleen te wonen en dat hun woning op dat ogenblik nog goed aangepast is.

In Denemarken hebben we ook vernomen dat er een systeem opgezet wordt op gemeentelijk niveau. Alles wat met zorg te maken heeft, zowel voor kinderen als voor ouderen, wordt op gemeentelijk niveau aangepakt. Ik weet niet hoe die dienst precies werkt. De gemeenten zijn zeer actief. Ze spreken de mensen aan wanneer ze net 65 jaar zijn geworden. Hoewel het op dat ogenblik voor hen misschien niet relevant lijkt, krijgen die mensen een aantal vragen. Op die manier kan worden nagegaan of de woning up-to-date is en of er andere problemen zijn. Die informele netwerking helpt anticipatie mogelijk te maken. Een alleenstaande man kan zich nu zeer goed voelen. Ten gevolge van een val kan hij echter extreme zorgverstrekking nodig hebben. Hierop kan worden geanticipeerd.

De regionale dienstencentra kunnen die taak eventueel volbrengen. Misschien moeten we eens nagaan of de gemeenschap vanaf een bepaalde leeftijd, bijvoorbeeld 60 of 65 jaar, zelf het initiatief kan nemen om de betrokkenen te contacteren. We moeten niet tot het allerlaatste moment wachten om vervolgens te moeten redden wat er nog te redden valt. Een preventieve aanpak kan het mogelijk maken de gepaste zorg in te calculeren voor het echt nodig is.

Mevrouw Sarah Willockx: De verwijzingen naar Denemarken zijn interessant. Ik heb geen weet van soortgelijke berekeningen van de situatie in Vlaanderen. Ik beschik niet over cijfermateriaal met betrekking tot de interventies. Ik weet trouwens niet of

cijfers altijd alles duidelijk maken. De heer Dehaene heeft verwezen naar een systeem dat de ernst van interventies in kaart brengt. Ik zou dit systeem echter beter moeten kennen om er iets nuttigs over te kunnen zeggen. Ik heb in elk geval geen weet van dergelijke metingen in Vlaanderen.

De casuïstiek leert ons dat het ogenblik waarop de partner wegvalt, cruciaal is. Dat geldt ook voor mensen met een zware zorgbehoefte. Indien de partner of de volwaardige ondersteuningsmogelijkheden van de partner wegvallen, worden de grenzen van de thuiszorg bereikt. Dat geldt voor dementerenden en voor fysiek zorgbehoevende mensen.

Op basis van de suggestie van de heer Dehaene pleit ik voor meer monitoring van alles wat thuiszorg betreft. De federale gezondheidszorgsector beschikt over het Intermutualistisch Agentschap (IMA) en over het kenniscentrum. De Vlaamse overheid beschikt echter over heel weinig statistisch materiaal. De overheid en de partners meten dit niet op continue wijze. Onderzoeksinstituten van de Vlaamse universiteiten onderzoeken de situatie nu en dan. Een paar jaar later wordt dergelijk onderzoek door een ander onderzoeksinstituut nog eens gevoerd. Wat de dagelijkse monitoring van de zorgnood betreft, is er in Vlaanderen echter nog werk aan de winkel.

Mevrouw Stevens heeft gesuggereerd ouderen preventief te bezoeken. Een tiental jaar geleden hebben we binnen onze organisatie een proefproject opgezet. We hebben ons toen ook door een Scandinavisch voorbeeld laten inspireren. Onze leden hebben alle mensen die 65 jaar of ouder waren een bezoek gebracht.

Ik heb hier een dubbel gevoel bij. Eigenlijk pleit ik ervoor op jongere leeftijd over mogelijke zorgbehoeften na te denken. Ik heb zelf twee jaar geleden een nieuwbouwappartement laten bouwen. Ik heb toen al bewust over een brede douche en over brede deuren nagedacht. Ik vraag me af waarom de meeste mensen daar pas vanaf de leeftijd van 65 jaar aan denken. Dat is voor iemand van 30 jaar even relevant.

Het lijkt me in elk geval geen slechte suggestie. Momenteel biedt het decreet de regionale dienstencentra de mogelijkheid hiervoor te kiezen. In de toekomst wordt het voorzien in woningadvies voor zorgbehoevenden een verplichting. Misschien moeten de regionale dienstencentra of andere organisaties al vroeger, voor de mensen zorgbehoevend zijn, in dergelijk woonzorgloopbaanadvies voorzien.

De verslaggevers,

De voorzitter,

Vera VAN DER BORGHT Else DE WACHTER

Veerle HEEREN

Hilde DE LOBEL
