

DE VLAAMSE MINISTER VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN

Betreft: conceptnota Vlaams welzijns- en zorgbeleid voor ouderen.
Dichtbij en integraal. Visie en veranderagenda.

INHOUD

1. Inleiding

A. Sleutelwoorden

- 1) Ouderenbeleid
- 2) Welzijns- en zorgbeleid voor ouderen
- 3) Kwetsbaarheid bij ouderen

B. Trends en ontwikkelingen

- 1) Vlaanderen vergrijst en verzilvert
- 2) Hoger opgeleid, vitaler en mondiger
- 3) Gezinsverduunning en toenemend aantal alleenstaanden
- 4) Toenemende diversiteit
- 5) Kansarmoede bij ouderen
- 6) Medische en technologische ontwikkelingen
- 7) Substitutie van de tweedelijns- naar de eerstelijnszorg
- 8) Marktwerking binnen welzijn en zorg

2. Visie en missie

A. Visie

- 1) Universaliteit en gelijkheid
- 2) Solidariteit
- 3) Eigen kracht
- 4) Gedeelde verantwoordelijkheid
- 5) Vermaatschappelijking
- 6) Participatie en integratie
- 7) Persoonsgerichte, vraaggesturde en geïntegreerde zorg en ondersteuning op maat

B. Missie

3. Geïntegreerd welzijns- en zorgbeleid voor oudere personen

- A. Inleiding
- B. Conceptuele raamwerk
- C. Perspectieven
- D. Ter afronding

4. Beleidsinstrumenten

- A. Inclusief Vlaams Ouderenbeleid
- B. Beleid met betrekking tot de informele zorg en ondersteuning
- C. Programmatiebeleid
- D. Erkenningsbeleid
- E. Beleid met betrekking tot de infrastructuur
- F. Kwaliteitsbeleid
- G. Medewerkersbeleid
- H. Het financieel beleid
- I. Innovatiebeleid
- J. Beleid zorgorganisatie

5. Slotbeschouwingen

6. Voorstel van beslissing

Bijlagen

- 1) Begrippenkader
- 2) Demografische gegevens
- 3) Programmatiecijfers en invulling de programmatie
- 4) Cijfergegevens mantelzorg in vlaanderen
- 5) Lijst van websites
- 6) Lijst met afkortingen

verdragen, wetgeving, verordeningen, richtlijnen en andere besluiten. Daarnaast dient ook de rol van de lokale besturen in ogenschouw te worden genomen.

Diverse overgangsprotocollen tussen de gemeenschappen en de federale overheid zorgen ervoor dat de feitelijke bevoegdheidsoverdracht geleidelijk aan wordt gerealiseerd. Vlaanderen kiest er voor in een eerste fase de bevoegdheden en de daaraan verbonden regelgeving en financiering in te kantelen in bestaande of, waar nodig, nieuwe structuren. Zo beogen we het financiële luik van de overgedragen bevoegdheden (RIZIV zorgfinanciering en THAB) te integreren in een systeem van Vlaamse sociale bescherming met een op te richten Vlaams Agentschap Vlaamse Sociale Bescherming. Ook is de federale RVT-regelgeving op te nemen in de bijlage van het uitvoeringsbesluit van het woonzorgdecreet voor de woonzorgcentra.

In deze eerste fase hebben we voornamelijk de continuïteit van het gevoerde beleid op het oog. In een tweede fase wordt een belangrijke transitie in het vooruitzicht gesteld. Zowel de huidige zorginhoudelijke, organisatorische, als financiële uitgangspunten van het Vlaamse welzijns- en zorgbeleid zullen kritisch worden geanalyseerd en afgetoetst aan nieuwe inzichten, en waar nodig, bijgestuurd. Doel is te komen tot een vraaggestuurde, persoonsgerichte zorg en ondersteuning van ouderen. Zij worden hierbij geruggesteund door een persoonsvolgend financieringssysteem, waarbij de oudere persoon - na inschaling - zelf kan beslissen hoe het daaruit af te leiden zorgvolume wordt omgezet in te leveren zorg en ondersteuning.

In deze conceptnota wordt bewust gesproken over 'een welzijns- en zorgbeleid' voor oudere personen. Wanneer ouderen gevraagd worden naar aspecten van levenskwaliteit, wordt al snel duidelijk dat zij naast gezondheid en beschikbaarheid van zorg ook belang hechten aan de mogelijkheid om thuis te kunnen blijven wonen, het beschikken over een aangepaste woning, activiteiten te continueren die aan het leven betekenis geven, het bijdragen aan de familie en de gemeenschap, zich veilig voelen en zelfstandig te blijven, eigen keuzes te maken. Ook aan autonoom kunnen handelen, privacy en waardigheid, vrij van enige vorm van discriminatie of misbehandeling, zich niet tot last voelen van hun familie of burens vinden zij waardevol. Welzijn en (gezondheids-) zorg gaan hand in hand om bij te dragen aan de levenskwaliteit.

De voorliggende conceptnota heeft niet de pretentie om alle aspecten van het welzijns- en zorgbeleid te omvatten en uit te diepen. We hebben de meest in het oog springende en belangrijkste aandachtscategorieën opgelijst, voorzien van een oriënterende tekst en acties geformuleerd die kunnen worden gerealiseerd op korte en op lange termijn. De nota focust de aandacht op onder andere de afstemming en integratie van opdrachten en taakstellingen en het vermijden van overlap tussen de diverse voorzieningen. Tegelijkertijd willen we de vragen, noden, autonomie, keuzevrijheid en de kwaliteit van leven van de oudere persoon centraal stellen. Het is dan ook belangrijk de nota in samenhang en complementair te zien met de ontwikkelingen op vlak van de Vlaamse sociale bescherming, de eerstelijnszorg, de geestelijke gezondheidszorg en het welzijnszorg.

Het finale doel is om tegen 2018 een performant Vlaams welzijns- en zorgbeleid voor ouderen in de stijgers te hebben staan dat, inclusief waar mogelijk, doelgroepspecifiek waar nodig, in staat is de toenemende vraag naar aangepaste woon-, zorg- en ondersteuningsvormen voor de ouder wordende Vlaming op adequate wijze te beantwoorden. Deze doelstelling kan enkel bereikt worden, wanneer alle betrokken partijen (de ouderen zelf, de informele en professionele zorgverleners/zorgverstrekkers, zorgorganisaties, ziekenfondsen, de sociale

partners en de diverse bevoegde overheden) zich engageren om de hand aan de ploeg te slaan, en in een open geest van samenspraak en overleg de noodzakelijke stappen te zetten.

Onvermijdelijk brengt dit omvangrijke veranderingsproces onzekerheid en frictie teweeg. We zijn er echter van overtuigd dat we de weg van de transitie moeten inslaan. Dit zijn we verplicht aan de ouderen van vandaag, en aan de ouderen van morgen.

A. SLEUTELWOORDEN

Bij de bespreking van het beleid inzake welzijn en zorg voor ouderen is het gepast dat enkele cruciale sleutelwoorden worden omschreven. Eenduidig taalgebruik ondersteunt en bevordert de dialoog tussen alle betrokkenen en vermijdt spraakverwarring. Willen we elkaar begrijpen dan is eenheid van taal en begrippen onontbeerlijk.

Elke persoon is uniek en verbijzondert zich bij toenemende leeftijd. Dé oudere persoon bestaat niet. Leeftijd is dus eigenlijk geen goed criterium om een welzijns- en zorgbeleid op te oriënteren. Een leeftijdsonafhankelijk beleid zou het uitgangspunt moeten zijn. Niettemin stellen we vast dat mensen in bepaalde levensfasen specifieke ondersteunings- en zorgvragen hebben, die beleidsmatig een bijzondere aandacht vragen. Bij het jonge kind zal gezin, opvoeding en onderwijs belangrijk zijn. Bij een oudere persoon aangepast wonen, zinvolle dagbesteding, zorg en ondersteuning in de vertrouwde omgeving. Naarmate de leeftijd verhoogt, neemt de kans op kwetsbaarheid toe. Dit moeten we als samenleving aanvaarden en het daagt ons uit om ons hierop te organiseren.

In het kader van het welzijns- en zorgbeleid voor ouderen worden hieronder drie kernbegrippen omschreven die richtinggevend zijn, met name: (1) ouderenbeleid, (3) welzijns- en zorgbeleid voor ouderen en kwetsbaarheid².

1. Ouderenbeleid³

Ouderenbeleid is het algemeen en inclusief beleid dat er op gericht is actief ouder worden voor iedereen mogelijk te maken. Actief ouder worden houdt in dat ieder individu zo lang als mogelijk de regie over het eigen leven in handen houdt en in zijn levensomstandigheden gebruik maakt van zijn competenties om ouder te worden, op een manier die zijn sociale, mentale, fysieke en spirituele welzijn en zijn volwaardige participatie aan de samenleving bevordert.

Het Vlaams ouderenbeleid creëert de voorwaarden om:

- de toegang van elke oudere persoon tot de economische, sociale en culturele rechten te waarborgen;
- discriminatie en sociale uitsluiting op basis van leeftijd te voorkomen en te verminderen;
- de deelname van ouderen aan de evaluatie van dit beleid mogelijk te maken;
- een inclusief, gecoördineerd en samenhangend beleid te verwezenlijken.

Richtinggevend bij de vormgeving en de realisatie van het ouderenbeleid voor ouderen is de universele verklaring van de rechten van de mens (Verenigde Naties, 1948) en de aanbeveling CM/Rec (2014)² van het Comité van Minister van de Raad van Europa aan de Lidstaten inzake de bevordering van de mensenrechten van oudere personen⁴.

² In bijlage 1 worden bijkomend de volgende begrippen omschreven: cliënt, mantelzorger, vrijwilliger, professionele zorgverlener, woonzorg-voorziening, eerstelijnszorg, buurtzorg, nabij zorg, persoonsgerichte financiering, persoonsvolgende financiering, persoonsgeboden financiering en zorgorganisatie.

³ In de Vlaamse regelgeving (woonzorgdecreet) wordt onder oudere personen beschouwd zij die 65 jaar of ouder zijn.

⁴ http://www.age-platform.eu/images/Raad_van_Europa_toevoegsel_aanbeveling_CM-Rec2014-Dutch_translation.pdf.

2. Welzijns- en zorgbeleid voor ouderen

Mensen kunnen ten gevolge het ouder worden problemen ervaren op lichamelijk, geestelijk, sociaal en spiritueel vlak waardoor het zelfstandig functioneren en de kwaliteit van het leven mogelijks negatief beïnvloed wordt. Het welzijns- en zorgbeleid voor ouderen is het beleid dat er zich specifiek op richt de autonomie, de waardigheid, de integriteit en de levenskwaliteit van (zorgbehoevende) ouderen te behouden, te herstellen, te ondersteunen of daar waar mogelijk te verbeteren.

Richtinggevend bij de vormgeving en de realisatie van het welzijns- en zorgbeleid voor ouderen is het Europees Charter voor de rechten en verantwoordelijkheden van ouderen met een langdurige zorg- of hulpbehoefte (2010, Daphne III Programma Europese Gemeenschap⁵).

3. Kwetsbaarheid bij ouderen

Kwetsbaarheid bij ouderen is een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve welzijns- en gezondheidsuitkomsten (verlies autonomie, verminderde levenskwaliteit, functiebeperkingen, opname, overlijden,...).⁶ Toenemende kwetsbaarheid is onderdeel van het leven. Ouderen dragen mede een verantwoordelijkheid om, onder andere, via een gezonde levensstijl vroegtijdige kwetsbaarheid te voorkomen. Met het oog op het voorkomen van kwetsbaarheid is het van belang om ouderen te informeren en te sensibiliseren over de meerwaarde van een gezonde levensstijl. Lokale overheden, dienstencentra en verenigingen kunnen hierbij een betekenisvolle preventieve rol spelen. Daarnaast is het eveneens essentieel dat signalen van kwetsbaarheid vroegtijdig herkend worden en inspanningen worden gedaan om deze te beperken. Belangrijk hierbij is dat niet gewacht wordt tot de kwetsbaarheid wordt vastgesteld, maar dat ouderen zich hierop voorbereiden, samen met hun familie, brede context en informele/formele zorgverleners. Kwetsbaarheid impliceert vaak afhankelijkheid van de hulp van derden en houdt risico's in op vlak van mis(be-) handeling in. Het voorkomen van en/of tijdig signaleren van ouderenmis-(be-)handeling is hierbij noodzakelijk.

In periodes van kwetsbaarheid zijn erkenning en menselijke waardigheid belangrijke hoekstenen van goede zorg en ondersteuning. Waardigheid heeft betrekking op de wijze hoe we de zorg en ondersteuning verlenen en wat daarmee (al dan niet) wordt uitgedrukt⁷. Het houdt verband met waarden als autonomie, zelfbeschikking, integriteit en een respectvolle bejegening. Bij goede zorg aan kwetsbare ouderen staat de 'mens' centraal, als unieke persoon en wordt hij of zij niet gereduceerd tot 'de' oudere, 'de' cliënt, zijn gebreken of ziektes.

⁵ http://www.age-platform.eu/images/stories/22204_AGE_charte_europeenne_NL_v2.pdf

⁶ Naar Van Campen, C. (red.), (2011). Kwetsbare ouderen. Nederlands Sociaal en Cultureel Planbureau. De Haag.

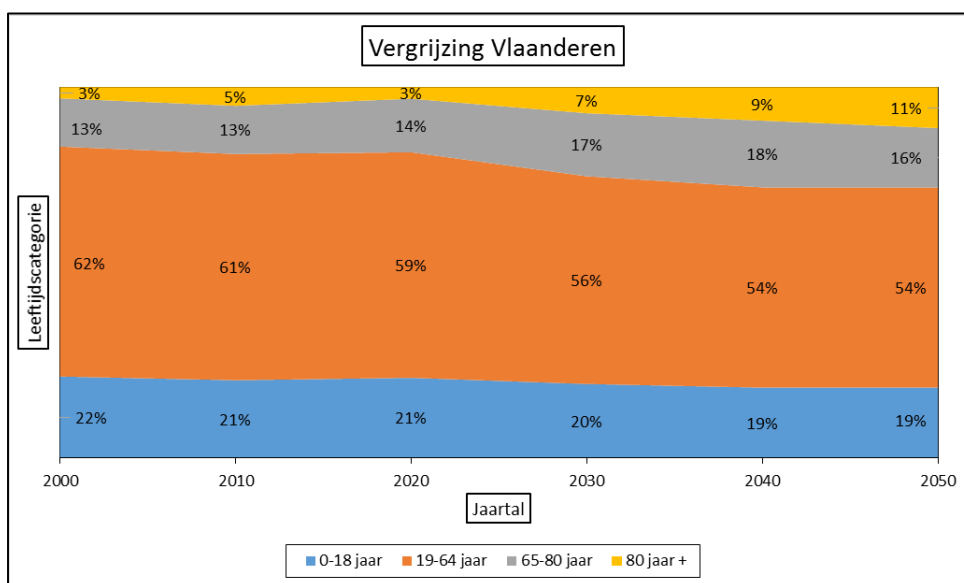
⁷ Vanlaere, L. & Gastmans, C., (2010). Zorg aan zet. Ethisch omgaan met ouderen. Uitgeverij Davidsfonds Leuven, p. 28.

B. TRENDS EN ONTWIKKELINGEN

De wijze waarop oudere personen leven, wonen en verzorgd willen worden, verandert continu, alsook de wijze waarop de voorzieningen voor wonen, welzijn en zorg en de samenleving hieraan vorm geven. Dit heeft te maken met onder andere demografische evoluties, veranderende sociaal-maatschappelijke opvattingen en wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen. Deze realiteit dwingt Vlaanderen om actief op zoek te gaan naar een aangepast beleid dat inspelt op de diverse veranderingen die hiermee gepaard gaan.

1. Vlaanderen vergrijsst en verzilvert

In 2020 zal één Vlaming op vijf 65 jaar en ouder zijn. In 2030 zal dit 1 op 4 zijn. In 2010 bedroeg het aantal 80-plussers 5 % van de totale Vlaamse bevolking, in 2030 zal dit 7 % zijn en in 2040 9 %. Mogelijks kunnen deze cijfers nog een onderschatting zijn van het effectief aantal 80-plussers. De demografische voorspellingen baseren zich op ontwikkelingen in het verleden. Zij houden geen rekening met het denkbare demografisch effect van nieuwe ontwikkelingen in de geneeskunde en de technologie (deze cijfergegevens dient men te lezen exclusief het effect van mogelijke migratie, wat een onzekere factor is).



Bron: Vermeulen, B., Demaerschalk, M. en Declercq, A. (2011), De Vlaamse Ouderen Zorg Studie: methodologisch rapport. SWVG, rapport 15, p. 9

(http://www.kuleuven.be/lucas/pub/publi_upload/2011_VoZs_Methodologischrapport.pdf).

Verwerkt met de oorspronkelijke cijfers (bevolkingsvooruitzichten 2007-2060):

http://www.plan.be/admin/uploaded/200805081112550.pp105_nl.pdf

In 2014 heeft een vrouw die geboren wordt in België een gemiddelde levensverwachting van 83,50 jaar. Voor een man is dit 78,56 jaar. In 2060 wordt de geschatte levensverwachting voor mannen 86,70 jaar, en bijna 89,08 jaar voor vrouwen.⁸ Dit betekent dat de levensverwachting op 47 jaar tijd dus toeneemt met meer dan acht jaar voor mannen en zes jaar voor vrouwen.

⁸ FOD Economie http://statbel.fgov.be/nl/binaries/PERSBERICHT%20Levensverwachting%202014_tcm325-270847.pdf

Vele mensen worden vandaag de dag in goede gezondheid oud. Zelfs met een of meerdere chronische ziekten slagen oudere personen er in om comfortabel, actief en zelfstandig te leven. Echter, omwille van het gegeven dat het aandeel van personen van 65 jaar en ouder in absolute aantallen zal toenemen, zullen leeftijdsgerelateerde welzijns- en gezondheidsnoden een aanzienlijke impact hebben op de vraag naar welzijns- en gezondheidszorg. De stijging van de levensverwachting en de vergrijzing van onze samenleving zijn belangrijke factoren in de toename van het aantal chronisch zieken. Het gevaar van de ontwikkeling van een co-morbiditeit (nevenaandoening) neemt toe naarmate de leeftijd stijgt. Fysieke klachten kunnen samen met psychische en sociale beperkingen leiden tot kwetsbaarheid.

2. Hoger opgeleid, vitaler en mondiger

Het aantal ouderen dat relatief goed opgeleid en vermogend is, stijgt. Oudere personen van vandaag zijn beter en meer geïnformeerd, kritischer en mondiger, dan pakweg 50 jaar geleden. Hoe hoger iemand is opgeleid, hoe beter zijn gezondheid. De gezondheidsenquête van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) van 2013⁹ rapporteert een betere gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit bij hoogopgeleide personen dan bij laagopgeleide personen. Hoe lager de scholing is, hoe groter het risico op een slechtere kwaliteit van leven, meer lijden, meer chronische aandoeningen, minder goede geestelijke gezondheid en meer langdurige functionele beperkingen. Een actief leven (active ageing) heeft een positieve impact op het welzijn en de gezondheid van mensen.

De toenemende vitaliteit van oudere personen verhoogt hun mogelijkheden om tot op hoge leeftijd te participeren aan de samenleving en zich in te zetten voor het welzijn van anderen via vrijwilligerswerk of mantelzorg. De ouderen van vandaag en morgen zijn in een toenemende mate in staat hun wensen te uiten en te realiseren. Zij hechten daarom veel belang aan keuzevrijheid en regie over het eigen leven en de zorg in handen te houden. Zij wensen aangesproken te worden op hun competenties, op wat ze wél nog kunnen, en niet op het verlies aan functies en mogelijkheden. Ze willen zinvol ouder worden, van betekenis zijn en actief blijven binnen de samenleving, ook bij toenemende kwetsbaarheid. Deze trend is een unieke kans om de maatschappelijke betekenis van ouderen te waarderen en deze daadwerkelijk in te zetten. Inter- en intragenerationele solidariteit draagt ontegensprekelijk bij aan de vitaliteit en dynamiek van een samenleving.

3. Gezinsverdunning, toenemend aantal alleenstaanden en druk op de mantelzorgers

De samenleving wordt ook gekenmerkt door een toenemende gezinsverdunning, dit vertaalt zich vooral in een stijging van een- en tweepersoonshuishoudens en is voornamelijk toe te schrijven aan de vergrijzing en een toenemende echtscheidingskans. De groep alleenwonenden zal verder vervrouwelijken én verouderen. Tussen 2008 en 2028 komen er ongeveer 160.000 alleenwonenden bij, waarvan de helft 80 jaar of ouder is, vaak gecombineerd met een klein sociaal netwerk. Met het toenemend aantal eenpersoonshuishoudens en langer (alleen) thuis wonen zal het eenzaamheidsvraagstuk alleen maar groter worden. Dit vormt een bedreiging voor de psychische en sociale gezondheid van ouderen¹⁰. Een van de grootste uitdagingen inzake preventie bij ouderen is dan ook het voorkomen van isolement, vereenzaming en verwaarlozing.

⁹ https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20%20documenten/summ_HS_NL_2013.pdf

¹⁰ Beter oud. Een breed gedragen toekomstvisie en veranderagenda voor wonen, welzijn en zorg voor ouderen in een kwetsbare positie. Nationaal Programma Ouderenzorg. Nederland. 2015, p. 30.

Noemenswaardig is tevens de trend van het tweeverdienersmodel dat, naast veel positieve aspecten op vlak van de welvaart, een impact heeft op de beschikbaarheid van de mantelzorg en de sociale omkadering voor ouderen. Tweeverdieners die aan mantelzorg doen, worden vaak geconfronteerd met de complexiteit van de diverse rollen die zij trachten waar te maken. Ook de verhoging van de pensioenleeftijd heeft een invloed op de beschikbaarheid van mantelzorg.

4. Toenemende diversiteit

De samenleving wordt gekenmerkt door een toenemende diversiteit. Zij is niet enkel divers in termen van etnisch-culturele achtergrond, maar ook in de geloofsovertuiging, seksuele voorkeuren, inkomen, gezondheid, sociale vaardigheden, ... Deze trend zet zich door bij de oudere bevolking en vraagt van het ouderen(zorg-)beleid bijzondere aandacht voor de wensen en behoeften van specifieke doelgroepen bij ouderen.

Het aantal ouderen met een buitenlandse herkomst zal de volgende jaren toenemen, alsook actief blijven deelnemen aan het maatschappelijke leven. Mogelijks zullen zij ook een beroep doen op informele en formele vormen van welzijns- en gezondheidszorg. De specifieke aandacht voor hun cultuurgebonden verwachtingen en noden kan regionaal verschillen (stedelijk versus landelijk en tussen de provincies onderling) tengevolge van maatschappelijke, economische en historische achtergronden.

Overzicht bevolking herkomst bevolking 65 jaar en ouder Vlaams Gewest – cijfers 2009-2013¹¹

	Totale bevolking	Belgische herkomst	Buitenlandse herkomst	Buitenlandse herkomst (%)	Herkomst niet gekend	EU-herkomst	EU-herkomst (%)	niet-EU-herkomst	niet-EU-herkomst (%)
2009	ift: 65-79j	816.560	773582	43141	5,28	530	30267	12874	1,58
	ift: 80+j	299.847	290810	9029	3,01	828	7448	1581	0,53
	ift: 65j+	1.116.407	1064392	52170	4,67	1358	37715	14455	1,29
2010	ift: 65-79j	823.783	778337	45534	5,53	580	31758	13776	1,67
	ift: 80+j	311.262	301699	9552	3,07	1006	7797	1755	0,56
	ift: 65j+	1.135.045	1080036	55086	4,85	1586	39555	15531	1,37
2011	ift: 65-79j	828.071	780434	47657	5,76	545	33041	14616	1,77
	ift: 80+j	325.277	314968	10310	3,17	1009	8238	2072	0,64
	ift: 65j+	1.153.348	1095402	58177	5,04	1554	41279	16898	1,47
2012	ift: 65-79j	840.169	789452	50736	6,04	643	35014	15722	1,87
	ift: 80+j	339.643	328809	10804	3,18	1647	8535	2269	0,67
	ift: 65j+	1.179.812	1118261	61787	5,24	2290	43549	18238	1,55
2013	ift: 65-79j	849.754	796429	53343	6,28	650	36930	16413	1,93
	ift: 80+j	351.211	339767	11422	3,25	1946	8877	2545	0,72
	ift: 65j+	1.200.965	1136196	65035	5,42	2596	45807	19228	1,60

De bovenstaande tabel maakt inzichtelijk dat in de periode van 2009 tot 2013 het aantal 65+ met een buitenlandse herkomst in Vlaanderen van 4,57% (52.170 personen) naar 5,42% (65.035) toenam. In absolute cijfers vertegenwoordigt dit een toename van 12.865 personen op een periode 5 jaar. In 2009 was 3,38 % van de Vlaamse bevolking van 65 jaar en ouder afkomstig uit een EU-land, 1,29% uit een niet EU-land. In 2013 bedroeg dit respectievelijk 3,81% en 1,60%. De Vlaamse Migratie- en Integratiemonitor 2015 schets een goed beeld van de toenemende diversiteit in Vlaanderen en kan hierover geconsulteerd worden.¹²

¹¹ DB Demografie - op basis van de tabel bevolkingsobservaties uit het datawarehouse van de Studiedienst van de Vlaamse Regering. Bron herkomst bevolking: Datawarehouse Arbeidsmarkt en Sociale Bescherming, Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid, bewerking Studiedienst Vlaamse Regering.

¹² Vlaamse Migratie- en Integratiemonitor 2015. <http://www4.vlaanderen.be/sites/svr/Pages/2016-01-06-vmim2015.aspx>

5. Kansarmoede bij ouderen

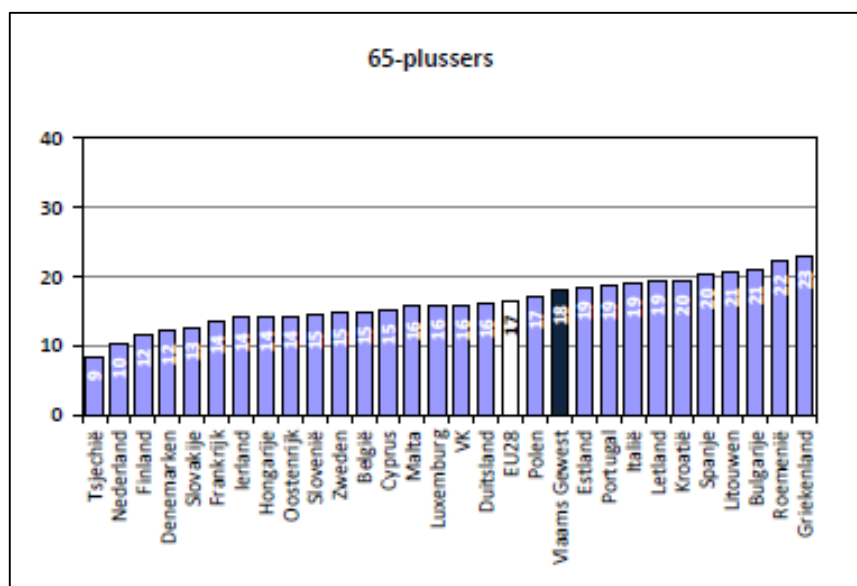
De armoedemonitor 2015 van de studiedienst van de Vlaamse regering¹³ stelt vast dat vooral personen ouder dan 65 jaar minder goed scoren voor wat het armoederisico betreft. De minder goede positie van de Vlaamse ouderen blijkt tegelijk uit het feit dat bijna 1 op de 3 van het totale aantal personen onder de armoederisicodrempel 65 jaar of ouder is. Dit kan deels verklaard worden door het feit dat het armoederisicopercentage enkel rekening houdt met het ontvangen huishoudinkomen uit arbeid, vermogen, eigendom en sociale transferts en niet met de volledige waarde van eventueel beschikbare spaartegoeden of eigendommen of met eventuele afwezigheid van woonuitgaven doordat de eigen woning al is afbetaald. Maar ook in Europees perspectief scoren de Vlaamse ouderen niet goed. Terwijl Vlaanderen bij de leeftijdsgroepen tot 50 jaar telkens de top haalt van de Europese rangschikking, zakt ze bij de personen van 65 jaar en ouder naar de 19^{de} plaats in de ranglijst.

In 2013 bedroeg het armoederisico voor de Vlaamse gepensioneerden 17,9 %. Bij de totale Vlaamse bevolking bedroeg dit 10,8%. De cijfers in onderstaande tabel geven een afname aan van het armoederisico bij 65-plussers, terwijl het aandeel onder de armoededrempel bij de totale bevolking min of meer gelijk is gebleven.

Tabel: evolutie armoederisico bij Vlaamse gepensioneerden en de totale bevolking periode 2009-2013¹⁴.

	2009	2010	2011	2012	2013
65+	20,2	18,7	18,1	19,3	17,9
Totale bevolking	10,1	10,4	9,8	11,0	10,8

Grafiek: bevolking onder de armoederisicodrempel: Europese vergelijking risicogroepen 2012, 65-plussers¹⁵.

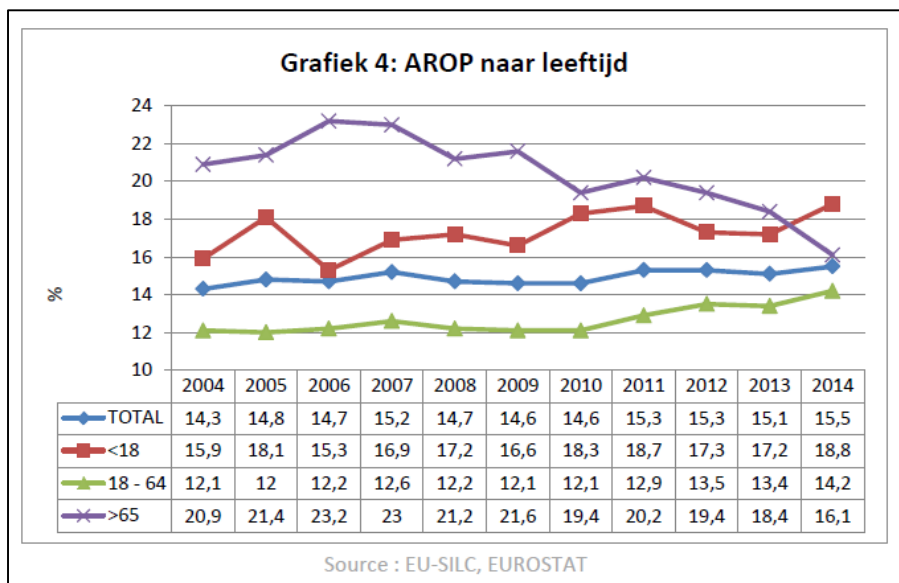


¹³ <http://www4.vlaanderen.be/sites/svr/Pages/2014-07-01-armoedemonitor2014.aspx>

¹⁴ EU-SILC, Algemene Directie Statistiek – bewerking Studiedienst van de Vlaamse Regering.

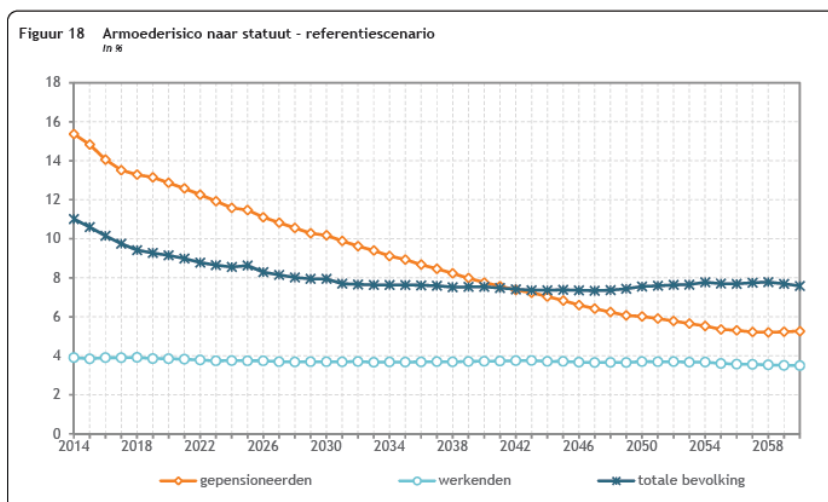
¹⁵ Armoedemonitor. Studiedienst Vlaamse regering, juni 2015, p. 32.

Grafiek: armoederisico voor totale bevolking voor België, personen met een laag opleidingsniveau (18-64) en ouderen (65+) – EU-SILC, Eurostat 2015.



Het FOD-rapport van april 2015¹⁶ rond armoede maakt inzichtelijk dat het armoederisico bij ouderen geleidelijk aan het dalen is. Deze daling is vooral te wijten aan de periodieke verhogingen van de laagste pensioenen en van de betere inkomenspositie van de jongste generatie ouderen omdat meer vrouwen eigen pensioenrechten hebben opgebouwd. Onderstaande grafiek maakt inzichtelijk dat men voorspelt dat in de komende jaren/decennia het armoederisico voor gepensioneerden zal dalen.

Grafiek: armoederisico naar statuut – referentiescenario – 2014-2058¹⁷.



¹⁶ Evolutie van de sociale situatie en van de sociale bescherming in België. Synthese. Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid, oktober 2015. <http://www.socialsecurity.belgium.be/sites/default/files/analyse-sociale-situatie-en-bescherming-belgie-2015-actualisering-oktober-nl.pdf>

¹⁷ Jaarverslag Studiecommissie voor de vergrijzing. (p.55-56) <http://www.plan.be/publications/publication-1476-nl-hoge+raad+van+financien+studiecommissie+voor+de+vergrijzing+jaarlijks+verslag>

Maar, ondanks de relatieve daling van de armoede onder ouderen, blijft het armoederisico in deze bevolkingsgroep een aandachtspunt. Armoede leidt immers tot een lagere cultuurparticipatie, minder sociale contacten, minder goede woonomstandigheden en uitstel van gezondheidszorgen. Armoede wordt niet enkel bepaald door het inkomen of vermogen van een persoon, maar eveneens door de uitgaven waarmee deze zich geconfronteerd weet. Ouderen kampen vaker met hogere gezondheidskosten en extra kosten voor thuiszorg en – hulp. Dit kan een belangrijke impact op hun budget hebben. Gecummuleerde kosten voor de inzet van zorg kan oudere personen in financiële problemen brengen. Tevens dient er rekening gehouden te worden met de vaststelling dat toch wat oudere personen die hun huis afbetaald hebben, de financiële middelen niet meer hebben om het huis duurzaam te onderhouden of aan te passen aan hun persoonlijke (zorg)behoeften.

6. Medische en technologische ontwikkelingen en innovaties

De medische wetenschap staat niet stil. De afgelopen decennia is de interesse op vlak van geriatrie en gerontologie toegenomen. Wetenschappelijk onderzoek neemt steeds meer de specifieke noden van ouderen onder de loep en nieuwe inzichten moedigen de zorgpraktijk, zorgorganisatie en zorgbeleid aan om veranderingen door te voeren. Nieuwe geneesmiddelen, technieken, innovaties en behandelmethoden zorgen er mee voor dat de gemiddelde levensverwachting blijft toenemen. De digitalisering van het zorg- en ondersteuningsdossier maakt het mogelijk snel en accuraat gegevens interdisciplinair te delen en uit te wisselen.

Ook op vlak van de technologie zijn de ontwikkelingen veelbelovend. Diverse proefprojecten en domotica- en ICT-toepassingen ondersteunen oudere personen in hun zelfstandig leven en wonen in de hun vertrouwde en veilige leefomgeving. Door de gerichte aanwending van technologie kan de zorg efficiënter en effectiever georganiseerd en uitgevoerd worden (electronisch zorgdossier, dwaal- en valdetectie, eHealth, Vitalink, m-health, assistieve technologie, nano-technologie...) en zal ongetwijfeld een impact hebben op de rollen van de diverse zorgverleners/verstrekkers/zorgvoorzieningen, alsook op de organisatie en de financiering van de zorg en ondersteuning.

Belangrijk aandachtspunt is hier de ethisch verantwoorde aanwending van deze technologiën. Steeds dient te worden onderzocht in welke mate zorgtechnologie daadwerkelijk ondersteunend kan zijn voor de oudere persoon, zijn mantel-zorgers of de professionele zorgverleners. De zorgtechniek biedt ongetwijfeld bijzonder veel mooie kansen om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en de zelfstandigheid van oudere personen te bevorderen en te ondersteunen. De toepassing ervan dient te passen in een gepersonaliseerd zorg- en ondersteuningsplan. Om dit alles waar te maken zullen de oudere personen, die mogelijk nog niet vertrouwd zijn met een digitale leefomgeving, uitgebreid én op maat moeten geïnformeerd, gesensibiliseerd en gemotiveerd worden om deze zorgtechnologie te integreren in hun dagelijkse leven.

Allerlei innovatieve ontwikkelingen op vlak van competentie-ontwikkeling, opleidingen binnen de zorgberoepen, duurzame woonvormen, productontwikkeling, mobiliteit, samenwerkingsverbanden (PPS-constructies),..... hebben eveneens een weerslag op de levenskwaliteit van ouderen en de kwaliteit van de zorg en ondersteuning.

7. Substitutie van de tweedelijns- naar de eerstelijnszorg

Het Vlaamse welzijns- en zorgbeleid situeert zich in de realiteit van een multi-governance, zoals die van het federale en het lokale niveau. Onder andere door de toenemende vraag naar en de stijgende kosten van de gezondheidszorg, is er steeds meer aandacht voor zorg op de juiste plaats, op het juiste ogenblik en door de juiste persoon. Eenvoudige zorgvragen (controles bij diabetes, osteoporose en COPD, nazorg en niet complexe ingrepen) worden steeds meer doorverwezen naar de eerste lijn, specialistische zorg naar de tweede of derde lijn. De eerstelijnszorg wordt in een toenemende mate versterkt. Daarnaast kan de introductie van nieuwe technieken, zoals telezorg en de uitbouw van de daghospitalisatie bijdragen aan de substitutie. Over het algemeen kenmerkt substitueerbare zorg zich als 'laag complex' en planbaar^{18,19}. Dit alles vergt een consistent afgestemd beleid tussen de eerste en tweedelijnszorg, zowel organisatorisch, als financieel en zal dus het nodige overleg met de federale overheid vereisen. Zo is de vermindering van ligduur in het ziekenhuis is onlosmakelijk verbonden met de organisatie van de thuiszorg en de mogelijke toename naar deze zorg en de daaraan verbonden verschuivingen in verantwoordelijkheden en beschikbare budgetten. Overleg met de federale overheid is noodzakelijk bij verdere versterking van de eerste lijn en de ontwikkeling van geïntegreerde zorgconcepten.

8. Marktwerking binnen welzijn en zorg

a) Algemeen

Alvorens we het over marktwerking kunnen hebben moeten we duidelijk maken wat we verstaan onder kwaliteitsvolle zorg. Een definitie van kwaliteit van zorg opgesteld door het Institute of Medicine is de volgende: "De mate waarin gezondheidszorg voor individuen en voor de bevolking de kansen verhoogt om de gewenste gezondheidsresultaten te verkrijgen en de mate waarin die consistent is met de huidige professionele kennis."²⁰

De operationalisering van deze definitie omvat acht kenmerken van kwaliteit van zorg²¹:

- de zorg moet *veilig* zijn, dit wil zeggen dat men vermijdbare letsels moet minimaliseren;
- de zorg moet *effectief* zijn, gebaseerd op wetenschappelijke kennis voor al wie daar baat bij heeft;
- *efficiënte* zorg is het vermijden van verspilling van materiaal, ideeën en energie;
- *de patiënt centraal stellen in de zorg wil zeggen dat de zorg respectvol is voor en responsief is aan individuele voorkeur, nood en waarden van de patiënt*;
- *tijdige* zorg is zorg zonder wachttijden en schadelijke vertragingen voor patiënt en zorgverleners;
- *gelijkwaardige* zorg varieert niet in kwaliteit ten gevolge van persoonlijke kenmerken zoals geslacht, etniciteit, locatie, socio-economische status;
- verder is kwalitatieve zorg *continu* en *geïntegreerd*.

¹⁸ van Dijk, C.E., Korevaar, J.C., de Jong, J.D., Koopmand, D, van Dijk, M. en de Bakker, D.H., 2013. Ruimte voor substitutie? Verschuiving van tweedelijns- naar eerstelijnszorg. Nivel, Utrecht, p. 9.

¹⁹ Deze basiszorg en gespecialiseerde zorg, zowel voor acute als planbare zorg, heeft een hoge mate van voorspelbaarheid van de benodigde inzet en van het beloop: zie ook hiervoor: <http://zorgenz.nl/actueel/omslag-in-de-zorg/>

²⁰ Institute of Medicine

²¹ Vlaams Patiëntenplatform, maart 2010

Goede zorg ontstaat in een zorgrelatie tussen zorgverlener (of een team zorgverleners) en de patiënt/cliënt/bewoner. "Marktwerking", of haar tegenpool "centrale planning" en alle varianten tussen beide polen, kunnen niet bepalen wat goede zorg is. Zij zijn verdelingsmechanismen met als doel de (schaarse) publieke middelen optimaal in te zetten. Zo wordt een context gecreëerd waarin goede zorg op een duurzame wijze kan worden georganiseerd.

De SAR²² omschrijft het begrip marktwerking als veelomvattend. Ideaaltypisch is marktwerking *'de organisatievorm waarbij het evenwicht tussen vraag en aanbod en de gewenste kwaliteit van het aanbod tot stand komt door het vrije initiatief van de actoren en door onderlinge concurrentie'*. Kenmerkend voor de marktwerking is dat er een keuzevrijheid bestaat voor vragers en aanbieders, er homogene en vergelijkbare producten en diensten worden geleverd en de toe- en uittreding en vrije prijsvorming mogelijk is²³.

Gezondheids- en welzijnsvoorzieningen en zorgverstrekkers hebben een maatschappelijke functie, met name de gezondheid en het welzijn van de burgers te behouden, te ondersteunen of daar waar mogelijk te verbeteren. Om deze taak uit te voeren, ontplooiën zij werkzaamheden waarvoor zij deels door middel van collectieve middelen vergoed worden. Zowel hun maatschappelijke opdracht, als de wijze waarop zij hiervoor gefinancierd worden, vereist een grote mate van openheid, transparantie en toegankelijkheid. De geboden zorg- en dienstverlening moet van een maatschappelijk verantwoorde kwaliteit zijn. Dit betekent, onder meer, dat geen enkele (erkende en aangemelde) voorziening zich kan onttrekken aan het toezicht door de overheid. De hiervoor ter beschikking gestelde middelen moeten efficiënt en effectief aangewend worden. Alle zorg- en welzijnsactoren dienen hiertoe geresponsabiliseerd te worden.

Binnen Vlaanderen wordt de ouderen- en thuiszorg vormgegeven bij middel van marktwerking, met voldoende mededinging in het mechanisme van vraag en aanbod. Marktwerking met versterkte objectiviteit en transparantie in de zorgsector heeft een meerwaarde op vlak van kwaliteitsconcurrentie, innovatie, kostenefficiëntie, vraagsturing en keuzevrijheid. De 'markt' van welzijn en zorg voor ouderen is echter geen klassieke, vrije markt. Enerzijds is de gezondheid van een persoon aan onzekerheid onderhevig, en de vraag naar zorg gebeurt dus vaak niet op basis van eigen keuze, maar op basis van een (soms onverwachte) behoefte. Bovendien is er informatie-asymmetrie: zowel de concrete invulling van de behoefte aan, als de kwaliteit van, zorg is vaak slechts gedeeltelijk beoordeelbaar door de eindgebruiker, de vraagzijde van de markt. Tenslotte, is de vraag in een aantal zorgsectoren groter dan het beschikbare aanbod.

In de zorg zijn er ook expertisevereisten die noodzakelijkerwijze een vrije intrede tot het aanbod in de zorgmarkt beperken. Kwaliteit dient getoetst, bewaakte en gestimuleerd te worden, in het streven naar excellentie. In die zin kunnen we niet spreken van een volledig vrije zorgmarkt. Het gaat daarom eerder om een 'gereguleerde markt', waar programmatie (in functie van budgettaire beheersing), vergunningen, erkenningen, subsidies, ... de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van het zorg- en ondersteuningsaanbod vrijwaren. Die toegankelijkheid vereist ook solidariteit, en dus een (gedeeltelijke) publieke financiering.

²² Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin, (2012). Advies: aanbevelingen bij het debat over marktwerking en commercialisering in de woonzorg.

²³ SAR, (2012). Advies. Aanbevelingen bij het debat over marktwerking en commercialisering in de woonzorg. Brussel, p. 8.

Met andere woorden, het betreft een 'markt' waar volume, prijs en kwaliteit gedeeltelijk worden bepaald door de marktprincipes van vraag en aanbod, met overheidsbijsturing waar nodig om de finale meerwaarde van zorg, evenals kwaliteit en solidariteit centraal te plaatsen. Corrigerende maatregelen moeten worden ondernomen wanneer zou blijken dat het gebrek aan meerwaarde-gedreven marktwerking de efficiëntie, toegankelijkheid en/of de kwaliteit van de zorg en ondersteuning in gevaar dreigt te brengen (voorbeeld monopolievorming).

Actoren actief op de zorgmarkt positioneren en gedragen zich dan ook als sociaal ondernemers.

b) Sociaal ondernemerschap

In het kader van het aanbieden van zorg wordt vaak verwezen naar het begrip 'sociaal ondernemerschap of maatschappelijk verantwoord ondernemerschap'. Sociale ondernemers beogen bij middel van hun activiteiten een maatschappelijke toegevoegde waarde te creëren. Met andere woorden, los van het juridische statuut van de zorgorganisatie, streven zij niet enkel en alleen winst na. Dit ondernemerschap kan zich ontwikkelen zowel binnen profit als non-profit organisaties en hecht zowel belang aan de maatschappelijke, als aan de economische waardecreatie met het oog op de financiële duurzaamheid en de economische leefbaarheid van de initiatieven.

Sociaal ondernemerschap betekent vooral gericht zoeken naar innovatieve, creatieve en flexibele manieren om vraaggestuurde zorg en ondersteuning aan te reiken. Binnen een regelluw kader, met voldoende managementruimte, kunnen sociale ondernemers een antwoord bieden aan veranderende zorg- en ondersteuningsnoden. Het spreekt voor zich dat daarbij ook afspraken horen met betrekking tot informatie en transparantie over de kwaliteit, de prestaties en de prijs en goed personeelsbeleid.

2. Visie en Missie

A. VISIE

De visie van het Vlaamse welzijns- en zorgbeleid voor ouderen wordt uitgedrukt in 7 richtinggevende uitgangspunten, met name: (1) universaliteit en gelijkheid, (2) solidariteit, (3) eigen kracht, (4) gedeelde verantwoordelijkheid, (5) vermaatschappelijking, (6) participatie en integratie en (7) persoonsgerichte, vraaggestuurde en geïntegreerde zorg en ondersteuning. Het gevoerde welzijns- en zorgbeleid voor ouderen kan steeds aan deze uitgangspunten worden afgetoetst.

1. Universaliteit en gelijkheid

De Vlaamse overheid ziet erop toe dat de regelgeving inzake welzijn en zorg voor alle burgers, ongeacht hun leeftijd, gezinsconstellatie, de plaats waar ze wonen, de aard van hun ondersteunings- of zorgvraag, gevrijwaard blijft.

Elke oudere persoon heeft het recht op een gelijke toegang tot de ondersteuning en zorg die hij/zij nodig heeft. Deze ondersteuning en zorg is beschikbaar, financieel toegankelijk en kwaliteitsvol.

2. Solidariteit

Het Vlaamse welzijns- en zorgbeleid is gebaseerd op solidariteit tussen arm en rijk, oud en jong, ziek en gezond. Krachten worden gebundeld om wie kwetsbaar is te ondersteunen en te versterken, vertrekkend van diens mogelijkheden. Daarop wordt de zorg geënt die zij/hij nodig heeft: regulier als het kan, specifiek als het moet. Dit gebeurt bij voorkeur in samenspraak met zijn/haar gezin of familie/vrienden en zijn/haar sociale context.

Om voor alle ouderen een gelijkwaardige integratie in de samenleving te garanderen en om hen toe te staan de sturing van hun leven meer in de hand te nemen, wordt idealiter voor alle ouderen met een zorg en/of ondersteuningsbehoefte een garantie op kwaliteitsvolle zorg geïnstalleerd. Bij deze na te streven zorggarantie kan een speciale focus worden gelegd op de ouderen met de grootste zorg en/of ondersteuningsnood en het geringste sociale netwerk. In dit verband is het belangrijk dat bepaald wordt wat maatschappelijk aanvaard wordt als 'basiszorg – en ondersteuning' en zou moeten worden gegarandeerd voor alle burgers, en wat men onder 'preferentiële zorg- en ondersteuning' begrijpt.

3. Eigen kracht

Het welzijns- en zorgbeleid voor ouderen gaat uit van de eigen mogelijkheden en competenties van de oudere persoon om invloed uit te oefenen op zijn levensomstandigheden, woonomgeving en zorg. Zij zijn best in staat om zelf oplossingen te bedenken bij problemen waarmee zij in diverse levensdomeinen geconfronteerd worden. Ouderen, ook zij die kwetsbaar zijn, willen en kunnen iets betekenen voor anderen en bij voorkeur in de voor hen vertrouwde omgeving het leven leiden dat ze gewend zijn.

Oudere personen vertrekken echter niet gelijk aan de startmeet van de vraag naar ondersteuning en zorg. De doelgroep is divers: rijker of armer, opgeleid of niet, meer of minder zorgafhankelijk, alleenstaand of met een netwerk rond zich. Met andere woorden, niet elke oudere persoon is in staat om voor zichzelf de weg te vinden en zal hierbij mogelijks ondersteund en omkaderd moeten worden. Beschikbaarheid van informatie afgestemd op de doelgroep over keuzemogelijkheden en een automatische rechten-toekenning zijn hierbij kritische succesfactoren. Ouderen kunnen maar de regie over hun leven in handen hebben én houden als zij omstandig en objectief worden geïnformeerd over de beschikbare ondersteunings- en zorgmogelijkheden. In uitzonderlijke omstandigheden en voor specifieke doelgroepen zal dit niet voldoende zijn en zal een 'aanklampende'

benadering²⁴ nodig zijn. Daarnaast moet de oudere persoon ook voldoende inzicht in zijn ziektebeeld hebben om zorg te kunnen organiseren, wat in sommige zorgsituaties niet het geval is.

In kwaliteitsvolle vraaggestuurde ouderenzorg zijn de noden, de behoeften en de vragen van de ouderen het uitgangspunt en hebben zij zelf een actieve rol. Er is ruimte voor hun identiteit, regie en zelfredzaamheid, indien nodig met hulp van naasten. Enerzijds veronderstelt dit dat oudere personen hun persoonlijke behoeften, doelen, wensen en verwachtingen uitspreken en de eigen verantwoordelijkheid hierover aanvaarden. Anderzijds dat de zorgverleners de oudere persoon actief betrekken bij besluitvorming, alsook de zorg en ondersteuning afstemmen op de persoonlijke doelen, wensen en verwachtingen van de oudere persoon.

Als vertrekpunt worden de mogelijkheden en competenties van de oudere centraal gesteld. Het promoot de actieve rol van de oudere zelf bij het oplossen van zijn welzijns- en zorgvragen en om zelf hulpbronnen te activeren. Dit betekent niet dat professionele zorg uitgesteld moet worden en dat de oudere persoon in eerste instantie zijn plan moet trekken. Vaak hebben oudere personen nood aan ondersteuning en zorg die hen bevestigt en aanmoedigt in hun mogelijkheden, hun beperkingen aanvaardt en waar nodig hulp biedt.

Eigen kracht verwijst ook naar het begrip 'empowerment' dat omschreven wordt als '*een proces van versterking waarbij individuen, organisaties en gemeenschappen greep krijgen op de eigen situatie en hun omgeving en dit via het verwerven van controle, het aanscherpen van kritisch bewustzijn en het stimuleren van participatie*'²⁵. De focus bij empowerment ligt op gezondheid, welzijn, krachten en omgevingsinvloeden en niet op problemen, risicofactoren en individualisering van problemen. Hoewel er een fundamentele erkenning van kwetsbaarheden is (zowel op individueel, sociaal als maatschappelijk niveau) wordt de focus op potenties en krachten gericht. De empowermentbenadering is een pro-actief model, dat verder gaat dan een louter ziekte- of deficitmodel²⁶.

Onder eigen kracht begrijpen we eveneens de initiatieven die ouderen zelf of in groep ondernemen en opzetten om nieuwe aangepaste woon- en/of zorgvormen te ontwikkelen en te financieren (voorbeeld bij middel van coöperaties).

4. Gedeelde verantwoordelijkheid

Alle personen betrokken op de ouderenzorg dragen *samen* een verantwoordelijkheid in de realisatie van een duurzaam en kwaliteitsvol ouderenzorgbeleid. Het gaat hier niet om een lineaire, maar om een complementaire benadering. Met andere woorden, het gaat hier niet om een of/of modus, maar wel een en/en. Zo ligt de verantwoordelijkheid hiervoor bij:

- de oudere zelf via een gezonde levensstijl, vroegtijdige welzijnsplanning en aansturing van de zorg en ondersteuning;

²⁴ Bij aanklappende zorg of bemoeizorg wacht men niet op het initiatief van de oudere persoon. Problemen op het vlak van geestelijke gezondheidszorg kunnen leiden tot zorgmijding of zorgonderbreking. De aandoening waaraan hij lijdt, kan zijn autonomie en wils- of beslissingsbekwaamheid ondermijnen. Vertegenwoordigers van de oudere persoon en/of zijn hulpverleners nemen dan de regie in handen van de zorg, zelfs zonder duidelijk mandaat van de oudere persoon zelf.

²⁵ Regenmortel T. van (2002). Empowerment en Maatzorg. Een krachtgerichte psychologische kijk op armoede. Leuven: Acco, p. 76.

²⁶ Kenniscentrum sociale innovatie. Participatie zorg en ondersteuning. Jean Pierre Wilken.
<http://www.participatiezorgenondersteuning.nl/Content.aspx?PGID=5613e5b4-7fd3-4899-b7d5-c7a6c63eb024#>

- familie, vrienden en buren door informele zorg en ondersteuning voor elkaar, waar nodig en mogelijk, met (professionele) ondersteuning indien nodig;
- de mantelzorgers door het goed inschatten van de eigen mogelijkheden en grenzen en het zich tijdig laten bijstaan door professionele hulp of een beroep te doen op respijtzorg die toegankelijk en op maat aangeboden wordt;
- de vrijwilligers en/of vrijwilligersorganisaties/verenigingen door mee te werken aan nabije zorg en hierbij oog te hebben voor een zorgzaam evenwicht tussen verwachtingen en mogelijkheden van de vrijwilliger en de oudere persoon;
- de zorg- en dienstverleners door de realisatie van vraaggestuurde, menswaardige en geïntegreerde zorg- en dienstverlening en door de grenzen van mantelzorgers mee te bewaken door tijdig signalen op te vangen en proactief oplossingen aan te bieden;
- de zorgvoorzieningen door in te zetten op deugdelijk bestuur, lokale inbedding, samenwerkingsverbanden, transparantie, efficiëntie en kwaliteit;
- de lokale overheden door het voeren van een lokaal beleid met oog voor de specifieke noden en behoeften van ouderen. We erkennen hun regierol en vinden het belangrijk dat ze deze rol op een of andere manier duidelijk scheiden van hun mogelijke rol als actor, om op die manier het vertrouwen van alle actoren op het terrein te winnen.²⁷
- de bovenlokale overheid door het voeren van een beleid met een performante programmatie, gericht toezicht op kwaliteit (o.a. via outcome), toegankelijkheid (indicatiestelling, wachtlijsten,...) en betaalbaarheid (cfr. nieuwe persoonsvolgende financieringsregels,...);
- de (boven)lokale overheid door maatregelen te ondernemen op vlak van ruimtelijke ordening, huisvesting,om geïntegreerde zorg en ondersteuning mogelijk te maken;
- de (boven)lokale overheid door maatregelen in te voeren waarmee mantelzorg gefaciliteerd en aangemoedigd wordt en te bewaken dat bepaalde maatregelen mantelzorg niet inperken of bestraffen.

5. Vermaatschappelijking

Goede ouderenzorg maakt deel uit van het dagelijkse sociale leven van mensen. Vele oudere personen worden dagdagelijks ondersteund door hun familie, vrienden, kennissen, buren en vrijwilligers. In een zorgende samenleving is professionele zorg en ondersteuning niet voor alles de oplossing, maar treedt ze ook ondersteunend en aanvullend op ten aanzien van het sociaal netwerk en de eigen kracht van mensen (SAR, 2012²⁸).

De vermaatschappelijking van de zorg wil het enorme maatschappelijke kapitaal dat Vlaanderen rijk is, waarderen, ondersteunen en mobiliseren. Het is daarom bij uitstek een positieve keuze. Een keuze vanuit de overtuiging dat n et in het appel op het sociaal kapitaal en op de gemeenschap een belangrijke kwaliteit van zorg en hulp zit. Het is enerzijds een beleidsmatig concept, maar anderzijds evenzeer een zichtbaar sociaal-maatschappelijke werkelijkheid.

Oudere personen hebben een eigen betekenisvolle en zinvolle plek in onze samenleving, ook als ze kwetsbaar en afhankelijk zijn. Daar waar nodig, worden zij ondersteund. Wanneer zij nood hebben aan ondersteuning en/of zorg, wordt deze in eerste instantie

²⁷ Regeerakkoord van de Vlaamse Regering 2014-2019, p. 105. Zie ook voor verdere informatie naar het in ontwikkeling zijnde decreet lokaal sociaal beleid.

²⁸ Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin, (2012). Visienota. Integrale zorg en ondersteuning in Vlaanderen, p. 13.

aangereikt in de voor hen vertrouwde leef- en woonomgeving in de nabijheid van familie, vrienden en kennissen. Daar waar zorg en ondersteuning niet meer mogelijk is thuis, wordt voorzien in aangepaste woon- en zorgvormen ingebed in de voor de oudere persoon bekende leef- en woonomgeving. De lokale overheden, verenigingen en welzijns- en zorgvoorzieningen kunnen hier als actoren een belangrijke ondersteunende rol vervullen. De bovenlokale overheid bekijken de mogelijkheden opdat arbeid, gezin en zorg op een werkbare en haalbare wijze kunnen gecombineerd worden. Hiervoor is er afstemming nodig tussen de Vlaamse en federale overheden.

Vermaatschappelijking van de zorg staat niet voor een omfloerste besparingsmaatregel, zoals sommigen beweren, wél om een visie op de maatschappelijke waarde van zorg, de organisatie van de zorg en een rechtvaardige verdeling van de zorgverantwoordelijkheden voor zorgbehoevende mensen in de samenleving. Het is een maatschappelijke kwestie ons te bezinnen over de vraag wat de grenzen van ieders zorgverantwoordelijkheid zijn. Dat is niet alleen een financiële aangelegenheid: hoeveel willen we betalen en hebben we ervoor over als samenleving? Het is ook een morele zaak: wanneer vinden we ons leven goed en hoeveel zorgbelasting willen en kunnen we daarin hebben?

Vermaatschappelijking van de zorg vergt een voorwaardenscheppend kader waarbinnen de lusten en de lasten van zorg op een rechtvaardige wijze verdeeld worden. Het rekent op zorgzame mensen en zorgaanbieders die bereid zijn om hun zorgverantwoordelijkheden op te nemen, maar ook op een actieve én zorgzame overheid, die hen hierbij ondersteunt en waardeert. Het veronderstelt daarnaast ook dat de samenleving erkent en aanvaardt dat er grenzen zijn aan zelfzorg en het zorgen voor elkaar, en dat voorzien wordt in voldoende passende professionele, kwaliteitsvolle, toegankelijke – al dan niet collectieve – woonzorgvormen, waarop zorgafhankelijke burgers vertrouwensvol een beroep kunnen doen.

De Vlaamse overheid, lokale besturen en zorgverleners dienen er op toe te zien dat niemand gedwongen wordt om zoveel zorgwerk te verrichten dat men geen ruimte meer heeft in zijn persoonlijke leven buiten de zorgcirkel waarin men zich bevindt. Bij vermaatschappelijking van de zorg het gaat om een gezamenlijk gedragen verantwoordelijkheid van zorgzame mensen die – waar mogelijk – zorg willen/kunnen dragen voor elkaar, zorgzame professionals, zorgzame zorgorganisaties én een zorgzame overheid.

6. Participatie en integratie

Ondersteuning en zorg voor oudere personen kan enkel worden gerealiseerd door goed naar hen te luisteren, hun specifieke noden en verwachtingen te (h-)erkennen en door samen de zorg op te nemen. Zij worden aangemoedigd en gefaciliteerd om zoveel als mogelijk deel te nemen aan wat de samenleving hen biedt: inclusief waar mogelijk, exclusief waar nodig. Welzijn bevindt zich niet buiten de samenleving, maar wel er middenin. Inclusie is het uitgangspunt en verwijst naar gelijkwaardigheid en volwaardig burgerschap. Volwaardige participatie veronderstelt onder andere:

- de ruimte om over de regie van het eigen leven greep te hebben en te houden;
- de mogelijkheid om maatschappelijk actief te blijven (professioneel of als vrijwilliger);
- een maatschappelijk verantwoord inkomen;
- een kwaliteitsvolle woning;
- de mogelijkheid om sociale contacten aan te gaan en te onderhouden;
- de mogelijkheid tot zingeving;

- digitale vaardigheden;
- mobiliteit, zelfs bij kwetsbaarheid.

Participatie en betrokkenheid kunnen uiteenlopende vormen aannemen. In dit verband wordt vaak verwezen naar de participatieladder. De treden van laag (weinig invloed van ouderen) naar hoog (veel invloed) worden als volgt omschreven²⁹:

- ouderen informeren;
- ouderen raadplegen;
- ouderen om een (dwingend) advies vragen;
- samenwerken met ouderen;
- ouderen laten (mee-) beslissen in het zorg- en ondersteuningsproces;
- ouderen nemen het initiatief tot een verbetering.

Bij de bovenvermelde opsomming wordt nog – in het kader van de vele technologische evoluties – een belangrijk aspect toegevoegd: ouderen de kans bieden om via diverse vormen van sociale media intensief deel te nemen aan het sociale leven en digitale samenleving.

De toename van het aantal ouderen is een uitgesproken kans en tegelijk een uitdaging om hen aan te moedigen en te ondersteunen om:

- actief deel te nemen aan initiatieven, verenigingen en adviesorganen;
- sociaal isolement te doorbreken door sociale netwerken uit te bouwen via vrijwilligerswerk, verenigingsleven, activiteiten van het lokaal dienstencentrum, burgergerichte werking...;
- zelf mee te werken aan positieve beeldvorming;
- blijvend hun ervaringen en kennis te verrijken (levenslang leren);
- burenhulp en mantelzorg te verlenen;
- (inter-) generationele solidariteit uit te dragen en op te nemen;
- wanneer ze wonen in een collectieve woonzorgvorm, te participeren aan de inspraakorganen.

Lokale besturen kunnen via het concept '*leeftijdsvriendelijke gemeente, - buurten of - wijken*' een bijdrage leveren aan de participatie en integratie van oudere personen in de gemeente of de stad. Maar ook de lokale zorgactoren, het verenigingsleven en het vrijwilligerswerk kunnen een belangrijke inbreng doen.

7. Persoonsgerichte, vraaggestuurde en geïntegreerde zorg en ondersteuning op maat

Maatwerk is de norm, niet de uitzondering: goede ondersteuning en zorg voor ouderen neemt de individuele noden van de oudere persoon als uitgangspunt. Deze kunnen zich in allerlei levensdomeinen situeren en vergen geen standaard antwoord, maar een zorg en ondersteuning op maat en gecoördineerd. De balans tussen fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel welbevinden is hierbij richtinggevend. Hierbij wordt geluisterd naar de stem van de oudere persoon en zijn mantelzorger(s). Zij worden betrokken in de besluitvorming en bepalen zelf hun zorg en ondersteuningsdoelen en -plan.

²⁹ Beter oud. Een breed gedragen toekomstvisie en veranderagenda voor wonen, welzijn en zorg voor ouderen in een kwetsbare positie. Nationaal Programma Ouderenzorg. Nederland. 2015, p.12.

Persoonsgerichte, vraaggestuurde en geïntegreerde ondersteuning en zorg draagt ertoe bij dat de juiste en gecoördineerde mix beschikbaar is voor de oudere persoon op de juiste plaats, op het juiste moment en verleend door de juiste persoon. Dit betekent zorg op maat. Hierbij wordt eveneens rekening gehouden met de noden van de mantelzorger(s). Ook de ondersteuning en de versterking van het informele steunsysteem rond de oudere persoon maakt deel uit van het integrale welzijns- en zorgbeleid voor ouderen.

Het is niet doeltreffend om de zorg- en ondersteuningsvragen van de oudere persoon op te splitsen in meerdere van elkaar gescheiden probleemgebieden. Bij een toenemende complexiteit moet worden afgestapt van gefragmenteerde oplossingen en gekozen voor een integrale benadering. In een dergelijke benadering werken de door de oudere persoon gekozen de zorg- en dienstverleners samen en waarborgen zij de kwaliteit, veiligheid, coördinatie en continuïteit van de zorg en ondersteuning aan oudere personen. Samen bieden zij een integrale en domeinoverstijgende zorg en ondersteuning. Daarbij hoort ruimte om de bestaande schotten te mogen doorbreken. Met andere woorden, goede ondersteuning en zorg voor oudere personen kennen geen 'lijnen'. Het wordt verleend binnen en over de grenzen heen van de nulde-, eerste-, tweede- en derdelijnszorg. Een aangepast zorgorganisatieconcept (verticale en/of horizontale samenwerkingsverbanden) vermijdt fragmentatie en aanbodsturing en focust op integratie en vraagsturing. Tegelijkertijd blijft ook de keuzevrijheid van de oudere essentieel. Hij of zij bepaalt zelf op welke zorgaanbieders hij beroep wil doen.

Van zodra er sprake is van een complexe zorg- en ondersteuningsvraag³⁰, is de toegankelijkheid van het zorg- en ondersteuningsaanbod nog belangrijker. Deze zorg en ondersteuning kan, al dan niet, in een specifiek of multidisciplinair georganiseerd verband worden aangeboden. De manier waarop de overheid de financiering de te leveren zorg en ondersteuning regelt via een persoonsvolgend systeem, alsook de vrije keuze van zorgaanbieders, garanderen de regie in handen van de cliënt en dus vraagsturing en zorg op maat.

Vanuit het perspectief van de zorgvrager zijn, zeker bij complexere zorgvragen, aspecten als voldoende multidisciplinariteit (ook tussen welzijns- en zorgactoren) en continuïteit belangrijke kwaliteitskenmerken. Het zorgplan is niet enkel het resultaat van een inschaling, maar brengt ook de mogelijkheden van de context (familie, woonsituatie, ...) mee in beeld, somt de zorg- en ondersteuningsdoelstellingen, -activiteiten en/of interventies op voor de persoon met een langdurige zorgvraag en zijn mantelzorger(s) en bevat ook de concrete inzet van de diverse zorgverstrekkers en zorgaanbieders vastleggen.

De zorgvrager mag erop rekenen dat het financieringssysteem en de wijze waarop de overheid het aanbod desgevallend regelt en erkent, incentives bevat om ervoor de zorgen dat de (gezamenlijke) inzet van de diverse zorgverstrekkers en zorgaanbieders aan deze verwachting voldoet. Belangrijke aspecten die de overheid daarvoor onder meer moet bevorderen zijn: het gebruik van een uniform indicatie-instrument, gegevensdeling en

³⁰ Complexiteit verwijst hier niet naar 'ingewikkeld' of 'moeilijk', maar naar de meerlagigheid van de zorg- en ondersteuningsvraag. De complexiteit van deze vragen wordt beïnvloed door twee factoren: enerzijds de heterogeniteit van de behoefte of vraag, en anderzijds de breedte van het scala aan competenties (en dus betrokken actoren) dat noodzakelijk is om de zorg en ondersteuning te leveren.

Complexe zorg- en ondersteuning is zorg en ondersteuning die verleend wordt door diverse zorgverleners gebaseerd op een zorg- en ondersteuningsplan dat met de cliënt en zijn mantelzorgers werd overeengekomen. De (medische) eindverantwoordelijkheid is goed vastgelegd en een zorgcoördinator bewaakt de uitvoering van het zorg- en uitvoeringsplan. (Schols, J. (2000), p. 75. In en vanuit het verpleeghuis. Samenwerking verpleeghuisarts – huisarts. Raamsdonkveer: Uitgeverij Versé Hoeven)

overleg, duidelijkheid over de invulling van functie van casemanagement gebruik van kwaliteitsindicatoren, administratieve eenvoud,....

Het persoonsvolgende financieringssysteem wordt gekenmerkt door volgende uitgangspunten:

- legt de nadruk op de inclusie van oudere personen in de samenleving;
- het is vraaggestuurd, niet aanbod gedreven;
- het is transparant, met zicht van de zorgvrager op hoeveel middelen er ter beschikking zijn voor hulp en ondersteuning, hoe deze worden aangewend en recht op (eventuele) bijsturing;
- het is dynamisch, want evolueert in functie van de zorg- en ondersteuningsnoden van de oudere persoon en de context waarin hij zich bevindt;
- het versterkt de keuzevrijheid van de zorgvrager;
- het volgt de keuzes die de zorgvrager maakt op vlak van aanwending van het aan hem toegewezen zorgvolume en dit via een persoonsvolgend budget;
- het ondersteunt de mogelijkheid van de oudere persoon om zelf de beoogde doelstellingen te bepalen en een eigen zorg- en ondersteuningsplan op te stellen samen met de mantelzorg(s), met professionele hulp, indien gewenst;
- alle betrokken actoren worden geresponsabiliseerd op vlak van de efficiënte en effectieve aanwending van het beschikbare zorg- en ondersteuningsbudget.

We merken op dat zowel voor de financiering als voor de erkenning van het zorg- en ondersteuningsaanbod verschillende overheden bevoegd kunnen zijn en, dus, verantwoordelijkheid dragen.

Bij een persoonsgerichte, vraaggestuurde en geïntegreerde zorg en ondersteuning op maat van de zorgvrager wordt het zuiver medisch model ingeruild voor een integraal en geïntegreerd zorgmodel. Elke professional besteedt vanuit zijn specifieke vorming aandacht aan een welbepaalde problematiek (bio-medisch, psychisch, sociaal-(ped)agogisch of existentieel), maar doet dit vanuit een holistische mensvisie. Vanuit deze visie kunnen ouderen rekenen op zorgverleners met een zo generiek mogelijk profiel die inzetbaar zijn in zorg én in welzijn, en op gespecialiseerde professionals die zich een expertise eigen maken voor een bepaalde problematiek van de doelgroep, zoals bijvoorbeeld de referentiepersonen dementie.

B. MISSIE

De missie van het Vlaamse welzijns- en zorgbeleid voor oudere personen wordt kort en krachtig omschreven als:

'De Vlaamse overheid werkt naar een vraaggestuurde, continue, beschikbare, toegankelijke, kwaliteitsvolle en betaalbare ondersteuning en zorg voor oudere personen. De aangeboden zorg en ondersteuning wordt verleend met respect voor de eigen mogelijkheden, keuzevrijheid, de competenties, de menselijke waardigheid en integriteit van de oudere persoon. Dit alles met het oog op het behoud, het herstel, het ondersteunen of het verbeteren van zijn autonomie, de levenskwaliteit en gezondheid, waar nodig en gewenst, binnen een aangepaste woon- en leefomgeving.

Deze met de oudere persoon en/of zijn mantelzorger(s) afgestemde zorg en ondersteuning is relevant, performant, integraal en geïntegreerd. '

3. Geïntegreerd welzijns- en zorgbeleid voor oudere personen

A. INLEIDING

Of een persoon op een kwaliteitsvolle en menswaardige manier oud kan worden, hangt niet alleen af van de gezondheidstoestand en de zorg die hij krijgt, maar evengoed van zijn woonsituatie, de toegankelijkheid van zijn woonomgeving en de mogelijkheden op vlak van mobiliteit, de manier waarop de omgeving rekening houdt met zijn wensen en mogelijkheden en de wijze waarop men als oudere een betekenisvolle rol kan spelen in de samenleving. Ouderen associëren kwaliteit van leven met gezond zijn, zich goed voelen, sociale relaties kunnen onderhouden, actief kunnen zijn, iets betekenen voor anderen, in een fijn en aangepast huis en in een aangename buurt wonen. Kortom, de samenhang en het samenspel tussen welzijn, wonen en zorg zijn bepalend voor de levenskwaliteit van ouderen.

Deze conceptnota oriënteert zich op het welzijns- en zorgbeleid (zorg en ondersteuning van ouderen), zonder het belang van andere aspecten van het globale ouderenbeleid, zoals onder andere wonen, mobiliteit, werk te onderschatten. Waar nuttig en wenselijk wordt daar in deze tekst ook naar verwezen. De speerpunten van het ruimere ouderenbeleid worden beschreven in een nieuw Vlaams Ouderenbeleidsplan 2015-2020. Gezond ouder worden vormt omwille van het multidimensionale karakter – preventief en curatief, mentaal en fysiek, sociaal en relationeel – de logische schakel tussen de welzijns- en de zorgdimensie.

B. CONCEPTUEEL RAAMWERK

Hoe organiseren we beleidsmatig de persoonsgerichte, geïntegreerde en buurtgerichte zorg en ondersteuning op maat? Hoe geven we dit objectief concreet gestalte? Voor het antwoord hierop zijn we op zoek gegaan naar inspirerende referentiekaders die de diverse kerndimensies hiervan op een bevattelijke en begrijpelijke wijze in kaart brachten.

Als basismodel kiezen we voor het conceptuele raamwerk voor persoonsgerichte en geïntegreerde zorg- en ondersteuningsvoorzieningen van de Wereld Gezondheids-organisatie³¹ (WHO, 2015). Dit raamwerk is eveneens richtinggevend voor het conceptuele kader van de Vlaamse sociale bescherming, de persoonsvolgende financiering voor personen met een handicap en de beoogde transitie in de eerstelijnszorg. Aanvullend op dit WHO-model, dat zich voornamelijk oriënteert op de beleidsmatige en organisatorische aspecten van de zorg en ondersteuningsvoorzieningen, hebben we de inhoudelijke inzichten van het door de Londense King's Fund uitgetekende model rond geïntegreerde zorg en ondersteuning voor oudere personen³² (Oliver, Foort & Humphries, 2014) ingevoegd. Dit model werd onlangs door het Kenniscentrum Woonzorg Brussel doorontwikkeld. (Kenniscentrum Woonzorg Brussel, Babouchka-model, 2015). In dit model worden de dimensies van persoonsgerichte zorg en ondersteuning beschreven vanuit het perspectief van de oudere persoon.

Bij de vraaggestuurde, persoonsgerichte en geïntegreerde zorg en ondersteuning op maat van van oudere personen gaat het om een benadering die doelbewust vertrekt van de perspectieven van de oudere persoon, zijn familie en vrienden en de gemeenschap(-pen) waartoe hij behoort. Het concept beschouwt hen enerzijds als deelnemers, anderzijds als begunstigden van een performant, vertrouwenswekkend welzijns- en zorgsysteem dat beantwoordt aan hun specifieke noden en voorkeuren op een menselijke en holistische wijze. De zorg en ondersteuning wordt georganiseerd rond hun noden en verwachtingen, veeleer dan rond hun gebreken of ziektes.

Welzijns- en zorgvoorzieningen moeten, aldus de WHO, in staat zijn om de zorg en ondersteuning aan (oudere) personen te verlenen uitgaande van hun noden en verwachtingen. Zij worden geacht de activiteiten tussen de diverse zorgverleners die men vrij kiest en zorgsettings (thuis, residentieel, ziekenhuis) doelmatig en doeltreffend te coördineren. In het WHO-concept wordt 'gezondheidszorg' breed, holistisch gedefinieerd. Het zet met andere woorden in op zowel de lichamelijke, sociaal-economische, psychische en emotionele componenten van het welzijn van mensen.

De WHO plaatst de (oudere) persoon met een zorg- en/of ondersteuningsnood, zijn familie en vrienden en gemeenschap(-pen) in het centrum van haar model en in een beleids- en voorzieningencontext die een universele, toegankelijke, kwaliteitsvolle en duurzame vraaggestuurde, persoonsgerichte en geïntegreerde zorg- en ondersteuning nastreeft en mogelijk maakt. De WHO beveelt hiervoor een nauwere samenwerking tussen gezondheidszorg, welzijnszorg, onderwijs, wetenschappelijk onderzoek, huisvesting en diverse lokale voorzieningen en dienstverlening aan. Het onderstreept dat dit alles dient geschraagd te worden door een faciliterend en ondersteunend intersectoraal beleid. Dat is op zijn beurt afhankelijk van de politieke stabiliteit en de sociaal-economische en culturele situatie van een land.

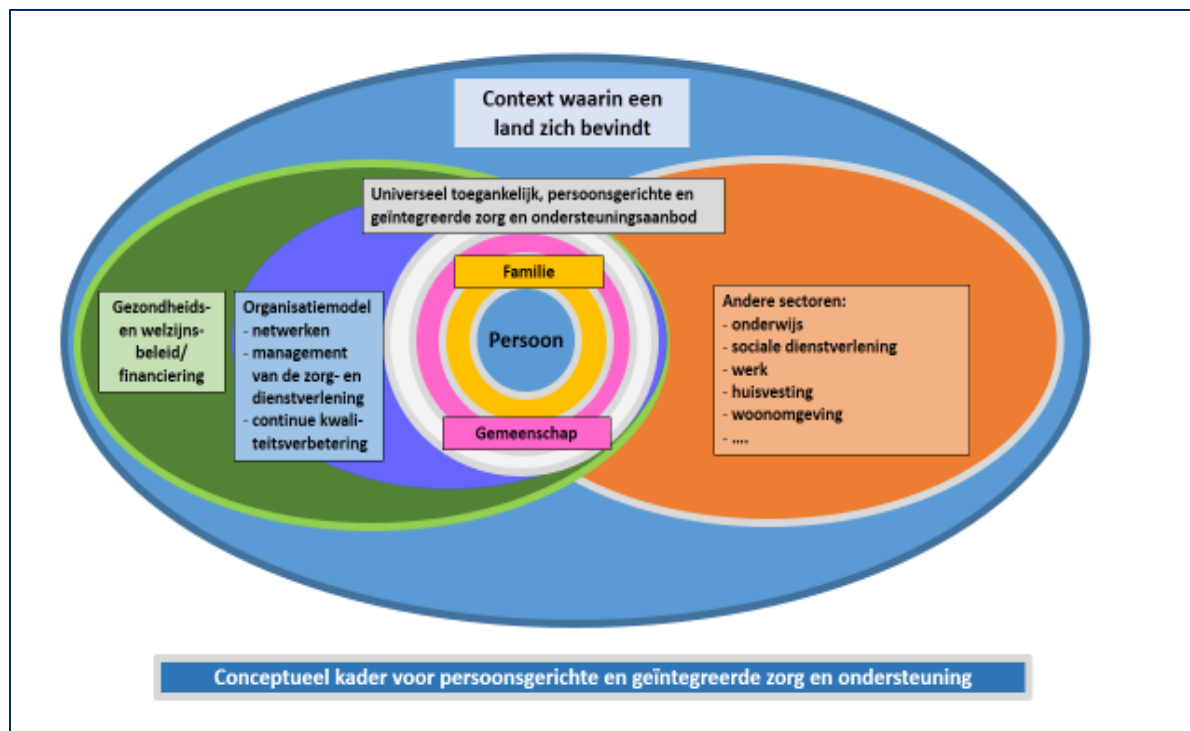
Het WHO-concept beschouwt de (oudere) persoon, zijn familie en de gemeenschap uitdrukkelijk als partners (co-producenten) in de zorg en ondersteuning. De voorzieningen moeten volgens haar op een dusdanige wijze georganiseerd en geleid worden, dat zij in staat zijn om aan (oudere) personen een continuüm van zorg en ondersteuning te waarborgen en dit zowel op vlak van welzijns- en gezondheids promotie en -preventie, als op vlak van probleemdetectie en/of diagnose, interventie en/of behandeling, psycho-educatie, disease

³¹ WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Interim Report. WHO/HIS/SDS/2015.6.

³² Oliver, D., Foort, C. & Humphries, R., 2014. Making our health and care systems fit for an ageing. The King's Fund, London. UK.

management, revalidatie en rehabilitatie, langdurige zorg en palliatieve zorg. Kortom, op de verschillende zorg- en ondersteuningsdomeinen van het gehele welzijns- en gezondheidszorgsysteem, en dit volgens hun noden tijdens hun levensloop. De voorzieningen werken hiervoor samen in dynamische, adaptieve zorgnetwerken, zowel horizontaal als verticaal.

Schema: WHO conceptueel kader voor persoonsgerichte en geïntegreerde gezondheidszorg (welzijn en zorg), 2015³³.



Het WHO-raamwerk verduidelijkt dat efficiënte en effectieve zorg en ondersteuning aan (oudere) personen een zaak is van diverse te onderscheiden, maar niet van elkaar te scheiden én elkaar versterkende aspecten. De bijdrage van de oudere persoon zelf, zijn familie of vrienden en de gemeenschap waartoe hij behoort, het universeel, toegankelijke eerstelijnszorg en -ondersteuning, de beschikbaarheid over specialistische zorg en ondersteuning, de leef- en woonomgeving, het organisatiemodel, het welzijns- en zorgbeleid, maar ook de sociale, economische en demografische context waarin een land zich bevindt, zijn bepalend voor de wijze waarop zorg en ondersteuning persoonsgericht en geïntegreerd kan worden aangereikt en ervaren.

De Wereldgezondheidsorganisatie meent dat er geen alles omvattend model voorhanden is, maar dat het door haar ontwikkelde concept de verschillende van elkaar afhankelijke deelaspecten in kaart brengt en dat elk land hier vanuit zijn eigen context en dynamiek invulling aan kan geven. Hier gaan we dan ook mee aan de slag.

³³ Naar: WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Interim Report. WHO/HIS/SDS/2015.6.

C. PERSPECTIEVEN

Naast het conceptuele kader waarbinnen de zorg en ondersteuning voor ouderen ontwikkeld, georganiseerd en verleend kan worden, beschrijven we de verschillende perspectieven³⁴ die bepalend zijn voor de levenskwaliteit van ouderen en dit vanuit het oogpunt van de oudere persoon zélf. Daarnaast schetsen we kort de wijze waarop op deze perspectieven ondersteunend, complementair en/of vervangend kan worden ingespeeld. Elke perspectief staat op zichzelf, maar is ook afhankelijk van de andere perspectieven. Met andere woorden, ze dienen in samenhang te worden gezien.

De hieronder beschreven streefdoelen maken inzichtelijk dat de gewenste zorg en ondersteuning voor oudere personen zich niet enkel oriënteert op 'cure', maar een samenhang vormt waarbinnen preventie, cure, care en palliatieve zorg in balans met elkaar zijn en met elkaar verbonden zijn. Ook de aspecten integratie, participatie, wonen en welzijn zijn duidelijk cruciale ondersteunende voorwaarden. Het geheel van de opgesomde perspectieven verwijst naar een dynamisch gegeven dat, afhankelijk van de specifieke zorg- en ondersteuningsnoden en de context waarin de oudere persoon zich bevindt, bepaalde perspectieven of combinaties ervan meer op de voorplan plaatst, andere dan weer op het achterplan.

Perspectief 1: participatie, actieve inzet, zelfontplooiing en zelfregie.

Ouderen nemen graag taken op zich: opvang van kleinkinderen, zorg voor anderen, zich inzetten als vrijwilliger. Ze willen van betekenis zijn voor hun omgeving en voor de samenleving in het algemeen. Ze willen blijven leren, op reis gaan, naar theater of de opera gaan en aan sport doen. Het is cruciaal dat ze aangemoedigd blijven worden om zo lang mogelijk actief te blijven, een rol van betekenis te spelen in de samenleving, en hun zelfregie te behouden ondanks de vermindering van de fysieke of psychische, financiële of sociale mogelijkheden. De randvoorwaarden worden vervuld zodat ouderen een volwaardige plaats in de maatschappij kunnen blijven opnemen en de regie over hun eigen leven en eventuele zorg en ondersteuning in handen blijven houden.

Perspectief 2: aansluiting bij sociaal netwerk.

Sociale activering is een sterk wapen tegen vereenzaming en bevordert het psychisch welzijn/welbevinden dat op zijn beurt gezondheidsklachten voorkomt en ervoor zorgt dat ouderen langer thuis kunnen blijven. Wanneer oudere personen zich verbonden weten en voelen met anderen kan isolement, verwaarlozing en vereenzaming worden voorkomen. Zij zijn in eerste instantie zelf verantwoordelijk voor het uitbouwen en onderhouden van een sociaal netwerk. Bij toenemende kwetsbaarheid is het belangrijk dat het behoud van deze netwerken of de uitbreiding ervan ondersteund en/of gefaciliteerd wordt. Eenzame mensen zijn moeilijk uit hun eenzaamheid te halen, het is dus belangrijk om hier preventief op in zetten en mensen te stimuleren om proactief een sociaal netwerk uit te bouwen. Nieuwe sociale media kan nieuwe of bestaande sociale contacten faciliteren.

Perspectief 3: wonen in een aangepaste, veilige en herkenbare leef- en woonomgeving.

Oudere personen aanzetten tot blijvende activiteit, hen zo lang mogelijk in hun vertrouwde omgeving laten wonen, is mogelijk als ook de leef- en woonomgeving daarop afgestemd is. Een aangename en veilige woonomgeving stimuleert ouderen om naar buiten te komen. Voldoende zit- en rustplaatsen, begaanbare stoepen, bereikbaar openbaar vervoer, de

³⁴ Met perspectief wordt hier bedoeld: toekomstgerichte streefdoelen.

aanwezigheid van basisvoorzieningen, alsook warme, betrokken en zorgzame buurten (buurtvervlechting) kunnen hier een significante bijdrage toe leveren.

Gezien de wens van ouderen om zo lang mogelijk in het eigen huis of de vertrouwde omgeving te kunnen wonen en contacten te onderhouden, vergt dit een aanpak waarin buurtgerichtheid in al zijn facetten centraal staat. Daarnaast is het ook wenselijk dat oudere personen geïnformeerd en gesensibiliseerd worden over het belang van tijdig te verhuizen naar een aangepaste of aanpasbare woning.

Perspectief 4: zich psychisch en sociaal goed voelen.

Oudere personen die goede sociale contacten hebben, die zich van betekenis voelen en verbonden weten met anderen, zitten beter in hun vel. Toenemende ouderdom kan echter samengaan met verlieservaringen (overlijden familie/vrienden) en/of functieverlies of verminderde zelfredzaamheid. De wijze waarop de ouder wordende personen hiermee omgaan en/of ondersteund worden, is belangrijk voor hun psychisch welbevinden. Vroegdetectie en een proactieve, vindplaatsgerichte aanpak (outreach) kan isolement, vereenzaming, depressie en/of suïcidale neigingen voorkomen. Buurtnetwerken, lokale dienstencentra en sociaal-culturele (ouderen)verenigingen zijn voorzieningen/organisaties die hierop preventief kunnen inzetten. Actieve aanwending van diverse vormen van sociale media kan voor ouderen mogelijks een opportuniteit zijn om in contact te komen of blijven met de buurt, de familie, kennissen en/of vrienden.

Perspectief 5: blijven wonen in de eigen woonst, aangepast en veilig.

Oudere personen wensen, zelfs bij verminderde zelfredzaamheid, zo lang mogelijk volledig zelfstandig blijven wonen. Het is van belang dat ouderen tijdig correcte adviezen ontvangen met betrekking tot woningaanpassingen (grootte van de woning, vormgeving van de ruimtes, inrichting), hulpmiddelen, domotica, mobile-health, andere (gemeenschappelijke) woonmogelijkheden, die afgestemd zijn op mogelijke individuele zorg- en ondersteuningsnoden. Hierin kunnen heel wat verschillen bestaan, van grote aanpassingen tot kleinere hulpmiddelen.

Een aangepaste woning en de aanwezigheid van de geschikte (technische) hulpmiddelen zorgt ervoor dat de oudere persoon minder hulp nodig heeft voor alledaagse activiteiten en zoveel mogelijk zelfstandig kan handelen. Het vermindert het risico op vallen of ongevallen. De aangepaste omgeving zal er bovendien ook voor zorgen dat eventuele hulp zowel voor bewoner als door zorgverlener makkelijker en meer ergonomisch geboden kan worden. Het vermijdt bovendien dat men te vroegtijdig dient te verhuizen naar een collectieve, residentiële voorziening, zoals bijvoorbeeld een woonzorgcentrum. Goede adviesverstrekking, begeleiding van de aanpassingen waar nodig en betaalbaarheid van de aanpassingen zijn kritische succesfactoren.

Perspectief 6: aangepast wonen met zorg.

Wanneer een eigen woning of appartement niet aanpasbaar is, is het voor de oudere persoon belangrijk dat zorg kan aangeboden worden binnen een diversiteit aan alternatieve, eventueel intergenerationale woonvormen, bij voorkeur in de vertrouwde omgeving. Deze kunnen verschillend zijn naargelang de toekenning van privatieve en gemeenschappelijke ruimte: kangoeroewonen, gestippeld wonen, groepswonen, assistentiewoningen, beschermde woonvormen... De zorg en ondersteuning kan er eventueel op afroep worden geleverd.

Perspectief 7: gezond ouder worden en blijven.

Oudere personen wensen zo lang mogelijk te genieten van het leven in goede gezondheid. Goed en gezond eten, voldoende bewegen, voorkomen van gezondheidsproblemen en zorgafhankelijkheid door sensibilisering en preventie zijn een cruciaal gegeven. Preventie dient breed opgevat te worden: preventie van ziekte, beperkingen, vereenzaming, vallen, promoten gezonde levensstijl... Bijzondere aandacht moet gaan naar sociaaleconomische kwetsbare ouderen: levensstijl en gezondheid worden immers sterk bepaald door opleidingsniveau en welvaart.

Preventie is belangrijk. Het kan het risico op gezondheidsproblemen, zoals chronische aandoeningen en beperkingen, voorkomen door het promoten en actief en betaalbaar ondersteunen van sport en beweging en een gezonde levensstijl (voeding, middelengebruik, vaccinatie, mondhygiëne...). Ook hier kan zorgtechnologie een toegevoegde waarde bieden.

Als oudere personen voelen dat ze van betekenis zijn én blijven, als ze veelvuldige sociale contacten kunnen onderhouden, als ze gezond eten, blijven bewegen en zich gelukkig voelen, zullen ze minder beroep op zorg en ondersteuning doen. Er is zeker nog veel te winnen door de focus op preventie: het voorkomen van zorg en ondersteuning en vroegsignalering, -detectie en interventie.

Perspectief 8: goed leven met één of meerdere langdurige aandoeningen.

Chronische aandoeningen brengen specifieke gevolgen met zich mee voor het dagelijks functioneren en de mate waarop een beroep gedaan wordt op de welzijns- en gezondheidszorg. Ook ouderen die geconfronteerd worden met chronische aandoeningen hebben recht op een kwaliteitsvol leven. Wanneer zij geconfronteerd worden met toenemende zorg- en ondersteuningsnoden moeten zij kunnen rekenen op gedifferentieerde en gecoördineerde kwaliteitsvolle basis- en specialistische zorg en ondersteuning. De continuïteit en coördinatie van de ondersteuning en de zorg moeten gewaarborgd worden. Hierbij wordt er tevens op toegezien dat onnodige complicaties en crisissituaties worden voorkomen.

Perspectief 9: ondersteuning in geval van complexe co-morbiditeit en *frailty* (verhoogde kwetsbaarheid).

Oudere personen die geconfronteerd worden met co-morbiditeit, inclusief dementie en *frailty*, wensen zo lang als mogelijk zelfstandig te blijven functioneren in de hun vertrouwde omgeving, waar mogelijk ondersteund door mantelzorg en/of vrijwilligerszorg. De gradatie en aard van zorgomkadering en ondersteuning varieert in functie van de toegenomen zorgzwaarte, de complexiteit van de zorg- en ondersteuningsnoden en de verwachtingen van de oudere persoon en zijn omgeving. Bij een complexe zorg- en ondersteuningsbehoefte is coördinatie van de zorg noodzakelijk. Dit kan door de persoon zelf of op zijn aangeven, zijn mantelzorger, of een professionele zorgverlener.

Perspectief 10: in geval van crisis, toegankelijke en effectieve zorg en ondersteuning.

Wanneer het welzijn en/of de gezondheid van de oudere persoon achteruit gaat, rekent deze, alsook zijn mantelzorgers, op een snelle toegang tot crisisinterventie thuis, dringende zorgverlening, inclusief effectieve alternatieve zorg en ondersteuning buiten het ziekenhuis. De door de oudere persoon gekozen zorg- en ondersteuningsvoorzieningen organiseren zich hierop.

Perspectief 11: acute zorg, gespecialiseerd, kwaliteitsvol en persoonsgericht.

Oudere personen rekenen erop dat ziekenhuizen en gespecialiseerde diensten in staat zijn om hun specifieke (complexe multi-morbiditeit, *frailty* en dementie) en acute noden adequaat te behandelen en te verzorgen. Het concept seniorvriendelijke ziekenhuizen kan hiertoe, onder andere, een bijdrage leveren. Het geriatrisch zorgprogramma van het ziekenhuis staat garant voor een kwaliteitsvolle multidisciplinaire diagnosestelling, behandeling, ontslagregeling en nazorg.

Perspectief 12: goede ontslagplanning en ondersteuning.

Oudere personen en hun mantelzorg(er)(s-) wensen, wanneer zij opgenomen worden in een ziekenhuis, goed geïnformeerd te worden over wat er na het ontslag uit het ziekenhuis verder zal gebeuren en indien nodig aan thuiszorg georganiseerd dient te worden, zowel op medisch, als niet-medisch vlak. Ontslagplanning start bij het eerste contact met het ziekenhuis. De oudere persoon en, indien hij dit wenst, zijn familie worden betrokken bij de besluitvorming met betrekking tot de ontslagplanning en de bepaling van ondersteunings- en zorgdoelen. Samen met de oudere persoon, zijn mantelzorg(er)(s) en – de door de oudere persoon zelf gekozen - formele zorg- en dienstverleners worden de nodige afspraken gemaakt en wordt ondersteuning en zorg geboden, zodat heropname kan vermeden worden.

Perspectief 13: na ziekenhuisopname mogelijkheid tot herstel en revalidatie.

Na een ziekenhuisopname kan ook de oudere persoon gedurende een bepaalde termijn nood hebben aan herstel en revalidatie in functie van het werken aan het terugwinnen van bepaalde functies. Het revalidatieprogramma kan thuis of in het woonzorgcentrum voortgezet worden. Ouderen kunnen eveneens beroep doen op adequate centra voor herstelverblijf of revalidatiecentra, met als doel permanente beperkingen te voorkomen, alsook grotere afhankelijkheid van ondersteuning en zorg. Ze worden hierbij ondersteund in het behouden of herwinnen van zelfstandigheid. Een adequate regionale spreiding van herstel- en revalidatiemogelijkheden is een kritische succesfactor.

Ziekenhuizen reiken zowel vóór als na een opname in het ziekenhuis een outreach functie (specialistische kennis en ervaring) aan binnen de eerstelijnszorg. Maar ook omgekeerd: een goed uitgebouwde eerstelijnszorg voorkomt té vroegtijdige of onnodige opnames in het ziekenhuis en brengt zijn kennis expertise in het ziekenhuis in, waar nodig.

Perspectief 14: persoonsgerichte, waardigheidsondersteunende langdurige zorg.

Wanneer de toenemende vraag naar ondersteuning en zorg niet (meer) thuis kan geboden worden, heeft een oudere persoon nood aan een residentiële woonzorgvorm van goede kwaliteit, waar op een respectvolle, waardigheidsondersteunende wijze zorg en ondersteuning wordt geboden in een voor hem herkenbare, huiselijke woon- en leefomgeving, waar ook betekenisvolle relaties kunnen worden onderhouden of zich ontwikkelen, alsook zinvolle activiteiten worden aangereikt.

Perspectief 15: ondersteuning en zelfbeschikking bij het levenseinde.

Ook (zorgbehoevende) ouderen kunnen samen met een of meerdere zorgverleners op een tijdstip naar keuze een vroegtijdige zorgplanning bespreken, opmaken en indien gewenst herzien. Hierdoor kan de zorg zo goed mogelijk afgestemd worden op de wensen en behoeften van de oudere als (toekomstige) cliënt. Oudere personen worden in de mogelijkheid gesteld om een (benoemde) vertegenwoordiger en/of vertrouwenspersoon aan te duiden. Eventueel kunnen hieruit één of meerdere opeenvolgende wilsverklaringen volgen. De levenseindezorg is van hoge kwaliteit. Ze vertrekt vanuit de keuzes en de regie van de oudere en vermijdt

overmedicatie en therapeutische hardnekkigheid. In alle zorgsettings wordt de deskundigheid op vlak van palliatieve zorg gewaarborgd en wordt uitvoering gegeven aan de rechten van de patiënten rond een waardig levenseinde.

D. TER AFRONDING

Zowel het conceptuele kader van de WHO, als de beschreven perspectieven vanuit het oogpunt van de oudere persoon, maken aantoonbaar dat de zorg en ondersteuning van en voor oudere personen een gedeelde verantwoordelijkheid is: zowel de oudere persoon, zijn omgeving, maar ook de zorg- en dienstverleners, de welzijns- en gezondheidszorgvoorzieningen, de diverse overheden (lokale, Vlaamse, Federale en Europese), de onderzoeks- en onderwijssector, de diverse beleidsdomeinen... dragen bij tot de realisatie van een persoonsgerichte en geïntegreerde zorg en ondersteuning van oudere personen.

In het volgende hoofdstuk beschrijven we het beleidsinstrumentarium waarover de Vlaamse overheid beschikt om haar welzijns- en zorgbeleid voor ouderen te bewerkstelligen.

4. Beleidsinstrumenten

Om persoonsgerichte, geïntegreerde ondersteuning en zorg te bewerkstelligen beschikt de Vlaamse overheid over diverse instrumenten. Hieronder vindt u een overzicht van de beschikbare instrumenten die vervolgens nader worden toegelicht. Per beleidsinstrument wordt opgelijst welke initiatieven gepland worden voor realisatie in de periode 2015-2019. In elke van deze instrumenten wordt het perspectief van de oudere persoon en zijn eventuele mantelzorger(s) als uitgangspunt genomen.

Ook hier past de verwijzing naar de complementariteit van deze conceptnota met de ontwikkelingen op het vlak van het Vlaamse preventiebeleid, de Vlaamse sociale bescherming, het verandertraject binnen de eerstelijnszorg, de initiatieven binnen welzijnszorg en de geestelijke gezondheidszorg.

A. HET INCLUSIEF VLAAMS OUDERENBELEID

Het decreet houdende de stimulering van een inclusief Vlaams ouderenbeleid en de beleidsparticipatie van ouderen (2012) omschrijft het inclusief ouderenbeleid als een beleid dat in al zijn aspecten en samenhang aan de algemene en de specifieke behoeften van ouderen beantwoordt en waarbij de competenties van ouderen actief worden ingeschakeld. Het welzijns- en zorgbeleid maakt een specifiek onderdeel uit van het globale inclusief Vlaams ouderenbeleid. Het bovenvermeld decreet stelt dat het Vlaamse ouderenbeleid de voorwaarden dient te creëren om:

- na te streven dat de toegang van elke oudere persoon tot de economische, sociale en culturele rechten vastgelegd in artikel 23 van de Grondwet, wordt gewaarborgd;
- discriminatie en sociale uitsluiting op basis van leeftijd te voorkomen, te verminderen en op te lossen;
- de deelname van ouderen aan het uitstippelen, het uitwerken en het evalueren van dat beleid mogelijk te maken en te versterken.

Het ouderenbeleid is een inclusief, gecoördineerd en samenhangend beleid. Op de verschillende beleidsdomeinen en -niveaus moeten doelgerichte acties ondernomen worden vanuit een partnerschap tussen alle betrokken actoren. Op lokaal niveau zijn dit in de eerste instantie de gemeente, het OCMW en de (op te richten) lokale ouderenraad.

Op Vlaams niveau voorziet de Vlaamse Regering in;

- het nemen van maatregelen in de diverse beleidsdomeinen;
- de coördinatie tussen beleidsdomeinen;
- de stimulering van de betrokken actoren;
- de ondersteuning van de participatie van de ouderen.

De Vlaamse ouderenraad heeft als algemene opdracht om, hetzij op eigen initiatief, hetzij op verzoek van de Vlaamse Regering, van het Vlaams Parlement of van een strategische adviesraad, advies uit te brengen over alle aangelegenheden die ouderen aangaan. Daartoe volgt de raad de ontwikkelingen in het ouderenbeleid op en heeft hij oog voor de behoeften en de participatie van ouderen.

De Vlaamse Regering stimuleert lokale besturen of ouderen op het terrein voor het ontwikkelen van een inclusief ouderenbeleid en voor het nemen van initiatieven die de inspraak van ouderen in dat beleid realiseren of versterken. Op basis van een oproep erkent de Vlaamse Regering daartoe een of meer relevante partnerorganisaties voor maximaal 5 jaar. Een relevante partnerorganisatie is een organisatie die de kennis van een lokaal bestuur en ouderen op het terrein met betrekking tot de ontwikkeling van een inclusief ouderenbeleid en de beleidsparticipatie van ouderen kan ondersteunen of versterken.

Initiatieven:

1) Continuïteit van beleid:

a) korte termijn³⁵:

- de beheersovereenkomst tussen de Vlaamse overheid en de vzw Vlaamse ouderenraad is afgesloten voor de periode 2016-2020. Vanuit de globale missie, het versterken van de maatschappelijke slagkracht van alle ouderen, zijn doelstellingen en acties op vlak van adviseren, informeren, sensibiliseren, signaleren en onderzoeken met de Vlaamse ouderenraad afgesproken. Deze worden jaarlijks opgevolgd aan de hand van het werkingsverslag;
- de beheersovereenkomst tussen de Vlaamse overheid en de relevante partnerorganisaties de vzw Vlaamse Ouderenraad en vzw Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten werden afgesloten voor de periode 01/09/2015-31/08/2020. Deze organisaties hebben als algemene opdracht lokale besturen en ouderen te ondersteunen om een lokaal inclusief ouderenbeleid te ontwikkelen en om initiatieven te nemen die de inspraak van ouderen in dat beleid realiseren of versterken. Hun activiteiten worden jaarlijks opgevolgd aan de hand van het werkingsverslag.

b) lange termijn³⁶:

- ondersteunen en opvolgen van het project leeftijds- en dementievriendelijke gemeenten;
- opvolgen ontwikkelingen beleid van en voor ouderen in Europa (BTW, subsidiëring, innovatie...);

³⁵ Korte termijn = binnen de twee jaar.

³⁶ Lange termijn = tussen 2 en 5 jaar

- bij de redactie van nieuwe Vlaamse regelgeving nagaan of de bepaling van een leeftijdsgrens relevant is en zo ja waarom en welke;
- het Vlaamse preventiebeleid inzake gezondheid heeft bijzondere aandacht voor de specifieke risico's eigen aan de toenemende leeftijd en dit zowel op lichamelijk, als op geestelijk en sociaal vlak (multi-morbiditeit, vereenzaming, rouw bij verlies van partner, depressie, bewegingsarmoede, ongezonde eetgewoontes, vallen,);
- het Vlaamse actieplan suïcidepreventie omvat specifieke aandacht voor de ouderen als risicogroep.

2) Nieuw beleid:

a) korte termijn:

- opmaken en opvolgen van een nieuw Vlaams ouderenbeleidsplan 2015-2020 omvattende minimaal de volgende onderwerpen en met oriëntatie op de aantoonbare positieve resultaten voor de oudere zelf³⁷:
 - *Actief ouder worden*
 - Sport en beweging
 - Positie van ouderen in de gezondheidsdoelstellingen
 - Inspraak
 - *Zorg*
 - Leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid
 - Persoonsvolgende financiering
 - Vermaatschappelijking (met aandacht voor eenzaamheid en depressie)
 - *Wonen*
 - Groepswonen
 - Levensloopbestendig wonen (aanpasbaar wonen en toegankelijke woonomgeving)
 - Woonmobiliteit
 - Sociale woningen en huurtoelagen
 - *Levenslang leren en digitale inclusie*
 - *Langer werken en werkbaar werk*
- de provinciale ouderenraden geven mee vorm aan een inclusief ouderenbeleid en aan de participatie van ouderen. In het kader van de afslanking van de provincies, waarbij deze vanaf 1 januari 2017 geen persoonsgebonden bevoegdheden meer mogen uitoefenen, gaan we na hoe we de werking van deze raden, én hun ondersteuning, effectief en efficiënt kunnen continueren. Binnen een Vlaams kader, met ruimte voor regionale specificiteit, willen we de werking van de provinciale (en lokale) ouderenraden structureel verankeren. We hebben daarbij oog voor hun positie tegenover de Vlaamse Ouderenraad en houden ook rekening met het geplande nieuwe decreet op het lokaal sociaal beleid. We gaan na hoe deze werking kan ingepast worden binnen de reglementering houdende de stimulering van een inclusief Vlaams ouderenbeleid en de beleidsparticipatie van ouderen.

b) lange termijn:

- opvolgen van de activiteiten van de parterorganisaties die als globale opdracht hebben lokale besturen of ouderen op het terrein te ondersteunen om een lokaal inclusief ouderenbeleid te ontwikkelen en om initiatieven te nemen die de inspraak

³⁷ De uitwerking van deze punten wordt afgestemd op het ontwerp van het Vlaams Ouderenbeleidsplan.

- van ouderen in dat beleid realiseren of versterken, met bijzondere aandacht voor specifieke doelgroepen (allochtone ouderen, ouderen met een beperking...);
- ruime maatschappelijke sensibilisatie voor intergenerationele projecten;
 - aanmoediging van het concept 'seniorvriendelijke' ziekenhuizen³⁸.

B. BELEID MET BETREKKING TOT DE INFORMELE ZORG EN ONDERSTEUNING

Mantelzorgers en vrijwilligers realiseren in een belangrijke mate de zorg in de vertrouwde omgeving. Zij zijn als het ware het sociale kapitaal dat ertoe bijdraagt dat vele kwetsbare mensen nabije zorg ervaren. Zij maken aantoonbaar dat zorgen voor elkaar, voor jong en oud, hoort bij het leven en ingebed ligt in de samenleving, ook al is dit niet vanzelfsprekend.

a) Mantelzorgers

Mantelzorgers zijn geen beroepsmatige zorgverleners, maar geven zorg omdat zij een persoonlijke band hebben met degene voor wie ze zorgen. Een mantelzorger gaat zorgen als iemand in zijn of haar omgeving zorg nodig heeft, een familielid, buur en/of vriend waar al een emotionele band mee bestaat. Niet zelden schuiven we in de rol van mantelzorger zonder hiervoor bewust te kiezen. Anderzijds ontmoeten we ook personen die bewust kiezen om de rol van mantelzorg op te nemen en hun activiteiten hierop af te stemmen. Het is ook niet altijd eenvoudig om de mantelzorg te beperken in tijd, uren, dagen of dagdelen of ze zomaar te beëindigen. Vaak gaat het om een rol die 24 op 24 uren wordt opgenomen.

Mantelzorg kan als betekenisvol worden ervaren. Het kan de relatie met dierbaren versterken, het gevoel geven iets zinvol voor deze naasten te doen. Onderzoek van de Vlaamse Ouderen Zorg Studie (2011) maakt zichtbaar dat mantelzorgers positieve persoonlijke ervaringen hebben. Een kwart van de mantelzorgers ondervindt vaak in zichzelf enkele sterke kanten te hebben ontdekt. 1 op 4 mantelzorgers heeft meer vertrouwen gekregen in het omgaan met anderen. En het opnemen van de mantelzorg zorgt er voor dat 15% het gevoel heeft dichter bij de familie te staan. 6% geeft aan dikwijls dichter bij vrienden te staan. Deze vaststellingen maken aantoonbaar dat het belangrijk om de 'negatieve' ervaringen van mantelzorgers niet te veralgemenen, maar ook om de 'positieve' ervaringen niet overdreven te romantiseren.

Het is bekend dat het verlenen van mantelzorg kan leiden tot een zware (psychische en of fysieke) belasting van de mantelzorger. In de meeste gevallen is het zorgen voor familie en verwanten geen weloverwogen keuze, maar iets waar men inrolt (Van Der Lyke, 2000³⁹). Op zich is daar doorgaans niets mis mee, in het bijzonder omdat die zorg met grote vanzelfsprekendheid wordt verleend. Maar er zit ook een keerzijde aan, omdat gaandeweg en vaak ongemerkt ook de belasting van die zorgverlener toeneemt. Tegelijk blijkt immers dat het moeilijk is om grenzen te stellen aan de eigen inzet. Mantelzorgers blijven dan zorg opnemen, tot de draaglast de draagkracht ver overschrijdt. Naar schatting 8% van de mantelzorgers voelt zich zwaar (over)belast. De druk op de mantelzorger kan na verloop van tijd zelfs dusdanig groot worden, dat het hem gaat belemmeren in zijn of haar functioneren als ondersteuner. Dit sluipende verschijnsel noemt men de *mantelval*.

³⁸ Zie project Koning Boudewijnstichting - Zilverzachte zorg. Zorg dragen voor kwetsbare ouderen. <https://www.kbs-frb.be/nl/Activities/Publications/2015/20151021PP>

³⁹ Van der Lycke, S., (2000). Georganiseerde Liefde. Publieke bemoeienis met zorg in de privé-sfeer. Uitgeverij Jan van Arkel.

Vermaatschappelijking van de zorg veronderstelt dat er bijzondere aandacht gaat naar het welzijn van de mantelzorger en dat we erop toezien dat deze niet wordt overbevraagd en ook de mogelijkheid krijgt de mantelzorg op te nemen die hij/zij wenst op te nemen. Het Woonzorgdecreet uit 2009 besteedt bijzondere aandacht aan de mantelzorger. Het decreet vermeldt in haar werkingsprincipes uitdrukkelijk dat zorg-verleners maximaal beroep moeten doen op het zelfzorgvermogen en de zelfredzaamheid van de gebruiker en diens mantelzorgers terwijl ze ook rekening houden met hun draagkracht. Het uiteindelijke doel is de zorgbehoevende persoon zo lang mogelijk op een kwaliteitsvolle wijze in zijn thuissituatie te laten wonen, ondersteund door mensen die om hem geven en voor hem willen zorgdragen, al dan niet aangevuld met professionele zorg en ondersteuning. Mantelzorg moet bovendien ook voortgezet kunnen worden na een verhuis naar/in combinatie met een residentiële woonvorm, rekening houdend met de mogelijkheden en wensen van de zorgbehoevende persoon zelf en de mantelzorger.

Vlaanderen erkent zes verenigingen voor gebruikers en mantelzorgers. Deze hebben de volgende opdrachten:

- ze geven objectieve advies en informatie aan gebruikers en mantelzorgers;
- ze komen op voor de belangen van de gebruikers en mantelzorgers.

Volgens de huidige regelgeving hebben de verenigingen de opdracht om daarvoor de gebruikers en de mantelzorgers regelmatig samen brengen om te overleggen. Daarnaast organiseren ze zelf initiatieven waarbij gebruikers en mantelzorgers die in soortgelijke situaties zitten elkaar ontmoeten. De verenigingen kunnen deelnemen aan initiatieven die andere actoren organiseren. Elke vereniging brengt een informatieblad uit. Hun leden lezen daarin relevante informatie voor gebruikers en mantelzorgers. De overheid verwacht van de verenigingen dat ze alle mogelijke probleemsituaties inventariseren waarmee gebruikers en mantelzorgers te maken krijgen. Zij moeten de knelpunten die bij de mantelzorgers naar boven komen signaleren aan de overheid.

Binnen het kader van de Vlaamse zorgverzekering registreren de zorgkassen de mantelzorgers van de leden die een tegemoetkoming mantel- en thuiszorg ontvangen.

Het is belangrijk dat niet enkel vanuit het beleidsdomein welzijn wordt geïnvesteerd in een kwaliteitsvolle en vlotte (informele) thuiszorg. Belemmeringen om voor elkaar te zorgen moeten worden weggenomen. Zo moeten we streven naar een kader waar mantelzorg en werk vlot gecombineerd kunnen worden.

b) Vrijwilligers

Vrijwilligers kiezen ervoor om voor mensen te zorgen of hen te ondersteunen. Als zij met het vrijwilligerswerk starten, is er doorgaans (nog) geen emotionele band. Daarnaast zorgen zij voor een afgebakende tijd (bijvoorbeeld een dagdeel per week) en kunnen zij de zorg op eigen initiatief beëindigen. Vrijwilligers actief in de ondersteuning en zorg voor oudere personen werken in georganiseerd verband.

Vrijwilligers vervullen een belangrijke functie in onze samenleving. Ze zijn actief in organisaties en werken, gratis (onkostenvergoeding binnen afgesproken grenzen), voor andere mensen of voor de samenleving. In de welzijns- en gezondheidssector is het vrijwilligerswerk van prioritair belang. Vrijwilligers zorgen mee voor een zorgzaam Vlaanderen. De meerwaarde van hun inzet ligt in de complementariteit tegenover de

professionele dienst- en zorgverlening. Hun engagement levert een bijdrage aan een warme en solidaire samenleving.

Het decreet betreffende het georganiseerde vrijwilligerswerk in het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin van 2009 en haar uitvoeringsbesluiten regelt de erkennings- en subsidiërings-voorwaarden voor het ingebouwd en autonoom vrijwilligerswerk. Naast het georganiseerd vrijwilligerswerk speelt het vrijwilligerswerk binnen tal van sociaal culturele organisaties en verenigingen een betekenisvolle maatschappelijke rol. In het woonzorgdecreet werd uitdrukkelijk een werkingsprincipe opgenomen dat van toepassing is op alle voorzieningen opgenomen in dit decreet, met name *'de voorzieningen worden geacht de vrijwilligerszorg te stimuleren, te organiseren of samenwerkingsverbanden aan te gaan met organisaties die vrijwilligerszorg aanbieden'*. In het woonzorgdecreet zijn voorzieningen opgenomen die een specifiek zorg- en ondersteuningsaanbod doen met vrijwilligers. Vrijwilligersbeleid is geen vrijblijvend beleid. Er dient nagegaan te worden welke de juiste randvoorwaarden zijn om een kwaliteitsvol en volwaardig vrijwilligersbeleid te kunnen voeren, we denken hier bijvoorbeeld aan een minimale omkadering binnen zorgorganisaties.

De lokale besturen, de lokale zorgvoorzieningen en het lokaal actieve verenigingen kunnen zowel op het vlak van ondersteuning van de mantelzorgers, als het aanmoedigen van het vrijwilligerswerk een supportieve rol vervullen via onder andere informatieve en sensibiliseringsinitiatieven. Er wordt ook gewezen op het belang van het vrijwilligerswerk actief buiten de zorgsector, als een belangrijke aspect van inclusie.

Initiatieven

1. Continuïteit van beleid:

a) korte termijn:

- formuleren van beleidsadviezen naar aanleiding van het onderzoek naar de leefomstandigheden van 4.000 mantelzorgers;
- formuleren van beleidsadviezen naar aanleiding van het verkennend onderzoek betreffende het onderwerp 'jonge mantelzorgers';
- verder inzetten op de uitbouw van respijtzorg: oppashulp, gastopvang, dagverzorgingscentra, al dan niet conform artikel 51, CKV, nachtopvang... ;
- evalueren en actualiseren van het dementieplan 2009-2014;
- realiseren van het transitieplan dementiekundige basiszorg in het natuurlijke thuismilieu en monitoren naar resultaat;
- afstemmen federale en Vlaamse regelgeving^{40 41} ;
- verder inzetten op de uitbouw van lokale dienstencentra en herbekijken erkenningsvoorwaarden lokale dienstencentra (meer inzetten op sociale cohesie, buurtwerking en kwalitatieve voorwaarden en minder op kwantitatieve en infrastructurele voorwaarden, inzetbaarheid in kleinere gemeenten).

b) lange termijn:

In samenspraak met de betrokken bevoegdheidsdomeinen en -niveau's:

Op vlak van combinatie werk en mantelzorg:

- evalueren van de diverse thematische verlopen en actualiseren, waar nodig;
- uitwerken van het concept 'mantelzorgvriendelijk HRM-beleid';

⁴⁰ 12 MEI 2014. - Wet betreffende de erkenning van de mantelzorger die een persoon met een grote zorgbehoefte bijstaat.

⁴¹ Gezondheidswet van mei 2014 – registratie van de mantelzorger die verpleegkundige handelingen aangeleerd krijgt.

Op vlak van fiscaliteit

- wegwerken van fiscale obstakels die mantelzorg bemoeilijken;
- bekendmaken van fiscale mantelzorgondersteunende maatregelen bij de burgers en diverse voorzieningen/organisaties;

Op vlak van ruimtelijke ordening en wonen:

- een kader scheppen binnen ruimtelijke ordening zodat mantelzorg en thuiszorg (tijdelijk) vlot kan worden georganiseerd ; (tijdelijk plaatsen van een mantelzorgwoning).
- promoten en faciliteren van vormen als kangoeroe wonen, zorgwonen, groepswonen en meegroeiwonen;
- opzetten van een sensibiliseringsacties opgezet voor vrijwilligerswerk in de zorg thuis en/of residentieel;

Op vlak van vrijwilligerswerk:

- realisatie van extra ondersteuning aan het vrijwilligerswerk waarbij vrijwilligers er voor zorgen dat de mobiliteit van ouderen versterkt kan worden (vervoerscentrales, minder mobielen centrales);
- faciliteren van vrijwilligerswerk bij uitkeringsgerechtigden (werkloosheid en andere statuten eindeloopbaan) en gemeenschapdienst (mits passend binnen de zorgsituatie, waarbinnen men wordt ingezet);
- voorzien in gepaste vorming van vrijwilligers, waarbij rekening gehouden wordt met een specifieke benadering/aanpak van specifieke doelgroepen (vb. personen met dementie);
- aanmoedigen van de reguliere welzijns- en zorgvoorzieningen worden om nog meer vrijwilligers in te schakelen in hun ondersteunings- en zorgaanbod. Hiervoor wordt een toegankelijke website uitgebouwd. De vrijwilligers kunnen enkel een aanvulling zijn op de reglementair vastgestelde personeelsnormen. Zij stellen geen handelingen die enkel door een erkend beroepsuitoefenaar mogen worden uitgevoerd.

2. Nieuw beleid:

a) korte termijn:

- opmaken van een coherent en duurzaam mantelzorgplan in samenspraak met de verschillende betrokken actoren (streefdoel juni 2016). Het coherent en duurzaam mantelzorgbeleid oriënteert zich op vier centrale thema's:

1. De maatschappelijke erkenning en waardering van mantelzorgers, o.a.:

- a. faciliteren combinatie arbeid en mantelzorg. Stimuleren van ontwikkeling mantelzorgvriendelijk ondernemen (flexibiliteit, thematische verlopen bv.);
- b. behoud/opbouw sociale rechten;
- c. financiële tegemoetkomingen (zorgverzekering, basisondersteuningsbudget, ...).

2. De ondersteuning van mantelzorgers, o.a.:

- a. pro-actief – laagdrempelig informeren op maat over aanbod hulp en dienstverlening;
- b. empowerment via psycho-educatie (dementieplan), vorming, lotgenoten-contact;
- c. respijtzorg (oppashulp, dagopvang, kortverblijf, gastopvang, gezinszorg...);
- d. technologie (assistieve technologie, bv.).

3. Het versterken van de samenwerking tussen informele en professionele zorg, o.a.:
 - a. mantelzorger als volwaardige zorgpartner binnen het integrale zorg- en ondersteuningsplan rekening houdende met de wensen van de zorgvrager (cfr. dementieplan: mantelzorger als partner in de zorg, infoverstrekker);
 - b. gebruik van methodieken/instrumenten om ondersteuningsnoden in kaart te brengen (bv. CSI, Prisma, mantelzorg in zicht) en in functie hiervan mantelzorgzorgdoelstellingen formuleren.
4. De specifieke situatie van jonge mantelzorgers.

b) lange termijn:

- concretiseren van het mantelzorgplan in de te ondernemen acties en opvolging van de verschillende acties;
- overleg plegen met de federale overheid met als doel na te gaan of het optrekken van de maximumvergoeding voor vrijwilligers actief in welzijn- en zorgvoorzieningen kan worden overwogen en gerealiseerd;
- samenwerking tussen reguliere welzijns- en zorgvoorzieningen en het sociaal culturele verenigingsleven wordt bevorderd (inbedden in het lokale sociale beleid).

C. PROGRAMMATIE- EN VERGUNNINGENBELEID

De programmatie bepaalt, met het oog op een evenredige spreiding afhankelijk van de behoeften, aan de hand van objectief meetbare criteria, de planning in de tijd en ruimte van ofwel het maximale aantal voorzieningen, woonzorgnetwerken en verenigingen, ofwel het maximale aantal plaatsen in voorzieningen, ofwel het maximale aantal subsidiabele uren woonzorg die een voorziening mag aanbieden ofwel het maximale aantal subsidiabele personeelsleden van een voorziening. (rekening houdend budgettaire marges)

De Vlaamse Regering legt voor de verschillende soorten van voorzieningen gevat in het woonzorgdecreet van 2009 de programmatie vast. De programmatie wordt opgesteld aan de hand van objectief meetbare criteria. Bij een aantal woonzorgvoorzieningen wordt er voor de toepassing van die programmacijfers uitgegaan van bevolkingsprojecties. Om een voorafgaande vergunning te bekomen, worden ook voor bepaalde woonzorgvoorzieningen specifieke evaluatiecriteria bepaald. Wanneer het initiatief past in de programmatie (cijfers en evaluatiecriteria) dan bekomt het een voorafgaande vergunning voor de realisatie van de voorziening. Bij de bepaling van de regels met betrekking tot programmatie en voorafgaande vergunning dient er rekening te worden gehouden met de toegankelijkheid van de woonzorgvoorzieningen in geval van acute zorg- en ondersteuningsvragen.

In de bijlagen worden diverse programmaticijfers en de invulling ervan opgelijst.

Initiatieven

1. Continuïteit van beleid:

a) korte termijn:

- verlengen van de tijdelijke opschorting van het verlenen van voorafgaande vergunningen voor bijkomende woongelegenheden uit de programmatie voor woonzorgcentra en centra voor kortverblijf van 01/01/2016 tot en met 31/12/2019;
- verlengen en evalueren project flexibel kortverblijf in erkende groepen van assistentie-woningen;
- evalueren en herpositioneren van de animatiefunctie in de woonzorgcentra.

b) lange termijn:

- uitwerken en implementeren van een nieuw kader voor collectieve dagopvang voor ouderen binnen het uitvoeringsbesluit van de diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg;
- uitwerken van een structureel kader voor en implementeren van een programmatie van gezinszorg en aanvullende thuiszorg binnen de contouren van een toekomstprofiel van de diensten gezinszorg en aanvullende thuiszorg (integraal, verbreed, zorg- en ondersteuningsdoelstellingen);
- plannen en nemen van specifieke maatregelen voor Brussel in overleg met de Brusselse instanties (cfr. afspraken in het kader van het masterplan woonzorg voor Brussel).

2. Nieuw beleid:

a) korte termijn:

- actualiseren van de huidige programmatiecijfers van alle voorzieningen gevat door het woonzorgdecreet (2009), met prioriteit voor de woonzorgcentra en centra voor kortverblijf;
- aanpassen van het besluit van de Vlaamse Regering met betrekking tot de erkenningskalender (12/2013) – aanpassen prioriteringscriteria voor de woonzorgcentra en centra voor kortverblijf;
- ontwikkelen reconversieregels die ertoe bijdragen dat erkenningen en voorafgaande vergunningen van woonzorgcentra kunnen worden omgezet in onder andere: de financiering van zware zorg (ROB in RVT), centra voor dagverzorging, lokaal dienstencentrum, uren gezinszorg, , zorg en ondersteuning aan personen met een gestabiliseerde chronische psychiatrische aandoening... (waar mogelijk, rekening houdend met een gelijke regionale spreiding);
- uitwerken en implementeren van een nieuw kader voor de toewijzing van bijkomende uren gezinszorg en aanvullende thuiszorg;
- uitzoeken of en hoe diverse vergunningen en erkenningen al dan niet op één localisatie kunnen worden verleend en flexibel inzetbaar zijn (op de site zelf, in de wijk, in de gemeente ...) met behoud van rechtszekerheid van de medewerkers.

b) lange termijn:

- ontwikkelen van aangepaste geïntegreerde en dynamische programmatie- en evaluatiecriteria voor al de voorzieningen gevat door het woonzorgdecreet (2009) op basis van zorgprognoses;
- programmatiebeleid evalueren in functie van persoonsvolgende financieringsconcept;
- voor en tegen nagaan van het samenvoegen van al verleende voorafgaande vergunningen en erkenningen voor verschillende voorzieningen/doelgroepen (woonzorg thuis en residentieel, VAPH, chronische zorg, psychiatrie...) met behoud van rechtszekerheid van de medewerkers;
- nagaan of en in welke mate een methodiek kan worden ontwikkeld die een oudere persoon of zijn familie de mogelijkheid biedt om op een efficiënte, onafhankelijke en transparante wijze vast te stellen welk zorgaanbod, waar beschikbaar is, tegen welke prijs en welke kwaliteit;
- nagaan op welke wijze een wachtlijstbeheer van de diverse woonzorgvoorzieningen op een structurele wijze kan worden bijgehouden en gemonitord.

D. ERKENNINGSBELEID

Om erkend te worden, moet de initiatiefnemer beschikken over een voorafgaande vergunning (passen in de programmatie en beantwoorden aan de evaluatiecriteria) en beantwoorden aan de erkenningsvoorwaarden verbonden aan het soort woonzorgvoorziening dat men wenst te exploiteren. In het besluit van de Vlaamse Regering van 24 juli 2009 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers worden per soort woonzorgvoorziening in een aparte bijlage de specifieke erkenningsvoorwaarden opgesomd.

De erkenningsvoorwaarden bepalen de minimaal na te leven normen door de exploitant van de woonzorgvoorziening. Ze verwijzen naar de rechten en de plichten van de cliënt, de zorg- en dienstverleners en de woonzorgvoorziening (afsprakennota en interne overeenkomst). Daarnaast omschrijven ze desgevallend ook de infrastructurele en brandveiligheidsnormen, de normen met betrekking tot de interne zorgorganisatie, de personeelsnormen, hygiënenormen, kwaliteitsnormen, de inhoudelijke zorgnormen (levenseinde zorg, fixatiebeleid, zorg voor personen met dementie...), de normen met betrekking tot de dienstverlening (hotel, schoonmaak, keuken...), de facturatie en de boekhoudnormen. Wanneer een woonzorgvoorziening zich niet houdt aan de specifieke erkenningsvoorwaarden kan de erkenning tijdelijk worden (op-)geschorst of geweigerd.

Bij de bepaling van de regels met betrekking tot de erkenningen dient er rekening te worden gehouden met de toegankelijkheid van de woonzorgvoorzieningen in geval van acute zorg- en ondersteuningsvragen.

Initiatieven

1. Continuïteit van beleid:

a) korte termijn:

- erkenningskalender van woonzorgcentra en centra voor kortverblijf:
 - olijsten preciaire situaties;
 - aanpassen besluit van de Vlaamse Regering prioriteringscriteria erkenningskalender 20/12/2013;
 - opschorting verlenen voorafgaande vergunningen tot 31/12/2019;
 - verlenging verleende, lopende voorafgaande vergunningen tot 31/12/2020;
 - on-hold plaatsen van besluit Vlaamse Regering erkenningskalender 20/12/2013 tot 31/12/2019;
 - ontwikkelen en implementeren van reconversieregels;
 - mogelijkheid creëren voor de lancering van een oproep tot het indienen van een erkenningskalender voor preciaire situaties;
 - opheffen van de bepalingen betreffende het principe van de 'aangemelde woonzorgvoorziening' voor groepen van assistentiewoningen, centra voor herstelverblijf, lokaal dienstencentrum... ;
 - evalueren/updaten van de functie van de medewerker animatie en activatie in de woonzorgcentra en centra voor kortverblijf (cfr animatiecovenant VVSG/Zorgnet-ICURO);
 - samenstellen en opstarten van werkgroepen met als doel de visie te actualiseren, alsook een inventaris op te maken van op het werkveld ervaren en vastgestelde knelpunten op juridisch, financieel en organisatorisch vlak en

het formuleren van beleidsaanbevelingen die ook moeten leiden tot administratieve vereenvoudiging en regelluwte voor de:

- *groepen van assistentiewoningen;*
- *centra voor herstelverblijf;*
- *dagverzorgingcentra en de collectie dagopvang voor ouderen;*
- *diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg;*
- *diensten voor logistieke hulp;*
- *diensten voor oppashulp;*
- *lokale dienstencentra, mobiele lokale dienstencentra en buurtgerichte werking;*
- *de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen;*
- *regionale dienstencentra.*

b) lange termijn:

- integreren/aanpassen van de federale regelgeving RVT, DVC en NAH in het woonzorgdecreet bijlage met betrekking tot de woonzorgcentra en dagverzorgingscentra. Deze integratie wordt als een opportuniteit beschouwd om de huidige erkennings-voorwaarden van woonzorgcentra, centra voor kortverblijf en de dagverzorgingscentra te evalueren en te actualiseren en te vereenvoudigen;
- toezien dat, waar nodig, in het kader van de erkenningsvoorwaarden, specifieke maatregelen voor Brussel dienen te worden genomen;
- uitwerken van de decretale verplichting 'ethisch verantwoord zorgbeleid', waaronder volgende thema's: respectvolle bejegening, voorkomen van therapeutische hardnekkigheid, palliatieve zorg, beslissingen rond het levenseinde, fixatiebeleid, omgaan met diversiteit, cultuursensitieve zorg, ... (verwijzing naar de rechten van de patiënt/cliënt) in overleg met de koepels en ouderen-organisaties, verenigingen van gebruikers en mantelzorgers;
- vereenvoudigen van de regelgeving en zoeken naar opportuniteiten met betrekking tot regelluwte;
- het opstellen van aanbevelingen (geen voorschriften) inzake goed bestuur voor alle voorzieningen gevat in het woonzorgdecreet van 2009 en dit in samenspraak met de betrokken actoren. De aanbevelingen gelden dan als leidraad voor voorzieningen om hun bestuur en meer bepaald de verantwoordelijkheden van de verschillende bestuursorganen (algemene vergadering, raad van bestuur, directie) te overdenken, te evalueren en vervolgens duidelijk te bepalen en af te lijnen.

2. Nieuw beleid

a) korte termijn:

- ontwikkelen van een visie met betrekking tot het toekomstprofiel van de woonzorgcentra in Vlaanderen;
- ontwikkelen van een visie met betrekking tot het toekomstprofiel van de diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg;
- oprichten van een werkgroep met als doel een inventaris op te maken van op het werkveld ervaren en vastgestelde knelpunten op juridisch, financieel en organisatorisch vlak en het formuleren van beleidsaanbevelingen voor de *initiatieven die het samenwonen van of ondersteunen en zorgverleners aan diverse doelgroepen onder eenzelfde dak of zelfde campus* (beogen te) realiseren (oudere personen, personen met een beperking, personen met een gestabiliseerde psychiatrische aandoening, ...);

- integreren van het werken met concrete zorgdoelen binnen de diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg;
- verhelderen van de positie van de diensten gezinszorg en aanvullende thuiszorg en de logistieke hulp tegenover de dienstencheques in samenspraak met de Vlaamse minister bevoegd voor werk;
- werken aan taakuitzuivering en taakherschikking in functie van ontwikkelingen mbt KB nr. 78 in samenwerking met de federale overheid en in relatie tot het decreet hulp en bijstand, alsook het formuleren van een aangepast kader voor de aanvullende thuiszorg (logistieke zorg- en ondersteuning).

b) lange termijn:

- ontwikkelen van een visie met betrekking tot het toekomstprofiel van de diverse andere voorzieningen gevat door het woonzorgdecreet (2009);
- nagaan of én hoe de functie van de begeleiding en de uitvoering van eenvoudige 'aanpassing van de woning' kan worden ingekanteld in de functie aanvullende thuiszorg in functie van zorg- en ondersteuningsdoelen.

E. BELEID MET BETREKKING TOT INFRASTRUCTUUR

Aangepaste infrastructuur en inrichting bepalen in belangrijke mate de kwaliteit van het leven, de gezondheid, het subjectieve welbevinden, het wonen en de zorg van oudere personen. Een onaangepaste infrastructuur en inrichting kan ertoe leiden dat ouderen geen ondersteuning vinden in hun autonomie, gemeenschapsbeleving of privacy. De inplanting van het gebouw of de woongelegenheden kunnen eenzaamheid voorkomen of net versterken. De materiaalkeuze en de duurzame inrichting van het gebouw hebben eveneens een belangrijk gevolg op het onderhoud en het gebruik van de nutsvoorzieningen, en dus de kostprijs. De ruimtelijke (stedenbouwkundige) planning van welzijns- en zorgvoorziening is van cruciaal belang in het kader van de vermaatschappelijking van de zorg.

De erkenningsvoorwaarden van de diverse woonzorgvormen, waaraan een infrastructuur verbonden is, staan beschreven in het besluit van de Vlaamse Regering van 24 juli 2009 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers. De regelgeving met betrekking tot de investerings-subsidies staat beschreven in het decreet inzake de infrastructuur voor persoonsgebonden aangelegenheden en haar uitvoeringsbesluiten (VIPA).

Initiatieven:

1. Continuïteit van beleid:

a) korte termijn:

- juridisch onderzoek naar de voor- en nadelen van financiering van woongelegenheden in woonzorgcentra door particuliere beleggers zonder voorkeurrecht/woonrecht;
- onderzoek naar nieuwe financieringsmodaliteiten voor de realisatie van woonzorginfrastructuur;
- opvolgen en evalueren van de nieuwbouwprojecten van de Vlaamse bouwmeester;
- opvolgen en evalueren van de pilotprojecten regelluwte nieuwbouwprojecten woonzorgcentra;
- installeren van VIPA als een ondersteunend kennisloket dat beleidsvoorbereidend en -evaluerend werk verricht zodat het beleid onderbouwde en strategische keuzes

kan maken om een innoverend en duurzaam beleid voor welzijns- en zorginfrastructuur te voeren. Vanuit dezelfde rol als kennisloket zal het VIPA op een geïntegreerde manier vrijblijvend advies en begeleiding aan initiatiefnemers voorzien om betaalbare, kwaliteitsvolle, multifunctionele en duurzame welzijns- en zorginfrastructuur te ontwikkelen. Het kenniscentrum zal hierbij een beroep doen op een mix van expertise vanuit zowel de profit als de non-profitsector;

- opstarten 2^o editie pilootprojecten zorg 'Zorg in de buurt' die zich in het bijzonder richt op de ondersteuning van kleinschalige zorgprojecten binnen een netwerk op schaal van de buurt.

b) lange termijn:

- uitwerken van een aangepaste regelgeving voor de CADO's;
- in overleg met de bevoegde Vlaamse minister van wonen oplijsten en promoten van enerzijds ondersteuningsmogelijkheden/premies voor woningaanpassing, anderzijds van financieel toegankelijke alternatieve collectieve woonvormen (zoals groepswonen en Abbeyfield huizen);
- in overleg met de bevoegde Vlaamse minister voor ruimtelijke ordening oplijsten van knelpunten inzake stedenbouwkundige aspecten bij de realisatie van woonzorginfrastructuur en streve naar vereenvoudigde procedures;
- in overleg met de bevoegde Vlaamse minister oplijsten van knelpunten die men ondervindt bij de realisatie van alternatieve collectieve woonvormen en streven naar een regelluw kader.

2. Nieuw beleid:

a) korte termijn:

- uitvoering geven aan de resolutie van het Vlaams parlement van 19/06/2013 betreffende de infrastructuursubsidiëring van woonzorgvoorzieningen, alsook van de Europese richtlijn op vlak van de verwerking van investeringsubsidies in de Vlaamse begroting;
- operationaliseren van de conceptnota nieuw financieringsmodel (bouwforfait) voor woon-zorgcentra en centra voor kortverblijf:
 - overleg met de koepelorganisaties;
 - uitwerken financieringstechniek en de daaraan gekoppelde procedures;
 - uitwerken van aangepaste IT toepassing;
 - realiseren van de decretale verankering;
- aanmoedigen van het flexibel en meervoudig inzetten van infrastructuur en woon- en zorginnovatie;
- sensibiliseren van het principe "design for all"⁴² in het beleidsdomein 'wonen/openbare ruimte', alsook in het onderwijs (o.a. opleiding tot architect).

b) lange termijn:

- in samenspraak met de federale minister van Volksgezondheid inzetten op ergotherapeutisch advies en begeleidingsvormen in functie van verantwoorde woningaanpassingen en effectief en efficiënt gebruik van hulpmiddelen (o.a. voorkomen van valincidenten);
- evalueren en waar nodig bijsturen van de infrastructurele voorwaarden voor woonzorgcentra, dagverzorgingscentra, centra voor kortverblijf, groepen van assistentiewoningen, lokale dienstencentra, regionale dienstencentra en centra

⁴² Design for all staat voor het ontwerpen van producten, diensten en omgevingen zodat ze door zo veel mogelijk mensen gebruikt kunnen worden, ongeacht hun leeftijd of fysieke kenmerken.

voor herstelverblijf worden geëvalueerd. Hierbij wordt vertrokken van de basisprincipes van woonkwaliteit en veiligheid voor de cliënt in een regelluw kader.

F. HET KWALITEITSBELEID

Kwalitatief goede zorg en ondersteuning neemt de persoonlijke behoeften van de oudere persoon als uitgangspunt en is toegankelijk, doelmatig, doeltreffend, verantwoord en continu. Kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning gaat prioritair uit van het respect voor de rechten van de oudere persoon. De inspraak van de oudere persoon als gebruiker van welzijns-, woon- en zorgvoorzieningen dient gevrijwaard te zijn. Hierbij went men doelmatige inspraakvormen aan die een zicht geven op de wijze waarop de zorg en de ondersteuning door de oudere gebruiker wordt ervaren. Wat is voor hen kwalitatieve zorg?

Kwaliteit staat ook voor een breed gamma aan woonvormen, welzijn, zorgvoorzieningen en zorgverstrekkers dat aansluit bij de diversiteit van de ouderen. Kwaliteitsvolle ouderenzorg veronderstelt dan een goede samenwerking tussen de domeinen wonen, welzijn en zorg.

Het kwaliteitsbeleid van een welzijns- en zorgvoorziening waarborgt dat de oudere persoon die beroep doet op een woonzorgvoorziening en zorgverstrekkers zorg- en dienstverlening ontvangt van goede kwaliteit en dat deze veilig is. Daarnaast waarborgt het ook dat de zorgverstrekkers, zorg- en dienstverleners, het management, het bestuur en de organisatie van de voorziening zich continu oriënteren op het verbeteren of het borgen van de kwaliteit.

Elke welzijns- en zorgvoorziening wordt geacht een doeltreffend kwaliteitsbeleid te voeren. De algemene regelgeving inzake kwaliteit staat beschreven in het decreet betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen van 2003. Het kwaliteitsbeleid omvat de intenties van een voorziening met betrekking tot kwaliteit en wegen daar naartoe, formeel uitgedrukt in een verklaring van het management. Het kwaliteitsbeleid dient in overeenstemming te zijn met het algemeen beleid van de voorziening en moet een basis leggen voor de formulering van de kwaliteitsdoelstellingen. Het steunt op de deelname van alle medewerkers en streeft naar voordelen voor de gebruikers, de medewerkers, de voorziening en de samenleving. Het kwaliteitsbeleid bestaat uit ten minste een missie, een visie, doelstellingen en een strategie. Per sector kunnen specifieke bijkomende vereisten worden opgelegd.

Een goed kwaliteitsbeleid slaagt erin doelmatige zorg te onderscheiden van niet-doelmatige zorg. In het kwaliteitsdenken van de afgelopen jaren wordt een accentverschuiving vastgesteld van input (erkenningnormen, financiering van de zorgactiviteiten...) naar outcome (de vraagstelling naar het resultaat voor de oudere persoon (objectief en subjectief) van deze input). De uitkomsten van zorg en ondersteuning, zoals ze worden ervaren door de oudere persoon, worden geacht het ijkpunt te zijn voor kwaliteitsverbetering en innovatie⁴³. Wegen moeten worden gezocht om goede resultaten te waarderen en te belonen.

⁴³ Boer, T., Verkerk, M en Bakker, D.J., (2013). (Over) behandelen. Ethiek van de zorg voor ouderen in een kwetsbare positie. Uitgeverij Read Business.

Initiatieven:

1. Continuïteit van beleid

a) korte termijn:

- verder doorontwikkelen van het Vlaamse Indicatoren Project (VIP) voor de woonzorgcentra en integratie in het Vlaams Instituut voor Kwaliteitszorg in oprichting: kwaliteitszorg in woonzorgcentra (en regelmatig geëvalueerd) en de ontwikkelde methodiek wordt in een latere fase ook uitgewerkt naar andere woonzorgvoorzieningen. De objectieve indicatoren die niet relevant/niet evidence based zijn voor de woonzorgcentra worden uitgezuiverd. Het project wordt wetenschappelijk ondersteund;
- opvolgen van de resultaten van de subjectieve kwaliteitsindicatoren (meting kwaliteit van leven) binnen de woonzorgcentra;
- visie-ontwikkeling over de relatie erkenningsnormen, kwaliteitscriteria, sectorale minimale kwaliteitseisen en met het oog op het bewaken, borgen, stimuleren en transparant maken van kwaliteit van de zorg en rekening houdend met de regelluwte;
- actualiseren en verfijnen van het handhavingsbeleid en het toezichts- en opvolgingsconcept voor de woonzorgvoorzieningen;
- opzetten van en efficiëntere woonzorglijn waarbij rekening wordt gehouden met de beleidsaanbevelingen van de Vlaamse ombudsman mbt de klachtafhandeling⁴⁴;
- onderzoek naar meerwaarde en mogelijkheden ombudsfunctie voor ouderenzorgvoorzieningen;
- aanmoedigen van de implementatie van het elektronisch zorg- en ondersteuningsdossier met bijzondere aandacht voor de integratie van BelRAI (screener in eerste instantie, volledige BelRAI op termijn), zowel op het vlak van de vereiste vorming als van de vereiste ICT-aanpassing, en de efficiënte en effectieve registratie van de objectieve kwaliteitsindicatoren met als doel de registratielast tot een minimum te beperken;
- de woonzorgvoorzieningen voeren een aantoonbaar diversiteitsbeleid voor hun cliënten;
- verdere optimalisering van het handhavingsbeleid;
- ouderenmis(be)handeling in de thuiszorg en residentiële zorg: er wordt nagegaan of ouderen de weg vinden naar de Hulplijn 1712 'Misbruik, Geweld en Kindermishandeling'. Eventueel bekijken of burgers in de toekomst ook terecht kunnen bij het Vlaams Ondersteunings-centrum voor Ouderenmis(be)handeling (VLOCO). De personen die de hulplijn of het VLOCO contacteren, moeten de garantie krijgen dat er effectief hulpverlening komt na een melding. Ook hulpverleners moeten weten waar ze terecht kunnen als ze met mis(be-)handeling geconfronteerd worden.

b) lange termijn:

- in samenspraak met de ouderenorganisaties, koepelorganisaties en holibi/transgenderorganisaties nagaan op welke wijze er aandacht kan worden gegeven in de woonzorgcentra aan een specifiek diversiteitsbeleid (allochtone ouderen, holibi en transgender ouderen,...);
- in samenspraak met de ouderenorganisaties, gebruikers en mantelzorgverenigingen koepelorganisaties het werkingsprincipe van het woonzorgdecreet 'ethisch verantwoorde zorgverlening' concreet uitwerken;

⁴⁴ http://www.vlaamseombudsdienst.be/ombs/nl/nieuws/pdf/q411jaarverslag_2014.pdf.

- verkennen op welke wijze het kwaliteitsbeleid gekoppeld kan worden aan het erkenningsbeleid van een woonzorgvoorziening (quid Vlaams Instituut voor kwaliteit van zorg/responsabilisering VSB conceptnota);
- inkantelen van de uitwerking en opvolging het VIP voor de woonzorgcentra in de werking van het Vlaams instituut voor kwaliteit van zorg;
- methodologische opvolging van de kwaliteit van het inschalingsproces;
- ontwikkelen van een aangepaste methodiek rond het opstellen van ondersteuningsplannen en multidisciplinaire zorgplannen;
- de samenwerking en netwerking tussen ouderenzorg, thuiszorg en geestelijke gezondheidszorg wordt aangemoedigd, alsook het verder bundelen van 'good practices' en expertises in de geestelijke gezondheidszorg voor deze doelgroep en het continueren en bekrachtigen van de outreachende opdracht van de centra voor geestelijke gezondheidszorg naar sleutelplaatsen waar de centra voor geestelijke gezondheidszorg de ouderen kunnen bereiken: de eigen woning, de lokale dienstencentra, woon- en zorgcentra, thuiszorg, zorgverstrekkers en dergelijke meer.

2. Nieuw beleid

a) korte termijn:

- opstarten van een werkgroep bestaande uit vertegenwoordigers van de ouderenorganisaties, van verenigingen van mantelzorgers en vrijwilligers, de koepelorganisaties met als opdracht knelpunten en beleidsaanbevelingen te formuleren met betrekking tot de versterking van de (rechts-) positie van de bewoners/familie van residentiële woonzorgvoorzieningen;
- onderzoeken of en op welke wijze de certificering in woonzorgcentra, centra voor kortverblijf, dagverzorgingscentra, CADO's en groepen van assistentiewoningen op sporen kan worden gezet;
- binnen de woonzorgvoorzieningen en bij de eerstelijns zorgverstrekkers wordt extra aandacht besteed aan vroeg-detectie van geestelijke gezondheidsproblemen (depressie, verslaving, suïcidaliteit, ...) bij ouderen. Er wordt gezocht naar handvatten die de voorzieningen/zorgverstrekkers hierbij kunnen helpen. De centra voor geestelijke gezondheidszorg vullen hierbij een actieve rol in.

b) lange termijn:

- verminderen van de toezichtslast voor zorgaanbieders die aantonen dat ze kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning bieden (in functie van certificering⁴⁵);
- nagaan op welke wijze er (financiële) prikkels/incentives kunnen worden gegeven aan kwaliteitsvolle zorg- en ondersteuning, waar mogelijk op basis van de resultaten van de meting van de kwaliteitsindicatoren;
- ontwikkelen van aangepaste en relevante (objectieve en subjectieve) kwaliteitsindicatoren voor de gezinszorg en aanvullende thuiszorg, wetenschappelijk ondersteund;
- uitwerken van het begrip transparantie voor de woonzorgvoorzieningen: publicatie inspectieverslag, kwaliteitsjaarverslag en resultaten indicatoren (individuele rapportage) met duiding/ toelichting van de voorziening;

⁴⁵ Certificering staat voor het op basis van een deskundig en onafhankelijk onderzoek aan de hand van een gevalideerd normenstelsel verlenen van een garantiebewijs dat de woonzorgvoorziening op een betrouwbare, doelmatige en doeltreffende wijze beantwoordt aan de bepaalde normen (vb ISO, PREZO-woonzorg, NIAZ, ...). Een organisatie die een dergelijk bewijs aflevert, dient te worden gemandateerd (geaccrediteerd), met andere woorden erkend te worden om dit onderzoek rechtmatig te mogen doen. (het bewijs te leveren dat het onderzoek onafhankelijk en kwaliteitsvol verloopt).

- aanmoedigen van wetenschappelijk onderzoek dat evidence basedrichtlijnen van goede zorgpraktijk in de ondersteuning en zorg voor ouderen, zowel thuis als residentieel, beoogt, zoals onder meer:
 - zorgvuldig medicatiebeheer;
 - de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen;
 - voedingszorg;
 - farmaceutische zorg;
 - vroegtijdige zorgplanning;
 - palliatieve zorg;
 - pijn en symptoomcontrole;
 - voorkomen, detectie en interventie van/bij eenzaamheid bij ouderen, ouderen-misbehandeling, ondervoeding, incontinentie, vallen, probleemgedrag, suicide...
 - preventie: infectie, handhygiëne, griepvaccinaties;
 - transmurale zorg;
 - ...

G. HET MEDEWERKERSBELEID

De kwaliteit van de zorg- en dienstverlening wordt in belangrijke mate bepaald door de kwaliteit van het gevoerde personeelsbeleid. Van de woonzorgvoorzieningen wordt verwacht dat ze een goed personeelsbeleid voeren. Zij zijn verantwoordelijk voor het uitgangspunt dat elke zorgvrager op het juiste moment de juiste zorg door de juiste persoon wordt gegeven. Ze voeren een performant competentie management, waarderen op een correcte wijze hun medewerkers en bieden hen de gelegenheid om zich permanent bij te scholen. Zij zien toe op een evenwichtige samenhang tussen werk en privé. Zorg gebeurt door mensen. Zorgzaam omgaan met al wat met de medewerkers te maken heeft, is een essentieel element in de uitbouw van de zorg en welzijnssector.

De personeelvoorwaarden met betrekking tot de woonzorgvoorzieningen staan beschreven in het besluit van de Vlaamse Regering van 24 juli 2009 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers. De regelgeving met betrekking tot de investeringssubsidies staat beschreven in het decreet inzake de infrastructuur voor persoonsgebonden aangelegenheden en haar uitvoeringsbesluiten.

Gezien de toenemende vergrijzing van de bevolking en de toenemende pensioneringsgolf in de sector is het verder inzetten op 'werk maken van werk in de zorgsector' een blijvende noodzaak. Er ligt een belangrijke uitdaging voor de woonzorgvoorzieningen op vlak van behoud en het aantrekken van nieuwe medewerkers. De toenemende vraag naar zorg en de beperkte budgettaire mogelijkheden zullen woonzorgvoorzieningen aansporen om aangepaste organisatieconcepten/ processen in te zetten die kunnen leiden tot de verhoging van de productiviteit. Daarnaast zullen ze aangezet worden om op zoek gaan naar arbeidsbesparende vernieuwingen, zoals onder andere door de inzet van ICT. Zij zullen een antwoord moeten zoeken op de vraag hoe zij hun medewerkers gezond en vitaal aan het werk kunnen houden in een vaak fysiek, psychisch en sociaal belastend beroep.

Concepten zoals talentmanagement en waardierend HR-beleid kunnen ertoe bijdragen dat de competenties en talenten van de medewerkers worden ontwikkeld, onderhouden en effectief worden ingezet. Extra aandacht zal moeten gaan naar een grotere betrokkenheid van de medewerkers bij de inrichting van hun eigen werk (zelfsturing). Tegelijkertijd zullen

we meer moeten inzetten op de flexibele inzet van medewerkers op de concrete vragen van de cliënten, het voorkomen van doublures en verspillingen, de efficiënte inzet van middelen, materialen en informatie.

Initiatieven:

1. Continuïteit van beleid:

a) korte termijn:

- aanmoedigen van de integratie van ICT toepassingen die de werkprocessen vereenvoudigen/ efficiënter maken en/of de workload van de medewerkers verlichten, alsook de toepassingen met betrekking tot de gegevensdeling;
- opvolgen van de dossiers sociale maribel, GESCO's en het generatiepact in overleg met de betrokken actoren met als doel de beschikbare tewerkstelling te behouden en te waarborgen naar de toekomst;
- samen met de vertegenwoordigers werkgevers en werknemers van de verschillende woonzorgvoorzieningen nagaan welke hervormingen kunnen doorgevoerd worden om de balans tussen de werkbaarheidsgraad voor de medewerkers en efficiënte en effectieve organisatie van de zorg te oprimaliseren;
- ondersteunen van diverse vormingsprogramma's voor zorgpersoneel;
- betrekken van de zelfstandige zorg- en dienstverleners als volwaardige partners in de ontwikkelingen op het vlak van de eerstelijnszorg (cfr eerstelijnsconferentie 2017);
- uitvoeren van een nieuw *'actieplan 3.0. werk maken van werk in de zorg en welzijnssector'*, met blijvende promotie voor de zorg- en welzijnssector via de campagne *'Een zorgjob ik ga ervoor'*;
- in het erkenningsproces van de gezondheidszorgberoepen, een bevoegdheid die overkomt in het kader van de zesde staatshervorming, streven naar een maximale efficiëntie en een minimale administratieve last voor de aanvragers en de commissieleden.

b) lange termijn:

- beschikbare overheidsmiddelen blijven oriënteren op de tewerkstelling van kwetsbare doelgroepen in de zorg en ondersteuning van oudere personen (cfr lokale diensteneconomie);
- ontwikkelen van een functieclassificatie voor alle woonzorgvoorzieningen.

2. Nieuw beleid:

a) korte termijn:

- onderzoeken flexibiliseringsmogelijkheden en beperkingen en bespreken met de betrokken actoren;
- werken aan taakuitzuivering en taakherschikking in functie van ontwikkelingen m.b.t. KB nr.78 in samenwerking met de federale overheid en in relatie tot het decreet hulp en bijstand, alsook het formuleren van een aangepast kader voor de aanvullende thuiszorg (logistieke zorg- en ondersteuning) met verruiming van de opdrachten in de aanvullende thuiszorg;
- het onder bepaalde voorwaarden gelijkstellen van de titel 'verzorgende' in de thuiszorg met de beroepstitel 'zorgkundige';
- opzetten analyse rond het wenselijk aanbod van zorgberoepen en mogelijke aanpassingen in het onderwijs- en vormingsaanbod.

b) lange termijn:

- na integratie federale wetgeving mbt de rust- en verzorgingstehuizen, centra voor dagverzorging en niet aangeboren hersenletsels in Vlaamse regelgeving evalueren van de gehanteerde kwantitatieve en kwalitatieve personeelsvoorwaarden en eventueel aanpassen (in kader van toenemende zorgbehoevendheid);
- de persoonsvolgende financieringssystemen en de inzet van de publieke financieringsmiddelen zo uitbouwen dat het toelaat de zorg- en dienstverleners die op basis van de personeelsnormen moeten ingezet worden en de organisaties die hen daarvoor tewerkstellen, zo voldoende mogelijk en op rechtszekere manier te financieren. We benadrukken hierbij het belang van de loon- en arbeidsvoorwaarden van de zorg- en dienstverleners, ook in functie van continuïteit en consistentie, en de financiële leefbaarheid van de voorzieningen.
- in overleg met onderwijs, opleidingen van zorgberoepen afstemmen op de toenemende vergrijzing, complexiteit van de zorg en ondersteuning en de interdisciplinaire samenwerking in het zorglandschap;
- onderzoeken op welke manier het beleid rond het erkennen van 'elders verworven competenties' (EVC) (bevoegdheid onderwijs en werk) op een kwaliteitsvolle manier kan geïmplementeerd worden binnen de welzijns- en zorgsector;
- in samenwerking met onderwijs onderzoeken op welke manier we de kwaliteit van de stageplaatsen en de stagebegeleiding kunnen bewaken en verbeteren.

H. HET FINANCIERINGSBELEID

Op dit ogenblik voert de Vlaamse overheid voert voor elke woonzorgvoorziening een beleid inzake werkingssubsidies.

Het is bekend dat de zorgfinanciering van de woonzorgcentra (RIZIV-zorgforfaits ROB, RVT, CKV, CDV), het prijzenbeleid ouderenzorg en de Tegemoetkoming voor de Hulp aan Bejaarden (THAB⁴⁶) sinds 1 juli 2014 tot de Vlaamse bevoegdheid behoren. De financiering van de zorgkost van de woonzorgcentra is gerelateerd aan de zorgzwaarte en staat in relatie met het tewerkgesteld zorgpersoneel. Er bestaat ook nog steeds een verschil in financiering naargelang een oudere persoon met een hoge zorgnood verblijft in een woonzorgwoongelegenheden met een ROB of RVT statuut

Ouderen die thuis verblijven en een zorgzwaartescore van 35 hebben op de BEL-profielschaal kunnen aanspraak maken op een uitkering van de zorgverzekering. Elke bewoner van een woonzorgcentrum ontvangt, ongeacht zijn of haar zorgprofiel, de uitkering van de zorgverzekering. Oudere personen die beroep doen op gezinszorg of aanvullende thuiszorg betalen een inkomensgerelateerde bijdrage per uur zorg- of dienstverlening. In een woonzorgcentrum, een centrum voor kortverblijf, een dagverzorgingscentrum en een assistentiewoning betalen alle bewoners eenzelfde dagprijs afhankelijk van het type van de kamer en kunnen er supplementen worden aangerekend. Voor sommige oudere personen kan het OCMW een tussenkomst in de persoonlijke bijdragen voorzien. Ziekenfondsen voorzien op hun beurt tussenkomsten in het verblijf in een centrum voor herstelverblijf, een dagverzorgingscentrum of centrum voor kortverblijf van hun leden via de aanvullende verzekering. Vaak is dit beperkt in bedrag en tijdspanne. De

⁴⁶ De THAB is de tegenhanger van de Integratietegemoetkoming (IT) voor personen met een handicap, welke een federale bevoegdheid blijft. De THAB wordt inkomens- en zorgzwaarte gerelateerd bepaald en oriënteert zich op personen van 65 en ouder.

woonzorgvoorzieningen kennen ook nog diverse subsidiekanalen waarmee eventueel bijkomend personeel wordt gefinancierd: de sociale maribel, gesco's, het generatiepact...

Vlaamse Sociale Bescherming (VSB)

De staathervorming biedt Vlaanderen de mogelijkheid om vanuit een eigen visie een Vlaamse sociale bescherming uit te bouwen. Deze visie vertrekt vanuit het cirkelmodel, zoals al toegepast in het decreet persoonsvolgende financiering voor personen met een beperking en gebaseerd op het reeds aangehaalde model van de WHO. De focus ligt op inclusie en de regie over het eigen leven en de ondersteuning door familie, vrienden en vrijwilligers. Aanvullend volgt daarop de algemene zorg en ondersteuning, en – waar nodig – de gespecialiseerde zorg en ondersteuning.

De Vlaamse sociale bescherming moet ervoor zorgen dat personen met een zorg- en ondersteuningsnood versterkt worden en toegang krijgen tot de gepaste zorg en ondersteuning. Dit wensen we te realiseren via een solidair verzekeringsmodel, persoonsvolgende financieringen en vergoedingen die zorg en hulpmiddelen zowel thuis als residentieel financieel toegankelijk maken.

Met de Vlaamse sociale bescherming wordt de realisatie van een volksverzekering beoogd met rechten en persoonsvolgende uitkeringen, uitgevoerd door de zorgkassen en mits betaling van een jaarlijkse premie. In ruil voor deze premie kan de gebruiker in geval van zorgbehoefte een beroep doen op de verschillende pijlers van VSB. De VSB biedt ook de opportuniteit om de bestaande indicatie-instrumenten en procedures beter op elkaar af te stemmen, beperken, eenvormiger en eenvoudiger maken. Een uniek loket bij de zorgkas van de gebruiker draagt bij tot administratieve vereenvoudiging en transparantie. Waar mogelijk maakt dit loket gebruik van automatische gegevensstromen en de automatische toekenning van rechten.

Bij de financiering van de ouderenzorg wordt uitgegaan van een verantwoorde besteding van de publieke middelen binnen een beperkt budgettair kader. Zowel kwaliteits- als efficiëntiewinsten (triple aim) staan voorop, naast verantwoorde investeringen, om de toenemende zorgbesteding financieel leefbaar te houden. Kwaliteit, transparantie en efficiëntievereisten zijn voor alle zorgaanbieders op uniforme wijze geldig, zonder discriminatie in regelgeving (gelijk speelveld). Onderfinanciering (naast eigen bijdragen) enerzijds en overcompensatie anderzijds worden vermeden. Dit impliceert onder andere een redelijk rendement en/of een redelijke interne reserveopbouw vanuit publieke middelen, zoals bepaald door de Vlaamse overheid . Deze redelijkheid staat in verhouding tot de risico's verbonden aan sociaal ondernemerschap in de zorg en wordt objectief onderbouwd⁴⁷.

Initiatieven:

1. Continuïteit van beleid:

a) korte termijn:

- actualiseren en transparanter maken van de evaluatiecriteria aanvragen dag/uurprijsverhoging;
- inzetten van middelen op zorgzwaarte (woonzorgcentra & dagverzorgingscentra);
- heroriënteren van de werkingsmiddelen voor de animatiefunctie van een voorzienings- naar persoonsvolgende financiering (en op personen met een zwaar zorgprofiel);

⁴⁷ Met 'wordt objectief onderbouwd' wordt bedoeld dat de afweging van de redelijkheid versus de risico's via objectieve parameters systematisch, transparant en eenduidig moet zijn voor iedereen.

- inzetten van middelen op flexibilisering (diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg).
- inzetten naar administratieve vereenvoudigen en regelluwte.

b) lange termijn:

- realiseren van een globale meerjarenplanning en –begroting;
- inzetten op ICT voor de verwerking van de financiering van de zorg en ondersteuning.

2. Nieuw beleid:

a) korte termijn:

- verminderen van het onderscheid tussen de financiering zware zorg ROB en RVT;
- onderzoek naar de mogelijke inzetbaarheid van VAPH middelen voor personen jonger dan 65 jaar die beroep doen op een woonzorgvoorzieningen;
- onderzoek naar de inzetbaarheid van PVT-middelen voor personen jonger dan 65 jaar die op een woonzorgvoorziening beroep doen;
- nagaan of en hoe de huidige subsidiëringmethodiek voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg nog tussentijds (voorafgaans het persoonsvolgende financiering) dient aangepast te worden;
- voor de residentiële ouderenzorg realiseren van een uniforme en transparante boekhouding met respect voor de diversiteit in juridische organisatiestatuten en hieraan gekoppelde wettelijke kaders (cfr resolutie 2013⁴⁸ en aanbevelingen studie J. Pacolet, 2015⁴⁹);
- ontwikkelen van een concept van een (leeftijdsonafhankelijk) persoonsvolgend financieringsconcept ouderenzorg in de Vlaamse sociale bescherming. Het nieuwe concept moet afgestemd zijn op de zorgzwaarte, maar moet de aanbieder er ook toe aanzetten de bewoners te activeren en hun zelfredzaamheid te bevorderen;
- uitwerken en oprichten van een projectplan en diverse thematische werkgroepen voor de Vlaamse sociale bescherming;
- voorbereiden van de overname van de bevoegdheden met betrekking tot de RIZIV-financiering van de woonzorgcentra:
 - uittekenen huidige situatie RIZIV-financiering (procedures, ICT, link ziekenfondsen... as is);
 - uittekenen overnameconcept en -proces (intervalperiode);
 - uittekenen nieuwe situatie (to be).

b) lange termijn:

- uitbouwen van Vlaamse Sociale Bescherming (VSB) tot Vlaamse volksverzekering waarbij volgende onderdelen worden geïntegreerd: de bestaande zorgverzekering, de tegemoetkoming hulp aan bejaarden, een persoonsvolgend en vraaggestuurde financiering van de residentiële ouderenzorg, de opvang in beschut wonen en psychiatrische verzorgingstehuizen, het basisondersteuningsbudget (BOB) voor personen met een handicap, de revalidatie, de leeftijdsonafhankelijke hulpmiddelen en systemen van inkomensrelatering m.b.t. de eigen bijdrage-regeling in de thuiszorg;

⁴⁸ 19/06/2013 - Resolutie aangenomen in het Vlaams Parlement over de infrastructuursubsidiëring van woonzorgvoorzieningen. <http://www4wvg.vlaanderen.be/wvg/vipa/nieuws/Paginas/VIPA-resolutie-goedgekeurd.aspx>

⁴⁹ Pacolet, J. & De Coninck, A., (2015) Financiering van de residentiële ouderenzorg: het perspectief van de voorzieningen. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Leuven. <https://steunpuntwvg.be/images/rapporten-en-werknotas/financiering-residentiele-ouderenzorg>

- opheffen van het onderscheid tussen de financiering zware zorg ROB en RVT;
- ontwikkelen en transparant maken van een Vlaams dagprijzen- en supplementenbeleid voor woonzorgvoorzieningen met oog voor de betaalbaarheid voor ouderen en de financiële economische leefbaarheid van de voorzieningen;
- invoeren van een eenvormig indexeringsbeleid in de financieringsstromen van de woonzorgvoorzieningen;
- doen aansluiten van het financieringsconcept van de diensten voor gezinszorg bij de uitgangspunten van de VSB , rekening houdend met de personeelsparameters, de finaliteit en met de doelgroep (bv. kwetsbare doelgroepen vergen meer begeleidingsnood);
- implementeren van het ontwikkelde concept van een (leeftijdsonafhankelijk) persoonsvolgend financieringsconcept voor oudere personen binnen de Vlaamse sociale bescherming. De zorgvrager zal daarbij na inschaling zelf beslissen hoe het daaruit af te leiden zorgvolume wordt omgezet via een persoonsvolgend budget in te leveren zorg en ondersteuning;
- ontwikkelen van een systeem van monitoring met kwantitatieve en kwalitatieve indicatoren die de keuzevrijheid, beschikbaarheid, toegankelijkheid, kwaliteit, efficiëntie, effectiviteit en betaalbaarheid van de zorg en ondersteuning voor ouderen meet. Deze monitor laat toe de genomen beslissingen af te toetsen op hun reële effecten, zodat verantwoorde beleidsbijstellingen mogelijk worden;
- vorm geven aan het financieel toezicht en responsabilisering in de context van de gewijzigde financieringsstromen bij alle zorgactoren en zorgkas (cfr. VSB concept-nota).

I. INNOVATIEBELEID

Innovatie is cruciaal voor het welzijns- en gezondheidsbeleid en de voorzieningen voor oudere personen die willen inspelen op bestaande behoeften aan zorg of diensten, op nieuwe behoeften wensen te anticiperen, cliëntspecifieke vragen efficiënter beogen te beantwoorden, de continuïteit van zijn woonzorgaanbod willen garanderen, nieuwe woonzorgvormen willen ontdekken, ... Innovaties kunnen in een belangrijke mate het comfort, de beleving, de betaalbaarheid, de gezondheid en het welbevinden van de oudere persoon, kortom de levenskwaliteit, verhogen. Succesvolle innovaties vertrekken niet vanuit een *technology push*, maar betrekken de ouderen, hun mantelzorgers en/of de professionele zorgverleners bij de ontwikkeling ervan.

Om de kwaliteit en de betaalbaarheid van de zorg te blijven garanderen, zet de Vlaamse overheid in op innovatieve processen en technologieën. Via verschillende instrumenten, is de Flanders' Care demonstratieprojecten, kunnen ondernemers samen met zorgvoorzieningen nieuwe concepten en technologieën uittesten in een gecontroleerde omgeving. Met de Proeftuin Zorginnovatie Vlaanderen, ingericht door het IWT, wordt gezocht naar vernieuwende processen en producten om de sterk stijgende zorgvraag van ouderen in Vlaanderen te kunnen beantwoorden. Hierbij wordt voldoende kritisch gekeken naar de toegevoegde waarde van de innovatie voor de oudere persoon.

Flanders' Care is een Vlaams programma dat streeft naar een verbetering van de zorgkwaliteit door – via innovatie – verantwoord ondernemerschap in de zorgeconomie te stimuleren. Het biedt een platform voor samenwerking. De beleidsdomeinen Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Innovatie, Werk, Economie en Buitenlands Beleid werken samen

met elkaar en met externe partners. In co-creatie gaan ze op zoek naar nieuwe oplossingen en toetsen ze beleidsvoorstellen. Hiertoe worden demonstratieprojecten opgezet. De demonstratieprojecten worden uitsluitend als thematische oproep gelanceerd. Bij de vierde oproep werden de volgende specifieke beleidsthema's vooropgesteld:

- technologieën die thuiszorg bevorderen en/of de autonomie van de zorgbehoevende persoon versterken (assistieve technologieën, technologie die functieverlies kunnen compenseren/ interface technologie/technologie voor aangepaste woning, monitoring applicaties, isolement doorbrekende oplossingen);
- technologieën voor efficiënter inzetten van personeel in de thuiszorg, de thuisvervangende woonzorg of de intramurale zorg.

De Zorgproeftuinen Vlaanderen zijn officieel van start gegaan op 19 september 2013 en worden gedurende drie jaar door de Vlaamse overheid gefinancierd. De proeftuinen bieden "test- en experimenteerruimte". Het doel ervan is samen met eindgebruikers nieuwe zorgconcepten, -diensten, -processen en -producten te creëren en deze daarna in de praktijk te toetsen. Bovendien staat de eindgebruiker (de oudere persoon), in de Zorgproeftuinen Vlaanderen, niet enkel centraal bij het evalueren, maar ook bij de ontwikkeling en bijsturing van de zorginnovaties.

Deelnemende platformen, met elk hun eigen accent, zijn:

- 'Ageing in Place' (AIPA) in de regio Aalst;
- 'Online Buurten' in West-Vlaanderen;
- 'InnovAGE' in de regio Leuven;
- 'Actief Zorgzame Buurt' in Antwerpen en Brussel;
- 'Living and Care Lab' (LiCalab) in de regio Kempen;
- 'CareVille Limburg - Moving Care' in de regio Genk & Hasselt.

Pilootprojecten "onzichtbare zorg" i.s.m. de Vlaamse Bouwmeester: De Pilootprojecten koppelen ontwerpend onderzoek met een beleidsvoorbereidende inslag aan de realisatie van grensverleggende projecten. Voor elk van de Pilootprojecten worden specifieke allianties aangegaan met de betrokken en relevante partners. Naast de realisatie van de projecten wordt een brede communicatie gevoerd over het leertraject via symposia en publicaties, en wordt met de betrokken partners een vervolgtraject voorzien om regelgeving en instrumenten op elkaar af te stemmen en op elk bestuursniveau te optimaliseren. De projecten kennen twee trajecten.

Traject 1 – Onzichtbare Zorg

Traject 2 – Zorg voor de buurt

Via het Vlaams Agentschap Ondernemen worden ondernemers in de zorgsector in contact gebracht met de realisatie van concrete business modellen die internationaal potentieel hebben. Zowel prestarters, starters, doorgroei bedrijven als bedrijven die zich op internationale markten wensen te begeven, zijn bij het Agentschap Ondernemen welkom. E-Health bedrijven kunnen worden ondersteund door de nauwe samenwerking met het Microsoft Innovation Center. Het Agentschap Ondernemen zet ook infosessies, seminars, studiedagen, workshops op om initiatiefnemers in de zorgeconomie te ondersteunen met specifieke kennis. Het Agentschap Ondernemen maakt bedrijven, maar ook zorgactoren en kennisinstellingen wegwijs in de verschillende instrumenten en subsidies van de Vlaamse, federale en Europese overheid binnen een zorgeconomische context. Op Europees niveau is het Agentschap Ondernemen zelf actief binnen de sectorgroep Health Care van het Enterprise Europe Network. Via dit platform biedt het een antwoord op vragen van internationale partners.

Nieuw industrieel Beleid: op dinsdag 19 november 2013 lanceerde de Vlaamse overheid een oproep naar projecten die berusten bij een nieuwe vorm van zorgorganisatie waar de samenleving baat bij heeft én die wereldwijd economisch kunnen renderen. Het budget van deze oproep bedroeg 3 miljoen euro. Het is de bedoeling om via de gesubsidieerde projecten 'Zorgeconomie' samenwerking te ondersteunen. Samenwerking tussen enerzijds de ondernemerswereld en anderzijds de zorgsector in de overschakeling naar de Nieuwe Zorgmodellen van de Toekomst om product-dienstencombinaties in de waardeketen te realiseren. Centraal in de oproep stond het begrip 'Lead-customer'. Het Agentschap Ondernemen begeleidt de projecten intensief en richtte ook een leerplatform op dat de projecten coacht in samenwerking en businessmodellering.

De geselecteerde projecten zijn:

- ZZEN
- Naar een Toekomst van Mobiele Zorg
- Integrale Lijnoverschrijdende Zorg (ILOZ)
- Nutrition Platform for Chronic Care

Ten gevolge de staatshervorming werden 13 zorgvernieuwingsprojecten vanuit de federale overheid overgeheveld naar Vlaanderen. Deze projecten beogen ouderen langer thuis te laten wonen door innovatieve vormen van zorg aan te bieden. Het betreft projecten nachtzorg, transmurale zorgvormen en alternatieve opvangvormen voor oudere personen met een psychiatrische aandoening. Zij worden in het jaar 2016 geëvalueerd en geïntegreerd in bestaande of nieuwe regelgeving, indien aantoonbare meerwaarde .

Initiatieven:

1. Continuïteit van beleid

a) korte termijn:

- realiseren project e-WZC digitalisering woonzorgcentra;
- wegwerken drempels voor de verdere digitalisering voor alle zorgaanbieders;
- inzetten op administratieve vereenvoudiging via inzet van ICT en innovatieve processen;
- positieve projectresultaten afstemmen met beleid;
- projecten en resultaten kenbaar maken zodat opschaling van de resultaten kan gebeuren;
- bij nieuwe projectoproepen stimuleren van vertrekken van wat er reeds is en deze verfijnen optimaliseren of opschalen;
- integratie van innovatieve ICT- in functie van de actualisering van de infrastructuurnormen;
- opstarten 2^o editie pilootprojecten zorg 'Zorg in de buurt' die zich in het bijzonder richt op de ondersteuning van kleinschalige zorgprojecten binnen een netwerk op schaal van de buurt;
- evalueren en bij positieve evaluatie integreren van de:
 - zorgproeftuinen;
 - demonstratieprojecten binnen Flanders' Care;
 - actielijnen Flanders' Care die aansluiting vinden op het actieplan Flanders Care;
 - de innovatieprojecten (ZP3 projecten module 1 en module 4) die bij de staatshervorming overgekomen zijn naar Vlaanderen;
 - innovatieve bouwprojecten in de ouderenzorg.

b) lange termijn:

- opvolgen federale projecten die impact hebben op Vlaamse beleid (ZP3 projecten, ronde tafels E-gezondheidszorg, pilootprojecten in het kader van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering).

2. Nieuw beleid

a) korte termijn:

- opzetten proefprojecten nieuw financieringsconcept;
- opzetten van proefprojecten gebruik BelRAI screener;
- opzetten proefprojecten nieuwe zorgorganisatiemodel in afstemming met federaal project chronische ziekten;
- opzetten proefprojecten diverse doelgroepen onder één dak;
- aandacht voor de workload die het participeren aan de diverse projecten met zich meebrengt voor de deelnemende zorgaanbieders.

b) lange termijn:

- evalueren en integreren proefprojecten nieuw financieringsconcept;
- evalueren en integreren proefprojecten gebruik BelRAI screener;
- evalueren en integreren proefprojecten nieuwe zorgorganisatiemodel;
- opzetten proefprojecten diverse doelgroepen onder één dak;
- integratie van al de vooropgestelde proefprojecten in een logisch samenhangend geheel binnen VSB enerzijds, en de gobale eerstelijnszorgorganisatie;
- transfer realiseren van good practices op het vlak van kwaliteit naar het geheel van de sector;
- vanuit het actieplan Flanders Care maximale aansluiting vinden met vernieuwende internationale tendensen en concepten.

J. HET ZORGORGANISATIECONCEPT

De oudere persoon actief regie en eigenaarschap over zijn leven en zorg (terug-) geven in samenspraak met zijn mantelzorger(s), vergt nieuwe benaderingen en ondersteuningsvormen. Hoe kan de eerste lijn (waartoe de woonzorg behoort) zich hierop inrichten en organiseren? En welke gevolgen heeft dit door de concrete praktijkvoering?

Het is bekend dat het huidig zorg en ondersteuningsaanbod (voor ouderen) gefragmenteerd en nog onvoldoende vraaggestuurd is. De zesde staatshervorming biedt de gelegenheid om hierin verandering te brengen en de zorg en ondersteuning aan personen met een complexe en langdurige zorgvraag op een meer persoonsvolgende en geïntegreerde wijze te gaan inrichten. Ouderenzorg (specifiek) en langdurige zorg (in het algemeen) zijn meer dan eerstelijnszorg én meer dan 'zorg'. Samenwerking tussen eerstelijnsgezondheids- en welzijnszorg, ziekenhuiszorg en woonzorg, het overleg en de coördinatie van de zorg zijn kritische succesfactoren. Taakherschikking, specialisatie, nieuwe beroepen, gebiedsgericht werken, telegzorg en e-health in de eerstelijns zullen worden onderzocht en mogelijks ingang vinden.

Via de opmaak van een zorg- en ondersteuningsplan, dat niet enkel het resultaat is van een inschaling maar ook de context (familie, woonsituatie, ...) mee in beeld brengt, beogen we een integrale benadering. Dit plan somt de zorg- en ondersteunings-doelstellingen, -activiteiten en/of interventies op voor de persoon met een langdurige zorgvraag en zijn mantelzorger(s). Het moet het mogelijk maken de mantelzorger maximaal te ondersteunen. In eerste instantie heeft de persoon met een zorgbehoefte de regie in

handen bij de opmaak van zijn zorg- en ondersteuningsplan. Hij kan, als hij dit wenst, zelf het zorgplan opmaken, zich hierbij laten bijstaan of aangeven wie dit zorg- en ondersteuningsplan in zijn plaats kan opmaken, en heeft steeds inzage in zijn zorg- en ondersteuningsplan en kan er ook notities of observaties in aanbrengen.

Voor een geïntegreerd zorg- en welzijnsaanbod is de dialoog met de federale overheid en de wederzijdse afstemming met respect voor elkaars bevoegdheden belangrijk. Gezien de grote raakvlakken en het feit dat de vergrijzing van de bevolking tot een snelle toename van het aantal chronische aandoeningen en van multi-morbiditeit zal leiden, geldt dit zeker voor de evoluties op vlak van chronische zorg. Binnen de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid wordt in het kader van het Plan Chronisch Zieken de methodiek van Triple Aim ⁵⁰naar voren geschoven, waarbij naast het streven naar een verbetering van de zorg en het reduceren van de zorgkosten een sterke focus ligt op welzijn en op het bevorderen van gezondheid en de kwaliteit van het leven, met als doel om mensen zo lang mogelijk zelfstandig te laten leven. Hierbij gaat bijzondere aandacht uit naar (ziekte)preventie en gezondheidsgedrag. Vanuit Vlaanderen benadrukken we ook de persoonsvolgende financiering en de keuzevrijheid van de oudere persoon in dit model.

Initiatieven:

1. Continuïteit van beleid

a) korte termijn:

- uitwerken van verdergaande flexibiliteit binnen de diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg (acute zorg, nachtzorg, weekendzorg...) en dit in relatie tot de vooropgestelde persoonsgerichte zorg- en ondersteuningsdoelen van en voor de cliënt en dit in een geïntegreerd zorgplan;
- mee initiëren projecten chronische zorg.

b) lange termijn:

- nagaan in welke mate al dan niet invulling gegeven kan worden aan de in het woonzorgdecreet van 2009 opgenomen en beschreven woonzorgnetwerken en dit in afstemming met de inzichten verworven tijdens het transitietraject eerstelijnszorg en projecten chronische zorg.

2. Nieuw beleid

a) korte termijn:

- in het kader van de versterking van de eerstelijnszorg waartoe de woonzorgvoorzieningen behoren, ontwikkelen van een visie op integrale zorg en ondersteuning binnen de eerstelijnszorg;
- opzetten van een verandertraject voor de eerstelijnszorg omvattende 6 inhoudelijke werkgroepen:
 1. taakstelling en structuurintegratie;
 2. geografische afbakening;
 3. modellen integrale zorg;
 4. patiënt centraal;
 5. gegevensdeling en kwaliteit van zorg;
 6. innovatie en ondernemerschap in de zorg.
- organiseren van een eerstelijnsconferentie 2017;

⁵⁰ Zie bijlage 1 begrippenkader.

- de bepaling van de opdrachten van alle in het nieuw te ontwikkelen zorgorganisatieconcept betrokken welzijns- en zorgactoren (inclusief het lokaal beleid) maakt integraal deel uit van het concept;
- opzetten proefprojecten om het nieuwe zorgorganisatieconcept uit te testen, indien mogelijk, in samenspraak met de initiatieven opgezet door de federale overheid;
- integreren van al de proefprojecten in een aangepast en performant nieuw zorgorganisatieconcept voor Vlaanderen;
- opzetten proefprojecten woonzorg in de GGZ;
- opzetten proefprojecten rond buurtgerichte zorg;
- inzetten op intersectorale ontschotting waarbij vertrokken wordt vanuit de noden van (de verschillende doelgroepen van) ouderen (zie ook werkgroep 'zorg en ondersteuning onder één dak');
- nagaan in welke mate binnen samenwerkingsmodellen over de sectoren heen of binnen de sector van de woonzorg aanleiding kan geven tot efficiëntieverhoging en 'shared savings', die opnieuw bij de samenwerkende partners kunnen worden ingezet ten voordele van de kwaliteit van de zorg en ondersteuning van de zorgvragers;
- ICT matig ondersteunen van het nieuw te ontwikkelen zorgorganisatieconcept (actieplan E-gezondheid: e-Health, Vitalink, telemonitoring, BelRAI, personal health records, ...).

b) lange termijn:

- implementeren van beleidsaanbevelingen eerstelijnsconferentie in 2017;
- evalueren en integreren van de proefprojecten geïntegreerde zorgorganisatieconcepten;
- toezien dat, waar nodig, in het kader van het te ontwikkelen zorgorganisatieconcept, specifieke maatregelen voor Brussel worden genomen.

5. Slotbeschouwingen

Veranderende maatschappelijke, demografische en financieel -economische realiteiten dagen ons uit om creatief te zoeken naar nieuwe wegen die de menswaardigheid, de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de huisvesting, de zorg en ondersteuning van kwetsbare oudere personen bevorderen én behouden. Deze opdracht heeft de meeste slaagkans wanneer we dat in een open sfeer van dialoog en samenwerking kunnen waarmaken. De beschreven visie op de missie naar geïntegreerde zorg en ondersteuning en de bijhorende beleidsinstrumenten vragen om verregaande veranderingen in onze manier van denken over het ouder worden en over het welzijns- en zorgbeleid voor de oudere persoon.

Samen hebben alle betrokkenen – in eerste plaats de oudere personen zelf – er belang bij en een verantwoordelijkheid om bij te dragen aan de kwaliteit van het leven van de (kwetsbare) ouderen van vandaag én deze van morgen. Samen zullen we hiertoe al 'werkendeweg' de noodzakelijke stappen en initiatieven moeten ondernemen.

De optimist zal gegeven al het voorgaande vaststellen dat dit in ieder geval de komende jaren leidt tot voldoende werk. De pessimist zal constateren dat het met een dergelijke complexe opdracht niet eenvoudig zal zijn om grote veranderingen aan te brengen. De realist weet dat meerdere grenzen bereikt zijn en kent als geen ander de weerbarstigheid van de maatschappelijke en economische realiteit. Ondanks deze weerbarstigheid ziet de realist een perspectief, en probeert op basis daarvan te komen tot werkbare (beleids-) plannen, die er toe doen en die nieuwe vormen van solidariteit en samenwerking mee helpen realiseren, zodat zorg en ondersteuning aan kwetsbare oudere mensen kan en mag gekoesterd blijven worden als een maatschappelijk goed van een grote waarde.

6. Voorstel van beslissing:

- de Vlaamse Regering neemt akte van deze conceptnota, met dien verstande dat deze beslissing geen enkel financieel of budgettair engagement inhoudt;
- de Vlaamse Regering stemt ermee in dat de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin de conceptnota voor advies overmaakt aan de Vlaamse Ouderenraad, de SERV en de SAR.

Jo VANDEURZEN
Vlaams minister van Welzijn,
Volksgezondheid en Gezin

Bijlage 1: begrippenkader

Begrip	Toelichting
Buurthulp	Woonzorgdecreet 2009: Buurthulp : het organiseren en ondersteunen van activiteiten en initiatieven die het sociale netwerk, de communicatie en het veiligheidsgevoel versterken.
Dichtbij	Op een korte afstand. In de buurt. Nabijgelegen.
Informele zorg en ondersteuning	Het betreft de verzamelnaam voor de zorg en ondersteuning die verleend wordt door enerzijds mantelzorgers en anderzijds vrijwilligers. Het betreft zorg en ondersteuning verleend door mensen die dat niet als beroep doen.
Inclusie	De insluiting in de samenleving van achtergestelde/kwetsbare groepen op basis van gelijkwaardige rechten en plichten. Oudere personen maken volwaardig deel uit van een gemeenschap: zij hebben waardevolle persoonlijke en sociale netwerken in de samenleving en maken gebruik van welzijns- en zorgvoorzieningen en dienstverlening die voor iedereen bedoeld zijn. Zij wonen in de samenleving met mensen waarmee zij zich verbonden voelen en nemen deel aan en dragen bij aan het sociale, culturele, religieuze en recreatieve leven in de samenleving). Zij hebben dezelfde rechten, kansen en verantwoordelijkheden als iedere burger.
Integratie	Iets onderdeel van een geheel maken of opnemen in een geheel.
Integreren	Iets tot een eenheid maken of laten worden. Synoniemen: aaneensluiten, binden, groeperen, samenvoegen, scharen, uniëren, verenigen, eenworden, samengaan, samensmelten, samenvloeien, volledig maken
Integraal	Integraal: volledig, in zijn geheel, onverdeeld, zonder dat iets ontbreekt.
Integrale zorg en ondersteuning	Integrale zorg en ondersteuning neemt de behoeften, vragen en doelstellingen van de persoon met zorgbehoefte (en zijn naaste omgeving) als uitgangspunt. Het nastreven van een goede kwaliteit van leven voor en door elke burger moet de ultieme ambitie zijn van een integrale zorg en ondersteuning. Deze benadering vertrekt vanuit een holistisch mensbeeld (SAR, 2012).
Geïntegreerd model	Een model dat verschillende domeinen omsluit.
Geïntegreerde zorg en ondersteuning	Geïntegreerde zorg en ondersteuning brengt medische zorg en welzijn samen. Zorg en welzijn worden niet gezien als twee aparte wegen naar gezondheid, maar verbinden zich tot één gemeenschappelijke aanpak.
Gezondheidszorg	<p>De huidige definitie van de WHO stelt dat gezondheid "een toestand van volledig fysiek, geestelijk en sociaal welbevinden en niet louter het ontbreken van ziekte of gebrek" is. Deze definitie is in 1948 opgesteld, kort na de 2^e Wereldoorlog, en was toen baanbrekend. In die tijd was vooral sprake van infectieziekten.</p> <p>Er gaan steeds meer stemmen op die stellen dat deze definitie verouderd is. De situatie is inmiddels veranderd tegenover 1948. Mensen worden nu ouder en kampen met chronische ziekten. De huidige definitie is te idealistisch en statisch. Bovendien werkt de</p>

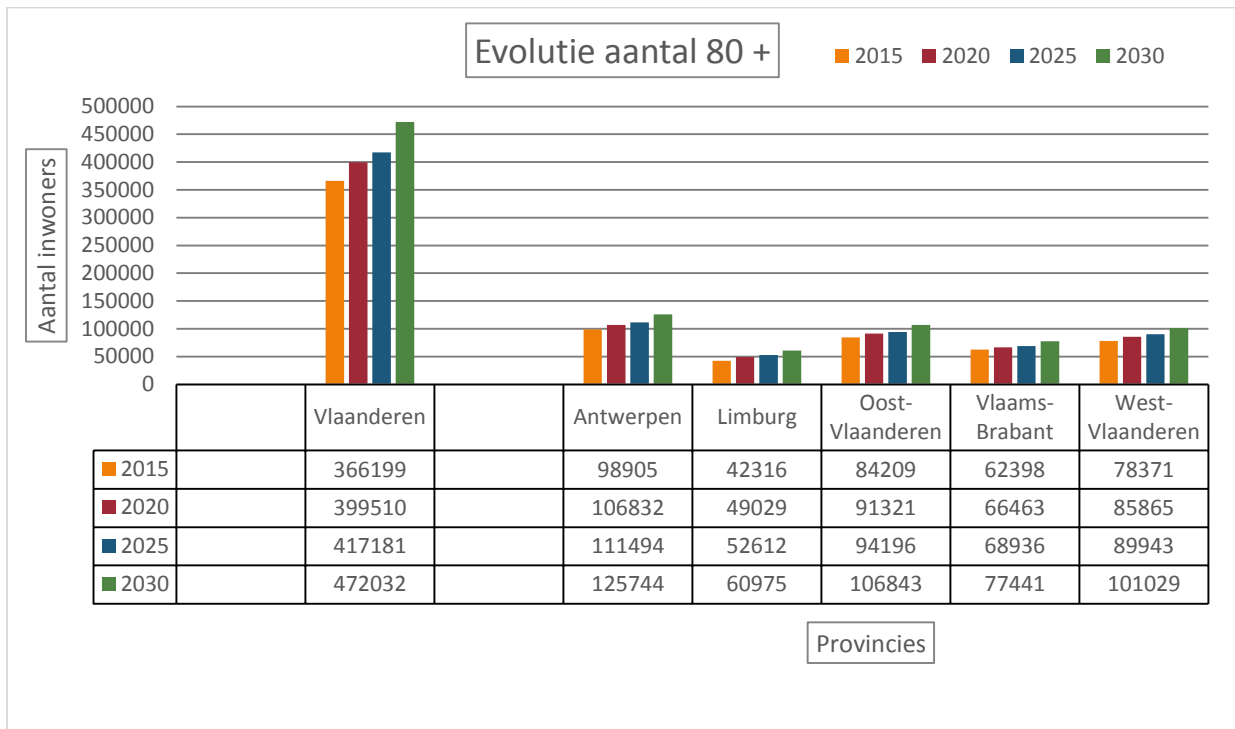
	<p>definitie mogelijks de medicalisering in de hand. Een meer accurate definitie zou kunnen zijn: "<i>Gezondheid is het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven.</i>"(How should we define health? <i>BMJ</i>2011; 343 doi: http://dx.doi.org/10.1136/bmj.d4163(Published 26 July 2011) Cite this as: <i>BMJ</i> 2011;343:d4163) Deze definitie is flexibeler en dynamischer en neemt de veerkracht van mensen mee. Mensen kunnen met een ziekte om leren gaan en daarnaast toch nog behoorlijk gezond in het leven staan. Met deze definitie kunnen mensen dus gezond zijn, naast het hebben van een ziekte.</p>
Kwaliteit van leven	<p>Er bestaan verschillende definities van kwaliteit van leven.</p> <p>Het WHO definieert, in het kader van de volksgezondheid, de kwaliteit van leven als <i>het beeld dat een persoon heeft vanuit zijn positie in het leven, in de context van de cultuur en het waardensysteem waarin hij zich bevindt, in relatie tot zijn objectieven, zijn verwachtingen, zijn normen en zijn bezorgdheid</i>. Het feit dat de nadruk gelegd wordt op de cultuur is een eigenschap van het WHO project (Lepège et Coste, 2001 ; WHOQOL Group, 1995).</p> <p>Rekening houdend met de omvang van het concept « kwaliteit van leven », concentreren verschillende definities en meetinstrumenten zich bijgevolg op het begrip « gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven » (« health-related quality of life », HRQOL).</p> <p>Voor de meerderheid van de auteurs vertoont het concept « gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven » (« health-related quality of life », HRQOL) nog een multidimensioneel karakter. Men vindt in de meetinstrumenten vaak 4 hoofddimensies terug :</p> <ul style="list-style-type: none"> • de fysieke toestand van de persoon (lichamelijk capaciteiten, autonomie,...), • zijn somatische gevoelens (pijn, gevolgen van trauma's of therapeutische procedures...) • zijn psychologische toestand (emotionaliteit, depressie, angst,...), • zijn sociale relaties en zijn verhouding met zijn familiale, professionele of vriendschappelijke omgeving <p>http://health.belgium.be/eportal/Healthcare/healthcareprofessions/Nursingpractitioners/EvidenceBasedNursing/functionaldomain/well-being/qualityoflife/19073358_NL?ie2Term=cancer?&fodnlang=nl</p>
Participatie	<p>Onder participatie worden allerlei vormen van 'meedoen' verstaan. Het gaat daarbij om participatie op verschillende maatschappelijke domeinen, zoals de woonomgeving (buurt/wijk), arbeid, scholing, vrije tijd en kunstbeoefening. Daarnaast wordt over participatie als medezeggenschap gesproken. Het gaat hier bijvoorbeeld om beleidsparticipatie (seniorenraad, bewonersraad, ...)</p>
Mantelzorg en mantelzorg	<p>Woonzorgdecreet 2009:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantelzorg: de natuurlijke persoon die vanuit een sociale en emotionele band een of meer personen met verminderd zelfzorgvermogen, niet beroepshalve maar meer dan occasioneel, helpt en ondersteunt in het dagelijkse leven. • Mantelzorg: woonzorg die geboden wordt door mantelzorgers.
Respijtzorg	<p>Respijtzorg is zorg aan een zorgbehoevende, met als doel om zijn mantelzorg(er)s te ontlasten en vrijaf te geven. Het is een</p>

	verzamelbegrip voor voorzieningen, die tijdelijk, beroepsmatig of vrijwillig de mantelzorg overnemen, en dus respijt verlenen.
Triple Aim	<p>Het triple aim principe verwijst naar een zorgorganisatie dat gericht is op het gelijktijdig realiseren van de volgende drie doelstellingen ("Triple aim"):</p> <ul style="list-style-type: none"> (i) de gezondheid van de bevolking verbeteren in het algemeen, en van de chronisch zieken in het bijzonder; (ii) op niveau van de patiënt, de kwaliteit van de zorg verbeteren (toegankelijkheid, evidence-based,...) (iii) de toegewezen middelen efficiënter gebruiken (betere zorg aanbieden met de geïnvesteerde middelen-duurzaamheid van het financieringssysteem van de zorg). <p><i>Triple Aim principe (bron : http://www.hqsc.govt.nz/news-and-events/news/126/):</i></p> <div style="text-align: center;"> </div>
Vrijwilliger en vrijwilligerszorg	<p>Woonzorgdecreet 2009:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vrijwilliger: de natuurlijke persoon die, op vrijwillige basis en onbezoldigd en in een georganiseerd verband, zijn activiteiten uitvoert. • Vrijwilligerszorg: woonzorg die geboden wordt door vrijwilligers.

Bijlage 2: demografische gegevens**Vergrijzing Vlaanderen****Bevolkingsevolutie 2015-2030 - volgens leeftijdscategorie - Vlaanderen en provincies**

aantal inwoners		2015	2020	2025	2030
Vlaanderen	Leeftijd:	6423781	6545021	6595080	6619961
	lft: 0-17j	1252055	1282755	1280714	1253639
	lft: 18-64j	3933803	3924081	3857570	3785015
	lft: 65j+	1237923	1338185	1456796	1581307
	lft: 80+	366199	399510	417181	472032
P.Antwerpen	Leeftijd:	1806591	1852787	1872211	1881113
	lft: 0-17j	362865	378461	380868	373167
	lft: 18-64j	1108482	1113539	1099070	1082283
	lft: 65j+	335244	360787	392273	425663
	lft: 80+	98905	106832	111494	125744
P.Limburg	Leeftijd:	862381	878493	886518	891056
	lft: 0-17j	162073	164824	164020	159664
	lft: 18-64j	543079	536999	524910	513333
	lft: 65j+	157229	176670	197588	218059
	lft: 80+	42316	49029	52612	60975
P.Oost-Vlaanderen	Leeftijd:	1472678	1502825	1515815	1522628
	lft: 0-17j	288369	296022	295798	289689
	lft: 18-64j	904260	905852	893528	878360
	lft: 65j+	280049	300951	326489	354579
	lft: 80+	84209	91321	94196	106843
P.Vlaams-Brabant	Leeftijd:	1103460	1119765	1125831	1129701
	lft: 0-17j	224858	227642	225213	220908
	lft: 18-64j	672701	670882	660743	649560
	lft: 65j+	205901	221241	239875	259233
	lft: 80+	62398	66463	68936	77441
P.West-Vlaanderen	Leeftijd:	1178671	1191151	1194705	1195463
	lft: 0-17j	213890	215806	214815	210211
	lft: 18-64j	705281	696809	679319	661479
	lft: 65j+	259500	278536	300571	323773
	lft: 80+	78371	85865	89943	101029

Bron: Studiedienst van de Vlaamse Regering - Kenniscentrum WVG - DWH-team dd. 13/07/2015.



Bron: Studiedienst van de Vlaamse Regering - Kenniscentrum WVG - DWH-team 13/07/2015

Bijlage 3: programmatiecijfers en invulling de programmatie

Aantal erkende en vergunde woonzorgcentra op 1 juli 2015				
Aantal erkende woonzorgcentra - voorzieningen + in onderzoek				
Provincie	Aantal erkende voorzieningen			
Antwerpen	203			
Brussel Hoofdstedelijk Gewe	4			
Limburg	92			
Oost-Vlaanderen	195			
Vlaams-Brabant	127			
West-Vlaanderen	164			
Totaal	785			
Aantal erkende woongelegenheden in woonzorgcentra + in onderzoek				
Provincie	Programmatie	Erkenning + in onderzoe	Erkenningskalende	Voorafgaand vergund
Antwerpen	26.196	20.799	1.743	2.214
Brussel Hoofdstedelijk Gewe	1.209	497	548	209
Limburg	11.959	7.948	1.203	1.461
Oost-Vlaanderen	22.286	18.420	589	1.792
Vlaams-Brabant	16.257	12.068	1.895	1.403
West-Vlaanderen	20.896	15.537	1.187	2.956
Totaal	98.803	75.269	7.165	10.035
Opm. Erkenningskalender = de geplande of voorafgaand vergunde woongelegenheden waarvoor een erkenningskalender werd goedgekeurd				

Aantal erkende en vergunde centra voor kortverblijf op 1 juli 2015				
Aantal erkende centra voor kortverblijf - voorzieningen + in onderzoek				
Provincie	Aantal erkende voorzieningen			
Antwerpen	95			
Brussel Hoofdstedelijk Gewe	1			
Limburg	43			
Oost-Vlaanderen	106			
Vlaams-Brabant	58			
West-Vlaanderen	109			
Totaal	412			
Aantal erkende woongelegenheden in centra voor kortverblijf + in onderzoek				
Provincie	Programmatie	Erkenning + in onderzoe	Erkenningskalende	Voorafgaand vergund
Antwerpen	820	506	168	114
Brussel Hoofdstedelijk Gewe	113	10	3	26
Limburg	390	211	77	40
Oost-Vlaanderen	689	574	38	83
Vlaams-Brabant	508	287	76	79
West-Vlaanderen	653	508	42	100
Totaal	3.173	2.096	404	442
Opm. Erkenningskalender = de geplande of voorafgaand vergunde woongelegenheden waarvoor een erkenningskalender werd goedgekeurd				

Overzicht erkende en aangemelde assistentiewoningen op 13/07/2015		
Aantal erkende wooneenheden in GAW/SF		19.884
Provincie	aantal erkende we	aantal we in onderzoek
Antwerpen	5.426	612
Brussel Hoofdstedelijk Gewest	60	0
Limburg	1.964	26
Oost Vlaanderen	4.456	159
Vlaams Brabant	2.821	62
West Vlaanderen	3.938	360
Totaal	18.665	1.219
Aantal erkende voorzieningen GAW/SF		597
Provincie	aantal erkende vz	aantal vz in onderzoek
Antwerpen	150	10
Brussel Hoofdstedelijk Gewest	2	0
Limburg	61	2
Oost Vlaanderen	143	5
Vlaams Brabant	85	1
West Vlaanderen	129	9
Totaal	570	27
Aantal aangemelde wooneenheden in GAW/SF		2.253
Provincie	aantal aangemelde we	
Antwerpen	1.892	
Brussel Hoofdstedelijk Gewest	98	
Limburg	9	
Oost Vlaanderen	146	
Vlaams Brabant	6	
West Vlaanderen	102	
Totaal	2.253	
Aantal aangemelde voorzieningen van GAW/SF		49
Provincie	aantal aangemelde vz	
Antwerpen	39	
Brussel Hoofdstedelijk Gewest	1	
Limburg	1	
Oost Vlaanderen	4	
Vlaams Brabant	1	
West Vlaanderen	3	
Totaal	49	

Overzicht erkende dagverzorgingscentra en CADO's op 13/07/2015

Aantal erkende DVC (niet-conform art. 51) + in onderzoek 185

Provincie	aantal erkende vz	aantal vz in onderzoek	vergund
Antwerpen	36	1	21
Brussel Hoofdstedelijk Gewest	2	0	5
Limburg	25	0	9
Oost Vlaanderen	41	1	25
Vlaams Brabant	27	0	7
West Vlaanderen	51	1	22
Totaal	182	3	89

Aantal erkende DVC (conform art. 51) 41

Provincie	aantal erkende vz	aantal vz in onderzoek	vergund
Antwerpen	11	0	8
Brussel Hoofdstedelijk Gewest	0	0	1
Limburg	6	0	4
Oost Vlaanderen	8	0	3
Vlaams Brabant	12	0	2
West Vlaanderen	4	0	3
Totaal	41	0	21

Totaal overzicht		DVC niet conform art. 51		Aantal erkende DVC (conform art. 51)		Totaal erkend + in onderzoek	Totaal vergund
Provincie	Programmatie	aantal erkende vz	aantal vz in onderzoek	aantal erkende vz			
Antwerpen	85	36	1	11		48	29
Brussel Hoofdstedelijk Gewest	19	2	0	0		2	6
Limburg	47	25	0	6		31	13
Oost Vlaanderen	77	41	1	8		50	28
Vlaams Brabant	67	27	0	12		39	9
West Vlaanderen	74	51	1	4		56	25
Totaal	369	182	3	41		226	110

Overzicht erkende en aangemelde Centra voor Herstelverblijf op 1/07/2015	
aantal erkende voorzieningen CVH	5
Provincie	aantal vz
Antwerpen	1
Brussel Hoofdstedelijk Gewest	1
Limburg	1
Oost Vlaanderen	1
Vlaams Brabant	0
West Vlaanderen	1
Totaal	5
aantal erkende verblijfseenheden CVH	335
Provincie	aantal vbe
Antwerpen	60
Brussel Hoofdstedelijk Gewest	60
Limburg	35
Oost Vlaanderen	60
Vlaams Brabant	0
West Vlaanderen	120
Totaal	335
aantal voorzieningen met aangemeld CVH	66
Provincie	aantal vz
Antwerpen	9
Brussel Hoofdstedelijk Gewest	1
Limburg	8
Oost Vlaanderen	20
Vlaams Brabant	6
West Vlaanderen	22
Totaal	66
aantal verblijfseenheden in aangemelde CVH	707
Provincie	aantal vbe
Antwerpen	54
Brussel Hoofdstedelijk Gewest	40
Limburg	61
Oost Vlaanderen	156
Vlaams Brabant	56
West Vlaanderen	340
Totaal	707
aantal vergunde verblijfseenheden CVH	1045
Provincie	aantal vbe
Antwerpen	180
Brussel Hoofdstedelijk Gewest	0
Limburg	85
Oost Vlaanderen	270
Vlaams Brabant	60
West Vlaanderen	390
Totaal	985
Programmatie CVH	1500
aantal erkende vbe	335
aantal vergunde vbe	1045
vrije vbe's in zorgregio Oostende	120

Lokale dienstencentra

Erkende lokale dienstencentra per provincie (1/7/2015)

Provincie	Programmatie LDC's	Erkende LDC's	Voorafgaande vergunningen	Invulling (erkenning + VV) (%)
provincie Antwerpen	156	75	15	57,7%
provincie Vlaams-Brabant	106	29	3	30,2%
provincie West-Vlaanderen	109	45	17	56,9%
provincie Oost-Vlaanderen	134	34	14	35,8%
provincie Limburg	82	28	6	41,5%
Brussels Gewest	25	14	5	76%
	612	225	60	46,6%

Regionale dienstencentra

Erkende regionale dienstencentra per provincie (per 1/7/2015)

Provincie	Programmatie RDC's	Erkende RDC's	Voorafgaande vergunningen	Invulling (erkenning + VV) (%)
provincie Antwerpen	17	16	1	100%
provincie Vlaams-Brabant	10	9		90%
provincie West-Vlaanderen	11	11		100%
provincie Oost-Vlaanderen	14	14		100%
provincie Limburg	8	8		100%
Brussels Gewest	3	2		66,7%
	63	60	1	96,8%

Diensten voor oppashulp

Erkende diensten voor oppashulp per provincie

Provincie	Programmatie diensten oppashulp	Erkende diensten oppashulp	Realisatiegraad (%)
provincie Antwerpen	17	11	64,71%
provincie Vlaams-Brabant	10	8	80%
provincie West-Vlaanderen	11	11	100%
provincie Oost-Vlaanderen	14	14	100%
provincie Limburg	8	8	100%
Brussels Gewest	3	1	33,3%
Totaal	63	53	84,13%

Vrijwillige oppashulp: gepresteerde uren per jaar per provincie

Provincie	2013		2014	
provincie Antwerpen	129.939,28	12,78%	128.085,57	12,05%
provincie Vlaams-Brabant	85.193,23	8,38%	88.726,69	8,35%
provincie West-Vlaanderen	261.857,20	25,75%	291.096,81	27,40%
provincie Oost-Vlaanderen	223.582,08	21,98%	214.542,33	20,19%
provincie Limburg	280.477,93	27,58%	301.191,08	28,35%
Brussels Gewest	35.933,23	3,53%	38.944,58	3,67%
	1.016.982,95	100,00%	1.062.587,06	100,00%

Aantal geholpen gebruikers en aantal vrijwilligers per provincie

Provincie	2013		2014	
	Aantal gebruikers	Aantal vrijwilligers	Aantal vrijwilligers	Aantal vrijwilligers
provincie Antwerpen	1187	566	1293	525
provincie Vlaams-Brabant	532	358	566	387
provincie West-Vlaanderen	1783	1083	1885	1125
provincie Oost-Vlaanderen	3076	891	3453	990
provincie Limburg	931	616	942	641
Brussels Gewest	104	96	118	129
TOTAAL	7613	3610	8257	3797

Diensten voor gastopvang

3 erkende diensten voor gastopvang:

GO 001 regio 3 Genk-Hasselt-Leuven : 22.167 uren (45 cliënten)

GO 002 regio 2 Leuven-Brussel-Aalst : 14.933 uren (15 cliënten)

GO 003 regio 1 Antwerpen-Mechelen-Turnhout : 18.136 uren (33 cliënten)

Diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg

Aantal erkende diensten per provincie in 2014:

provincie	aantal erkende diensten
provincie Antwerpen	38
provincie Vlaams-Brabant	39
provincie West-Vlaanderen	15
provincie Oost-Vlaanderen	33
provincie Limburg	29
Brussels Gewest	8

Opmerking: een erkende dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg kan in meerdere provincies actief zijn.

Gezinszorg: gepresteerde uren per jaar per provincie

provincie	2013		2014	
provincie Antwerpen	4.318.678,67	26,78%	4.417.672,53	26,95%
provincie Vlaams-Brabant	2.363.454,65	14,66%	2.394.404,75	14,61%
provincie West-Vlaanderen	3.517.549,05	21,81%	3.546.772,28	21,64%
provincie Oost-Vlaanderen	3.631.241,63	22,52%	3.715.701,25	22,67%
provincie Limburg	2.148.486,15	13,32%	2.163.566,75	13,20%
Brussels Gewest	147.009,60	0,91%	152.250,58	0,93%
Totaal	16.126.419,75	100,00%	16.390.368,15	100,00%

Gezinszorg: realisatiegraad (gepresteerde uren/geprogrammeerde uren) per jaar per provincie (%)

provincie	2013	2014
provincie Antwerpen	76,1%	76,6%
provincie Vlaams-Brabant	67,4%	67,3%
provincie West-Vlaanderen	82,1%	81,3%
provincie Oost-Vlaanderen	76,6%	77,1%
provincie Limburg	84,7%	83,1%
Brussels Gewest	16,4%	16,9%
	74%	74,5%

Gezinszorg: aantal dossiers (gebruikers) per jaar per provincie

provincie	2013		2014	
provincie Antwerpen	26.709	27,04%	27.960	27,33%
provincie Vlaams-Brabant	14.252	14,43%	14.994	14,66%
provincie West-Vlaanderen	21.440	21,70%	22.021	21,53%
provincie Oost-Vlaanderen	24.327	24,63%	25.096	24,53%
provincie Limburg	11.073	11,21%	11.182	10,93%
Brussels Gewest	988	1,00%	1.051	1,03%
	98.789	100,00%	102.304	100,00%

Aanvullende thuiszorg: gepresteerde uren in 2014 per provincie

provincie	aanvullende thuiszorg totaal	uren poetshulp	uren karweihulp	uren oppashulp
Brussel-Hoofdstad	68.770,71	67.863,32	29,89	877,50
provincie Antwerpen	1.123.487,28	1.080.825,91	30.286,90	12.374,47
provincie Limburg	689.501,41	598.027,13	23.610,73	67.863,55
provincie Oost-Vlaanderen	1.333.576,82	1.270.925,73	32.775,85	29.875,25
provincie Vlaams-Brabant	452.486,80	412.623,78	27.060,02	12.803,00
provincie West-Vlaanderen	1.103.918,01	1.019.389,02	19.887,89	64.641,10
Totaal	4.771.741,03	4.449.654,90	133.651,27	188.434,87

Diensten voor logistieke hulp

Er zijn momenteel 28 diensten voor logistieke hulp erkend. Deze diensten bezorgen niet allemaal hun gegevens in Vesta. De gegevens in Vesta m.b.t. de gepresteerde uren logistieke hulp zijn dan ook niet volledig.

Het aantal gepresteerde uren logistieke hulp per provincie bedraagt voor 2014:

Provincie	aantal diensten poetshulp	uren poetshulp	aantal diensten karweihulp	uren karweihulp
provincie Antwerpen	1	12.327,59	1	686,50
provincie Limburg	1	7.754,99	1	1.431,50
provincie Oost-Vlaanderen	1	672,79		
provincie West-Vlaanderen	4	33.674,86	1	1.907,75
Totaal		54.430,23		4.025,75

Verenigingen voor gebruikers en mantelzorgers

6 verenigingen voor gebruikers en mantelzorgers erkend:

- Vlaams-Brabant: 1
- Brussels-Hoofdstedelijk Gewest: 5

NB: een erkende vereniging dient activiteiten te ontplooiën in alle Vlaamse provincies en in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad.

Diensten voor thuisverpleging

Er zijn in totaal 195 erkende diensten voor thuisverpleging:

- Brussels-Hoofdstedelijk Gewest: 2
- Vlaams-Brabant: 25
- Antwerpen: 31
- Limburg: 38
- West-Vlaanderen: 34
- Oost-Vlaanderen: 65

Diensten voor maatschappelijk werk

Cijfers evolutie maatschappelijk werk in Vlaanderen:

	Aantal diensten	VTE
2010	36	409,61
2011	36	417,24
2012	33	424,78
2013	32	432,64
2014	28	433,15
2015	28	433,15

Sectorcijfers over Vlaanderen – 2014

Diensten Maatschappelijk werk van de ziekenfondsen Programmatie en bereik – werkjaar 2014	
Aantal erkende diensten Maatschappelijk Werk van de ziekenfondsen	28
Aantal gesubsidieerde VTE	433,15
Aantal bereikte cliënten	220.237
Aantal zorgbehoevende ouderen	77.648
Aantal zorgbegeleidingen bij zorgbehoevende ouderen in een complexe thuiszorgsituatie	12.882

Diensten Maatschappelijk Werk van de ziekenfondsen Leeftijd van de gebruikers – werkjaar 2014	
0-17	7.456
18-24	5.460
25-64	86.246
65-79	58.951
80-89	51.111
90-99	10.368
100+	170

Behandelde domeinen

Maatschappelijk werkers werken vanuit een integrale benadering samen met de gebruiker rond een breed scala aan domeinen. De vijf vaakst behandelde domeinen en het overeenkomstig aantal cliënten waarbij het domein werd behandeld worden weergegeven in volgende tabel.

Diensten Maatschappelijk Werk van de ziekenfondsen Behandelde domeinen – werkjaar 2014	
Thuiszorg	80.045
Tegemoetkoming aan personen met een handicap	75.535
Zorgverzekering	66.961
Sociale voordelen & voorzieningen	54.967
Ziekte- en invaliditeitsverzekering	44.222

Bijlage 4: cijfergegevens mantelzorg in Vlaanderen

1. Cijfers van het aantal geregistreerde mantelzorgers in het kader van de Vlaamse zorgverzekering

	2013	2014
aantal unieke mantelzorgers	141.015	142.471
aantal unieke zorgbehoevenden	120.355	120.798

Het aantal mantelzorgers per relatie tot de zorgbehoevende.

Omschrijving relatie	2013	2014
Onbekend	16.416	15.495
Echtgenoot/Echtgenote	39.532	40.523
Partner	2.709	2.916
(schoon)Moeder	9.330	9.759
(schoon)Vader	4.326	4.516
(schoon)Zus	3.983	3.967
(schoon)Broer	2.055	2.082
(schoon)Dochter	37.975	38.458
(schoon)Zoon	18.171	18.208
Buur	1.678	1.671
Andere	12.264	12.130
TOTAAL	148.439	149.725

Het aantal mantelzorgers per zorgbehoevende.

aantal mantelzorgers per zorgbehoevende	2013	2014
1	98.300	97.749
2	16.443	17.558
3	5.273	5.174
4	288	275
5	28	18
6	20	21
7	2	2
8	1	1
Totaal	120.355	120.798

Het aantal zorgbehoevenden per unieke mantelzorger.

aantal zorgbehoevenden per mantelzorger	2013	2014
1	130.306	131.665
2	6.252	6.108
3	354	352
4	61	52
5	25	20
6	12	8
7	5	5
8 of meer	5	7
onbekend	3.995	4.254
	141.015	142.471

Leeftijden van de in 2013 en 2014 geregistreerde unieke mantelzorgers.

leeftijdscategorie	2013	2014
onbekend	3.995	4.254
0-18	49	59
19-25	838	806
26-44	13.834	13.627
45-64	68.281	68.393
65-69	14.205	14.668
70-74	11.033	11.164
75-79	12.751	12.694
80-84	10.373	10.778
85-89	4.619	4.885
90-94	966	1.059
95-99	56	71
>= 100	15	13
	141.015	142.471

2. Cijfers mantelzorgers – Survey studiedienst Vlaamse Regering

Data voor 2014 wijzen uit dat de omvang van de informele zorg is afgenomen ten overstaan van 2011. In 2011 zorgde 38% van alle Vlamingen van 18 jaar en ouder voor een ziek, gehandicapt of ouder familielid, vriend, kennis of buur; in 2014 is dit nog 26%. Het blijkt dat de grootste daling zit in het aandeel dat de zorg heeft stopgezet in de loop van het referentiejaar. (mannen van 33 naar 24,5%, vrouwen van 42,7 naar 28%).

3. Cijfers Nationale Gezondheidsenquête

Uit de cijfers van de laatste Nationale Gezondheidsenquête (gegevens van 2013) blijkt dat in België ongeveer 860.000 personen mantelzorgers zijn, hetzij in totaal 9% van de bevolking. Dit percentage ligt hoger bij vrouwen (11%) dan bij mannen (8%).

Twaalf procent van de personen tussen 45 en 64 jaar is mantelzorger. Naast mantelzorg aan een medebewoner en/of gezinslid, helpt één op de vijf mantelzorgers ook een buur en/of vriend. Dit percentage ligt veel hoger in Brussel (31%) en Wallonië (21%) dan in Vlaanderen (14%).

Tot slot blijkt uit de gegevens van de laatste telling dat het percentage mantelzorgers lager ligt binnen de actieve bevolking dan bij werkzoekenden (respectievelijk 8 en 10%). Het percentage mantelzorgers binnen de actieve bevolking ligt eveneens lager dan bij de gepensioneerden (11%).

Bijlage 5: lijst van websites

- Organisaties:
 - Agentschap Zorg en Gezondheid:
<http://www.zorg-en-gezondheid.be/>
 - Strategische adviesraad Welzijn-Gezondheid- Gezin
<http://www.sarwgg.be/sarwgg>
 - Vlaams Agentschap voor personen met een handicap
<http://www.vaph.be/vlafo/>
 - Vlaamse Zorgverzekering
<https://www.zorg-en-gezondheid.be/zorgverzekering.aspx>
 - Wereld Gezondheidsorganisatie
<http://www.who.int/en/>
 - Federale overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu
<http://health.belgium.be/>
 - Pilotprojecten chronische zorg
<http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Specialisedcare/Chronic%2cgeriatricandpalliative/Chroniccare/index.htm?fodnlang=nl>

- Beleidsnota's en conceptnota's:
 - Regeerakkoord Vlaamse Regering – 2014-2019:
<http://www.mobielvlaanderen.be/pdf/beleidsnota-brieven/regeerakkoord2014-2019.pdf>
 - Beleidsnota Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin – 2014-2019:
http://www.jovandeuren.be/sites/jvandeuren/files/Beleidsnota_2014_2019_Welzijn_Volksgezondheid_Gezin%20%281%29.pdf
 - Beleidsbrief Welzijn-Gezondheid en Gezin 2015-2016:
<http://docs.vlaamsparlement.be/docs/stukken/2015-2016/g506-1.pdf>
 - Persoonsvolgende financiering voor personen met een handicap:
<http://www.jovandeuren.be/sites/jvandeuren/files/conceptnota%20PVF.pdf>
 - Vlaamse Sociale Bescherming:
http://www.jovandeuren.be/sites/jvandeuren/files/conceptnota%20VSB_0.pdf
 - Werk maken van werk. Actieplan 3.0.
http://jovandeuren.be/sites/jvandeuren/files/actieplan%20werk%20maken%20van%20werk%203%200_0.pdf

Bijlage 6: lijst van afkortingen

CVK	centrum voor kortverblijf
CVD	centrum voor dagverzorging
DVC	dagverzorgingscentrum
GAW	groep van assistentiewoningen
Mbt	met betrekking tot
PVT	psychiatrisch verzorgingstehuis
ROB	rustoord voor bejaarden
RVT	rust- en verzorgingstehuis
THAB	tegemoetkoning voor de hulp aan bejaarden
VAPH	Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap
VSB	Vlaamse sociale bescherming
WZC	woonzorgcentrum