

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



Zitting 1998-1999

4 december 1998

ORIENTATIENOTA

Vlaams zorgbeleid voor ouderen

ingediend door de heer Luc Martens,
Vlaams minister van Cultuur, Gezin en Welzijn

INHOUD

	Blz.
Inleiding	3
1. Situering	5
2. Visie	10
2.1 Ouder worden	10
2.2. Zorg	11
2.3. De zorgrelatie : hefboom voor goede zorg	12
2.4 Ouderenzorgbeleid	13
3. De 8 basisprincipes van het toekomstig te voeren Vlaams ouderenzorgbeleid	15
Fiche 1 : De oudere persoon wordt in de mogelijkheid gesteld, indien gewenst, zo lang als mogelijk zelfstandig én in de aangepaste vertrouwde omgeving te (blijven) wonen ..	15
Fiche 2 : De zelfzorg, de mantelzorg en de vrijwilligerszorg mogelijk maken en/of ondersteunen	18
Fiche 3 : De behoeften van de oudere persoon in zijn vertrouwde omgeving zijn het vertrekpunt van elk professioneel zorgaanbod	22
Fiche 4 : Bijzondere aandacht voor specifieke doelgroepen	28
Fiche 5 : De rechten en de verantwoordelijkheden van de gebruiker van ouderenzorg worden behartigd	35
Fiche 6 : Een eigentijds concept voor de Vlaamse residentiële ouderenzorg wordt ontwikkeld	39
Fiche 7 : De betaalbaarheid van de ouderenzorg wordt gevrijwaard	48
Fiche 8 : Coherente beleidsvoering	53
4. Prioriteitenlijst	55
Slotbeschouwingen	60
Bijlagen	
Bijlage 1 : Protocol van 9 juni 1997 gesloten tussen de federale regering en de overheden bedoeld in de artikelen 128, 130 en 135 van de Grondwet, over het te voeren ouderenzorgbeleid	64
Bijlage 2 : Begrippenkader	67
Bijlage 3 : Kwaliteit van de woningen	69
Bijlage 4 : Bevoegdheidsverdeling inzake de residentiële zorg	70
Bijlage 5 : Verenigde Naties : beginselen ten aanzien van de ouderen	71
Bijlage 6 : Aanvullend protocol bij het Europees Sociaal Handvest 26/09/1996	73
Bijlage 7 : Uitgaven Vlaamse Gemeenschap gezins- en bejaardenhulp, dagverzorgingscentra en dienstencentra	74
Bijlage 8 : Begroting en uitgaven RIZIV : rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen België ..	75
Bijlage 9 : Geraadpleegde literatuur	77

Inleiding

Op uitdrukkelijke vraag van enerzijds de Vlaamse regering (4 maart 1997) en anderzijds de commissie welzijn en gezondheid van het Vlaams parlement en dit naar aanleiding van de federale discussie omtrent het protocolakkoord inzake het voeren van een coherent ouderenzorgbeleid (9 juni 1997), heb ik het initiatief genomen om een werkgroep samen te stellen bestaande uit wetenschappers, ervaringsdeskundigen en leden van de kabinetten (Vlaams minister van Gezondheidsbeleid en Vlaams minister van Welzijnsbeleid) en de administratie. Deze werkgroep kreeg als opdracht een oriëntatienota uit te werken betreffende het toekomstig te voeren Vlaams ouderenzorgbeleid.

Voor wat betreft de situering van het fenomeen van de veroudering van de Vlaamse bevolking en de gevolgen ervan op het sociaal-economisch, maatschappelijk, ethisch, sociaal-cultureel en medisch vlak wordt verwezen naar het verslagboek van het Vlaams Welzijnscongres van 1993. Het congreswerkboek vormt het fundament, waarop de oriëntatienota verder bouwt.

Het werkgebied van de oriëntatienota werd duidelijk afgelijnd naar het domein van het ouderenzorgbeleid. Verkeerdelijk zou dit de indruk kunnen wekken dat ouderen als zorgbehoevend worden beschouwd, terwijl empirisch onderzoek uitwijst dat de meerderheid van de ouderen gezond, valide en actief is en geen specifieke zorg nodig heeft. Demografische en maatschappelijke veranderingen dwingen ons echter om dringende maatregelen op het vlak van het ouderenzorgbeleid te formuleren, niet enkel voor vandaag, maar evenzeer voor de toekomst. Zodat de kwaliteit van het leven en de zorg voor de beperkte groep van broze en zorgbehoevende ouderen, kan worden gevrijwaard.

Deze terreinafbakening mag eveneens niet opgevat worden als een miskenning voor de andere deelgebieden van het Vlaams ouderenbeleid. Het woonbeleid voor ouderen, het sociaal-cultureel ouderenbeleid en het beleid inzake de ouderenparticipatie, hebben immers, zij het onrechtstreeks, een positief effect op de algehele lichamelijke, geestelijke en sociale gezondheidstoestand van de ouderen. Ze worden echter niet, behoudens indirect, gevat in de oriëntatienota.

De oriëntatienota omvat vooreerst een summiere situering van het fenomeen van de vergrijzing. Alvorens aan de hand van zeven basisprincipes de oriëntatienota voor een Vlaams ouderenzorgbeleid te formuleren, achtte de werkgroep het noodzakelijk om haar visie op oud worden, zorg ontvangen en zorg verlenen, alsook op het Vlaams ouderenzorgbeleid te expliciteren. De uitgeschreven visie geeft immers aan vanuit welke opvattingen - achtergrond - de voorgestelde acties dienen te worden begrepen

De uitdagingen die in deze oriëntatienota zichtbaar worden gesteld, zullen ongetwijfeld de volgende jaren van de beleidsmensen zeer veel aandacht vragen. Zij geven de aandachtspunten aan waarnaar het zorgbeleid zal moeten evolueren. Het voorstel van de werkgroep aangaande de 'prioritaire' maatregelen vindt u terug in de afsluitende tabel van het werkstuk.

Ik stel vast dat de door de werkgroep voorgestelde acties veel raakvlakken vertonen met enerzijds het decreet betreffende de kwaliteitszorg in de welzijnsvoorzieningen, anderzijds met het voorontwerp van decreet betreffende de thuiszorg.

Het voeren van een coherent ouderenzorgbeleid over de diverse beleidsdomeinen en -niveaus heen wordt dan ook terecht door de werkgroep aangeduid als prioriteit nummer één. Samen met hen, stel ik vast dat vele door de werkgroep aangevoerde acties maar tot stand kunnen komen via een breed en diepgaand overleg met alle betrokkenen verspreid over verschillende beleidsniveau's en domeinen. Het oudereneffectenrapport wordt in dit verband door de werkgroep als een belangrijk beleidsinstrument aangewezen.

Ik wens de leden van de werkgroep oprecht te danken voor de tijd en de energie die zij hebben vrij gemaakt om dit oriëntatienota te concretiseren. Het enthousiasme en de gedrevenheid die zij aan de dag hebben gelegd de afgelopen maanden, alsook de toewijding die zij aan hun opdracht pleegden, zijn exemplarisch voor de aanwezige dynamiek en creativiteit binnen de hedendaagse ouderenzorg.

De voorliggende tekst is een lijvig werkstuk. Sommige stellingnames en voorgestelde acties zullen ongetwijfeld op weerstand, anderen dan weer op enthousiasme worden onthaald. Belangrijk hier is dat de uitvoering van de keuzen die zullen worden gemaakt, gerealiseerd worden in samenspraak en overleg met de vertegenwoordigers van de diverse betrokken sectoren.

Op basis van dit werkstuk nodig ik alle betrokken beleidsmensen uit tot een debat ten gronde en het maken van fundamentele keuzen inzake het toekomstig te voeren Vlaamse ouderenzorgbeleid, zodat er straks sprake kan zijn van een anticiperen in plaats van een reageren, als het om ouderenzorg gaat.

Luc MARTENS

1. Situering

1. Vergrijzing en verzilvering

Het is bekend dat één van de meest opvallende demografische fenomenen van de laatste jaren de groei is van het aantal 60-plussers, de zogenaamde 'vergrijzing' van de bevolking, evenzo als de vergrijzing binnen de vergrijzing, of anders gezegd : de toename van het aantal 85-plussers.

a) aantal 60 plussers

	1996	2000	2005	2010	2020
Vlaanderen	1.240.708	1.310.798	1.353.862	1.448.507	1.662.279
Wallonië	714.820	721.001	716.066	767.505	882.234
Brussel	215.331	203.235	193.900	193.054	198.608

Bron CBGS : 18/02/1997

De onderstaande tabel geeft de procentuele stijging van het aantal 60-plussers aan tegenover het referentiejaar 1996 :

	1996	2000	2005	2010	2020
Vlaanderen	0	5,64	9,12	16,74	33,98
Wallonië	0	0,86	0,17	7,3	23,42
Brussel	0	-5,61	-9,95	-10,34	-7,77

Bron CBGS : 18/02/1997

Tegen het jaar 2010 zal het aantal 60-plussers voor Vlaanderen toenemen met ongeveer 16%. Voor Wallonië is dit ongeveer 7%. In Brussel zal er echter een daling waar te nemen zijn van ongeveer 11%.

Het aantal 60-plussers in 2020 in Vlaanderen zal meer dan één derde hoger liggen dan in 1996. Ook zeer duidelijk - maar dan toch minder hoog dan in Vlaanderen - is de stijging in Wallonië : een stijging met ruim 23 % tegen 2020. Voor Brussel zal er tegen 2020 een daling zijn van het aantal 60-plussers met bijna 8 %.

b) aantal 75 plussers

	1996	2000	2005	2010	2020
Vlaanderen	362.677	413.065	469.518	524.650	563.127
Wallonië	209.755	242.284	271.643	287.286	279.983
Brussel	74.077	78.583	79.142	77.524	70.486

Bron CBGS : 19/02/1997

De onderstaande tabel geeft de procentuele stijging van het aantal 75-plussers aan tegenover het referentiejaar 1996 :

	1996	2000	2005	2010	2020
Vlaanderen	0	13,61	29,45	44,66	55,27
Wallonië	0	15,50	29,50	36,96	29,33
Brussel	0	6,08	6,83	4,65	-4,85

Bron CBGS : 18/02/1997

Uit deze tabel kan men aflezen dat Vlaanderen tussen het jaar 1996 en 2010 een toename van 44,6% van het aantal 75-plussers kent. Wallonië 36,9% en Brussel 4,65%.

Voor 2020 wordt een zeer belangrijke stijging voorzien van 55,27 % voor Vlaanderen. Een minder hoge stijging doet zich voor in Wallonië : 29,33 %. In Brussel daarentegen daalt het aantal 75-plussers tegen 2020 met bijna 5 %.

c) *aantal 85-plussers*

	1996	2000	2005	2010	2020
Vlaanderen	93.563	105.050	95.185	126.760	167.349
Wallonië	53.012	58.737	53.208	73.520	87.927
Brussel	21.318	22.471	19.087	23.242	23.403

Bron CBGS : 01/06/1997

De onderstaande tabel geeft de procentuele stijging van het aantal 85-plussers aan tegenover het referentiejaar 1996 :

	1996	2000	2005	2010	2020
Vlaanderen	0	12,27	1,7	35,48	78,86
Wallonië	0	10,79	3,69	38,68	65,86
Brussel	0	5,4	-10,46	9	9,78

Bron CBGS : 18/02/1997

Opvallend is de daling in de toename van het aantal 85-plussers in het jaar 2005 en de forse toename in het jaar 2010. Hier situeert zich de babyboom die zich manifesteerde na de eerste wereldoorlog (1914-1918).

De meest significante stijging merken we in 2020 in Vlaanderen : het aantal 85-plussers zal in 2020 met 78,86 % gestegen zijn t.o.v. 1996. Ook in Wallonië wordt een zeer hoge stijging van het aantal 85-plussers in het vooruitzicht gesteld : 65,86 %. Ook Brussel vertoont tegen 2020 een stijging van deze bevolkingsgroep met bijna 10 %.

De tweede babyboom, na de tweede wereldoorlog (1940-1945) zal haar demografisch effect op de groep van de 85-plussers ten volle kennen vanaf het jaar 2030.

Vaststellingen :

- a) de grootste toename doet zich voor binnen de groep van 75-plussers, en dit vanaf het jaar 2000, en dit voor de drie Gewesten;
- b) de toename van het aantal 85-plussers doet zich dan ook logischer wijze 10 jaar later voor;
- c) voor het Brussels Gewest stelt men vast dat de totale groep 60-plussers daalt, daar waar deze in Vlaanderen en Wallonië toeneemt;
- d) in Vlaanderen zal zich tussen 1996 en 2010, binnen de groep van 60-plussers, een toename manifesteren die tweemaal zo hoog ligt, dan in Wallonië.
- e) procentueel doet zich de grootste stijging voor bij de 85-plussers in Vlaanderen : tegen 2020 zal deze bevolkingsgroep met bijna 80 % gestegen zijn.

2 Toenemende levensverwachting

Opmerkelijk binnen deze demografische evolutie is uiteraard de toename van de levensverwachting. Zo stelt men vast dat in Vlaanderen in de periode 1987-1993 de levensverwachting bij de geboorte gestegen is van 73.24 tot 74.16 jaar bij mannen, en van 79.47 tot 80.35 jaar bij vrouwen.

De voortdurende toename van de levensverwachting en de daarmee samengaan­de vergrijzing van de bevolking zijn het resultaat van enerzijds de verbetering van de leefomstandigheden van de mensen (cfr. hygiëne, riolering, voeding, enz.) en anderzijds de vooruitgang van de medische wetenschap (o.m. spits­technologie)

3. Ontgroening

Naast de veroudering (vergrijzing en verzilvering) van de bevolking stelt men eveneens, ten gevolge een dalende fertiliteitsgraad, een afname van het aantal jongeren vast (ontgroening).

Ontgroening werkt automatisch veroudering van de globale bevolking in de hand, in die zin dat het aandeel van de ouderen in de totale bevolking toeneemt. In 1995 noteerde Vlaanderen een absoluut laagterecord van 64 300 geboorten. Dit betekent voor Vlaanderen een gemiddelde van amper 1,5 kind per vrouw. Ten opzichte van de gewenste vervangingsvruchtbaarheid van 2,1 kind per vrouw, geeft dit een tekort van 28,6%.

4. Vergrijzing een fenomeen dat voornamelijk vrouwen treft

Het fenomeen van de vergrijzing spitst zich in grote mate toe op de vrouw, aangezien het evenwicht tussen de geslachten op gevorderde leeftijd sterk verstoord is. (In België bestaat de groep van de hoogbejaarden voor 70% uit vrouwen.) Het vrouwelijk overwicht is ook opmerkelijk in de categorie der weduwen, en heeft in absolute cijfers enorme proporties aangenomen. Veel meer vrouwen dan mannen leven dus alleen, moeten in hun eigen onderhoud voorzien, en lopen het risico verlaten en geïsoleerd te raken. Ook voor deze groep is het aanwijsbaar dat de nood aan zorg hoog is. Door hun levensgeschiedenis beleven oudere

vrouwen hun ouder worden anders dan mannen : participatie, zelfredzaamheid, zelfbeschikking, zelfbeeld en sociale netwerken worden sexeverschillend ingevuld.

5. Vergrijzing in de moderne samenleving

Het fenomeen van de vergrijzing tekent zich af op de achtergrond van talrijke en ingrijpende maatschappelijke, sociaal-economische, technologische en culturele veranderingen. De meest relevante voor het thema ouderenzorg zijn o.a. : de veranderende gezinsstructuren, de gezinsverduunning, de toenemende individualisering, de toename van het comfort, de toenemende arbeidsparticipatie van de vrouw, de afbrokkeling van de sociale netwerken, de toenemende mobiliteit, de vooruitgang van de medische wetenschap, de toename van de chronische degeneratieve aandoeningen, de prangende financiële situatie van de federale overheid, de toename van de technologische hulpmiddelen en de informatica-technologie.

6. Betekenis van de vergrijzing voor de te verwachten vraag naar zorg

De vraag naar betaalbare zorg zal bij ouderen relatief toenemen en dit voornamelijk omwille van de sterke stijging van hun absoluut aantal. (Baeyens, 1997) In alle westerse samenlevingen is het adequaat organiseren van zorg voor hoogbejaarden thans een beleidsprobleem van eerste orde, en dit voornamelijk omwille van de gestadige aangroei van deze demografische categorie die bovendien in een periode van budgettaire krapte valt.

Meerdere auteurs (o.a. Maas, 1988) zijn ervan overtuigd dat de vraag naar langdurige professionele zorg onder ouderen de komende jaren sterk zal toenemen.

Onderzoek toont aan dat binnen de groep van de hoogbejaarden zich ernstige problemen kunnen stellen met betrekking tot het maatschappelijk en medisch welzijn : chronische ziekten en aandoeningen met een verminderd fysisch, psychisch en sociaal vermogen, manifesteren zich vooral in deze groep. Bepaalde minderheidsgroepen worden bovendien met zware financiële problemen geconfronteerd. (Dooghe, 1990). Deze groep mensen loopt een verhoogd risico op behoefte aan zorg.

Vervolgens valt, mede door de ontwikkelingen in de medische wetenschap, een toename te verwachten van het aantal oudere gehandicapte personen, alsook een toename van het aantal chronische aandoeningen binnen deze groep.

Zorgbehoevende ouderen worden in een afnemende mate in residentiële voorzieningen, noch in ziekenhuizen opgevangen. De toenemende extramuralisering en substitutie van de zorg zal de vraag naar georganiseerde thuiszorg beïnvloeden. Deskundige thuiszorg maakt het dan weer mogelijk dat heel wat gezondheids- en welzijnsproblemen thuis kunnen worden opgevangen en verholpen.

Het voorgaande betekent echter niet dat al de mensen die hoogbejaard zijn invalide of ziek zouden zijn. Men stelt immers vast dat de huidige tachtigers veel fitter en valider zijn dan de zestigers van dertig jaar geleden. De gezondheidstoestand, het welbevinden en de zelfzorg van zorgafhankelijke ouderen kan positief worden beïnvloed door een stimulerende houding van de omgeving en de handhaving in een aangepaste en vertrouwde omgeving (Baeyens, 1997) .

Bovendien slaagt de moderne geneeskunde erin veel handicaps op een efficiënte manier te voorkomen of te verminderen. Zij slaagt er eveneens in de duur van de ziekenhuisopname van jong en oud tot het strikt noodzakelijke te herleiden en de autonomie van ouderen, maar ook van chronische zieke en/of gehandicapte personen maximaal te realiseren. De juiste nazorg is hier dan ook erg belangrijk.

2. Visie

In haar beleidsbrief "Ouderenbeleid" van juni 1994 schreef de toenmalige bevoegde Minister voor Welzijn, mevrouw Wivina Demeester : "Een aanzet geven tot een vernieuwend denken rond oud worden, de ouderdomsbeleving en de ouderenzorg vormt de basis van het beleid voor de komende 10 jaar." Het voorliggende oriëntatienota bouwt voort op deze uitdaging. De beleidscontext waarin het ouderenzorgbeleid wordt gerealiseerd is duidelijk aan allerhande verandering onderhevig. Nieuwe en/of andere uitdagingen en knelpunten bieden zich immers voortdurend aan. Binnen deze stroom van continue verandering ervaart men de behoefte aan een visie, een houvast, die de keuzen die men aanhoudend moet maken stimuleren en ondersteunen. De werkgroep is dan ook van oordeel dat een uitgeschreven visie de ruggegraat vormt van de oriëntatienota.

Een overkoepelende visie waaraan de bestaande en nieuwe maatregelen en voorzieningen kunnen worden getoetst, wordt dan ook beschouwd als een belangrijke voorwaarde voor een kwaliteitsvol ouderenzorgbeleid.

Hieronder worden verschillende aspecten van deze visie verduidelijkt.

2.1 Ouder worden

'Ouder-worden' wordt opgevat als een totaal lichamelijk, geestelijk, sociaal en levensbeschouwelijk veranderingsproces, dat door de samenleving mede gestructureerd wordt en waaraan de persoon zelf vorm geeft. Iemand die oud is geworden heeft reeds een hele levensloop achter zich. De fase van de ouderdom vormt het laatste gedeelte van zijn levensproject.

Deze visie op ouder-worden vertaalt zich in een ouderenzorgbeleid dat haar accenten legt op de waardering voor het unieke van het oud-worden en van de ouder wordende mens.

Oud worden is geen ziekte, het is een zijnswijze van het mens-zijn. De verenging van de zorg voor ouderen tot een deelaspect van de gezondheidszorg, doet tekort aan het wezen van de oudere persoon zelf. Integrale zorg verwijst naar de totaliteit van de behoeften van de oudere persoon en omvat zorgcomponenten die uitdrukkelijk meer omvatten dan het klassieke patroon van de gezondheidszorg.

Karakteristiek voor de ouderenzorg is het accent op de 'care' en 'sociale zorg'. Vanuit deze gegevenheid wordt het geheel van de ouderenzorg, met uitzondering van de acute geriatrie, onder de noemer 'welzijnszorg' geplaatst in plaats van medische zorg, de 'cure'.

2.2. *Zorg*

Zeer algemeen dient 'zorg' begrepen te worden als het geheel van activiteiten en houdingen die men uitvoert om onze 'wereld' zo in stand te houden, te continueren en te herstellen dat we daarin zo goed mogelijk kunnen leven (Fisher-Tronto).

2.2.1. Zorg is alomtegenwoordig in het menselijke leven

Heel het menselijke leven is doordrongen van aspecten van 'zorg verlenen' en 'zorg ontvangen', van ouders aan hun kinderen en van mensen aan elkaar : zorg voor eten en drinken, kleding, woning, veiligheid en geborgenheid, persoonlijke autonomie en zelfstandigheid. Zorg voor elkaar is een levenslang proces.

De mens heeft nood aan verbondenheid met zijn medemens. In al zijn hulpeloosheid drukt een kind niets anders uit dan de levensnoodzakelijke behoefte aan een zorgende figuur. (Gaylin, 1976) Impulsief en instinctief zoekt het geborgenheid bij een volwassen leven, dat even vanzelfsprekend reageert en het kind spontaan onder zijn hoede neemt. Omgekeerd wekt de ervaring van liefde en zorg in het kind de neiging op liefde en zorg terug te geven. De grondslag voor het vermogen van de volwassene tot liefde en zorg wordt ten dele in de vroegste jeugd gelegd. De aanleg om zelf tot een zorgende levenshouding te komen, wordt hier in belangrijke mate tot ontwikkeling gebracht of uitgeroeid.

2.2.2. Het bijzondere van de menselijke zorg.

In tegenstelling tot het onvoorwaardelijke en biologisch geconditioneerde zorggedrag van het dier vertoont het menselijke zorggedrag een hoge graad van plasticiteit in motivatie en uitdrukking. Bij de mens is zelden één motief aanwezig om zorg te dragen voor ouderen.

Motieven kunnen ondermeer zijn : het economische motief, het wederkerigheidsmotief, het solidariteitsmotief, het onontkoombaarheidsmotief, het zingevingsmotief, het uniciteitsmotief, het angstmotief en/of religieuze motief. (Verschure, 1981).

De sterk verminderde aanwezigheid van biologische impulspatronen bij de mens is er tevens de oorzaak van dat de zorgverlening niet steeds op dezelfde wijze gebeurt. De mens beschikt over buitengewoon grote en verscheiden capaciteiten om zorgend werkzaam te zijn. Bovendien zal zorg door de uniciteit van elke zorgverlener en zorgontvanger steeds op een andere wijze gestalte krijgen.

2.3 De zorgrelatie : hefboom voor goede zorg

Een belangrijk gegeven dat met het zorggebeuren verbonden is, is de relationele context waarin zorg wordt verleend. Door zorg te verlenen, treedt de zorgverlener als persoon in relatie met de zorgontvanger. Men kan stellen dat de kwaliteit van de zorg in grote mate verband houdt met de relatie tussen diegene waarvoor gezorgd wordt en diegene die zorgt. Idealiter participeren beiden op enigerlei wijze actief in het zorggebeuren. De zorgrelatie wordt beschouwd als de hefboom van goede zorg. Het ligt dan ook voor de hand dat dit uitgangspunt wordt gehanteerd bij de invulling en concretisering van het begrip 'zorg'.

2.3.1 Zorgen vanuit het perspectief van de zorgverlener : bevorderen van de zorgontvanger als autonome medemens

Zorgen betekent ruimte scheppen voor groei van de ander : zijn mogelijkheden ondersteunen. De oudere persoon wordt het meest gestimuleerd in zijn ontplooiing als hij ondersteund wordt in zijn omgang met de mensen die hem nabij zijn (betekenisvolle anderen).

Via het herkennen en ondersteunen van de mogelijkheden en de capaciteiten van de oudere persoon door de zorgverlener, kan de oudere persoon meer bewust blijven van zijn intrinsieke waarde als mens. Met andere woorden, in het zorgen voor de ouder wordende mens stimuleert de zorgverlener de eigen identiteit als volwaardig mens te behouden.

Kwaliteitsvolle ouderenzorg is er dan ook op gericht ouderen zo min mogelijk afhankelijk te maken. De zorgverlener moedigt de oudere persoon aan om zoveel mogelijk beslissingen zelf te nemen, waardoor hij zich als een autonoom individu weet te profileren. De zorgverlener helpt hem hierbij door hem de nodige achtergrondinformatie te verschaffen, alternatieven voor te stellen en mogelijke gevolgen van zijn keuzen te verduidelijken.

Respect voor autonomie beperkt zich niet tot dramatische medische beslissingen, bijvoorbeeld over het wel of niet behandelen aan het einde van het leven, maar het is een proces dat zich voortdurend in de dagelijkse zorg afspeelt.

Mensen, oudere mensen, hoe kwetsbaar en geschonden zij ook mogen zijn, zijn beladen met betekenissen. Zij hebben allemaal een geschiedenis, een verhaal te vertellen. Zorgverleners worden door de oudere persoon aangesproken om het menswaardige dat in zijn persoonlijk verhaal zit te waarderen, alsook om op een gepaste wijze om te gaan met de concrete situatie waarin hij zich als oudere mens bevindt.

De ethische verantwoordelijkheid van de zorgverlener manifesteert zich het scherpst wanneer hij geconfronteerd wordt met de weerloze en kwetsbare zorgbehoevende persoon.

2.3.2 Zorgen vanuit het perspectief van de zorgontvanger : zorg ontvangen als bevestiging van het zorggebeuren

Zorg ontvangen is een fundamentele menselijke behoefte, niet alleen voor kinderen, zieken, gehandicapten en zorgbehoevende ouderen, maar ook voor volwassen mannen en vrouwen. Zorg ontvangen is zeer uitdrukkelijk een facet van het zorgen. Zorg is immers niet iets dat men passief ondergaat. Integendeel, de ontvanger speelt bij de interpretatie en de beoordeling van de gegeven zorg en van de eigen zorgbehoefte een beslissende rol. Het perspectief van de ontvanger maakt een oordeel mogelijk over de vraag of de verleende zorg adequaat is en aansluit bij de behoefte.

Ondanks mogelijk geheel of gedeeltelijk onvermogen aan de kant van de zorgbehoevende oudere persoon, is het belangrijk dat hij/zij aangemoedigd wordt om zoveel als mogelijk actief te participeren in het zorgproces. De zorgrelatie wordt als echt authentiek beschouwd wanneer ze in alle vrijheid, beaamd wordt door de oudere persoon.

Op onrechtstreekse wijze kan de zorgontvanger de zorgzame aanwezigheid van de zorgverlener 'bevestigen' door zijn blijken van vertrouwen en waardering. Ook de handhaving van en/of het ontluiken van de zorgontvanger als een autonome persoon, is voor de zorgverlener een aanwijzing voor de goede kwaliteit van de door hem verleende zorg.

Het zorgperspectief dat hier wordt voorgestaan, veronderstelt een perceptie van de relatie tussen mensen in termen van verbondenheid en verantwoordelijkheid. In deze context wordt zorg niet opgevat als een verkoopspanduct dat verhandeld wordt binnen een kring van mensen die in een wederzijdse ruilrelatie tot elkaar staan. Wie buiten deze kring komt te staan, loopt immers de kans om verstoken te worden van zorg. Ook diegene die de zorg niet kan vergoeden heeft recht op een menswaardige zorg.

2.4 Ouderenzorgbeleid

De vernieuwde aandacht voor zorg als deel van elk menselijk leven, moet worden vertaald in een politieke en maatschappelijke (her-)waardering van de aan zorg verbonden waarden. Het denken over zorg gebeurt immers niet in het luchtledige, maar is contextgebonden en gerelateerd aan een visie op mens en maatschappij. De visie op zorg zoals wordt voorgestaan, veronderstelt een mens- en maatschappijvisie waar relationaliteit, solidariteit en zorgzaamheid primaire waarden zijn.

Het betekent tevens dat het (ouderen)zorgbeleid vertrekt vanuit het perspectief van de zorgrelatie, waarbinnen de relatie tussen mensen in termen van verbondenheid en verantwoordelijkheid centraal wordt gesteld. Hiertoe worden dan, logischerwijze, de nodige voorwaarden gecreëerd.

Binnen een mensvisie waarin zorgzaamheid een belangrijke menselijke houding is, begrijpt de mens zichzelf in verbondenheid met en in betrokkenheid op anderen. Kwetsbare afhankelijkheid en zelfredzame autonomie worden dan als gelijkwaardige en elkaar doordringende aspecten van het menselijke bestaan beschouwd. Zorg geeft uitdrukking aan de antropologische gegevenheid dat eindigheid en kwetsbaarheid verbonden zijn aan de 'condition humaine'. Op maatschappelijk-politiek vlak betekent dit dan dat er ruimte moet komen voor een (ouderen)zorgbeleid waarin zorg als hefboom in de humanisering van de samenleving wordt erkend.

3. De 8 basisprincipes van het toekomstig te voeren Vlaams ouderenzorgbeleid

FICHE 1

De oudere persoon wordt in de mogelijkheid gesteld , indien gewenst, zo lang als mogelijk waardig, zelfstandig én in de aangepaste vertrouwde omgeving te (blijven) wonen

1. Situering

Ouderen drukken hun wens uit om zo lang als mogelijk thuis zelfstandig te blijven wonen en leven. Uit empirisch onderzoek blijkt dat de meeste ouderen individueel zijn gehuisvest. Meer dan 90 % van de ouderen betrekken een individuele woning, appartement of flat en woont er, hetzij met de echtgeno(o)t(e) of met andere al dan niet verwante personen.

Ouderen trachten hun onafhankelijkheid en zelfstandigheid zolang mogelijk te handhaven door zoveel mogelijk zelf het huishouden te doen, hun leven naar eigen inzichten te organiseren en relaties te onderhouden met hun traditionele omgeving. De zelfstandigheid is mede bepalend voor de kwaliteit van het leven van de oudere persoon.

Het thuismilieu wordt beschouwd als de basis voor een evenwichtig sociaal bestaan van mensen en een vast ankerpunt in een veelvormige en turbulente samenleving. Kunnen beschikken over en kunnen vertoeven in een vertrouwde en veilige privé-omgeving, ook als ouderdom, ziekte of handicap hun beperkingen stellen, worden erkend als fundamentele en universele behoeften van de mens. Naast de materiële omgeving (infrastructuur van de omgeving, de bereikbaarheid, de mobiliteit, etc.) zijn aspecten die te maken hebben met de immateriële omgeving, zoals geborgenheid en veiligheid, fundamenteel.

2. Probleemstelling

Er wordt vastgesteld dat de woonomstandigheden en de kwaliteit van de woningen van ouderen over het algemeen slechter zijn dan deze van andere bevolkingsgroepen : de woningen zijn meestal ouder, onderbezet, moeilijk te onderhouden en te verwarmen, moeilijk toegankelijk voor een aantal ouderen en vaak minder goed uitgerust. (zie bijlage 1)

Wanneer de woning en/of de woonomgeving van ouderen niet aangepast is aan hun specifieke behoeften, dan verhoogt het risico dat zij noodgedwongen beroep gaan doen op andere woonvormen, zoals het inwonen bij een familielid of het wonen in een serviceflat, een rusthuis of rust- en verzorgingstehuis. Deze niet zelden onvermijdelijke keu-

ze kan de instandhouding van de onafhankelijkheid, het zelfstandige leven en de privacy in het gedrang brengen en, dus, onwelzijn teweegbrengen.

Men stelt onder andere vast dat er nog heel wat zending en missie nodig is, alvorens alle drempels verdwenen en alle deuren breed genoeg zullen zijn !

3. Uitgangspunten

Goed wooncomfort heeft een invloed op het welzijn en de gezondheid van de oudere persoon. Een aangepaste en comfortabele woning maakt dat men langer thuis kan blijven, zelfs indien men zorgbehoevend wordt. De verantwoorde keuze voor thuiszorg wordt hierdoor ondersteund.

De kwaliteit van het wonen en het leven wordt mede bepaald door de kwaliteit van de woonomgeving. Ook de aanwezigheid van hoogwaardig openbaar vervoer en een aangepaste sociaal- en verkeersveilige omgeving ondersteunt de ouderen in hun wens om in de vertrouwde omgeving te kunnen blijven wonen.

4. Voorgestelde acties

- 4.1 De bestaande woningen worden aangepast aan de behoeften van de ouder wordende bevolking. Het betreft hier zowel grote als kleine aanpassingen. Hiertoe worden de volgende activiteiten ontwikkeld en ondersteund, zoals
- ✓ het bewustmaken en sensibiliseren, onder meer van de belangrijkste huisvestingsactoren
 - ✓ de organisatie van informatie-, advies- en vormingscampagnes
 - ✓ de organisatie van probleemdetectie - het verlenen van advies
 - ✓ het verstrekken van bemiddeling
 - ✓ het verlenen van hulp bij de reële woningaanpassing
 - ✓ het transparanter maken van de procedures tot aanvraag van subsidies
 - ✓ het verlagen van de drempels voor de toetreding tot subsidie
 - ✓ de administratieve vereenvoudiging van de subsidie-aanvragen
 - ✓ het aanwenden van nieuwe technologieën (domotica)
 - ✓ het ontwikkelen van een checklist
 - ✓ het ontwikkelen van een stappenplan inzake de aanpassing van bestaande woningen
 - ✓ het vormen van hulpverleners
 - ✓ het realiseren van éénloketsysteem : één dossier voor het bekomen van subsidies bij de verschillende besturen
 - ✓ het aanwenden van SIF-gelden (Sociaal Impuls Fonds) met het oog op het voeren van een actief beleid ten aanzien van woningen zonder comfort
 - ✓ nagaan in hoeverre er gebruik wordt gemaakt van de renovatiepremies
 - ✓ aanpassingswerken die voorzien zijn in het kader van het Fonds voor Personen met een Handicap uitbreiden naar ouderen toe

- ✓ het stimuleren van de aanpassingen aan woning via premies of rentesubsidie of door middel van leningen zonder interest (eventueel terugbetalen na overlijden)

4.2 Concepten als 'levenslang wonen' en 'aanpasbaar bouwen' worden geoperationaliseerd.

Dit wil zeggen, bouwheer, architecten, beleidsmakers en administratie worden gestimuleerd om bij de realisatie van een nieuw bouwproject aandacht te besteden aan de leeftijdsgebonden woonbehoeften van de bewoner van een woning, zodat veelvuldige aanpassingen of een gedwongen verhuis overbodig is (senior label). Nieuwe woonconstructies met drie of meer verdiepingen worden verplicht een lift te voorzien en mobiliteitsnormen worden opgelegd. (o.m. met betrekking tot de toegang van rolstoelen.)

4.3 De woonomgeving en de buurt waar de ouderen wonen wordt aangepast aan de behoeften van de oudere persoon. Hiertoe worden de nodige activiteiten ontwikkeld op het vlak van :

- ✓ verkeersveiligheid
- ✓ toegankelijkheid van de openbare gebouwen
- ✓ sociale veiligheid (oog voor versterking van het individueel en collectieve sociale weefsel)
- ✓ hoogwaardig openbaar vervoer (veel + gemakkelijk in- en uitstappen)

In verband met bovenvermelde items wordt de realisatie van een oudereneffecten - rapport aanbevolen.

4.4 Ouderen worden actief betrokken in het lokale beleid omtrent het wonen van ouderen en de woonomgeving, dit kan via de gemeentelijke ouderenraden en/of andere participatieraden. (bv. bewonersraad van serviceflat of rusthuis).

4.5 Serviceflats :

- ✓ opvolging geven aan de aanbevelingen en besluiten van de BEVAK-commissie
- ✓ het evalueren van huidige programmatie (2% per 100 60-plussers) en dit in relatie tot het beschikbare aanbod van residentiële voorzieningen, zo nodig, bijsturen
- ✓ het screenen van het profiel van bewoner die woont in een serviceflat (omzendbrief)
- ✓ het screenen van het profiel van de geleverde hulp- en dienstverlening binnen een serviceflat (omzendbrief)
- ✓ het bijsturen van het concept serviceflat
- ✓ het gepast remediëren van die voorzieningen die niet of onvoldoende aansluiten bij het concept

4.6 Het gehele woningbeleid (aanpassing van de woningen en de bouw van aangepaste woningen) voor ouderen dient te worden geplaatst onder de bevoegdheid van de Vlaamse minister bevoegd voor de huisvesting, die hierrond een gepast en coherent beleid voert.

FICHE 2

De zelfzorg, de mantelzorg en de vrijwilligerszorg mogelijk maken en/of ondersteunen.

1. Situering

Bij *zelfzorg* gaat het om het uitvoeren van activiteiten ten behoeve van zichzelf, voor behoud van leven, gezondheid en welzijn. De zelfzorg komt voort uit de behoefte van elk individu aan autonomie. Elke persoon, ongeacht de leeftijd, heeft een inherente behoefte om als uniek individu de eigen toekomst en het eigen leven te kiezen en te organiseren. Het kunnen zorg dragen voor zichzelf behoort dan ook tot een van de meest fundamentele aspecten van de menselijke waardigheid en integriteit.

Wanneer een persoon zich geconfronteerd weet met bepaalde zorgbehoeften, zal hij in eerste instantie proberen zelf hierop een antwoord te geven. Wanneer hem dit niet lukt zal hij hiervoor beroep doen op derden. De meest voor de hand liggende derden zijn diegenen die deel uitmaken van het individuele of collectieve sociaal weefsel van de persoon.

Hieronder wordt begrepen *de mantelzorg*, of de zorg die geboden wordt door het beschikbaar natuurlijk zorgmilieu van het individu, zoals de partner, ouders, kinderen, familieleden, buren en vrienden. Wat betreft de zorg voor ouderen stelt men vast dat de mantelzorg een belangrijk bijdrage levert, zoniet dé belangrijkste bijdrage.

Vrijwilligerszorg wordt omschreven als de hulp- en dienstverlening die zich onderscheidt van en/of complementair is met mantelzorg en/of professionele thuiszorg en die geboden wordt door personen die, niet verplicht en onbezoldigd, in een georganiseerd verband, hun activiteiten uitvoeren. Vrijwilligerszorg beschouwt men als een uiting van gezonde basissolidariteit tussen de mensen. Vrijwilligers treden op als ondersteuning van de mantelzorg en de professionele zorg en voegen er een meerwaarde aan toe.

2. Probleemstelling

Bij toenemende ouderdom kan het vermogen tot behoud van zelfzorg van een individu door allerlei omstandigheden onder druk komen te staan. Gebrek aan informatie en/of preventie kan dit onvermogen versterken. Het primair preventiebeleid ten aanzien van ouderen is onvoldoende ontwikkeld en is in tegenstelling tot het curatieve beleid nauwelijks van de grond gekomen. Elke verdere stijging van de levensverwachting door het toevoegen van levensjaren in goede gezondheid, en dus met behoud van het vermogen tot zelfzorg, is maar mogelijk indien een zelfzorgbevorderend gedrag aan de basis ligt.

Uitgaande van de huidige maatschappelijke context van gezinsverdunding, toenemende arbeidsparticipatie van de vrouw en de afbrokkeling van de sociale netwerken de toenemende nood aan zorg verwacht men dat in de toekomst de zorg die verleend wordt door de partner, de ouders, de kinderen, familieleden, buren en vrienden, op een andere wijze zal worden ingevuld.

Verder stelt men een maatschappelijke onderwaardering vast van de zorg die verleend wordt door het beschikbare natuurlijke zorgmilieu van de oudere persoon. Talrijke materiële en immateriële factoren belemmeren de keuze tot het verlenen van mantelzorg.

Tenslotte, ontbreekt een sociaal-fiscaal statuut voor zowel de centrale thuisverzorger als voor de vrijwilliger.

3. Uitgangspunten

Het behoud van het vermogen tot zelfzorg van de oudere persoon wordt mogelijk gemaakt en ondersteund. Ouderen worden in staat gesteld om zelfstandig en zelfredzaam te blijven functioneren en te participeren in de samenleving.

Gezondheids- en welzijns promotie en -voorlichting zijn een voorwaarde om de kwaliteit van het leven van de ouder wordende persoon te handhaven en te bevorderen. Hierbij wordt uitgegaan van de eigen verantwoordelijkheid van elk individu. Integratie en participatie zijn hier eveneens sleutelbegrippen.

Preventie begint bij de sensibilisering van de jongeren van vandaag.

Ouderen blijven langer gezond en verhogen hun levensvreugde, wanneer zij deelnemen aan sociaal-culturele activiteiten en beschikken over een netwerk van relaties.

De maatschappelijke rol van de thuiszorg wordt erkend.

De mantelzorg en de vrijwilligerszorg wordt mogelijk gemaakt en ondersteund.

4. Voorgestelde acties

4.1 Een preventiebeleid ten aanzien van ouderen wordt ontwikkeld. Hiertoe worden de volgende activiteiten ontwikkeld :

- ✓ het realiseren van een actieve en doelgroepgerichte informatie-campagne over lichamelijk en psychisch goed ouder worden
- ✓ verschaffen van een inzicht over het effect van bepaalde leefwijzen, leefstijlen en gedragspatronen op de gezondheid en het welzijn bij ouderdom aan de personen die zich bevinden in de pré-pensioenleeftijd

- ✓ het realiseren van een informatie-campagne over ongevalpreventie in huis
- ✓ het realiseren en/of organiseren van activiteiten die voorkomen dat ouderen vroegtijdig beroep doen op thuiszorg, residentiële- en/of ziekenhuiszorg, met name die activiteiten die voorkomen dat ouderen vereenzamen en/of sociaal geïsoleerd geraken
- ✓ het verder ondersteunen van de socio-culturele organisaties van ouderen
- ✓ het ontwikkelen van een integrale en gefaseerde informatie- en voorlichtings-campagne, gebruikmakend van de moderne mediatechnieken.

4.2 De zelfzorg van ouderen wordt mogelijk gemaakt en ondersteund.

Hiertoe worden de volgende activiteiten ontwikkeld:

- ✓ het informeren over de technische hulpmiddelen en voorzieningen die van nut kunnen zijn voor de ondersteuning van de zelfzorg
- ✓ het tegen democratische prijzen ter beschikking stellen van technische hulpmiddelen en voorzieningen die van nut kunnen zijn voor de ondersteuning van de zelfzorg
- ✓ het integreren van de aandacht voor zelfzorg van ouderen in de opleidingen van de formele zorgverleners
- ✓ het creëren van de mogelijkheid van ergotherapie aan huis
- ✓ het creëren van een huismeesterfunctie (veiligheid - signaalfunctie)
- ✓ het leggen van een telematica mantel rond de oudere persoon
- ✓ het samenwerken met de gehandicaptensector inzake de know how omtrent hulpmiddelen (bruggen leggen)
- ✓ het stimuleren tot het volgen van bijscholing in verband met de mogelijkheden en de toepassing van hulpmiddelen en technologie
- ✓ het bieden van vorming aan de informele zorgverleners inzake de toepassingsmogelijkheden van hulpmiddelen en technologie

4.3 Mantelzorg wordt mogelijk gemaakt en ondersteund.

Hiertoe worden de volgende maatregelen getroffen :

- ✓ het erkennen van de sociaal nuttige arbeid als een volwaardige arbeid met alle implicaties ervan voor de sociale zekerheid
- ✓ het realiseren van een sociaal, juridisch en fiscaal statuut voor personen die sociaal nuttige arbeid verrichten in overleg met de federale overheid
- ✓ het ontwikkelen van een statuut van de mantelzorger
- ✓ het elimineren van financiële en/of fiscale maatregelen die de verantwoorde keuze voor mantelzorg belemmeren in overleg met de federale overheid
- ✓ het realiseren van een zorgverzekering
- ✓ het financieel ondersteunen van groeperingen van mantelzorgers
- ✓ het invoeren van flexibele tewerkstellingsafspraken die mantelzorg faciliteren
- ✓ het informeren van de oudere persoon en zijn mantelzorgers over de mogelijkheden en de beperkingen van de verschillende zorgvormen
- ✓ het organiseren van opleidingen die de solidariteit tussen generaties bevorderen

- ✓ het organiseren van vorming die de formele zorgverleners ondersteunen in het leren omgaan met en begeleiden van problemen waarmee mantelzorgers geconfronteerd worden
 - ✓ het verder uitbouwen van thuiszorgondersteunende voorzieningen zoals opashulp, kortopvang en steunpunten thuiszorg (zie ontwerp van decreet betreffende thuiszorg)
 - ✓ het voeren van wetenschappelijk onderzoek naar :
 - ✗ de situatie en het profiel van de mantelzorger
 - ✗ het effect van maatregelen en activiteiten ter ondersteuning van de mantelzorg
 - ✗ de houding van ouderen tegenover de ontvangst van mantelzorg
 - ✗ de mogelijkheden en de beperkingen van de mantelzorg
 - ✓ het ontwikkelen en realiseren van een charter van de mantelzorger
 - ✓ het ontwikkelen en realiseren van een dag van de mantelzorg.
- 4.4 Het realiseren van een aangepast sociaal-rechterlijk en fiscaal statuut van de vrijwilliger.
- 4.5 Het verder ondersteunen, coördineren en organiseren van de vrijwilligerszorg.
- 4.6 Het voeren van een campagne inzake de positieve beeldvorming (eventueel in samenwerking met het onderwijs) rond zorgarbeid, ouder- worden, enz.
- 4.7 Bevorderen en ondersteunen van inspraak en participatie-mogelijkheden van de oudere persoon:
 - ✓ gezins- en welzijnsraad (commissie ouderenbeleid en commissie zorgbeleid)
 - ✓ seniorenadviesraden (mits respect voor de gemeentelijke autonomie)
- 4.8 Het stimuleren van een breed educatief aanbod waardoor ouderen in staat zijn langer zelfstandig te blijven wonen, waardoor zij zolang als mogelijk uit het zorgcircuit kunnen blijven.
- 4.9 Het stimuleren van actieve participatie van ouderen aan sociaal-culturele activiteiten.

FICHE 3

De behoeften van de oudere persoon in zijn vertrouwde omgeving zijn het vertrekpunt van elk professioneel zorgaanbod.

1. *Situering*

Dé behoeften van ouderen bestaan niet. Er wordt bij ouderen, net zoals bij jongeren en volwassenen, een grote heterogeniteit aan behoeften vastgesteld. Het is dan ook bijzonder moeilijk om hierop een objectief zicht te verwerven. Zowel op micro-, meso- en macrovlak is dit een van de belangrijkste, maar tevens één van de moeilijkste uitdagingen. Het wetenschappelijk onderzoek kan hier een belangrijke bijdrage leveren.

Het spreekt voor zich dat bij het vaststellen van behoeften en de vertaling ervan in een zorgaanbod de invalshoek van de oudere van essentieel belang is. Hierbij wordt de oudere persoon en/of zijn mantelzorg uitdrukkelijk betrokken.

Eens de behoeften gedetecteerd, kan, in samenspraak met alle betrokken actoren, een zorgaanbod worden voorgesteld en verleend. Indicatiestelling heeft tot doel de vraag naar en het aanbod van ouderenzorg beter op elkaar af te stemmen. Het spreekt voor zich dat het zorgaanbod zowel in aard, tijd, als intensiteit in functie van de zorgbehoeften evolueert.

Zorggaranties voor ouderen situeren zich op 4 domeinen :

1. zekerheid en veiligheid :
 - garantie en/of overbrugging als er iets gebeurt
2. service :
 - toegang tot reguliere aanbod is gegarandeerd
 - mogelijkheid bestaat tot aanvullende diensten
3. informatie :
 - men kan met allerlei vragen terecht op een vertrouwd aanspreekpunt
4. persoonlijke benadering :
 - een actieve gebruikersgerichtheid

De opvolging van de evoluerende behoeften en het evalueren en het eventueel bijsturen van het zorgaanbod is een basisopdracht van zowel elke individuele hulp- en/of dienstverlening, elke voorziening, alsook van elk betrokken beleidsniveau.

2. Probleemstelling

Het blijkt vandaag de dag onvoldoend bekend te zijn welke de huidige en toekomstige specifieke behoeften zijn van ouderen.

Tevens ontbreken gegevens over de mate waarin het huidig zorgaanbod een antwoord biedt aan de behoeften van ouderen. Objectieve meetinstrumenten zijn ontoereikend voorhanden. Dit kan tot gevolg hebben dat het zorgaanbod onvoldoende afgestemd wordt op de noden van ouderen.

Daarnaast merkt men op dat de oudere persoon en/of zijn mantelzorger niet altijd een goed zicht heeft op de mogelijkheden en de beperkingen van het bestaande aanbod.

Ook voor wat betreft de indicatie, de zorgtoewijzing, de opvolging en de evaluatie van de aangeboden zorgverlening, wordt de nood aan optimalisering ervaren.

Zorggarantie en de doelstelling 'zorg op maat' is tot op heden onvoldoende realiteit geworden.

3. Uitgangspunten

Behoeft is een multidimensioneel begrip. Het verwijst niet allen naar noden op het vlak van de fysieke en psychische gezondheid, maar evenzeer naar sociale en materiële noden, alsook naar noden op het vlak van de zingeving. Het zorgaanbod heeft aandacht voor dit brede gamma van behoeften.

Een flexibel en gevarieerd zorgaanbod is ter beschikking en biedt een accuraat antwoord op de uiteenlopende behoeften van ouderen en hun mantelzorgers.

Zorggaranties worden geboden.

Ouderen worden in de mogelijkheid gesteld om zelfstandig te bepalen hoe ze de zorg voor zichzelf willen organiseren.

Bij elk zorgaanbod stelt men zich de vraag in welke mate de aangeboden hulp- en dienstverlening de zelfstandigheid van de oudere persoon bevordert.

Zorg op maat veronderstelt de juiste hulp- en dienstverlening in de juiste hoeveelheid, op het juiste moment, door de juiste personen overeenkomstig zijn noden. Zorg op maat vertrekt steeds vanuit de vastgestelde en/of vanzelfsprekende behoeften van de oudere persoon en zijn mantelzorger(s).

Het professionele zorgaanbod vertrekt vanuit een vraaggestuurd zorgconcept. Dit wil zeggen, dat men denkt en handelt in functie van de gedetecteerde behoeften van de zorg-

vragers. Men levert niet wat kan (zorggestuurde vraag), maar wat gewenst wordt door de zorgvrager (vraaggestuurde zorg).

Zorgafstemming, samenhang en samenwerking zijn erop gericht alle zorg, die geboden wordt aan de oudere persoon en zijn mantelzorgers, bij elkaar te doen aansluiten en dit met het oog op zorg op maat.

4. Voorgestelde acties

- 4.1 Het objectiveren en/of vaststellen van behoeften gebeurt vanuit een brede invalshoek.

Hiertoe worden de volgende activiteiten ontwikkeld :

- ✓ het evalueren, harmoniseren en/of verfijnen van de bestaande behoeftenmetingen
- ✓ het ontwikkelen van een veralgemeend instrument dat op een objectieve wijze de zelfzorgmogelijkheden en -noden vaststellen
- ✓ het betrekken van de ouderen en hun mantelzorgers bij het detecteren en het vertalen van behoeften in beleidsplannen (op gelijk welk beleidsniveau)

- 4.2 Het afstemmen van het zorgaanbod op de vastgestelde en vanzelfsprekende behoeften.

Hiertoe worden de volgende activiteiten ontwikkeld :

- ✓ het permanent screenen aan de hand van basisindicatoren, aangevuld met gerichte behoeftenenquêtes op regelmatige tijdstippen
- ✓ het bewerkstelligen van de noodzakelijke aangroei van het volume en de diversiteit van zorgaanbod op basis van objectieve en meetbare criteria
- ✓ het onderling op elkaar afstemmen van het bestaande zorgaanbod (lokale netwerken - het ontwikkelen van lokale en regionale behoeftenplannen - gedragen door alle actoren - die dicht(er) aansluiten bij de wensen en behoeften van ouderen)
- ✓ het invoeren van een programmatie, daar waar deze ontbreekt

- 4.3 Het evalueren en aanpassen van de huidige plannings- en programmatieprocedures, uniformeren van de planning :

- ✓ per voorziening
- ✓ per functie
- ✓ per regio (globale zorgbudgetten)

- 4.4 Het creëren van meer keuzemogelijkheden van zorg door verdere differentiatie van het aanbod en zorgvormdoorbrekend werken. Hiertoe worden de volgende activiteiten ontwikkeld :

- ✓ het inventariseren van het totale zorgaanbod voor ouderen
- ✓ het transparanter maken van het totale zorgaanbod voor ouderen
- ✓ het informeren van ouderen en/of hun mantelzorgers over het bestaande aanbod

- ✓ het evalueren en bijsturen van de geografische toegankelijkheid van het zorgaanbod
- ✓ het evalueren en bijsturen van de financiële toegankelijkheid van het zorgaanbod
- ✓ het onderzoeken van de mate waarin en onder welke voorwaarden het aanbieden van individuele materiële bijstand de (keuze) vrijheid van de oudere en/of zijn mantelzorger ten goede komt of belemmert
- ✓ het reguleren, vastleggen van minimumregels, van reeds ontwikkelde nieuwe vormen van hulp- en dienstverlening :
 - ✗ kortopvang
 - ✗ oppashulp
- ✓ het ontwikkelen en realiseren van nieuwe vormen van hulp- en dienstverlening:
 - ✗ crisishulpverlening
 - ✗ wonen met zorggaranties
- ✓ het ontwikkelen van innovatieve inspraakprocedures, consultatie van de oudere persoon en/of zijn mantelzorg, hulpverleningsmethodieken die de inbreng en de autonomie van ouderen zo maximaal mogelijk valoriseren

4.5 De indicatie, de zorgtoewijzing en de opvolging van de zorgverlening wordt geoptimaliseerd. Hiertoe worden de volgende activiteiten ontwikkeld :

- ✓ het ontwikkelen van een gemeenschappelijk en gestandaardiseerd intake-instrument op basis waarvan de mogelijkheden en de noden van de ouderen en deze van hun mantelzorgers zo breed mogelijk in kaart worden gebracht. Dit veronderstelt :
 - ✗ het uitschrijven van visie en doelstelling inzake het intake-instrument
 - ✗ een multidisciplinaire kijk (multidisciplinaire assesement)
- ✓ het ontwikkelen van eenzelfde indicatie-instrument voor thuiszorg en residentiële zorg
- ✓ het leggen van een link met GEWIS ('Geïntegreerd Welzijn Informatiesysteem' van de Administratie Gezin en Maatschappelijk Welzijn)
- ✓ het toewijzen van zorg op basis van de vastgestelde en/of vanzelfsprekende behoeften, niet op basis van het zorgaanbod
- ✓ het versterken van de invloed van de oudere persoon bij de zorgtoewijzing en de zorgverlening, via :
 - ✗ het experimenteel invoeren van een persoonsgebonden budget
 - ✗ het uitvoeren van behoeften - en /of satisfactie-onderzoek
 - ✗ het verlenen van medezeggenschap, naast advies (bewonersraad in rusthuizen)
 - ✗ het ontwikkelen en uitvoeren van klachtenprocedures (ombudsman, groen-telefoonnummer)
 - ✗ het ontwikkelen van een overkoepelend orgaan van bewoners - en/of familieleden
 - ✗ het versterken van de rol van de 'bezoekers van instellingen' en de oudere-organisaties

- ✓ het installeren van een onafhankelijke instantie (multidisciplinair samengesteld) die een geïntegreerde indicatiestelling uitvoert en een indicatie-advies formuleert (= het wenselijke en het maximale formele zorgniveau vastlegt) in geval van complexe zorgsituaties
 - ✓ het uitvoeren van een stringent toegangsbeleid
 - ✓ het ontwikkelen van een uniform wachtlijstregistratiesysteem, zodat men een zicht krijgt op de wachtlijsten en wachttijden (centraal regionale wachtlijstregistratie)
 - ✓ het ontwikkelen van een opvolgingsinstrument (screening van minimale gegevens die een evaluatie van de hulpverlening op een gegeven tijdstip mogelijk maakt om na te gaan of de hulpverlening nog steeds voldoet aan de behoeften)
 - ✓ het ontwerpen en implementeren van instrumenten waarmee de kwaliteit van de verleende zorg kan worden beoordeeld door de oudere persoon en zijn mantelzorgers
 - ✓ het uitvoeren van toezicht op de verdiscontering van de resultaten ervan in het beleid van de voorziening
 - ✓ het uitvoeren van een functiedifferentiatie tussen de verschillende zorgverleners en de verschillende zorgvormen (niet enkel bekeken vanuit een medisch model)
 - ✓ het onderzoeken welke bevoegdheden en taken aan welk bestuurlijk niveau kan worden toevertrouwd (subsidiariteitsbeginsel)
- 4.6 Het garanderen van de continuïteit van de zorg. Hiertoe worden de volgende activiteiten ontwikkeld :
- ✓ het verder uitbouwen een 24-uurs hulp- en dienstverlening
 - ✓ het uitbouwen van nachtopvang
 - ✓ het ontwikkelen van samenwerkingsprotocollen thuiszorg - residentiële zorg - ziekenhuiszorg
 - ✓ het ter beschikking stellen van de informatie (informatica) aan iedereen die betrokken is in een zorgsituatie : de oudere, zijn mantelzorger(s), de vrijwilliger(s) en de professionele hulpverleners.
 - ✓ het verplichten van de huisarts tot deelname aan het zorgproces (deelname aan overleg op sleutelmomenten inzake individuele zorgsituaties)
- 4.7 Het verdisconteren van het perspectief van de oudere persoon bij het opzetten en het invoeren van een kwaliteitssysteem. Hiertoe worden de volgende activiteiten ontwikkeld :
- ✓ het ontwikkelen van instrumenten om de behoeften en de tevredenheid van de oudere en /of zijn mantelzorger te meten en te implementeren in het (kwaliteits)beleid
 - ✓ het toezien of en op welke manier er gevolg wordt gegeven aan klachten en/of suggesties van de oudere en/of zijn mantelzorger
 - ✓ het uitvoeren van onderzoek naar de beste manier om klachten en suggesties van ouderen en /of hun mantelzorgers te registreren en implementeren in het beleid

- 4.8 Het realiseren van een permanent vormings- en bijscholingsaanbod waarin men oog heeft voor de persoon van de oudere en zijn wensen/behoefte.
- 4.9 Inzake thuiszorg een Vlaamse visie ontwikkelen.
- ✓ concretiseren van het ontwerpdecreet houdende de erkenning en subsidiëring van verenigingen en wezlijnsvoorzieningen in de thuiszorg
- 4.10 Het maatschappelijk erkennen van de thuiszorg:
- ✓ het erkenning van verenigingen van mantelzorgers
 - ✓ het goedkeuren van een thuiszorgdecreet waarin alle beschikbare voorzieningen gekaderd worden binnen een logisch geheel en in samenhang
 - ✓ het voorzien van bijkomende werkingsmiddelen en/of nieuwe subsidiëeringswijzen voor thuiszorg
- 4.11 Het ter beschikking stellen van voldoende financiële middelen om aan de geïndiceerde behoeften te voldoen.
- 4.12 Het stimuleren van de voorzieningen om over de eigen grenzen heen te stappen en het ondersteunen bij de ontwikkeling van andersoortige organisaties :
- ✓ verticaliseringsprocessen : samenwerking met andere echelons
 - ✓ horizontaliseringsprocessen : samenwerking met voorzieningen uit zelfde echelon
 - ✓ netwerken
 - ✓ nieuwe juridische structuren
 - ✓ fusies, etc.

FICHE 4**Bijzondere aandacht voor specifieke doelgroepen***1. Situering*

Vele mensen worden gezond en in goede omstandigheden ouder. Net zoals bij jongeren en volwassenen zijn er echter ouderen die zich in een bepaalde situatie of in een bepaalde omstandigheid (context) bevinden, waardoor hun positie in de samenleving bijzonder broos en kwetsbaar kan zijn of worden. Wanneer voor deze ouderen, voor wie de overheid een bijzondere verantwoordelijkheid heeft, het algemeen ouderenbeleid ontoereikend is, is er een aanvullend beleid beschikbaar.

Hier situeert zich dan ook de specifieke aandacht van het ouderenzorgbeleid voor onder andere de dementerende oudere persoon en zijn omgeving, de stervende oudere persoon en zijn omgeving, de oudere persoon zijn omgeving die zich geconfronteerd weet met complexe zorgvragen en, de oudere allochtoon en zijn omgeving, de bestaansonzekere oudere en zijn omgeving, alsook de vereenzaamde oudere.

2. Probleemstelling

Voor wat betreft de ouderenzorg kan men de volgende bijzondere doelgroepen onderscheiden:

2.1 De dementerende oudere persoon en zijn omgeving

Dementie is sterk leeftijdsgebonden : het komt slechts in geringe mate voor bij de groep 60-65 jarigen, maar scoort hoog op de leeftijd van 80-85 jaar en ouder. Meer dan een vierde uit deze groep wordt met dementeringsverschijnselen geconfronteerd.

Door de vermoedelijke stijging van het aantal hoogbejaarden zal eveneens het aantal dementerende ouderen toenemen.

Het projecteren van de meest gebruikte prevalentiegegevens op de huidige en vermoedelijke leeftijdsopbouw van de bevolking in België, leidt tot de conclusie dat het aantal dementerende ouderen - nu 110.000 - tegen het einde van deze eeuw zal oplopen tot 125.000, tot 163.000 in het jaar 2020. Dit laatste cijfer geeft een stijging weer van 44 % tegenover het referentiejaar 1988. (G. Dooghe, 1995)

Dit cijfermateriaal onderstreept de vaststelling dat op het vlak van de zorg voor dementerende ouderen zich een toename van de zorgvragen zal aftekenen, alsook een toenemende nood aan zorg.

Drie kwart van de dementerende ouderen verblijft op dit ogenblik in de thuissituatie (Vanden Boer, 1992a).

De prevalentie van dementie neemt toe met beduidende gevolgen voor de zorgverlening, inclusief het toenemende niveau van de emotionele en psychologische stress voor de mantelzorgers en toenemende beslaglegging op de tijd van de mantelzorgers.

2.2 *De stervende oudere persoon en zijn omgeving*

Maatschappelijk staat ouder worden, alsook haar deelaspecten, symbool voor de eindigheid en de dood. Sterven en dood worden bij een oudere persoon als normaal en natuurlijk beschouwd. Bij zijn dood staat men over het algemeen minder lang stil.

De laatste levensfase, de hoge ouderdom, is een volwaardig deel van elk individueel leven. Elk individu heeft een inherent wetende, richtinggevende drang naar differentiatie, groei en actualisatie, ook, én misschien nog het meest diepgaand, in de laatste levensfase. In elk sterven tengevolge ouderdom liggen enorme kansen én mogelijkheden tot groei voor alle betrokkenen : de oudere persoon zelf, zijn omgeving en de eventuele zorgverleners.

Er wordt gesteld dat menswaardig sterven een grondrecht is. Nutteloze transfers tussen ziekenhuis, thuis en/of rusthuis, alsook therapeutische verbetering worden nog onvoldoende vermeden. De ethische bespreekbaarheid met betrekking tot medische beslissingen in verband met het levenseinde, zoals onder andere kunstmatige voedsel- en vochttoediening, pijnbestrijding, palliatieve zorg, euthanasie, dient nog te worden aangemoedigd.

Zorgverleners hebben hier een zeer belangrijke opdracht en verantwoordelijkheid. Enerdeels kunnen zij de zorgverlening afstemmen op de menswaardige voltooiing van het leven van de oudere persoon. Anderdeels kunnen zij de voor de oudere persoon betekenisvolle anderen helpen in hun rouwproces, alsook in hun identiteitsontwikkeling als sterfelijke mensen.

De reeds ontwikkelde en erkende palliatieve structuren situeren zich voornamelijk binnen de thuiszorg en de ziekenhuiszorg. Men stelt echter een grondige miskenning en onderwaardering vast van de palliatieve kennis, vaardigheden en activiteiten die zich situeren binnen de residentiële zorgvoorzieningen. Rusthuizen kunnen zich wel inschrijven in de palliatieve netwerken, maar de erkenning van de palliatieve zorgen binnen een rusthuis blijft tot op heden uit. De functie van de palliatieve verantwoordelijke is zich in de rusthuizen echter volop aan het ontwikkelen.

Tevens wordt te weinig aandacht besteed aan de palliatieve nazorg. De rouwbegeleiding van naastbestaanden dient integraal deel uit te maken van een palliatief zorgproces.

2.3 De oudere persoon met complexe zorgvragen en zijn omgeving

Zoals reeds vermeld is het niet zo dat alle oudere mensen, zelfs wanneer ze een hoge leeftijd bereikt hebben, hulpbehoevend en afhankelijk zijn. Op oudere leeftijd is men wel extra gevoelig aan chronische multipathologie. Voornamelijk de oude ouderen (oldest old) vormen een bijzondere risicogroep : de gevolgen van een algehele lichamelijke, psychische en/of sociale achteruitgang kunnen aanleiding geven tot complexe zorgvragen die een multidisciplinaire aanpak vergen, waar de stem van de oudere persoon en deze van de mantelzorgers niet in mag ontbreken.

Te vaak verengt men het geheel van complexe zorgvragen tot één of meerdere medische problemen. Het belangrijkste kenmerk van de geriatrie ligt verscholen in het multidimensioneel aspect van deze zorgverlening. De medische zorg voor ouderen is zeer uitgebreid en technisch hoogstaand. Men wijst ook op een overaanbod van bepaalde zorgvormen, een te hoog gebruik van medicijnen door ouderen, een te eng fysiek - somatisch optreden, te curatief ook. Er is te weinig diagnostiek en revalidatie en een medisch handelen dat te veel en te snel in residentiële opnamen resulteert. (Baeyens, J.P., 1993)

Naast de nood aan geriatrie en gerontologische kennis en vaardigheden, signaleren de professionele hulpverleners de nood aan methoden en vaardigheden om de complexiteit van de zorgsituaties te begrijpen, te vatten en te benaderen.

2.4 De allochtone oudere persoon en zijn omgeving

De volkstelling van 1991 leert dat er in Vlaanderen 15.770 personen ouder zijn dan 65 jaar, die niet de Belgische nationaliteit bezitten. Deze 65-plussers zijn de voorbode van een grotere golf allochtone ouderen binnen enkele jaren. Tot nog toe maken zij weinig gebruik van bestaande eerste en tweede lijns-ouderenzorg.

Over enkele jaren zal er dus een grotere groep allochtonen oud zijn. Ook dit fenomeen zal in de toekomst het Vlaamse ouderenzorgbeleid voor nieuwe uitdagingen plaatsen. Deze ouderen beleven immers het zorgen voor en het ontvangen van zorg, het oud worden en het sterven vanuit een andere culturele gegevenheid, vanuit andere waarden en normen.

2.5 Bestaansonzekere oudere persoon

In het algemeen ligt het inkomen van de Vlaamse hoogbejaarden vrij laag. Bijna de helft beschikt over een inkomen tussen de 25.000,- en 35.000,- Bef./maand. Slechts 1/3 ontvangt meer dan 35.000,- Bef. per maand. De helft van de alleenstaande ouderen blijkt bestaansonzeker te zijn. (J. Breda, et al., 1996). Het spreekt voor zich dat inkomen een effect heeft op de woon- en leefomstandigheden, alsook op de voedingsgewoonten en de algehele gezondheidstoestand van de oudere persoon.

Ondanks de vele verbeteringen is er dus een blijvend probleem van armoede vast te stellen bij een minderheid van de ouderen, voornamelijk bij hen die geen of op onvoldoende wijze hun recht op een volwaardig pensioen hebben kunnen uitbouwen (het betreft hier in het bijzonder de oudere vrouwen).

2.6 Vereenzaamde oudere persoon

Uit een onderzoek (National Council on the Aging, 1974) is gebleken dat ouderen worden geconfronteerd met drie belangrijke problemen, met name, een minder goede gezondheid leidend tot beperkingen inzake functionering en handhaving in de samenleving, onvoldoende inkomsten en eenzaamheid.

G. Dooghe en L. Vanderleyden (1978) stellen vast dat :

- ✓ de belangrijkste factoren die invloed hebben op de vereenzaming de gezondheidsevaluatie en het alleen-zijn zijn;
- ✓ er een relatie blijkt te bestaan tussen het gevoel van vereenzaming en de mate van inactiviteit;
- ✓ bij gehuwden het rolverlies ingevolge het uitzwermen van kinderen een belangrijke rol speelt;
- ✓ bij weduwen vooral het hebben van geen of weinig kinderen zijn invloed doet gelden op de vereenzaming;
- ✓ bij toenemende leeftijd de kans op vereenzaming niet toeneemt bij weduwen, integendeel :
- ✓ het sterven van de huwelijkspartner een crisismoment vormt : de eerste maanden na het overlijden van de partner wordt het weerstandsvermogen flink ondermijnd, nadien tracht men het verlies te verwerken en poogt men zich aan te passen aan de nieuwe toestand

Ofschoon de ouderdom een belangrijke opgave betekent, is hij het nog in hogere mate wanneer de zelfhandhaving en de integratie in de samenleving in het gedrang komen. Geringe contacten, een negatieve gezondheidsbeoordeling zijn veelal de uitdrukking van een reële bewegingsbeperking, een minder goede gezondheidstoestand en een verminderde activiteitenontplooiing. Dit alles kan aanleiding geven tot verveling en een sociale stress, die belangrijke factoren vormen bij het tot stand komen van vereenzaming.

Met het oog op het ouderenzorgbeleid is het belangrijk dat men inspeelt op de psychosociale factoren, die de subjectieve gezondheidsevaluatie van ouderen in een belangrijke mate bepalen. De psycho-sociale factoren bepalen het leefmilieu, hebben een weerslag op het gedrag en de intermenselijke relaties en kunnen leiden tot allerlei vormen van onaanpast gedrag, waaronder vereenzaming.

3. *Uitgangspunten*

Het hulpverleningsaanbod oriënteert zich bij voorrang op dié ouderen en hun mantelzorgers die zich in een bepaalde situatie of in een bepaalde omstandigheid (context) bevinden, waardoor hun positie in de samenleving bijzonder broos en kwetsbaar kan zijn of worden.

Bij het aanmoedigen van voorzieningen om doelgroepgericht te gaan werken, dient enige voorzichtigheid aan de dag te worden gelegd. Niet elke voorziening is in staat om elke doelgroep en zorgverlening te realiseren of heeft daartoe de nodige know how in huis. Bij de bijzondere aandacht voor bepaalde groepen van kwetsbare ouderen beoogt men veeleer de voorzieningen aan te sporen om voldoende opvang- en begeleidingsmogelijkheden aan te bieden, dan dat elke voorziening zich zou moeten gaan specialiseren.

Ook in de zorgverlening aan deze ouderen staat in eerste instantie de zorg in het natuurlijke thuismilieu centraal.

De voorzieningen die zich in het bijzonder oriënteren op specifieke doelgroepen, dienen te beantwoorden aan specifieke kwaliteitscriteria.

4. *Voorgestelde acties*

- 4.1 Het informeren van de oudere persoon en/of zijn mantelzorgers over het beschikbaar zijnde doelgroepgerichte zorgaanbod.
- 4.2 Het intensiveren van het wetenschappelijk en ervaringsgerichte onderzoek omtrent de specifieke problemen die samengaan met deze doelgroepen.
- 4.3 Het met meer dan bijzondere aandacht mogelijk maken en ondersteunen van de zelfzorg en mantelzorg voor deze doelgroepen.
- 4.4 Het afstemmen van het doelgroepgerichte zorgaanbod. Hiertoe worden de volgende activiteiten ontwikkeld :
 - ✓ iedereen (huisarts, thuisverpleegkundige, gezinshelpster, ...) met een rol in de thuiszorg met een lage drempel moet coördinerend kunnen optreden. De huisarts is de vertrouwensfiguur. Het belangrijkste is dat er coördinatie gebeurt, secundair is wie dat op het terrein doet. Geen monopolies creëren. De huisarts is een partner, of kan dit zijn, maar is niet de centrale figuur.
 - ✓ het operationaliseren van de rol van de zorgcoördinator (coaching) binnen de samenwerkingsinitiatieven thuiszorg
 - ✓ het lokaal en/of regionaal afstemmen van het beschikbaar en/of het te ontwikkelen doelgroepspecifieke zorgaanbod
 - ✓ het ontwikkelen van doelgroepgerichte kwaliteitscriteria voor wat betreft het doelgroepspecifieke zorgaanbod

- ✓ het ter beschikking stellen van kredieten voor dié zorg die men omschrijft als noodzakelijke zorg.
- 4.5 Het ontwikkelen van initiatieven ter bestrijding van kansarmoede bij ouderen.
- ✓ het bewerkstelligen van een ouderenzorgverzekering en/of dienstencheques.
 - ✓ het door de OCMW's vrijwaren van een elementaire vrijheid van keuze van rusthuis en ziekenhuis, los van de kostprijs.
 - ✓ het linken van de bijdrage in de dagprijs van de rusthuizen in relatie met het inkomen
 - ✓ alle financieringsstromen van de zorgkost van een rusthuis solidariseren
 - ✓ het realiseren van een inclusief beleid, OCMW slechts residuair
- 4.6 Het vrijwaren van de financiële toegankelijkheid van de voorzieningen. Hiertoe worden de volgende activiteiten ontwikkeld :
- ✓ het behouden of bewerkstelligen van een inkomensgerelateerde persoonlijke bijdrage aan de zorgverlening
 - ✓ het ontwikkelen van systemen die financiële en fiscale fraude voorkomen bij de berekening van de persoonlijke bijdrage
 - ✓ het ontwikkelen of aanstellen van een bestaand neutraal organisme dat een onderzoek uitvoert naar het inkomen van de zorgvrager
 - ✓ het ontwikkelen van een sluitend en doorzichtig systeem voor de berekening van het inkomen (goede definitie van wat onder inkomen wordt begrepen)
- 4.7 Het vrijwaren van de toegankelijkheid van de voorzieningen. Hiertoe worden de volgende activiteiten ontwikkeld :
- ✓ het bewerkstelligen van een transparant juridisch kader waarin de inspraak van de oudere bij de verantwoorde keuze van de zorgvorm en de vrije keuze van een voorziening zoveel mogelijk wordt gevrijwaard
 - ✓ het bewerkstelligen van éénduidigheid in de besluitvorming van de OCMW's inzake woonkeuze, tussenkomst in de dagprijzen en zakgelden
 - ✓ het volledig vrijwaren van de beslissingsvrijheid over het zakgeld
- 4.8 Het realiseren van permanente vorming en bijscholing gericht naar alle zorgververleners over de specifieke kenmerken van de hulpverlening bij bijzondere doelgroepen :
- ✓ deze vorming en bijscholing oriënteert zich in het bijzonder op attitude, beleving, bejegening en het omgaan met intuïtie, kwetsbaarheid en gevoelens.
 - ✓ dezelfde aandachtspunten worden geïntegreerd in de opleiding tot zorgverlennende beroepen
 - ✓ het ontwikkelen van intervisie als werkinstrument.
- 4.9 De palliatieve zorg voor ouderen die thuis of in een rusthuis verblijven moet erkend worden en moet geïntegreerd worden binnen de beschikbare financieringscontouren.

- 4.10 Het ondersteunen van projecten die zich focussen op specifieke doelgroepen. (niet-gereguleerde subsidies - zie ook strategisch plan minderhedenbeleid)
- 4.11 Het ondersteunen of versterken van het sociaal weefsel rond de oudere persoon met respect voor de wensen en de verlangens van de oudere persoon :
- ✓ preventief optreden door de ouderen te wijzen op het gevaar van het alleen-zijn als bron van vereenzaming
 - ✓ op lokaal vlak initiatieven ontwikkelen om ouderen uit hun vereenzaming te halen (belangrijke rol van de dienstencentra)
 - ✓ het ondersteunen van de activiteiten van de ouderenorganisaties

FICHE 5**De rechten en de verantwoordelijkheden van de gebruiker van ouderenzorg worden behartigd.***1. Situering*

Als oudere personen vanwege een verminderde zelfredzaamheid een beroep moeten doen op nabijheid en zorg van derden voor de meest essentiële handelingen van het dagelijks leven, is het begrijpelijk dat ze eveneens bijstand behoeven voor wat men algemeen 'belangenbehartiging' kan noemen. Hiermee worden dan de materiële en immateriële belangen bedoeld die steeds rechtstreeks met de gezondheid of de lichamelijke integriteit te maken hebben, maar die de oudere persoon in staat moet stellen zich in een bredere levenscontext waardig overeind te houden.

Met de behartiging van de materiële belangen beoogt men de afhankelijke oudere persoon te voorzien van de nodige financiële middelen voor de financiering van de bijkomende kosten die samengaan met zijn toenemende afhankelijkheid (tegemoetkoming voor de hulp aan bejaarden). Hier situeert zich tevens de inkomensgerelateerde persoonlijke bijdrage die de oudere betaalt, wanneer men beroep doet op gezins- en bejaardenhulp. Ook de financiële tussenkomst van het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn in de verblijfkosten in een residentiële woonvorm, waarborgen een financieel - en zorgbehoevende oudere persoon het recht op zorg. Daarnaast verzekert de overheid, door middel van de erkenningsnormen en investerings- en werkingssubsidies, de oudere en afhankelijke persoon die noodgedwongen leeft en verzorgd wordt in een residentiële woonvorm van de minimale en noodzakelijke woonomgeving en comfort.

Wanneer men spreekt over de behartiging van de immateriële belangen, dan bedoelt men hier de beveiliging van de essentiële mensenrechten. Voor wat betreft zorgbehoevende ouderen worden de volgende rechten aangeduid als zijnde bijzonder behartigenswaardig en dit ongeacht de plaats waar zij wonen en verzorgd worden : het recht op vrije keuze, informatie, inspraak, klachtenbehandeling, privacy, vrije toegang tot gezondheidszorgvoorzieningen, waardig overlijden, bescherming met betrekking tot wetenschappelijk onderzoek, veiligheid en behartiging van externe belangen.

Naast het spreken over rechten van de zorgbehoevende oudere persoon is het evenzeer zinvol te spreken over de verantwoordelijkheden die de oudere personen en hun omgeving hebben. Zo is er de verantwoordelijkheid om steeds opnieuw te zoeken naar de meest aangepaste zorgverlening. Oneigenlijk gebruik van middelen moet vermeden worden. De noodzaak om prioriteiten te stellen en keuzen te maken geldt ook voor de oudere en zijn omgeving.

Hier stelt men dat de keuzen die gemaakt worden zowel voor de oudere, voor zijn omgeving, als voor de samenleving draaglijk moeten zijn. (verantwoorde hulp- en dienstverlening, cf. decreet inzake de kwaliteitszorg in de welzijnsvoorzieningen) Zo zal het recht

om zo lang mogelijk in de eigen vertrouwde omgeving te blijven wonen in verband worden gebracht met de plicht om steeds opnieuw na te gaan wat voor de oudere persoon, maar ook voor de omgeving en de samenleving haalbaar is.

De oudere persoon heeft ook een belangrijke verantwoordelijkheid om tijdig en in overleg met zijn directe omgeving de toekomst bespreekbaar te maken en te houden. Men dient zoveel mogelijk te anticiperen op toekomstige situaties, waarin men als oudere persoon terecht kan komen. Deze bespreekbaarheid is de beste garantie dat men keuzen in verband met zorg maakt die door iedereen gedragen worden. Als deze bespreekbaarheid er niet is, riskeert men voor zorgverlening en/of -vormen te kiezen vanuit een noodzaak. Vaak neemt men dan beslissingen die niet in het verlengde liggen van het leven dat men voordien geleefd heeft. Het gevolg hiervan is dat zowel de oudere als zijn betekenisvolle anderen zich ontredderd, angstig en schuldig voelen.

Het past evenzeer te spreken over de rechten van de zorgverlener. Hier situeert zich immers het recht van de zorgverlener om te mogen zorg dragen voor een voor hem of haar betekenisvolle oudere persoon. Daarnaast dient eveneens zijn of haar recht te worden gevrijwaard om een zorgrelatie te weigeren of te beëindigen. Niemand kan verplicht worden zorg te dragen voor een oudere persoon, wanneer men hiertoe niet (meer) bereid is. De keuze hiertoe ligt in de persoonlijke sfeer.

2. Probleemstelling

Zorgbehoevende ouderen lopen, tengevolge hun toenemende kans op afhankelijkheid van zorg van derden, een verhoogd risico op miskenning van hun rechten en vrijheden. Deze miskenning kan zich situeren op macrovlak (overheidsbeleid), mesovlak (beleidsvoering binnen de voorzieningen), als op het microvlak (binnen zorgvrager-zorgverlener).

3. Uitgangspunten

Zorgbehoevende ouderen worden voor wat betreft hun rechten en vrijheden bijzonder beschermd.

Hun materiële en immateriële belangen worden behartigd en beveiligd door middel van regelgeving.

Wanneer de materiële en immateriële belangen van de zorgbehoevende oudere persoon worden geschonden of dreigen geschonden te worden, dan zorgt de samenleving ervoor dat deze worden hersteld en/of beveiligd.

De ouderenorganisaties spelen een belangrijke rol in de belangenbehartiging ten behoeve van ouderen.

De rechten van de zorgverlener worden eveneens beschermd.

4. *Voorgestelde acties*

4.1 Activiteiten die de bescherming van de rechten van de zorgbehoevende oudere kunnen ondersteunen vanuit macro-perspectief :

- ✓ het opheffen van elke vorm van leeftijdsdiscriminatie
- ✓ het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek naar de bestaande anomalieën (juridische vacuüms) in de huidige regelgeving, die de oudere zorgbehoevende persoon eerder versterken in zijn afhankelijke positie dan beschermen
- ✓ het ontwikkelen van regelgeving die de oudere zorgbehoevende persoon bijkomende bescherming biedt ter vrijwaring van zijn rechten en vrijheden
 - ✗ het beschermen van een minimaal en onaantastbaar bedrag aan zakgeld voor ouderen die verblijven in een residentiële woonvorm en financieel gesteund worden door een OCMW
 - ✗ het beschermen van de vrije keuze op woonst voor de oudere persoon die, ten gevolge zijn zorgbehoevendheid, genoodzaakt wordt te verblijven in een residentiële woonvorm en financieel gesteund wordt door een OCMW
- ✓ het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek naar ouderenmishandeling in de thuiszorg, de residentiële zorg en de ziekenhuiszorg
- ✓ het ontwikkelen van preventieve maatregelen inzake ouderenmishandeling
- ✓ het ontwikkelen van een doorverwijzingssysteem naar een vertrouwensartscentrum in geval van vermoeden of vastgestelde ouderenmishandeling
- ✓ het uitschrijven van een charter inzake de rechten en de vrijheden van de zorgbehoevende oudere persoon
- ✓ het realiseren van een consumentenpanel (link met kwaliteitszorg) dat wetenschappelijk begeleid en ondersteund wordt

4.2 Activiteiten die de bescherming van de rechten van de zorgbehoevende oudere kunnen ondersteunen vanuit meso-perspectief :

- ✓ het wettelijk verplichten van een minimum basisopleidingsniveau voor directies van residentiële woonvormen voor ouderen
- ✓ het effectueren van een gebruikersgeoriënteerde algemene beleidsvoering (inclusief klachtenprocedure) : implementatie van kwaliteitszorg

4.3 Activiteiten die de bescherming van de rechten van de zorgbehoevende oudere kunnen ondersteunen vanuit micro-perspectief :

- ✓ het materieel en immaterieel ondersteunen van de mantelzorgers (centrale thuisverzorger)
- ✓ het realiseren van permanente vorming inzake bejegening van en omgang met zorgbehoevende oudere personen en de voor hen betekenisvolle anderen

- 4.4. Activiteiten ter ondersteuning van de werking van de ouderenorganisaties :
- ✓ het actief betrekken van ouderenorganisaties in de besluitvorming inzake ouderen
 - ✓ het financieel ondersteunen van samenwerkings- en overlegplatformen voor alle Vlaamse ouderen
 - ✓ het ondersteunen van mogelijkheden tot permanente vorming aan ouderen (levenslang leren)

FICHE 6

Een eigentijds concept voor de Vlaamse residentiële ouderenzorg wordt ontwikkeld.

1. *Situering*

De huidige regelgeving inzake de programmatie, erkenning en sluiting van de rusthuizen ligt vervat in het decreet inzake de voorzieningen voor bejaarden van 05/03/1985. Rusthuizen kunnen op basis van de wet van 27 /06/1978 en het uitvoeringsbesluit van 2/12/1982 bijkomend erkend worden als rust- en verzorgingstehuis.

De programmatiecijfers voor de rusthuizen in Vlaanderen worden vanaf 1/1/1998, onverminderd de ter zake door de Vlaamse regering afgesloten protocollen, als volgt bepaald :

- 1 woongelegenheden per 100 bejaarden in de leeftijdsgroep van 60 tot 74 jaar;
- 4 woongelegenheden per 100 bejaarden in de leeftijdsgroep van 75 tot 79 jaar;
- 12 woongelegenheden per 100 bejaarden in de leeftijdsgroep van 80 tot 84 jaar;
- 23 woongelegenheden per 100 bejaarden in de leeftijdsgroep van 85 tot 89 jaar;
- 32 woongelegenheden per 100 bejaarden in de leeftijdsgroep van 90 jaar en ouder.

Voor de rust- en verzorgingstehuizen bestaat er een federale programmatienorm, zijnde 1,7 RVT bed per 100 65-plussers.

De programmatie en de erkenning van de rusthuizen behoort tot de bevoegdheid van de Vlaamse minister van Welzijn. De erkenning van de rust- en verzorgingstehuizen behoort tot de bevoegdheid van de Vlaamse minister bevoegd voor gezondheidsbeleid. (bijlage 4: overzicht van de bevoegdheidsverdeling inzake de residentiële ouderenzorg)

Geen enkel rusthuis mag worden gebouwd, ingericht of in gebruik genomen worden, noch mag de capaciteit van het rusthuis worden gewijzigd, zonder een voorafgaande vergunning die afgeleverd wordt door de bevoegde minister.

Een voorafgaande vergunning wordt verleend wanneer het initiatief past in het kader van de programmatie dat door de Vlaamse regering is vastgelegd. Indien men toch een rusthuis bouwt zonder voorafgaande vergunning dan wordt het initiatief beschouwd als illegaal, en kan de sluiting ervan worden bevolen. Een rusthuis kan in Vlaanderen slechts erkend worden indien men het bewijs levert dat het initiatief past binnen de programmatie, en, dus beschikt over een voorafgaande vergunning. Hetzelfde geldt voor de initiatieven die een aanvraag indienen voor investeringssubsidies. Investeringsubsidies (VIPA) worden enkel toegekend als men beschikt over een voorafgaande vergunning voor de bouw of renovatie van rusthuiswoongelegenheden.

Enkele cijfers :**a) Overzicht van de geprogrammeerde, erkende en voorafgaand vergunde woongelegenheden in rusthuizen voor Vlaanderen, dd. 01/01/1997.**

	Aantal 60+	programm atie aan 4%	programm atie aan 1%	totaal van ge- programmeerd e woongele- genheden	aantal erkende woongelegenhe- den	onder pro- grammatienorm
Vlaanderen	1.240.708	50.026	12.496	62.522	54.620	12,64%

	aantal geplande woongelegenhed en	erkend + gepland woongelegenhed en	% programmatieover- schrijding, indien alles wat gepland is, eveneens wordt gerealiseerd
Vlaanderen	12.582	67.202	7,49%

Demografische gegevens dd. 01/01/1996- Programmatiecijfer dd. 01/01/1997- Gegevens protocol-akkoord dd. 07/01/97

Onder geplande woongelegenheden wordt voor Vlaanderen bedoeld het aantal voorafgaande vergunningen dat werden afgeleverd. De overschrijding van de programmatie met 7,49%, indien alles wat gepland is ook effectief op korte termijn zou worden gerealiseerd, vindt zijn oorsprong in het feit dat in dié regio's waar, historisch gegroeid, reeds een overprogrammatie bestond aan woongelegenheden binnen de 4%, men toch de bijkomende 1% woongelegenheden voor dementerende ouderen kon blijven programmeren.

b) Overzicht van het aantal O, A, B en C-forfaits in Vlaanderen, dd.30/06/1996.

De financiering van de zorgkost in de rusthuizen gebeurt op basis van een KATZ-schaal. Deze schaal meet de zorgbehoefte van de oudere persoon aan de hand van criteria die liggen op het vlak van de dagelijkse levensfuncties. Hoe hoger de zorgbehoefte, hoe hoger de score en hoe hoger de tussenkomst van het RIZIV in de zorgkost. De forfaitaire tegemoetkomingen in de rusthuizen zijn vanaf 1 januari 1998 :

ROB	O	47 BEF
	A	146 BEF
	B	798 BEF
	C	1.125 BEF
	C+	1.232 BEF

Voor RVT forfaits zijn de bedragen als volgt :

B	1.327 BEF
C	1.770 BEF
Cdem	1.834 BEF

De forfaits houden de verplichting in van een aangepaste personeelsomkadering. Hoe hoger het forfait, hoe hoger de voor het RIZIV vereiste personeelsnormen.

Forfaits in rusthuizen :

	<i>Aantal 60+ dd. 1/1/96</i>	<i>aantal O- en A- forfaits in ROB</i>	<i>aantal O-A-ROB forfaits in verhouding tot het aantal 60+</i>
Vlaanderen	1.240.708	20.677	1,6 %

ROB : rustoord voor bejaarden - RIZIV-gegevens 30/09/1996

	<i>Aantal 60+ dd. 1/1/96</i>	<i>aantal B- en C- forfaits in ROB</i>	<i>aantal B-C-ROB forfaits in verhouding tot het aantal 60+</i>
Vlaanderen	1.240.708	18.858	1,5 %

ROB : rustoord voor bejaarden - RIZIV-gegevens 30/09/1996

Forfaits in Rust- en Verzorgingstehuizen :

	<i>Aantal 60+ dd. 1/1/96</i>	<i>aantal B- forfaits in RVT</i>	<i>aantal B-RVT forfaits in verhouding tot het aantal 60+</i>
Vlaanderen	1.240.708	1.391	0,11 %

RVT : rust- en verzorgingstehuis - RIZIV-gegevens 30/09/1996

	<i>Aantal 60+ dd. 1/1/96</i>	<i>aantal C- forfaits in RVT</i>	<i>aantal C-RVT forfaits in verhouding tot het aantal 60+</i>
Vlaanderen	1.240.708	10.205	0,82 %

RVT : rust- en verzorgingstehuis - RIZIV-gegevens 30/09/1996

	<i>Aantal 60+ dd. 1/1/96</i>	<i>aantal B- en C- forfaits in ROB/RVT</i>	<i>aantal B-C-ROB/RVT in verhouding tot het aantal 60+</i>
Vlaanderen	1.240.708	30.454	2,45 %

RVT : rust- en verzorgingstehuis - RIZIV-gegevens 30/09/1996

c) Absolute gebruikerspercentage van de forfaits O, A, B en C in ROB en RVT ingedeeld in leeftijdsklasse voor Vlaanderen.

Hieronder wordt een tabel gegeven van het gebruikerspercentage van de verschillende forfaits op één welbepaald moment in de tijd, met name 30/09/1996 :

	O, A, B en C	A, B en C	B en C	C
90+	32.78	27.45	22.03	15.94
85-90	21.74	17.33	13.05	8.92
80-85	11.26	8.73	6.63	4.44
75-80	4.29	3.24	2.48	1.63
70-75	1.57	1.13	0.85	0.56
65-70	0.65	0.46	0.34	0.21
60-65	0.30	0.20	0.14	0.09

RIZIV-gegevens dd.30/09/1996

Uit deze weerhouden we dat op 30/06/1996 in Vlaanderen :

- ✓ van het totaal aantal 90-plussers 32,78 % in een rusthuis of rust- en verzorgingstehuis verbleven
- ✓ van het totaal aantal 90-plussers 22,03 % het profiel B of C hadden
- ✓ de zorgbehoevendheid vanaf de leeftijdscategorie van 75 jaar fors toeneemt
- ✓ er nog een bijzonder grote groep ouderen met een laag zorgprofiel verblijven in de rusthuizen
(situeren zich in de hogere leeftijdsklassen : vanaf 80 jaar)

Volledigheidshalve dient te worden vermeld dat het hier om vrij statische informatie gaat. Er dient ook rekening gehouden te worden met de turn-over van de residenten. Deze neemt eveneens gevoelig toe. Ouderen wachten langer om opgenomen te worden en verblijven minder lang in een rusthuis dan een vijftal jaar geleden (verblijfsduur neemt af).

Verder dient eveneens te worden aangegeven dat ouderen voor acute zorgverlening tijdelijk kunnen opgenomen worden in een geriatrie afdeling van een acuut ziekenhuis. Voor gespecialiseerde en complexe zorgverlening (o.a. palliatieve hulpverlening) kunnen zij opgenomen worden op een Sp-afdeling.

	aantal erkende geriatrie afdelingen	aantal erkende geriatrie bedden	aantal erkende Sp-afdelingen	aantal erkende Sp-bedden
Vlaanderen	96	4.140	59	2.206

Cijfers RIZIV dd.

2. *Probleemstelling*

2.1 *De regelgeving*

De regelgeving inzake de rusthuizen is twaalf jaar oud en is aan actualisering toe. De evoluties die zich hebben voorgedaan zowel binnen het profiel van de doelgroep, als binnen het profiel van het zorgaanbod (en, dus de zorgfuncties) noodzaken een constructief kritische blik op en aanpassing van het decreet van 05/03/1985.

Er is nood aan een herbezinning omtrent de huidige en de toekomstige plaats van het rusthuis in het zorgcontinuüm aan de oudere persoon.

2.2 *De erkenning, de intrekking van de erkenning en de sluiting van rusthuizen*

Men stelt vast dat de erkenning, de intrekking van de erkenning en de sluiting van rusthuizen op dit ogenblik verloopt via een rigide systeem van erkenningsaanvragen, verplichte inspectie-bezoeken, inspectieverslagen, nota's en erkenningsbesluiten.

Ook voor wat betreft de sluiting van illegale rusthuizen beschikt men op dit ogenblik niet over een doortastende en effectieve procedure.

2.3 De kwaliteit van het zorgaanbod van de residentiële ouderenzorg

De kwaliteit van een rusthuis heeft vele gezichten. Het veruitwendigt zich in de wijze waarop met de oudere persoon en de voor hem betekenisvolle anderen wordt omgegaan, in de functionele en technische aspecten van de zorgverlening, in de architectuur en de infrastructuur, in het management, in de kwantiteit en de kwaliteit van de zorgverleners, in de dagprijs, enz.

Het ontbreekt de rusthuizen op dit ogenblik aan een pragmatisch, transparant en objectiebaar kwaliteitssysteem.

2.4 Schotten tussen de zorgvormen

Men stelt vast dat het gebrek aan samenwerking tussen de thuiszorg, de residentiële zorg en de ziekenhuiszorg een belemmering vormt voor de ontwikkeling van een geïntegreerde en continue zorg voor ouderen en de realisatie van de zorg op maat.

2.5 De financiering van de residentiële ouderenzorg

Voor wat betreft de financiering van de residentiële ouderenzorg merkt men de volgende knelpunten op :

- ① de Vlaamse gemeenschap bepaalt de inhoud van het te voeren ouderenzorgbeleid in de rusthuizen en de federale overheid financiert de zorgkost. Beiden voeren echter, tot op heden, geen coherent en gemeenschappelijk beleid.
- ② het ontbreken van een basissolidariteit voor de financiering van de kosten voor de zorg van ouderen die wonen in een rusthuis : de financiering van de zorg gebeurt op basis van het soort 'bed' waarin men verblijft, niet op basis van de behoefte aan zorg
- ③ de dagprijzen van de rusthuizen zijn/worden onbetaalbaar

2.6 Registratie van het profiel van de doelgroep en de geleverde hulp- en dienstverlening

Op dit ogenblik worden de voorhanden zijnde gegevens onvoldoende systematisch geregistreerd en benut ten behoeve van het beleidsvoorbereidend en -uitvoerend werk. Er is tevens nood aan een geïntegreerd model van registratie. Nog te veel ministeries vragen dezelfde en/of verschillende gegevens op.

3. Uitgangspunten

De Vlaamse gemeenschap beschikt over een eigentijds concept inzake de residentiële ouderenzorg.

De Vlaamse residentiële ouderenzorg profileert zich in samenhang met andere zorgvormen.

Het aanbod aan residentiële ouderenzorg evolueert in functie van de vanzelfsprekende en vastgestelde behoeften van de oudere en zorgbehoevende persoon. Het subsidiëeringsbeleid wordt afgestemd op deze evolutie. (investeringssubsidie - werkingssubsidies)

De geografische en financiële toegankelijkheid van de Vlaamse residentiële ouderenzorg wordt gevrijwaard.

4. Voorgestelde acties

4.1 Het actualiseren van de regelgeving.

Hiertoe worden de volgende activiteiten ontwikkeld :

- ✓ het evalueren van de bestaande regelgeving
- ✓ aanpassing van de regelgeving op basis van deze evaluatie en op basis van de wijzigingen die zich hebben voorgedaan in de zorgbehoeften van de ouderen

4.2 Het accurater maken van de procedures inzake de erkenning, de intrekking van de erkenning en de sluiting van de rusthuizen.

Hiertoe worden de volgende activiteiten ontwikkeld :

- ✓ het inkorten van de termijnen van de voorafgaande vergunningen
- ✓ het voorzien van reconversiemogelijkheden indien bij toepassing van de aangepaste en verfijnde programmatienorm het aantal voorafgaande vergunde rusthuiswoongelegenheden te hoog zou zijn
- ✓ het realiseren van een systeem van erkenningen van onbepaalde duur
- ✓ het vervangen van de formalistische, op input georiënteerde, inspecties door een inhoudelijke doorlichting en een evaluatieverslag waarin de sterkten en de zwakten worden geanalyseerd en een ontwikkelingsmodel in samenspraak met de beheersinstanties voor de toekomst wordt ontworpen
- ✓ het vervangen van de wettelijke vastgelegde termijnen voor remediëring door een individueel met de voorziening af te spreken remediëringsplan, dat binnen een vooropgestelde timing moet worden gerealiseerd (rekening houdend met de specifieke situatie, mogelijkheden en groeikansen van de voorziening)
- ✓ het decretaal verankeren van de effectieve sluiting van rusthuizen na de sluitingsbeslissing
 - ✗ het invoeren van administratieve geldboetes
 - ✗ het versterken van de rol van de burgemeester bij de ten uitvoerlegging van een sluitingsbeslissing
 - ✗ het ontwikkelen van een procedure en het effectief uitvoeren van de ontzuiming van illegale rusthuizen

4.3 Het optimaliseren en handhaven van de kwaliteit van het zorgaanbod van de residentiële ouderenzorg.

Hiertoe worden de volgende activiteiten ontwikkeld :

- ✓ het ontwikkelen van een operationeel kwaliteitsbeleid, kwaliteitssysteem en kwaliteitsplanning in de rusthuizen (cf. decreet inzake de kwaliteitszorg in de welzijnsvoorzieningen : hierbij worden alle belanghebbende actoren betrokken
- ✓ het vastleggen in samenspraak met alle belanghebbende actoren van de minimale kwaliteitseisen
- ✓ het waarborgen van behoorlijke investering - en werkingssubsidies die de handhaving van een minimaal kwaliteitsniveau garanderen
- ✓ het decretaal verankeren van een minimaal opleidingsniveau van de directeur van een voorziening
- ✓ het schrappen van de benaming 'dagelijkse verantwoordelijke' van een rusthuis en vervangen door 'de directeur'
- ✓ het optrekken van het aantal verplichte uren permanente vorming van 8 uren naar 20 uren per jaar voor alle personeelsleden, en van 16 uren naar 40 uren per jaar voor de directeur
- ✓ het effectueren van inspectie op input, throughput en outcome-aspecten van de zorgverlening van de rusthuizen
 - * het van dichtbij opvolgen van risicorusthuizen
 - * het ontwikkelen van een rapportagesysteem dat de inspectie in staat stelt de evolutie inzake de kwaliteit in de niet risicorusthuizen op te volgen (internet)
- ✓ het ontwikkelen van gedifferentieerde kwaliteitsnormen voor de zorgverlening binnen de residentiële ouderenzorg aan bepaalde doelgroepen
- ✓ het afstemmen van de inspectieteams van de administratie gezin en maatschappelijk welzijn (ouderenvoorzieningen) en van de administratie Gezondheidszorg (RVT's)

4.4 Het realiseren van een geïntegreerde zorg voor ouderen.

Hiertoe worden de volgende activiteiten ontwikkeld :

- ✓ het duidelijk profileren van de doelgroep en het zorgaanbod van elke zorgfunctie
- ✓ het ontwikkelen van een geïntegreerd indicatiesysteem dat van toepassing is voor de thuiszorg en de residentiële zorg
- ✓ het erkennen en financieren van de interdisciplinaire benadering van de residentiële ouderenzorg (maatschappelijk werker, psycholoog)
- ✓ actualiseren van het concept serviceflats
- ✓ het decretaal verankeren van samenwerkingsverbanden (thuiszorg-residentiële zorg-ziekenhuiszorg)
- ✓ het decretaal verankeren van de zorgfuncties van een rusthuis
 - * palliatieve zorgfunctie
 - * psychogeriatrische zorgfunctie
 - * somatische zorgfuncties
 - * thuiszorgfunctie

of

- * support zorg
- * beschermende zorg
- * chronische zorg
- * bijzondere zorg
- * reactivering en revalidatie
- * observatie en diagnostiek (ref. Nederland)
- ✓ per zorgfunctie vaststellen welke kwaliteitseisen en voorwaarden van toepassing zijn en tegen welk tarief een functie kan worden geboden

4.5 Het waarborgen van betaalbare en kwaliteitsvolle residentiële ouderenzorg.

Hiertoe worden de volgende activiteiten ontwikkeld :

- ✓ het effectueren van de defederalisering van de financieringsenveloppes voor de zorgkost in de rusthuizen en de rust- en verzorgingstehuizen
- ✓ het opheffen van het onderscheid tussen rusthuis en rust- en verzorgingstehuis, zowel voor wat betreft de erkenningsnormen en de inspectie, als voor wat betreft de financiering van de zorgkost
- ✓ het kanaliseren van de verschillende financieringsstromen in één geldstroom (hogere doelmatigheid kan worden bereikt)
- ✓ het definiëren van het begrip 'minimale' en/of 'noodzakelijke' zorg per zorgprofiel van de zorgvragende oudere persoon
- ✓ het nagaan van de opportuniteit tot het vrijmaken van Vlaamse werkingsmiddelen voor de residentiële ouderenzorg
- ✓ Vlaamse werkingssubsidies worden voorzien voor de financiering van diverse ondersteunende functies

4.6 Het effectueren van een éénduidig en bruikbaar registratiesysteem.

Hiertoe worden de volgende activiteiten ontwikkeld :

- ✓ het, in samenspraak met alle betrokken actoren, ontwikkelen van een registratiesysteem dat de volgende elementen dedecteert :
 - * het profiel van de gebruiker
 - * het profiel van de geleverde hulp- en dienstverlening
 - * de niet gedekte behoeften
 - * de verschuivingen in de vraag en het aanbod
- ✓ het effectief toepassen van het registratiesysteem
- ✓ het effectief aanwenden van de geregistreerde gegevens bij beleidsvoorbereidende, beleidsbeslissende, beleidsuitvoerende en beleidsevaluerende activiteiten
- ✓ het effectueren van een link met GEWIS

4.7 Het handhaven, ondersteunen en/of stimuleren van het sociaal weefsel rondom de oudere persoon die woont in een residentiële woonvorm.

- ✓ het creëren van mogelijkheden tot actieve participatie van familieleden in het leven en van het rusthuis en het zorgend aanwezig zijn
- ✓ het onderhouden van contacten met de lokale samenleving en verenigingen

- 4.8 Het stimuleren en ondersteunen van het vrijwilligerswerk binnen de residentiële ouderenzorg.
- 4.9 Het realiseren van wetenschappelijk onderzoek inzake :
- ✓ de noodzakelijke zorgomkadering van de zorgbehoevende oudere persoon in de rusthuizen
 - ✓ de motieven van de aanwezigheid van oudere personen met een laag zorgprofiel (O en A-profiel) in de rusthuizen

FICHE 7**De betaalbaarheid van de ouderenzorg wordt gevrijwaard.****1. Situering**

De financiering van de zorgvoorzieningen voor ouderen omvat een vrij complex en technisch gegeven. Men onderscheidt :

- ✓ verscheidene financieringsbronnen : de federale overheid (RIZIV), de Vlaamse gemeenschap, de provincie, de gemeenten, het OCMW en de oudere zelf (en/of zijn familie)
- ✓ een verscheidenheid aan berekeningswijzen wat betreft de bijdrage van de oudere persoon (al of niet inkomensgerelateerd)
- ✓ een verscheidenheid aan berekeningswijzen wat betreft de vergoeding van of tussenkomsten in de zorgkosten (op basis van reële kost of op basis van forfaits)
- ✓ een verscheidenheid aan betalingswijzen (via werkingstoelagen, vergoeding rechtstreeks aan de gebruiker, vergoeding aan de hulpverlener)

Het zou ons te ver leiden om deze complexe materie breedvoerig te beschrijven. Hiervoor verwijzen we naar de uitgebreide literatuur die hierover bestaat. (zie literatuurlijst).

In de hierna volgende tekst wordt zeer globaal de financiering van de thuiszorg, de residentiële zorg en ziekenhuiszorg voor ouderen geschetst.

Overzicht financiering thuiszorgvoorzieningen.

Voorziening	Vlaamse Gemeenschap	Provincie	Gemeente	Ziekenfonds	RIZIV	Gebruiker
Dienst voor gezinszorg	subsidiebedrag per gepresteerd uur	x	x	x		x
Thuisverpleging				x	x	x
Medische en paramedische zorgen					x	x
Dienstencentrum	werkings-subsidies	x	x			x
Dagverzorgingscentrum	werkings-subsidies	x	x	x	x	x
Uitfeendienst				x	x	x

Overzicht financiering rusthuizen.

Aspect	Vlaamse Gemeenschap	Provincie	Gemeente	OCMW	RIZIV	Gebruiker
Huisvesting	investerings- subsidies		x	x		x
Hotelkosten				x		x
Medische en paramedische zorgen				x	x	x
Verpleegkundige zor- gen					x	
Gezinszorg					x	

Overzicht financiering ziekenhuis.

Aspect	Vlaamse Gemeenschap	Provincie	Gemeente	OCMW	RIZIV & Volksgezond- heid	Gebruiker
Infrastructuur	investerings- subsidies		x	x	x	
Hotelkosten					x	x
Medische en paramedische zorgen				x	x	x
Verpleegkundige zorgen				x	x	

Vaststellingen :

1. de Vlaamse Gemeenschap subsidieert in de thuiszorg gedeeltelijk de werkingskosten (gezinszorg), deze omvat zowel een subsidie per gepresteerd uur, maar ook bijscholing, omkadering, administratiekosten;
2. de Vlaamse Gemeenschap subsidieert in de thuiszorg gedeeltelijk de investeringskosten voor dagverzorgingscentra en dienstencentra;
3. de Vlaamse Gemeenschap subsidieert in de residentiële en ziekenhuiszorg gedeeltelijk de investeringskosten (Vlaams Infrastructuur Fonds voor Persoonsgebonden aangelegenheden);
4. de Vlaamse Gemeenschap subsidieert noch in de residentiële, noch in de ziekenhuiszorg werkingskosten, tenzij via tewerkstellingsprogramma's;
5. de hotelkosten in het ziekenhuis omvatten enkel de supplementen voor een éénpersoonskamer, het gebruik van telefoon, televisie en frigo;
6. de federale overheid subsidieert zowel in de ziekenhuis- als in de residentiële zorg tewerkstellingsinitiatieven.

2. Probleemstelling

Zowel wat betreft de thuiszorg als de residentiële zorg kan de volgende inventaris van problemen inzake financiering worden geformuleerd :

1. Toename van de kostprijs van de voorzieningen :
 - ✓ verbeterde loonsvoorwaarden
 - ✓ stijgende professionalisering
 - ✓ stijgende anciënniteit

2. Daling van de inkomsten van de voorzieningen :
 - ✓ cofinanciering brokkelt af
 - ✓ congregaties, gemeenten en OCMW bevinden zich in een verminderde mogelijkheid om bijkomende financiering te realiseren
3. Toename van de omvang en de aard van de zorgverlening :
 - ✓ toename vergrijzing
 - ✓ toename complexe zorgvragen
4. De preciaire financiële economische situatie van de federale overheid.
De gevolgen hiervan vinden hun weerslag in ofwel een toename van de financiële input door de oudere persoon, ofwel een afname van de kwantiteit en/of de kwaliteit van de zorgverlening.

Verder stelt men vast dat :

1. Oneigenlijke financiële prikkels mensen aansporen om voor de samenleving duurdere zorgvormen te kiezen in de plaats van goedkopere, waar echter de eigen inbreng hoger ligt. (cf. gezinszorg en thuisverpleging).
2. In de regelgeving inzake de zakgelden, die verleend worden door de OCMW's aan personen die in een rusthuis verblijven en financieel gesteund worden in hun verblijfskosten, ontbreekt aan éénduidigheid en is sterk afhankelijk van de visie van elk individueel OCMW-bestuur dienaangaande.
3. De beperkingen die aan oudere mensen wordt opgelegd inzake de vrije keuze van woonst, van zodra zij over onvoldoende middelen beschikken om de verblijfskosten van een rusthuis te betalen.
4. De administratieve en tijdrovende rompslomp inzake sociaal-economische tewerkstelling.

3. Uitgangspunten

De zorgverlening aan ouderen is financieel toegankelijk, ongeacht de plaats waar deze zorg wordt verleend.

Zorgvorm en doelgroep overstijgend worden dezelfde uitgangspunten en financieringswijzen gehanteerd. De financiering van de zorg is eenvoudig, correct, ondubbelzinnig en transparant.

De diverse financieringsbronnen dienen doelmatig en doeltreffend te worden aangewend. Er dient te worden gestreefd naar één financieringssysteem. De reële kostprijs voor de samenleving en de gebruiker dient transparant en éénduidig te zijn.

De financiële bijdrage van de oudere persoon in zijn/haar zorgverlening dient inkomensgerelateerd te zijn.

De basiszorg die elke oudere persoon behoort te krijgen, alsook het minimaal maatschappelijk kwaliteitsniveau van deze zorg, ongeacht de plaats waar deze zorg wordt aangeboden, is gekend, éénduidig en meetbaar. De kosten die hieruit voortvloeien worden vanuit het solidariteitsprincipe gedragen door de samenleving.

4. *Voorgestelde acties*

4.1 Wat betreft de financiering van de thuiszorg dienen de volgende maatregelen te worden ondernomen :

- ✓ het aanpassen van de cliëntbijdrage van de gezinszorg zodat deze financieel toegankelijk en billijk is én blijft voor intensieve en/of chronische zorgverlening
- ✓ het realiseren van een sociaal, juridisch en fiscaal statuut voor de mantelzorger en de vrijwilliger
- ✓ het afschaffen en/of bijsturen van thuiszorgonvriendelijke wetgevingen
- ✓ het zoeken naar een instrument (zorgverzekering/ dienstencheques/ persoonsgebonden budget, etc.) dat de gebruiker en/of zijn mantelzorger(s) rechtstreeks financieel ondersteund
- ✓ het financieel ondersteunen door de overheid van thuiszorgondersteunende voorzieningen (kortopvang, nachtopvang, crisisopvang, enz.)
- ✓ het jaarlijks budget voor de gezinszorg minimaal 3 % (exclusief indexeringen, loonkoststijgingen) laten toenemen in functie van de toenemende vergrijzing en de substitutie van de ziekenhuis- en residentiële zorg

4.2 Wat betreft de financiering van de residentiële zorg dienen de volgende maatregelen te worden ondernomen :

- ✓ de verdergaande gelijkschakelen van de ROB-RVT B- en C-forfaits
- ✓ het zoeken naar financieringssysteem dat transparant, éénvormig en éénduidig is, en tevens rechtszekerheid en rechtvaardigheid waarborgt (bv. door het vastleggen van een personeelsquotum en financiering aan de hand van een gemiddelde zorg-mix)
- ✓ het door de Vlaamse overheid voorzien van werkingstoelagen voor de rusthuizen

4.3 Wat betreft de ziekenhuiszorg :

- ✓ het gaan van de mogelijkheid tot het verdisconteren van de substitutie van ziekenhuiszorg naar thuiszorg in bijkomende middelen

4.4 Het uitvoeren van volgend onderzoek :

- ✓ een onderzoek naar de reële kostprijs van thuiszorg en residentiële zorg voor de gebruiker enerzijds, en de overheid anderzijds
- ✓ een onderzoek naar het zorgprofiel van ouderen met een O of A-forfait in de rusthuizen, alsook naar de motieven van hun verblijf aldaar

- ✓ een onderzoek naar en de vaststelling van het minimale maatschappelijk aanvaarde kwaliteitsniveau van de zorgverlening ten aanzien van ouderen, alsook naar de daaraan gerelateerde personeelsbezetting en middelen (ook sectoroverschrijdend onderzoek : cf. gehandicaptenzorg)
- 4.5 Het creëren van tewerkstellingsprojecten via eenvoudige administratieve systemen zonder kostprijsstijging voor de gebruiker.
- 4.6 Het visualiseren van het sociaal-economische maatschappelijke belang van de zorgverlening aan ouderen. (het primaire en het secundaire tewerkstellingseffect)

FICHE 8**Coherente beleidsvoering.*****1. Situering***

Diverse beleidsdomeinen en -niveau's houden zich op dit ogenblik geheel of gedeeltelijk bezig met bepaalde aspecten die te maken hebben met ouderenzorg.

Zo stelt men vast dat :

1) de federale overheid bevoegd is voor o.a.:

- de dagprijzen in rusthuizen
- de brandveiligheid in rusthuizen, dagverzorgingscentra en service-flats
- de RIZIV-reglementering en zorgkost voor ysthuisen en rust- en verzorgingstehuizen
- de programmatie en normering van de rust- en verzorgingstehuizen
- diverse tewerkstellingsprogramma's

2) de Vlaamse Gemeenschap bevoegd is voor o.a. :

- programmatie en erkenning van service-flats, dienstencentra, dagverzorgingscentra en rusthuizen
- programmatie, erkenning en subsidiëring van de diensten gezins- en bejaardenhulp
- het verlenen van werkingssubsidies voor dienstencentra en dagverzorgingscentra
- de subsidiëring van het personenalarm

3) de gemeenten bevoegd zijn voor o.a. :

- het afleveren van een brandveiligheidsattesten voor rusthuizen, dagverzorgingscentra en serviceflatsdoor de burgemeester
- bijkomende subsidieverlening aan gezins- en bejaardenhulp
- het uitkeren van mantelzorg- en/of thuiszorgpremies

4) de provincies bevoegd zijn voor o.a. :

- subsidies toekennen voor dagverzorgingscentra, voor kortopvang, voor gezins- en bejaardenhulp

2. Probleemstelling

De overheden die bevoegd zijn over materies inzake de ouderenzorg zijn veelvuldig en liggen versnipperd over talrijke federale - en gemeenschapministers (bijlage 2). Deze gegevenheid bemoeilijkt het voeren van een coherent en anticiperend ouderenzorgbeleid.

3. Uitgangspunten

Een coherente beleidsvoering is een voorwaarde om te komen tot een anticiperend, toekomstgericht en kwaliteitsvol ouderenzorgbeleid.

4. Voorgestelde acties.

Het coherent maken van de beleidsvoering door :

- ✓ het realiseren van een structureel overleg met alle bevoegde ministers (cf. protocolakkoord van 9/06/1997)
- ✓ het realiseren van een interdepartementeel overleg ouderenzorg
- ✓ het resoluut kiezen voor de defederalisering van de bevoegdheid van de verzorgingsaspecten
- ✓ het aanduiden van één minister bevoegd voor het te voeren globale ouderenbeleid - waarvan het ouderenzorgbeleid deel uit maakt - die :
 - * belast wordt met de realisatie en de opvolging van een coherent ouderenbeleid, waaronder de ouderenzorg dat gevoerd wordt door de verschillende bevoegde ministers
 - * onderzoekt en het effect bewaakt van de beleidsinitiatieven en maatregelen binnen alle beleidsdomeinen op de behoeften, de rechten en de vrijheden van de oudere persoon (oudereneffectenrapport)
- ✓ de aanstelling van één bevoegde Vlaamse minister verantwoordelijk voor gezondheidsbeleid en welzijnsbeleid
- ✓ de verantwoordelijkheden inzake het te voeren ouderenzorgbeleid van de verschillende bevoegdheidsniveau's dienen op elkaar afgestemd te worden en eenduidig te worden geformuleerd - heldere afspraken dienen hier worden gemaakt

4. Prioriteitenlijst

Uit de analyse en de synthese van voorliggend oriëntatienota weerhoudt men elf steeds terugkerende thema's die, als een rode draad, doorheen alle opgesomde domeinen en noodzakelijke acties lopen, met name :

1. informatie en voorlichting
2. inspraak en participatie
3. screening van de nood
4. evaluatie van de zorg
5. aanwending van toepasbare technologie
6. toegankelijkheid van de voorzieningen (geografische en financiële toegankelijkheid)
7. oudereneffectenrapport
8. toegepast wetenschappelijk onderzoek
9. zorginnovatie
10. kwaliteit
11. zorgrelatie

De werkgroep bepaalde voor elk voorliggend thema één of meerdere prioritaire acties. Samenvattend kan men stellen dat het hiernavolgende prioriteitenlijstje aangeeft welke acties er beslist moeten worden ondernomen, al dan niet op korte termijn, wil men komen tot een consequent en coherent Vlaams beleid inzake ouderenzorg.

Thema	Korte termijn	Lange termijn
Informatie/ voorlichting	① de ontwikkeling van een integrale en gefaseerde informatie- en voorlichtingsstrategie : een interdepartementale commissie werkt concrete doelstellingen uit ⇒ mogelijke opdrachten : ✓ ontwikkelen van een communicatieplan ✓ ontwikkelen call-centrum ✓ grootschalige verspreiding van 'Gids in de thuiszorg' - TV-spots ✓ voorbereiding internationaal jaar van de ouderen 1999 ② het jaarlijks beschikken over een vast budget om informatie te verspreiden	① preventiecampagnes : ✓ gericht op specifieke doelgroepen ✓ op specifieke sleutelmomenten ✓ over specifieke thema's × vallen × voeding × lichaamsbeweging

	③ opleiding voor professionelen over: - de betekenis van zelfzorg en mantelzorg - de specifieke betekenis ervan in het gehele thuiszorgnetwerken - thuiszorg als totaalzorg	
Inspraak/participatie	① ontwikkelen en invoeren van klachtenprocedures ② effectueren van Gezin-en Welzijnsraad waarin de gebruiker van zorg en zijn mantelzorger in vertegenwoordigd is	① consumentenpanel (wetenschappelijk ondersteund met link naar kwaliteit): - groepsconsumenten van zorg worden op regelmatige tijdstippen bevraagd naar hun mening over verschillende aspecten van de ontvangen zorg - uit de resultaten van deze bevestigingen worden beleidsaanbevelingen geformuleerd
Screening van de nood	① evaluatie van de bestaande instrumenten en de ontwikkeling van nieuwe instrumenten om de nood aan zorg te toetsten zowel in de thuiszorg, als in de residentiële zorg : multidisciplinaire assessment	① ontwikkelen van een éénvormig screeningsinstrument
Evaluatie van de zorg	① het overzichtelijk maken van de bestaande onderzoeken en het vertalen van de resultaten/conclusies ervan in concrete beleidsinitiatieven	① implementatie van het kwaliteitsdecreet op micro-, meso- en macro-vlak
Aanwending van toepasbare technologie	① realisatie GEWIS	① vorming op vlak van de aanwending van toepasbare technologie van de informele en formele zorgverleners

	② het effectueren van samenwerking met gehandicapten-sector (bruggen leggen)	② het ondernemen van stappen om de technologie beschikbaar te stellen, zonder discriminatie tussen thuiszorg en residentiële zorg
Financiële en geografische toegankelijkheid van de voorzieningen	① de voorbereiding van het transfer van de financiering van de medische zorgkost van de federale overheid naar de Vlaamse gemeenschap ② het realiseren van een systeem voor de substantiële financiering van de langdurige en intensieve zorgkosten die een oudere persoon kan hebben (ouderenzorg-verzekering) ③ onderzoek naar en elimineren van thuiszorgonvriendelijke wetgeving	① de voorbereiding van het transfer van de financiering van de medische zorgkost van de federale overheid naar de Vlaamse gemeenschap ② de aanstelling van één bevoegde Vlaamse minister verantwoordelijk voor gezondheidszorg en welzijnsbeleid
Oudereneffecten-rapport		① over onderwerpen waarop of waardoor gewenste en ongewenste effecten zichtbaar kunnen worden gemaakt : ✓ veranderingen die door het beleid worden geïnduceerd ✓ mobiliteitsaspecten ✓ huisvestingsmaatregelen ✓ communicatie-technologie ✓ producten en hun verpakking ✓ ethische en juridische aspecten ② inhoudelijke aspecten complementeren met meer technische zaken ✓ data bestand ✓ panelmethode ✓ data bewerken ✓ rapportage

		③ lokaliseren op één plaats, daar waar andere effectenrapporten worden gerealiseerd : ✓ doorlopend leefonderzoek ✓ integreren van methodologie ✓ linken leggen met : * gezondheidsindicatoren * instituut voor epidemiologie ④ koppelen aan goede communicatie
Toegepast wetenschappelijk onderzoek	① onderzoek naar de noden bij ouderen én hun familie ② onderzoek naar het effect van de ouderenzorg op de tewerkstelling ③ ontwikkelen van kwaliteitsconcepten ④ onderzoek naar de inhoud van de zorg	
Zorginnovatie	① kortopvang ② nieuwe samenwerkingsverbanden ③ oppashulp	
Kwaliteit	① 24-uurs hulp- en dienstverlening waarborgen ② actief beleid voeren ten aanzien van woningen zonder comfort ③ het menswaardig sterven als grondrecht inschrijven	① realisatie van het kwaliteitsdecreet waarin de gebruiker en zijn omgeving betrokken wordt
Financiering	① sociaal statuut van de thuisverzorger	① tewerkstellingsprojecten

	② nieuwe mechanismen voor de financiering van de langdurige en intensieve niet-medische ouderenzorg ontwikkelen ③ verdergaande gelijkstelling van de B en C- ROBRVT forfaits ④ het wegwerken van elke vorm van financiële discriminatie tussen de verschillende zorgvormen	
Zorgrelatie	① verbreding van het kwaliteitsdiscours naar aspecten die te maken hebben met de zorgrelatie ② sensibilisering en beeldvorming over de zorgrelatie ③ het erkennen van de gebruiker van zorg en de familie (mantelzorger) als een volwaardige partner in elk zorggebeuren	

Slotbeschouwingen

De ontwikkeling van een op de oudere persoon *georiënteerd en anticiperend Vlaams ouderenzorgbeleid* is geen eenvoudige klus.

Ouderenzorgbeleid is niet gelijk te stellen met thuiszorgbeleid, noch met residentieel- of ziekenhuiszorgbeleid. Het dient eerder genuanceerd te worden ontwikkeld en gesteld. Het blind kiezen voor zelfstandig wonen, heeft evenmin zin als het volbouwen van Vlaanderen met grote residentiele voorzieningen. Het is belangrijk dat voor de ouderen een samenhangend en logisch geheel van zorgaanspraken wordt gerealiseerd.

Niet het terugdringen van de zorgvraag moet aanleiding zijn van het nieuwe ouderenzorgbeleid, maar het voorkomen van de zorgvraag dient het uitgangspunt te zijn van dit beleid. De discussie en de keuzen die men maakt, mogen zich ook niet verenigen tot de vraag: hoe men de zorg voor ouderen zoveel mogelijk op maat kan leveren en tegen zo laag mogelijke kosten. De overkoepelende vraag is veeleer : hoe kan men de samenleving zo inrichten opdat het groeiend aantal ouderen in staat wordt gesteld langer zelfstandig en zelfredzaam te blijven functioneren en te participeren in onze samenleving en hoe kan worden voorkomen dat ouderen voortijdig beroep doen op zorg.

Daar waar zorg effectief nodig is, dient deze ook beschikbaar en toegankelijk te zijn. De basiszorg waar elke oudere persoon, ongeacht zijn woonplaats, beroep op kan doen dient te worden gedefinieerd en gekoppeld aan een minimaal maatschappelijk aanvaardbaar kwaliteitsniveau. De financiering van deze basiszorg dient te gebeuren vanuit een maatschappelijke solidariteit.

Met 'effectieve' ouderenzorg wordt verwezen naar een zorgpraktijk die gericht is op het persoonlijk welzijn van de oudere persoon. De centrale bekommernis die zich hier stelt, is dat men dié zorg verleent die de oudere persoon ten goede komt. Deze bekommernis werkelijk in daden omzetten kan niet anders dan via een persoonlijke relatie tussen de oudere persoon (zijn mantelzorger) en de zorgverlener. Alle betrokken actoren zijn medeverantwoordelijk opdat deze zorgrelatie maximaal tot haar recht kan én mag komen.

Bij de verwezenlijking van een ouderenzorgbeleid mag men ook niet enkel kijken naar het zorgterrein. Men dient ook te kijken naar de aanpalende beleidsterreinen en de rol van de verschillende beleidsniveau's, die elk vanuit de eigen invalshoek een bijdrage kunnen en moeten leveren. Het ouderenzorgbeleid omvat immers een uitgesproken 'gedeeld' beleid : vele beleidsdomeinen en -niveaus zijn betrokken, medeverantwoordelijk en kunnen dit beleid zowel positief als negatief beïnvloeden. Een coherent ouderenzorgbeleid, waarin de visie en de doelstellingen, de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van alle betrokken beleidsdomeinen en -niveaus duidelijk en éénduidig zijn, moet hierop het antwoord zijn.

Ontegensprekelijk zal de kwaliteit van het overleg tussen de zeer verscheiden bevoegde overheden en betrokken partners, inclusief de ouderen zelf, sterk bepalend zijn voor de kwaliteit van de coherente beleidsvoering inzake het ouderenzorgbeleid. Alle

gesprekspartners moeten zich bewust zijn van de bijzonder grote verantwoordelijkheid die zij hier samen dragen. *Een gecoördineerd beleid* inzake ouderenzorg moet immers de samenleving in staat stellen de uitdagingen van de vergrijzing op een positieve manier (dus, met een geruster gemoed) te beleven.

De werkgroep stelt onomwonden dat met het oog op de realisatie van een coherente Vlaamse beleidsvoering inzake ouderenzorg *drie voorwaarden* bij voorrang dienen te worden vervuld. Vooreerst de *defederalisering* van de financiering van de zorgkosten, vervolgens de aanduiding van *één Vlaamse minister bevoegd voor het globaal en gecoördineerd ouderenbeleid*, waarvan de ouderenzorg deel uit maakt en tenslotte *de consequente financiering van de ouderenzorg*. De beschikbare budgetten met het oog op het leveren van een basiszorg, dienen minimaal gelijke tred te houden met de vergrijzing en de epidemiologische ontwikkelingen.

De substitutie van residentiële- en ziekenhuiszorg in thuiszorg dient logischerwijze te resulteren in een verschuiving van de beschikbare middelen naar de thuiszorg.

De Vlaamse overheid heeft de opdracht de voorwaarden en de kaders te scheppen waarbinnen het Vlaamse ouderenzorgbeleid op een kwaliteitsvolle én geïntegreerde wijze kan worden ontwikkeld. Een ouderenzorgbeleid waarin de aspecten *wonen, zorg en welzijn* gelijkwaardig én betekenisvol zijn.

Graag nodigen wij de beleidsmensen en alle actoren betrokken in de ouderenzorg uit om, op basis van de voorliggende Oriëntatienota Vlaams Zorgbeleid voor Ouderen, de keuzen te maken voor een beleid waarin ouderenzorg wezenlijk deel uitmaakt van een zorgzame samenleving.

BIJLAGEN

BIJLAGE 1

19492

MONITEUR BELGE — 30.07.1997 — BELGISCH STAATSBAD

Art. 3. Notre Ministre de l'Intérieur est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 6 juillet 1997.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre de l'Intérieur,
J. VANDE LANOTTE

Art. 3. Onze Minister van Binnenlandse Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 6 juli 1997.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Binnenlandse Zaken,
J. VANDE LANOTTE

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE L'ENVIRONNEMENT

F. 97 — 1527

[C - 97/2243]

9 JUIN 1997. — Protocole conclu entre le gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution, concernant la politique de la santé à mener à l'égard des personnes âgées

Vu les compétences respectives dont disposent l'Etat fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution, ci-après dénommées Communautés/Régions, sur le plan de la politique de la santé à mener à l'égard des personnes âgées;

Considérant que les défis consécutifs au vieillissement de la population et à l'augmentation du nombre de personnes âgées nécessitant des soins ne peuvent trouver de réponse cohérente et durable que dans le cadre d'une politique de collaboration entre l'Etat fédéral et les Communautés/Régions;

Considérant que le processus d'intégration économique et monétaire européenne dans lequel s'est engagée la Belgique requiert une maîtrise rigoureuse de l'évolution des dépenses publiques;

Considérant qu'il convient d'assurer à long terme un financement équilibré de la Sécurité sociale;

Considérant qu'il convient de tendre vers et de garantir une offre et un usage efficaces des équipements de soins ainsi que leur accessibilité, et qu'il convient d'éviter toute forme d'abus et d'institutionnalisation inutile des personnes âgées nécessitant des soins;

Considérant qu'il convient de veiller à une application uniforme et rigoureuse de la législation relative à l'assurance soins de santé dans le pays;

Considérant qu'il convient de garantir la qualité de l'organisation des soins destinés aux personnes âgées;

Considérant que les Communautés/Régions ont développé dans le cadre de leurs compétences des équipements spécifiques destinés aux personnes âgées;

Considérant qu'un nombre important de personnes âgées nécessitant des soins séjournent en maison de repos ou en raison du nombre insuffisant de lits de maison de repos et de soins;

Il est convenu ce qui suit :

1. L'Etat fédéral et les Communautés/Régions conviennent de mettre au point, au sein de la Conférence interministérielle, des propositions visant à une politique de la santé concertée afin de faire face aux besoins des personnes âgées nécessitant des soins en matière de prise en charge, d'accompagnement et de soins.

2. Ces propositions viseront prioritairement à permettre à la personne âgée qui le souhaite de rester, aussi longtemps que possible dans son environnement familial et d'y être soignée, le cas échéant. Cela implique que la personne âgée puisse disposer d'une offre d'aide et de services variée et coordonnée.

Les services favorisant le maintien à domicile, tels l'accueil de jour ou l'accueil de nuit, le court séjour en maison de repos ou en maison de soins, doivent être développés davantage. Ces services ont pour but d'apporter à la personne âgée et à son entourage le soutien nécessaire à la réalisation du maintien à domicile.

Il convient de préciser le profil des bénéficiaires de ces différents services mais aussi de préciser la nature de l'aide que ces services offrent. Leur programmation et leurs normes d'agrément doivent être harmonisées. Les soins dispensés doivent être financés de la manière la plus adéquate par le biais de l'assurance soins de santé.

Sont assimilés au domicile les logements pour personnes âgées et les résidences-services.

MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN,
VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU

N. 97 — 1527

[C - 97/2243]

9 JUNI 1997. — Protocol gesloten tussen de federale regering en de overheden bedoeld in de artikelen 128, 130 en 135 van de Grondwet, over het te voeren ouderenzorgbeleid

Gelet op de respectieve bevoegdheden van de federale Staat en van de overheden bedoeld in de artikelen 128, 130 en 135 van de Grondwet, hierna de Gemeenschappen/Gewesten genoemd, wat betreft het te voeren ouderenzorgbeleid;

Overwegende dat de uitdagingen ingevolge de veroudering van de bevolking en de toename van het aantal zorgbehoevende ouderen een passende en in de tijd duurzame oplossing kunnen krijgen enkel in het kader van een beleid van samenwerking tussen de federale Staat en de Gemeenschappen/Gewesten;

Overwegende dat het proces van economische en monetaire integratie waartoe België zich verbonden heeft een nauwkeurige beheersing van de evolutie van de overheidsuitgaven vereist;

Overwegende dat in een evenwichtige financiering van de sociale zekerheid op lange termijn moet worden voorzien;

Overwegende dat een doelmatig, doeltreffend en toegankelijk aanbod en gebruik van de zorgvoorzieningen moet worden nagestreefd en gewaarborgd en dat elke vorm van misbruik, alsook elke onnodige opname van zorgbehoevende ouderen moet worden voorkomen;

Overwegende dat een eenvormige en strikte toepassing van de wetgeving betreffende de verzekering voor geneeskundige verzorging in het land moet worden beoogd;

Overwegende dat de kwaliteit van de zorgverlening aan zorgbehoevende ouderen dient te worden gevrijwaard;

Overwegende dat de Gemeenschappen/Gewesten binnen hun bevoegdheden specifieke voorzieningen voor ouderen hebben ontwikkeld;

Overwegende dat een groot aantal zorgbehoevende ouderen in een rusthuis verblijven omdat er te weinig RVT-bedden zijn;

Wordt het volgende overeengekomen :

1. De federale Staat en de Gemeenschappen en Gewesten besluiten, in het kader van de Interministeriële Conferentie, voorstellen uit te werken met het oog op een coherent ouderenzorgbeleid. Dit beleid beoogt te voorzien in de behoeften aan opvang, begeleiding en verzorging van zorgbehoevende ouderen.

2. Die voorstellen hebben in de eerste plaats tot doel de oudere, indien hij dat wenst, zo lang mogelijk in zijn vertrouwde omgeving te laten wonen en hem daar, indien nodig, te verzorgen. Dit veronderstelt dat de oudere kan beschikken over een gevarieerd en gecoördineerd hulp- en dienstverleningsaanbod.

Thuiszorgondersteunende voorzieningen zoals de dag- en nachtopvang, het kortverblijf in een rusthuis of in een verzorgingsstehuis, moeten verder worden ontwikkeld. Deze voorzieningen stellen zich tot doel de oudere persoon en zijn omgeving te ondersteunen zodat hij thuis kan blijven wonen en thuis kan worden verzorgd.

Het profiel van de gebruiker van die verschillende voorzieningen, alsook de aard van hun hulp- en zorgaanbod, dienen te worden verduidelijkt. Hun programmatie en hun erkenningsnormen moeten worden geharmoniseerd. De verstrekte verzorging moet op de meest passende manier worden gefinancierd door de verzekering voor geneeskundige verzorging.

Worden met de woonplaats gelijkgesteld, de woningen voor ouderen en de serviceflats.

3. Une étude des besoins sera réalisée afin d'établir des normes de programmation adaptées en ce qui concerne les maisons de repos, les maisons de repos et de soins et les autres services visés au point 2, 2^{ème} alinéa.

La possibilité de reconversion de maisons de repos excédentaires en services visés au deuxième alinéa du point 2 sera envisagée.

4. En matière d'hébergement en maison de repos ou en maison de repos et de soins, l'Etat fédéral et les Communautés/Régions estiment que ces institutions doivent :

A. répondre à des exigences strictes de fonctionnement afin que leur caractère résidentiel soit bien respecté;

B. disposer en nombre suffisant du personnel qualifié leur permettant de faire face de manière coordonnée aux besoins de prise en charge, d'accompagnement et de soins des résidents;

La programmation des Communautés/Régions en matière de maison de repos et la programmation fédérale en matière de maison de repos et de soins doivent être intégrées dans le respect des compétences respectives et ce au plus tard le 31 décembre 1998.

Les soins dispensés en maison de repos et en maison de repos et de soins doivent être financés de la manière la plus adéquate par le biais de l'assurance de soins de santé.

Cela signifie que l'offre de dispensation de soins doit être financée dans le cadre d'un programme pluriannuel et d'une programmation en tenant compte du nombre de personnes nécessitant des soins et du type de dépendance.

5. Les normes d'agrément des Communautés/Régions en matière de maisons de repos et les normes fédérales en matière de maisons de repos et de soins doivent être harmonisées.

La programmation du nombre de lits de MRS sera, à partir du 1^{er} janvier 1998, augmentée progressivement pendant 5 ans, à raison de 5000 lits par an, moyennant le respect des normes d'agrément afin de garantir un même financement pour un même besoin de soins. Cela se fera par la reconversion de lits de maison de repos en lits de MRS; en d'autres mots, l'augmentation du nombre de nouveaux lits MRS doit être compensée par une réduction équivalente du nombre de places en maison de repos.

6. Afin de maîtriser l'évolution des dépenses dans le cadre du budget global fixé en 1997 par le gouvernement fédéral pour le secteur des maisons de repos, les Communautés/Régions s'engagent :

A. à ne plus octroyer de nouveaux accords de principe ou de nouvelles autorisations préalables, sauf en cas de réduction équivalente ou de transfert d'accords de principe dûment motivés et attestés par l'autorité communautaire ou régionale compétente;

B. à limiter l'agrément de nouveaux lits aux seuls lits qui ont bénéficié d'un accord de principe ou d'une autorisation préalable ou assimilé; leur nombre est repris au tableau figurant en annexe 1.

Une évaluation sera réalisée au 31 décembre de chaque année, et ce pour les points A et B de l'article 6. Cette évaluation comprendra l'actualisation des chiffres des annexes 1 et 2 du protocole. Cette actualisation ne peut donner lieu à une augmentation du nombre total des possibilités d'hébergement mentionnées dans les annexes.

7. Le transfert et l'échange d'informations entre les services dépendant du Gouvernement fédéral, à savoir les Affaires sociales, les Affaires économiques et l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, et les services dépendant des Communautés/Régions seront garantis. La nature de ces informations et leur moyen de transmission seront déterminés.

*8. Le présent protocole entre en vigueur le jour de sa signature et ce pour une durée indéterminée, toutefois l'article 6 est d'application pour une période d'un an, renouvelable automatiquement pour une nouvelle année civile, et ce tant que la programmation intégrée des lits de maisons de repos et des lits de maisons de repos et de soins n'est pas réalisée; programmation intégrée qui permettra la maîtrise à long terme de l'offre des lits en maisons de repos.

3. Er dient een behoeftenstudie te worden gerealiseerd met het oog op het vaststellen van de aangepaste programmatiën van de rusthuizen en de rust- en verzorgingstehuizen en van de voorzieningen die zijn omschreven in punt 2, 2^{de} alinea.

De mogelijkheid tot een reconversie van een teveel aan rusthuiswoongelegenheden naar de voorzieningen zoals bedoeld in punt 2, 2^{de} alinea, zal worden onderzocht.

4. Wat betreft de opname in een rusthuis of in een rust- en verzorgingstehuis, zijn de federale Staat en de Gemeenschappen/Gewesten van mening dat deze instellingen moeten :

A. voldoen aan strikte voorwaarden wat betreft hun werking zodat hun residentieel karakter strikt wordt nageleefd;

B. over voldoende én gekwalificeerd personeel beschikken om op gecoördineerde wijze in de behoeften van de bewoners inzake begeleiding en verzorging te kunnen voorzien;

De programmering van de Gemeenschappen/Gewesten inzake rusthuizen en de federale programmering inzake rust- en verzorgingstehuizen moeten worden geïntegreerd met respect voor de respectievelijke bevoegdheden en dit uiterlijk op 31 december 1998.

De verstrekte verzorging in rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen moet op de meest passende manier worden gefinancierd door de verzekering voor geneeskundige verzorging.

Dit wil zeggen dat het aanbod van zorgverlening moet gefinancierd worden binnen een meerjarenprogramma en een programmering, rekening houdend met het aantal zorgbehoefte personen en het type van zorgbehoefte.

5. De erkenningsnormen voor rusthuizen van de Gemeenschappen/Gewesten en de federale erkenningsnormen voor rust- en verzorgingstehuizen moeten worden geharmoniseerd.

De programmering van het aantal RVT-bedden zal, met ingang van 1 januari 1998, progressief, binnen een termijn van 5 jaren, jaarlijks met 5000 bedden worden opgetrokken om, mits respect voor de erkenningsnormen, voor eenzelfde zorgbehoefte een zelfde financiering te garanderen. Dit zal gebeuren via reconversie van rusthuisbedden naar RVT-bedden; met andere woorden het nieuwe aantal RVT-bedden moet gecompenseerd worden door een evenredige vermindering van het aantal plaatsen in rusthuizen.

6. Met het oog op de beheersing van de evolutie van de uitgaven in het raam van het globale budget die de federale regering in 1997 voor de sector van de rusthuizen vaststelt, verbinden de Gemeenschappen/Gewesten zich ertoe :

A. geen nieuwe principiële akkoorden of nieuwe voorafgaande vergunningen meer toe te kennen, behalve in geval van eenzelfde vermindering of een overdracht van een principiële akkoord die omstandig worden gemotiveerd en die door de bevoegde overheid van de Gemeenschap of van het Gewest worden goedgekeurd;

B. enkel nieuwe bedden te erkennen die in een principiële akkoord of voorafgaande vergunning of een daarmee gelijkgesteld akkoord zijn opgenomen; hun aantal wordt vermeld in de tabel in bijlage 1.

Een evaluatie zal plaatshebben op 31 december van elk jaar, en dit voor punt A en B van artikel 6. Deze evaluatie omvat de actualisering van de cijfers van de bijlagen 1 en 2 van dit protocol. Deze actualisatie kan geen aanleiding geven tot een verhoging van het totaal aantal van de in de bijlagen opgegeven woongelegenheden.

7. De mededeling en uitwisseling van informatie tussen diensten die afhangen van de federale regering, namelijk Sociale Zaken, Economische Zaken, en het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en diensten die afhangen van de Gemeenschappen/Gewesten zal worden gewaarborgd. De aard van die informatie en de manier waarop die moet worden overgebracht, zullen worden vastgesteld.

8. Dit protocol treedt in werking de dag waarop het wordt ondertekend en dit voor onbepaalde duur; artikel 6 is echter van toepassing voor een periode van één jaar die automatisch wordt hernieuwd voor een nieuw kalenderjaar, zolang dat de geïntegreerde programmering van woongelegenheden voor rusthuizen en van rust- en verzorgingstehuisbedden nog niet tot stand is gekomen. Een geïntegreerde programmering die het mogelijk zal maken het aanbod van bedden in rustoorden op lange termijn onder controle te houden.

19494

MONITEUR BELGE — 30.07.1997 — BELGISCH STAATSBAD

Annexe 1 - Bijlage 1

LITS DE MAISON DE REPOS A L'EXCLUSION DES LITS DE MRS — RUSTHUISBEDDEN MET UITZONDERING VAN RVT- BEDDEN			
Communauté/Région — Gemeenschap/Gewest	Agréés — Erkend	Accords de principe, autorisations préalables ou assimilés — Principiële akkoorden, vooraafgaande vergunning of daarmee gelijkgestelde	Pouvant être agréés en 1997 — Die in 1997 kunnen worden erkend
COCOF	4261	1007	599
COCOM	8516	850	850
Vlaamse Gemeenschap	46967	13301	1500
Région wallonne	39911	3663	2161
Deutschsprachige Gemeinschaft	501	64	64

Annexe 2 - Bijlage 2

LITS DE MAISON DE REPOS ET DE SOINS BEDDEN VAN RUST- EN VERZORGINGSHUIZEN				
Communauté/Région — Gemeenschap/Gewest	En maison de repos — In rusthuis	Hors maison de repos — Buiten rusthuis	En portefeuille — In portefeuille	Total — Totaal
COCOF	85	0	0	85
COCOM	984	992	120	2096
Vlaamse Gemeenschap	7870	4598	78	12546
Région wallonne	3972	1200	72	5244
Deutschsprachige Gemeinschaft	155	0	0	155

Ainsi conclu à Bruxelles le 9 juin 1997.

Pour le Gouvernement fédéral :
Le Ministre de la Santé publique et des Pensions,
M. COLLA
La Ministre des Affaires sociales,
Mme M. DE GALAN

Aldus overeengekomen te Brussel op 9 juni 1997.

Voor de federale Regering :
De Minister van Volksgezondheid en Pensioenen,
M. COLLA
De Minister van Sociale Zaken,
Mevr. M. DE GALAN
Voor de Vlaamse Regering :
De Minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid,
Mevr. W. DEMEESTER-DE MEYER
De Minister van Cultuur, Gezin en Welzijn,
L. MARTENS

Für die Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft :

Der Minister-Präsident, Minister für Finanzen, internationale Beziehungen, Gesundheit,
Familie und Senioren, Sport und Tourismus,

J. MARAITE

Pour le Gouvernement wallon :

Le Ministre de l'Action sociale, du Logement et de la Santé,
W. TAMINIAUX

Pour le Collège de la Commission communautaire française
de la Région de Bruxelles-Capitale

Le Ministre compétent pour l'Aide aux Personnes,
Ch. PICQUE

Le Ministre compétent pour la Santé,
E. TOMAS

Pour le Collège réuni de la Commission communautaire commune
de la Région de Bruxelles-Capitale :

Le Ministre compétent pour la Politique de la Santé,
H. HASQUIN

Le Ministre Compétent pour l'Aide aux Personnes
et la Fonction publique,
D. COSUIN

Voor het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeen-
schapscommissie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest :

De Minister bevoegd voor het gezondheidsbeleid,
J. CHABERT

De Minister bevoegd voor Bijstand aan Personen
en Openbaar Ambt,
R. GRIJP

BIJLAGE 2

Begrippenkader.

Thuiszorg: de hulp- en dienstverlening die er specifiek op gericht is de gebruiker te handhaven in zijn natuurlijke thuismilieu;

Residentiële zorg : de hulp en dienstverlening die aan een gebruiker die effectief woont in een rusthuis wordt aangeboden.

Ziekenhuiszorg : de hulp en dienstverlening die aan een gebruiker die tijdelijk verblijft in een ziekenhuis wordt aangeboden.

Gebruiker: iedere natuurlijke persoon die vanuit een bepaalde nood een beroep doet op een bepaalde vorm van zorg;

Nood : een vastgestelde behoefte van de gebruiker en/of zijn mantelzorger(s);

Natuurlijke thuismilieu: de plaats waar de gebruiker effectief woont of inwoont, met uitsluiting van de collectieve woonvormen waar personen op een duurzame wijze verblijven en gehuisvest zijn en waar geheel of gedeeltelijk, de gebruikelijke gezins- en huishoudelijke hulp- en dienst-verlening wordt geboden;

Zelfzorg : de beslissingen en de acties van een natuurlijke persoon in het dagelijkse leven met het oog op het voorzien in de eigen basisbehoeften;

Mantelzorger: elke natuurlijke persoon die op een niet professionele wijze, noch in een georganiseerd verband, hulp en bijstand biedt aan een gebruiker, en als dusdanig deel uitmaakt van het natuurlijk zorgmilieu van de gebruiker ;

Mantelzorg: thuiszorg die geboden wordt door het natuurlijke zorgmilieu van de gebruiker;

Vrijwilliger : de natuurlijke persoon die, op vrijwillige basis en onbezoldigd en in een georganiseerd verband, zijn activiteiten uitvoert;

Vrijwilligerszorg: de thuiszorg die zich onderscheidt van en/of complementair is met de mantelzorg en/of de professionele thuiszorg, en die geboden wordt door personen die, op vrijwillige basis en onbezoldigd en in een georganiseerd verband, hun activiteiten uitvoeren;

Voorziening: een organisatie die zich tot doel stelt één of meer bepaalde vormen van zorg te bieden en/of te organiseren.

Professionele zorgverlener : persoon die tewerkgesteld is in een voorziening en op een professionele wijze zorg verleent;

Georganiseerde thuiszorg: de verzamelnaam voor de zorg aangeboden door een voorziening en door vrijwilligers;

Kortverblijf : een voorziening die aan de gebruiker tijdelijk opvang en verzorging biedt buiten het natuurlijk thuismilieu, en dit als een tijdelijke vervanging en/of ondersteuning van de mantelzorg en/of van de georganiseerde thuiszorg;

Programmatie: een planning in de tijd en in de ruimte van de voorzieningen en hun capaciteit aan de hand van objectief meetbare criteria en dit met het oog op een evenredige spreiding ervan afhankelijk van de noden;

Indicatiestelling : een proces waarin de noden worden vastgesteld volgens een vooraf bepaald stamien, en op basis van op objectieve criteria;

Zorgverlening op maat: de juiste zorgvorm(en) door de juiste perso(o)n(en) verleend aan de gebruiker, overeenkomstig zijn noden, in de juiste hoeveelheid en op het juiste ogenblik;

Registratie: de door de voorzieningen gecoördineerde, systematische gegevensverzameling met betrekking tot de vraag naar thuiszorg, de gebruikers en hun mantelzorgers, de beschikbare zelfzorg en de geboden mantelzorg en georganiseerde thuiszorg;

BIJLAGE 3

Kwaliteit van de woningen.**Tabel 1.** Enkele indicatoren van het comfort van de woning van ouderen in Vlaanderen, 1991 (% van de woningen)

	WC met waterspoeling	Badkamer of douche	Centrale verwarming
Alleenstaanden			
Alle	84	76	53
65-74	84	76	53
75+	74	61	47
Meer persoonshuishoudens			
Alle	93	92	63
65-74	87	86	57
75+	77	70	51

Bron : NIS, Volkstelling 1991

Tabel 2. Kwaliteit van de woningen, peilingsenquête 1982-1983 (% van de woningen)

	60-	60+
Geen gebreken	30,5	15,3
Lichte gebreken	41,8	33,9
Zwaardere gebreken, kleine herstelling	15,5	26,7
Zwaardere gebreken, uitgebreide herstelling	7,4	14,3
Structurele gebreken	1,5	2,4
Onbewoonbaar	3,2	7,4

Bron : NIH, Peilingsenquête 1982-1983

Tabel 3. Kwaliteit van de woningen, Peilingsenquête 1994-1995 (% van de woningen)

Leeftijd	Huurder			Eigenaar		
	30-59	60-69	70-99	30-59	60-69	70-99
Woningen van goede kwaliteit (klein herstel of geen gebreken)	18,1	21,0	23,1	7,0	15,4	25,1
Woningen van middelmatige kwaliteit (lichte renovatie)	20,8	17,4	18,2	17,0	21,4	28,6
Woningen van slechte kwaliteit (uitgebreide renovatie of te vervangen)	61,1	61,5	58,7	76,0	63,2	46,3

Bron : Een uitwendig onderzoek naar de kwaliteit van de woningen in Vlaanderen, p. 174.

BIJLAGE 4

Bevoegdheidsverdeling inzake de residentiële zorg.

onderwerp	Vlaams Minister van Cultuur, Gezin en Welzijn	Vlaams Minister van Financiën, Begroting en Gezondheids beleid	Federale Minister van Tewerkstelling	Federale Minister van Sociale Zaken	Federale Minister van Gezondheids zorg	Federale Minister van Economische Zaken	Federale Minister van Binnenlandse Zaken
programmatie, en afleveren van voorafgaande vergunningen de rust huizen	X						
erkenning en sluiting van rust-huizen	X						
investerings-subsidies (VIPA)		X					
bijkomende RVT/erkenning +intrekking erkenning		X					
tewerkstellingsprojecten			X				
brandveiligheid							X
programmatie RVT					X		
ROB/RVT forfaits				X			
dagprijs-bepaling						X	

BIJLAGE 5

Verenigde Naties : beginselen ten aanzien van de ouderen .**Onafhankelijkheid**

1. Ouderen moeten kunnen beschikken over voldoende voedsel, water, behuizing, kleding en lichamelijke verzorging. Dit alles moet verkregen kunnen worden door het hebben van een eigen inkomen, ondersteuning door gezin en gemeenschap, en door eigen inspanning.
2. Ouderen moeten de gelegenheid hebben om te werken of andere dingen te doen waarmee zij een inkomen kunnen verwerven.
3. Ouderen moeten kunnen meebeslissen over wanneer en hoe snel zij zich uit het arbeidsproces terugtrekken.
4. Ouderen moeten de kans hebben deel te nemen aan aangepaste cursussen en trainingsprogramma's.
5. Ouderen moeten de gelegenheid hebben in een omgeving te wonen die veilig is en aangepast kan worden aan hun (veranderende) behoeften.
6. Ouderen moeten de kans krijgen om zo lang mogelijk thuis te wonen.

Participatie

7. Ouderen moeten blijven deel uitmaken van de maatschappij, actief participeren bij het formuleren en uitvoeren van het beleid dat hen direct aangaat en hun kennis en ervaring delen met de jongere generaties.
8. Aan ouderen moet de gelegenheid geboden worden om manier te vinden en te ontwikkelen om de gemeenschap te dienen als vrijwilligers op die terreinen die passen bij hun capaciteiten en interesses.
9. Ouderen moeten clubs, bewegingen en partijen voor ouderen op kunnen richten.

Zorg

10. Ouderen moeten kunnen profiteren van de gezins- en gemeenschapszorg zoals die er is in de gemeenschap waarin zij leven.
11. Ouderen moeten gebruik kunnen maken van de gezondheidszorg om zowel geestelijk als lichamelijk zo gezond mogelijk te blijven of te worden en ziekten zoveel mogelijk tegen te gaan.
12. Ouderen moeten gebruik kunnen maken van de sociale en rechterlijke diensten om zo hun onafhankelijkheid, bescherming en verzorging te bewaren en vergroten.
13. Ouderen moeten gebruik kunnen maken van huizen en instellingen voor ouderen die hen beschermen, rehabiliteren en sociaal en geestelijk stimuleren in een menselijke en veilige omgeving.

14. Overal waar ouderen ook mogen wonen - thuis, bij familie, in tehuizen of instellingen - moeten hun vrijheden en rechten gerespecteerd worden. Dit houdt in : respect voor hun waardigheid, geloof, behoeften, privacy en het recht over hun eigen verzorging en kwaliteit van leven te beslissen.

Zelfontplooiing

15. Ouderen moeten de kans krijgen zich volledig te ontplooiën.
16. Ouderen moeten toegang hebben tot de opvoedkundige, culturele, geestelijke en recreatieve bronnen van de maatschappij.

Waardigheid

17. Ouderen moeten in waardigheid en veiligheid kunnen leven, vrij van uitbuiting en lichamelijke en geestelijke mishandeling.
18. Ouderen moeten "FAIR" behandeld worden, onafhankelijk van leeftijd, geslacht, ras, etnische achtergrond, handicap of wat dan ook. Zij moeten gerespecteerd worden zonder dat hun economische inbreng een rol speelt.

United Nations Principles for Older Persons, resolutie 46/91, 1991.

SENIORWEB/06/09/97

BIJLAGE 6

**Aanvullend protocol bij het Europees Sociaal Handvest
26/09/1996.**

In het Belgisch Staatsblad van 26 maart 11. verscheen de wet houdende instemming met het aanvullend Protocol bij het Europees Sociaal Handvest. Op grond van artikel 4 van deze wet verbinden de partijen (dit zijn de diverse landen die het Handvest hebben ondertekend, waaronder België) er zich onder meer toe :

Ten einde de doeltreffende uitoefening te waarborgen van het recht van ouderen op sociale bescherming, verbinden de Partijen zich ertoe, hetzij rechtstreeks, hetzij in samenwerking met openbare of particuliere instanties, passende maatregelen te nemen of te bevorderen die er met name op gericht zijn :

Ouderen in staat te stellen zolang mogelijk volledig lid te blijven van de maatschappij, door middel van :

- a) voldoende middelen om hen in staat te stellen een fatsoenlijk bestaan te leiden en actief deel te nemen aan het openbare, maatschappelijke en culturele leven
- b) verschaffing van informatie over de diensten en voorzieningen beschikbaar voor ouderen en de mogelijkheden voor hen om hiervan gebruik te maken

Ouderen in staat te stellen vrijelijk hun levensstijl te kiezen en een onafhankelijk bestaan te leiden in hun gewone omgeving, zolang zij dit wensen en kunnen, door middel van :

- a) het beschikbaar stellen van huisvesting aangepast aan hun behoeften en hun gezondheidstoestand, dan wel van passende bijstand bij de aanpassing van de woning
- b) de gezondheidszorg en diensten die in verband met hun toestand nodig zijn

Ouderen die in tehuizen wonen passende hulp, respect voor het privé-leven, en deelname aan de vaststelling van de leefomstandigheden in het tehuis te verzekeren.

BIJLAGE 7

Zitgaven Vlaamse Gemeenschap gezins-bejaardenhulp

jaartal	VZW	O.C.M.W.
1988	2.454.880.951	629.571.435
1989	2.648.206.468	685.775.409
1990	2.959.682.666	768.965.166
1991	3.632.908.332	906.053.110
1992	3.947.117.746	954.520.370
1993	4.293.308.946	989.174.914
1994	4.784.965.973	1.086.343.117
1995	5.033.809.484	1.128.025.405

Statistische gegevens, '88-'95 Vlaamse Gemeenschap, 1997

Zitgaven Vlaamse Gemeenschap dagverzorgingscentra

jaartal	VZW	O.C.M.W.
1993	6.854.580	1.772.700
1994	7.482.087	2.889.467
1995	7.540.700	2.921.320
1996	23.189.200	7.433.620

Zitgaven Vlaamse Gemeenschap dienstencentra

jaartal	VZW	O.C.M.W.
1993	2.063.000	11.450.000
1994	3.343.602	12.912.500
1995	2.860.763	12.812.500
1996	2.917.767	13.662.500

BIJLAGE 8

Begroting en uitgaven RIZIV : rusthuizen België*Rusthuizen RIZIV- budget : 1993-1997.*

Jaartal	RIZIV-budget voor de rusthuizen	% jaarlijkse toename/afname
1993	9.346.500.000	/
1994	9.826.000.000	5,1%
1995	11.100.000.000	13%
1996	12.781.000.000	15%
1997	13.961.000.000	9%

*Informatiebron RIZIV dd. 19/2/97**Rusthuis - RIZIV-uitgaven : 1992-1995.*

Jaartal	RIZIV- uitgaven voor de rusthuizen	% jaarlijkse toename/afname
1992	8.125.700.000	/
1993	9.090.400.000	12%
1994	10.520.400.000	16%
1995	12.304.100.000	17%

Informatiebron RIZIV dd. 19/2/97

Bij de vaststelling van de toename van het RIZIV-budget dient men rekening te houden met de volgende aspecten :

- ① de toenemende vergrijzing
- ② de toenemende graad van zorgbehoefte van de residenten die verblijven in de rusthuizen
- ③ de loon- en wedde-aanpassingen in de sector die gelden vanaf 1991
- ④ de indexeringen
- ⑤ de evolutie van de medische wetenschap en technologie die kortere ligduur in de acute ziekenhuiszorg tot gevolg heeft
- ⑥ het federaal gezondheidszorgbeleid dat de kortere ligduur in de ziekenhuizen nastreeft

BIJLAGE 8

Begroting en uitgaven RIZIV: RVT's België*RIZIV- budget RVT.*

1992	7.702.500.000	/
1993	8.954.600.000	11,25%
1994	9.423.000.000	5,23%
1995	10.197.100.000	8,21%
1996	11.472.400.000	12,50%

RIZIV- uitgaven RVT.

1993	8.804.600.000	/
1994	9.549.300.000	8,45%
1995	10.569.200.000	10,68%
1996	11.381.200.000	7,68%

BIJLAGE 9

Geraadpleegde literatuur.

Zorgcircuits voor hulpbehoevende hoogbejaarden. J. Breda, A., S. Crets en L. Lauwereys. Federale diensten voor Wetenschappelijke, Technische en Culturele Aangelegenheden. Programma Maatschappelijk Onderzoek. Sociale Diensten. 1995.

Zorg aan chronisch-behoefte bejaarden. J. Breda, A., Van pellicom en S. Crets. Federale diensten voor Wetenschappelijke, Technische en Culturele Aangelegenheden. Programma Publieke Economie. Sociale Zekerheid. 1996.

Zorg voor bejaarden in nood. J. Breda, A. Van pellicom, S. Crets, UIA-UFSIA; Departement Sociologie en Sociaal Beleid, Onderzoeksgroep Sociologie van de Welzijnszorg, februari 1996.

Ouderen in solidariteit. Vlaams Welzijnscongres, 1993. Congresboek, Uitgeverij Kluwer Editorial.

Eenzaamheid bij bejaarde weduwen en gehuwde vrouwen. G. Dooghe en L. Vanderleyden, Bevolking en Gezin, 1978, 1, 35-36.

De vergrijste toekomst. Ouderen in maatschappelijk perspectief. Gilbert Dooghe, 1995, Uitgeverij, ACCO.

Situering van de ouderenpopulatie in relatie tot vallen, Gilbert Dooghe, in Verslagboek Congres preventie van ongevallen bij ouderen in de woning. Rode Kruis, p. 5-12, 1996.

Ouderenmishandeling. G. Dooghe, Welzijnsgids - Noden, ouder worden, afl.20, juni 1996.

Leven in het verzorgingstehuis. Cois De Vleeschouwer, 1997, Uitgeverij Garant.

Aspecten van een fundamentele visie op zorg met bijzondere aandacht voor zorg aan bejaarden. Chris Gastmans, 1997.

Omgaan met beperkte budgetten in de bejaardenzorg. K.U.L. Permanente Vorming. Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschappen. Knokke, 24-25 april 1997.

Rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen. Recente ontwikkelingen en beleidsvoorstellen. Landsbond der Christelijke Mutualiteiten. Katia Versieckt, Departement Onderzoek en Ontwikkeling. 1997.

Het Vlaams beleid naar etnisch-culturele minderheden. Jaarrapport 1996. Interdepartementale Commissie Etnisch-culturele Minderheden, Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap.

Gezondheidsindicatoren, 1995, Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Departement Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Departement Gezondheidszorg, 1997.

Statistische gegevens. Diensten Gezins- en Bejaardenhulp.'88-'95. Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Departement Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Afdeling Welzijnszorg. Team Gezinszorg, 1997.

Woonsituaties van ouderen en financiering van de serviceflats in Vlaanderen, Jozef Pacolet, Ann Van den Cruyce HIVA, 1997.

Oud zijn is geen ziekte. Marleen Teugels. Knack, 2-8 april 1997, nr. 14.

Is deze bejaarde gelijkertan de andere ? Omtrent plaatsing van bejaarden. Jan Van Velthoven en Jo Boeckxstaens. Uitgeverij Garant, Leuven, 1993.

Senior Web, Werkweb, Beleid De VN en ouderen.

De economische gevolgen van de vergrijzing. Weekberichten, Kredietbank, 25 april 1997.

Werkgroep Thuisverzorgers, het ontwerp Actieplan Ouderenbeleid.