



Kenniscentrum
Woonzorg Brussel

Tussen droom en werkelijkheid: uitdagingen voor woonzorg in Brussel



Verslagboek
Staten-Generaal
Woonzorg Brussel
13 december 2012



Verlagboek

Staten-Generaal Woonzorg Brussel

13 december 2012

MET DE STEUN VAN



VLAAMSE
GEMEENS
CHAPSCO
MMISSIE

MET DANK AAN

- De leden van de Stuurgroep Woonzorg en Woonzorgoverleg, voor hun betrokkenheid en engagement.
- Alle sprekers, voor de actieve medewerking tijdens de voorbereidingen en de boeiende bijdragen op deze dag.
- De VUB, departement educatiewetenschappen, voor de inhoudelijke en wetenschappelijke begeleiding en ondersteuning.
- De HUB, en 2^{de} jaar studenten Office Management voor de praktische en logistieke hulp.
- De vrijwilligers, voor hun ingetogen voordracht van getuigenissen.

VOORWOORD

Tien jaar na de eerste zorgstrategische plannen stonden we op 13 december 2012 tijdens de Staten-Generaal Woonzorg stil bij het Vlaamse woonzorgbeleid in Brussel. De bedoeling was om de lijnen uit te zetten voor het toekomstige Vlaamse beleid ten aanzien van de Brusselse ouderen en zorgbehoevenden. Het ging hierbij niet zozeer om de analyse van het huidige aanbod, maar eerder om het peilen naar de perceptie van het huidige woonzorgbeleid in Brussel; in de eerste plaats bij diegenen voor wie dit beleid bedoeld is, en bij diegenen die het elke dag moeten toepassen.

Het was een noodzakelijke en bovenal leerrijke oefening, waaruit veel betrokkenheid bleek. De getuigenissen en beschouwingen van experts en mensen werkzaam op het terrein waren heel uiteenlopend.

Zo is er een hemelsbreed verschil vast te stellen tussen de vitaliteit van wie zelf zijn eigen leefruimte kan bepalen, en dus aangesproken wordt op eigen kracht, en de gelatenheid, het gebrek aan verwachtingen van wie terechtkomt in een residentiële voorziening. We zien er een aanmoediging in om vast te houden aan de huidige filosofie van het Vlaamse woonzorgbeleid: laat mensen zo zelfstandig mogelijk thuis in hun vertrouwde omgeving wonen, en zorg voor dienstverlening die dat mogelijk maakt. Of in ons zorgstrategisch jargon: stabiliseer het wonen en mobiliseer de zorg.

Verskil is er ook in de beleving van diversiteit. Brusselse ouderen en zorgbehoevenden vragen niet alleen erkenning van wie ze als individu zijn. Ze willen ook erkenning van de (culturele) gemeenschap waarvan ze deel uitmaken. Meer dan alleen zijn, heeft eenzaamheid te maken met het gevoel niet (meer) 'te behoren tot'. Behoud van autonomie, een sociaal netwerk en participatie blijven aldus cruciale elementen bij de verdere uittekening van een sterk Vlaams woonzorgbeleid.

Verskil merken we ten slotte ook tussen enerzijds de behoefte aan nestwarmte, en dus kleinschaligheid, en anderzijds de schaalvergroting die nodig is om een antwoord te kunnen bieden op de steeds groeiende vraag.

Eensgezindheid was er dan weer over het recht van alle Brusselaars op goede, toegankelijke en betaalbare zorg. We noteren die eensgezindheid als een oproep naar meer samenhang in het beleid, meer afstemming tussen bevoegde overheden, en duidelijke en eenduidige informatie en communicatie naar alle (potentiële) gebruikers en hulpverleners.

Eensgezindheid was er eveneens over het onmisbare engagement van de beroepskrachten, de mantelzorgers en andere vrijwilligers. Hoed af voor hun vermogen om kansen en mogelijkheden te zien, en niet enkel problemen en hindernissen.

Dit verslagboek combineert een nuchtere, soms confronterende analyse met ontroerende anekdotes en getuigenissen. Het wil de start zijn van een zoektocht naar verbetering en versterking. Brussel vergroent, maar verzilverd ook: dat is een realiteit waarmee het beleid dagelijks rekening moet houden én proactief op in moet spelen. De gebruiker, hulpverlener en vrijwilliger zijn hierbij de protagonisten. Samen met hen streven we naar de verdere uitbouw van een sterk Vlaams woonzorgbeleid in Brussel.

Pascal Smet
Vlaams Minister van
Brussel



Brigitte Grouwels
Collegelid bevoegd
voor Welzijn



Jo Vandeurzen
Vlaams Minister van Welzijn,
Volksgezondheid en Gezin



SITUERING

Wat zijn de woonzorgnoden van de Nederlandstalige Brusselaars? Hoe kunnen de Vlaams erkende woonzorgactoren in Brussel hierop tegen 2020 een performant antwoord bieden? Welke zijn de kritische succesfactoren om dit doel te bereiken?

Dit waren de kernvragen waarop de Vlaamse overheid een antwoord wenste te vinden tijdens de Staten-Generaal Woonzorg Brussel van 13 december 2012. De Staten-Generaal kwam er op gezamenlijk initiatief van de Vlaamse minister bevoegd voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (Jo Vandeurzen), de Vlaamse minister bevoegd voor Brusselse Aangelegenheden (Pascal Smet) en het Brussels collegelid van de Vlaamse Gemeenschapscommissie (VGC) in Brussel bevoegd voor welzijn, gezondheid en gezin (Brigitte Grouwels).

Zij achtten het belangrijk om de intenties, engagementen en beleidsperspectieven ten aanzien van de Brusselse ouderen en zorgbehoevenden af te toetsen aan een breed publiek van professionelen, beleidsmakers, wetenschappers en belanghebbenden. Investeren in een toereikend zorg- en gezondheidsaanbod voor ouderen is in de context van toenemende vergrijzing immers een belangrijke beleidsprioriteit voor de Vlaamse overheid, ook in Brussel.

De conclusies van de Staten-Generaal moeten leiden tot concrete beleidsaanbevelingen en een geactualiseerd Masterplan Woonzorg voor Brussel.

De organisatie van de Staten-Generaal werd toevertrouwd aan het Kenniscentrum Woonzorg Brussel dat hiervoor samenwerkte met diverse woonzorgpartners en onder supervisie van de stuurgroep Woonzorg Brussel. Een 200-tal deelnemers - professionelen, beleidsmakers, wetenschappers en belanghebbenden – waren op de congresdag op de HUBcampus aanwezig.

De dag werd voorgezeten door mevrouw Kris Smet en bracht een rijke variatie aan inzichten, getuigenissen en uitwisseling over de brede woonzorgthematiek.

Vertrekkend vanuit de vaststellingen uit het onderzoek *'Zorgnoden en behoeften, de kijk van de Brusselaar'*, aangevuld met korte reflecties over mantelzorg, woonzorg bij GGC en Cocof, de betaalbaarheid van de thuiszorg, duiding bij Brussels vergrijzing, alternatieve woonvormen en het concept levelsloopbestendige wijk, werd in de namiddag in debat gegaan over 6 thema's:

- (1) Hoe omgaan met drempels in de zorg?
- (2) Een geïntegreerde woonzorg, de uitdaging voor de toekomst?
- (3) Naar welk model van zorgorganisatie?
- (4) Werken in de Brusselse zorg, een stiel apart?
- (5) Ouderen en hun oude dag, een moeilijke relatie?
- (6) Zo lang mogelijk autonoom?

In dit verslagboek vindt u de uitgeschreven bijdragen terug, zowel van de plenaire sessies als de themasessies, alsook een synthesenota die de belangrijkste conclusies en aanbevelingen samenbrengt.



Graag verwijzen we ook naar de website www.statengeneraalwoonzorgbrussel waar u de voorbereidende documenten, presentaties en een uitgebreid beeldverslag van deze dag terugvindt.

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	4
Situering	5
Inhoudsopgave	6
Intermezzo	8
Plenaire sessies	10
1 Situering Staten-Generaal woonzorg Brussel	10
2 Voorlezen van getuigenissen	13
3 Voorstelling resultaten behoeftenonderzoek	14
3.1 Situering en aanpak	14
3.2 Resultaten	14
3.3 Samenvattende tabel	19
4 Beschouwingen van professor Verté	21
Intermezzo	22
5 <i>Facts & Figures</i> over woonzorg in Brussel	23
5.1 Vergrijzing, een issue in Brussel?	23
5.2 Goede zorg?	24
5.3 Beginnen bij aangepaste huisvesting?	25
5.4 Age-friendly cities, een samenspel van	25
Intermezzo	26
6 Draagkracht van de mantelzorg	27
Intermezzo	30
7 Is de (Vlaamse) thuiszorg nog betaalbaar?	31
7.1 Context Brusselse thuiszorg	31
7.2 Vergelijking gebruikersbijdrage	32
7.3 Conclusies	33
7.4 Aanbevelingen	33
8 Woonzorgconcept: Design for all?	34
8.1 Design for all?	34
8.2 Conclusie	36
Intermezzo	37
9 Blik bij de Brusselse burens: woonzorg bij GGC en Cocof	38
Intermezzo	40
10 Creatief met woonvormen voor ouderen	41
Intermezzo	43
Themasessies	44
1 Hoe omgaan met drempels in de zorg?	44
1.1 De Vlaamse thuiszorg wordt onbetaalbaar voor de Brusselaar	44
1.2 Zorg op maat en respect voor eigenheid van iedereen	45

1.3	Een Vlaamse erkenning moet een garantie op Nederlandskundige zorg inhouden	47
1.4	Alle informatie over het zorgaanbod is toch te vinden op het internet	48
2	Een geïntegreerde woonzorg in Brussel: de uitdaging voor de toekomst?	50
2.1	Organiseren van aanbod volgens zorgbehoeftegraad, eerder dan volgens doelgroep	50
2.2	Wat toepasbaar is in Vlaanderen, is het daarom niet in Brussel: hoe lossen we dit op?	53
2.3	De Vlaamse overheid vaart best een eigen koers in Brussel	57
2.4	Woonzorg begint met goed wonen in een aangename omgeving	59
2.5	Slotconclusies panel 2	61
3	Naar welk model van zorgorganisatie?	62
3.1	Het aanbod is in Brussel zo versnipperd dat je door het bos de bomen niet meer kan zien	63
3.2	Evolueren en streven naar maatschappelijk verantwoorde zorgorganisatie in Brussel	66
3.3	Met een wijkgerichte benadering krijgt informele zorg meer kans en ondersteuning	69
3.4	Het zorgcontinuüm waarborgen in een getrappt model van zorgorganisatie	71
3.5	Slotconclusies panel 3	73
4	Werken in de Brusselse zorg, een stiel apart?	75
4.1	Groot potentieel aan werkrachten voor de zorgsector	75
4.2	Samenwerken, oké, maar als het er op aankomt blijven we concullega's	78
4.3	De relatie tussen zorgverstrekkers en mantelzorgers kan beter	80
4.4	Vrijwilligers zijn de hoeksteen van de toekomstige zorg	82
5	Ouderen en hun oude dag, een moeilijke relatie?	84
5.1	Als oudere is het te laat om na te denken over de oude dag, je moet er nu al aan beginnen ..	84
5.2	Rust roest, actieve senioren hebben geen zorg nodig	86
5.3	Bemoediging heeft een positief effect op de kwaliteit van leven	88
5.4	De Brusselse mantelzorgers staat er alleen voor	89
5.5	Slotaanbevelingen sessie 5	90
6	Zo lang mogelijk autonoom?	91
6.1	Autonomie en zelfstandig wonen begint met een aangepaste woning	91
6.2	Kleinschalig groepswonen is de woonvorm van de toekomst, waar wachten we op?	94
6.3	Een aangepaste woning in een onaangepaste woonomgeving is een gouden kooi	95
6.4	Is de aversie tegen een woonzorgcentrum zo vanzelfsprekend?	97
	Synthese van besluiten en aanbevelingen	99
	Synthèse des décisions et recommandations	102

HET VERHAAL VAN JOSIANE

Mijn naam is Josiane. Ik ben 80 jaar en woon in een appartement hier in Brussel met mijn man. We zijn 7 jaar geleden naar hier gekomen omdat de kinderen ook in Brussel wonen. We hebben ons huis verkocht en hier een appartementje gekocht.

Ik zorg nu ongeveer twee jaar voor mijn man, hij heeft Alzheimer. Het is heel langzaamaan gegaan. In het begin ging dat wel, maar ik voel het meer en meer achteruit gaan. En nu heb ik er heel veel moeilijkheden mee.

Weet u, hij is er al heel erg aan toe, je kunt niet meer met hem praten want hij kan niet meer spreken. Je kunt er niets meer van verstaan, dat is ook heel moeilijk. En hij moet het meest gefrustreerd zijn natuurlijk.

Ik zeg het rechtuit, ik zit met vragen in mijn hoofd.

Gisteren was het verschrikkelijk. Ik moest naar de bank in Koningsstraat. Ik dacht: ik neem hem mee, dan is hij ook eens buiten en moet hij hier niet op mij wachten. En we zijn daar naartoe gegaan, eerst met de metro en dan de tram. Maar die roltrappen, dat kan hij niet meer, als hij naar beneden ziet kan hij er niet meer op. Dus hebben wij alles moeten afleggen te voet, verschillende keren moeten overstappen. En hij gaat dan zo helemaal gebogen vooruit, 't is heel moeilijk, heel moeilijk. Toen we daar uitstapten, het was verschrikkelijk. Hij struikelde over die weg. Hij heeft zich erg bezeerd, zijn hand bloedde helemaal. En wij stonden daar midden op de straat.

Nu zijn de kinderen gaan kijken voor een rusthuis, maar ik denk dat hij dat nooit of nooit zal aannemen, nooit!

Want in oktober, toen ik geopereerd werd, moest hij twee dagen naar een dagverzorgingscentrum gaan. Nadien vroegen ze mij wat hij daarover gezegd had. Ik zei "och niet veel". Maar hij had daar niets over gezegd he, niets! En toen antwoorden ze dat ze mij verstonden en vertelden ze dat hij binnen kwam en tegen een muur ging staan en hij is de hele dag tegen die muur blijven staan. Thuis heeft hij daar niets over gezegd, ook niet tegen ons.

Hoe gaan we dat nu doen? Dat weet ik niet.

Luister, ik ween niet gemakkelijk als er andere bij zijn, absoluut niet. Maar het is al van gisteren dat ik daarmee zit. Gaat hij zich aanpassen gaat hij zich niet aanpassen. Ik weet het niet.

Nu zegde: 'kunt ge met hem niet binnengaan in 't rusthuis?' Maar ik voel mij niet zo gereed om in zo'n tehuis te gaan, dat moet ik rechtuit zeggen, en daarbij moet ik een hele dag bij hem zitten en ik kan er niks van verstaan. Ja thuis gaat dat wel allemaal, dan heb ik mijn bezigheid. Ik weet het allemaal niet, 't wordt mij allemaal te veel.

Ik ben nu zo bezig met mijn man, ik kan niet meer weg. Ik ga niet meer naar buiten. Juist om boodschappen te doen, dat is alles. De kinderen zouden toch ook eens verlof kunnen nemen om naar de bank, de mutualiteit en wat weet ik nog allemaal te gaan. Daar moet ik allemaal voor lopen, ik moet met hem naar de dokter. Ik moet telefoneren want de telefoon neemt hij natuurlijk niet meer op, hij kan niet meer antwoorden. Enfin ... ik kan niet meer buiten. Als ik een beetje achterblijf, zelfs om boodschappen te doen, denkt hij dat ik dat voor m'n plezier doe. Dat is wel moeilijk aan te nemen.

Oei, is 't al zo laat? Nu moet ik echt vertrekken!





Minister Jo Vandeurzen



Véronique Peters, kabinetsmedewerker minister Brigitte Grouwels



Minister Pascal Smet

1 SITUERING STATEN-GENERAAL WOONZORG BRUSSEL

Herwig Teugels, directeur Kenniscentrum Woonzorg Brussel

Beste aanwezigen,

Meneer de minister, geachte parlementariërs, beste mensen,

Je kunt er niet omheen. Studies wijzen het uit. Demografische analyses bevestigen het. Brussel vergroent, Brussel verjongt. Dat is de hoofdboodschap die demografische voorspellingen ons voorhouden. En het is correct. Brussel verschilt daarin van de andere Gewesten. Maar het is slechts de helft van de waarheid. De Brusselse bevolking zal tussen nu en 2020 met ongeveer 20% jongeren aangroeien. Waar echter zelden over wordt gesproken, is dat Brussel in diezelfde tijdsspanne ook een aangroei zal kennen van bijna 10% ouderen. In de gemeente met de hoogste toename (Sint-Joost-ten-Node) bedraagt die zelfs meer dan 25%. M.a.w. Brussel vergroent en vergrijsst tegelijkertijd. Sterker zelfs, Brussel blijft ook het volgende decennium de regio met procentueel het hoogst aantal 80-plussers.

Over deze vergrijzing hoor je in Brusselse beleidskringen veel minder spreken dan in de andere Gewesten. Het voorgestelde Stedenfonds III- kader is daar een mooi voorbeeld van. Jeugd kleurt het programma, over ouderen wordt met geen woord gerept. Het is alsof de ouderen *quantité négligable* zijn geworden. Het is nochtans de huidige generatie ouderen en de aanstormende babyboomgeneratie-ouderen die gezorgd heeft voor onze welvaart. Die generatie zomaar aan de kant schuiven, zou van bijzonder weinig respect en dankbaarheid getuigen voor de kansen die zij ons geboden hebben en ons tot op vandaag bieden.

Daarom komt deze Staten-Generaal Woonzorg Brussel als geroepen. Het is een reflectiemoment over het toekomstperspectief aangaande ouderenzorg en thuiszorg te Brussel en dit vanuit het gezichtspunt van de Vlaamse Gemeenschap. De Vlaamse overheid wil op de vergrijzingsrealiteit een performant antwoord bieden, ook in Brussel.

Een eerste aanzet daartoe werd gegeven op 23 november 2007. Toen keurde de Vlaamse Regering het *Masterplan Woonzorgzones Brussel* goed. Het *Masterplan* tekende de strategische planning voor de ontwikkeling van de woonzorgprojecten in het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad uit. Het Kenniscentrum Woonzorg Brussel kreeg daarbij de opdracht om in te staan voor de kennisverwerving, de begeleiding en ondersteuning van de projecten, en voor het aantrekken en stimuleren van initiatiefnemers.

Om dat op een goede manier te kunnen doen, werd Brussel ingedeeld in woonzorgzones. De zones werden opgedeeld rekening houdend met de gemeentegrenzen (19 gemeenten en 3 deelgemeenten). Op basis van kansindicatoren werden nog eens 11 zones gedefinieerd. Dat geeft een totaal van 33 woonzorgzones. Het is de ambitie om door deze zonale indeling een goede spreiding van de diensten en voorzieningen te bekomen; een spreiding die liefst complementair is aan het Nederlandsvriendelijke aanbod van de GGC.

De bestaande Vlaams erkende thuiszorgdiensten en ouderenzorgvoorzieningen in deze woonzorgzones in kaart brengen, was helemaal niet zo moeilijk. Er waren er amper. Slechts 15% van de geprogrammeerde uren thuiszorg werd ingevuld. Er waren begin 2008 in totaal twee rusthuizen, goed voor 104 bedden, geen dagverzorgingscentra, geen kortverblijf en slechts 32 serviceflats op een totaal van ongeveer 1250 geprogrammeerde. Alleen de lokale dienstencentra waren op dat moment iets of wat uitgebouwd. Zij haalden een invulling van 60% op de programmatie. Het lag dan ook voor de hand om van deze lokale dienstencentra de draaischijf van de woonzorgzones te maken, het zorgknooppunt van de wijken. De verhoging van het aantal dienstencentra dat door de VGC in het regeerakkoord 2009-2014 werd vooropgesteld, speelt daar op in.

Een optie die eveneens werd meegenomen is om waar mogelijk ook de dienstverlening aan personen met een handicap te integreren in de uitbouw van de woonzorgzones, want ook hier is nog veel braakliggend terrein.

Het Kenniscentrum ziet het op dat moment, begin 2008, als zijn eerste taak om initiatiefnemers te zoeken die de programmatie kunnen invullen én om innovatieve projecten te stimuleren. Vandaag is de programmatie voor woonzorgcentra zo goed als volledig opgevraagd, is het aantal beschikbare plaatsen al verdubbeld en zal de volgende jaren systematisch een verhoging van het totaal aantal woonegelegenheden in woonzorgcentra plaatsvinden. Zo gaat in 2013 een nieuw woonzorgcentrum open te Neder-Over-Heembeek en starten de bouwwerken voor twee andere woonzorgcentra. Er werden ook twee dagverzorgingscentra geopend, goed voor een dagelijkse opvang van 35 zorgbehoevenden. Momenteel wordt gewerkt aan de ontwikkeling van in totaal meer dan twintig woonzorgprojecten.

Wat de personen met een handicap betreft, werd een samenwoonvorm tussen ouderen en personen met een mentale beperking opgericht en is de vernieuwbouw bezig voor een nursingunit en dagopvang.

Maar inzetten op residentiële voorzieningen is slechts een deel van de oplossing en dan nog dat deel dat de meeste ouderen niet verkiezen. Dit blijkt duidelijk uit de bevraging die we ter voorbereiding van deze Staten-Generaal hebben gedaan. Aan dit evenement ging anderhalf jaar onderzoekswerk vooraf. De drie betrokken ministers (Vandeuren, Smet en Grouwels) vonden het



belangrijk om de ouderen zelf te vragen naar hun woonzorgnoden, hen zelf te laten reflecteren hoe ze oud willen worden, welke visie ze daar op hebben, wat ze wensen of verwachten, wat ze vrezen of hen tegenstaat. In overleg met de afdeling Educatiewetenschappen van de VUB werd door het Kenniscentrum niet gekozen voor een kwantitatieve benadering, maar werd geopteerd voor een kwalitatief onderzoek. Dat gaf de mogelijkheid om in de diepte te peilen naar de beweegredenen voor bepaalde keuzes van ouderen. Er werd voor de volledigheid ook eenzelfde methodiek toegepast naar mantelzorgers, verzorgenden, zorgverstrekkers, huisartsen, verantwoordelijken van diensten en voorzieningen, en experts. Een 40-tal focusgroepen werd bevraged, telkens rond dezelfde thema's. Alles werd integraal uitgetikt en geanalyseerd. Een schat aan informatie. Soms een bevestiging van wat al gekend was, een andere keer een nieuw inzicht, een aanvulling of een innoverend voorstel. Het is materiaal waarmee de VUB nog een aantal jaren aan de slag kan. Mijn collega Olivia Vanmechelen bracht alvast de belangrijkste bevindingen samen. Zij zal er straks dieper op ingaan.

Graag wens ik de partners te bedanken die meehielpen bij de bevraging. Toen we hen polsten naar hun medewerking reageerden ze alle enthousiast: de Brusselse Welzijns- en gezondheidsRaad, het Brussels Overleg Thuiszorg, het Huis voor Gezondheid, Home-Info, het Seniorencentrum, de HUB en de VUB. Heel hartelijk bedankt voor het vlotte samenspel en expliciet dank aan prof. Verté en zijn team voor de wetenschappelijke ondersteuning. Het was een boeiende samenwerking.

Uit de bevraging blijkt duidelijk dat ouderen zo lang mogelijk thuis of in hun vertrouwde omgeving willen blijven wonen. Wanneer de oudere reflecteert over zijn toekomst, dan spreekt hij voornamelijk over zijn woonsituatie en zijn welbevinden, veeleer dan over gezondheid, zorg of dienstverlening. Niet dat die laatste elementen niet belangrijk zijn. Toch wel, maar ze zijn eerder ondersteunend voor een goed welzijnsgevoel. Wonen staat daarbij voorop. Wonen, met alle aspecten die daarbij horen: goede huisvesting, veiligheid, degelijk nabuurschap, toegankelijkheid, aangename woonomgeving enz. De link tussen welzijn en wonen is hierbij cruciaal en moet worden gelegd. Het is een link tussen gemeenschap- en gewestmaterie, tussen de bevoegdheden van de Vlaamse Regering en de Gemeenschapscommissie enerzijds en de Brusselse Regering anderzijds. Men kan daar niet omheen, zoveel is duidelijk. Slechts in dialoog tussen de Gemeenschappen en het Gewest kan een goede oplossing worden gevonden voor de woonzorgnoden van ouderen. Daarom is het veelbelovend dat de verschillende bevoegde overheden voor ouderenzorg en thuiszorg in Brussel aan de VUB de opdracht hebben gegeven tot de uitwerking van een gezamenlijke programmatiestudie voor woonzorg in al zijn aspecten. Dat deze studie een aanzet mag zijn om te komen tot een gezamenlijk

gedragen aanpak van de woonzorg in Brussel. Want hoe je het ook draait of keert, als Vlaamse Gemeenschap kunnen we het niet alleen. Komen tot een dergelijk samen gedragen model, vraagt dat de krampachtigheid die er bij de verschillende overheden leeft, wordt afgelegd. Beste beleidsmakers, laat dit thema a.u.b. niet verzanden in een communautair discours, maar toon de politieke moed om, over de bevoegdheden en regeringen heen te werken in het belang van het welzijn van de Brusselse ouderen.

Want de Brusselse oudere verdient dat. Brussels is atypisch, het past niet volledig in de door de Vlaamse Gemeenschap uitgewerkte regelgeving, ook niet wat betreft de woonzorgaspecten.

Zo is er bvb. de commercialisering van de ouderenzorg. Deze is in Brussel veel groter dan in Vlaanderen. Langs Cocof-zijde zijn op één na alle woonzorgcentra in handen van commerciële uitbaters, waaronder enkele grote groepen. Bij de GGC is dat 60%, evenals bij de Vlaams erkende initiatieven. Dit is een nieuwe realiteit, ook voor de Vlaamse Gemeenschap (want in Vlaanderen is slechts 10% van de voorzieningen in handen van de commerciële sector).

Daarnaast is er in vergelijking met Vlaanderen het gebrek aan terugvalbasis op de OCMW's. De Brusselse OCMW's houden er andere regelgevingen op na, die soms veraf staan van de door de Vlaamse overheid uitgevaardigde kaders. Dit gebrek aan terugvalbasis maakt dat de onderlinge doorverwijzing naar Vlaams erkende diensten niet vanzelfsprekend is. Dit gebrek aan terugvalbasis maakt ook dat voorzieningen als lokale dienstencentra het met een veel beperktere omkadering moeten stellen dan pakweg een werking met eenzelfde opdracht in Antwerpen of Gent. De VGC vangt dit slechts ten dele op.

Nog eigen aan de Brusselse situatie is het diversiteitsthema. Vandaag is zo goed als 1/3 van de Brusselse 65+ van allochtone origine en in 2020 zal dit ongeveer één op twee zijn. Bij de uittekening van een beleid zal hier terdege rekening mee moeten worden gehouden. Nochtans zijn er weinig tekenen die aangeven dat de sector hier al mee bezig is, dat ze op deze realiteit anticipeert. Vooral bij de uitbaters van residentiële voorzieningen zie ik weinig of geen reflectie over hoe omgegaan moet worden met deze groepen. Het probleem zal niet enkel worden opgelost met aangepaste maaltijden en diverse gebedsruimtes. Het zal enige creativiteit vergen om deze doelgroep de nodige omkadering te kunnen geven. Dit gaat wellicht gepaard met het installeren van nieuwe werkvormen en andere zorgprocessen. Misschien kan hierin de Brusselse context voor Vlaanderen een laboratorium zijn, want ook in de andere Vlaamse grootsteden komt deze realiteit op ons af, zij het met een snelvaarttrein die nog wat in de remmen gaat.

Deze elementen zijn slechts een kleine greep uit de eigenheid van de woonzorg in Brussel. Vlaanderen kent aan Brusselse diensten en voorzieningen al enkele uitzonderingsmaatregelen of afwijkingen toe t.o.v. de gehanteerde regelgeving.

Dat de aanbevelingen die vandaag naar boven komen, de aanzet mogen zijn voor een volledig uit te werken Brusselluik in de Vlaamse regelgeving, in directe communicatie met de andere Gemeenschappen en het Brussels Gewest.

Ik hoop dan ook dat de onderlinge reflectie mag leiden tot concrete voorstellen die het welzijn, het wonen en de zorg voor ouderen ten goede komen en dat deze aanbevelingen het basismateriaal en de grondtoon mogen vormen voor een geactualiseerd *Masterplan Woonzorg Brussel 2013-2020*.

In wens jullie allen een vruchtbare dag toe.

2 VOORLEZEN VAN GETUIGENISSEN

Drie vrijwilligers - Liliane Smets, Georgine Engelen en Geert Habils - lazen tegen de achtergrond van beelden en portretten van ouderen in Brussel (foto's van Bart Dewaele), enkele getuigenissen voor die we optekenden tijdens de gesprekken met ouderen in het kader van het behoeftenonderzoek,

De getuigenissen zijn, samen met de foto's, als *Intermezzo's* verspreid over dit verslagboek opgenomen.

Omwille van de privacy werden fictieve namen gebruikt.



3 VOORSTELLING RESULTATEN BEHOEFTEONDERZOEK

Olivia Vanmechelen, stafmedewerker Kenniscentrum Woonzorg Brussel

3.1 Situering en aanpak

Ter voorbereiding van deze Staten-Generaal Woonzorg Brussel voerde het Kenniscentrum Woonzorg Brussel een kwalitatief onderzoek naar noden en behoeften in de Brusselse ouderenzorg. In het zoeken naar adequate antwoorden op de uitdagingen in de Brusselse ouderenzorg, is het immers essentieel om de ervaringen en behoeften van de verschillende belanghebbenden in beeld te brengen.

Het onderzoek gebeurde in samenwerking met partnerorganisaties en onder wetenschappelijke supervisie van de afdeling educatiewetenschappen van de VUB. De nadruk lag op een kwalitatieve benadering die de mogelijkheid gaf om in de diepte te peilen naar de ervaringen en voorstellen over wonen en zorg. Daarvoor werd gebruikt gemaakt van de focusgroepmethodiek waarbij - onder begeleiding van een moderator - niet gestuurde en kwalitatieve gesprekken gevoerd werden in homogene groepen van zes tot tien deelnemers.

Om een breed beeld te krijgen, is bewust gekozen voor diversificatie van invalshoeken en bevraagde groepen. In totaal werden meer dan driehonderd personen, gespreid over veertig gespreksgroepen, betrokken:

- Thuiswonende ouderen (-70j en +70j);
- Financieel en sociaal kwetsbare ouderen;
- Ouderen en mantelzorgers van Marokkaanse, Turkse, Congolese, Oost-Europese, en West-Europese origine;
- Bewoners van woonzorgcentra en rusthuizen;
- Verzorgend en verplegend personeel;
- Huisartsen;
- Verantwoordelijken van voorzieningen in de thuis- en ouderenzorg;
- Experts en deskundigen in de ouderenzorg.

3.2 Resultaten

Een globale vaststelling is dat thuiswonende ouderen opvallend weinig bezig zijn met het plannen of voorbereiden van de dag waarop ze meer zorgbehoevend worden. Een gevoel van 'we zien wel' overheerste doorheen de gesprekken met ouderen. Dit gebrek aan anticipatie en weerstand voor verandering uitte zich in de weinig vernieuwende ideeën of voorstellen. Ouderen hebben nog weinig dromen over hoe het beter kan. Zeker bij bewoners van de woonzorgcentra en rusthuizen stelden we een grote gelatenheid en berusting vast.

Dit neemt niet weg dat de gesprekken verhelderende inzichten gaven over de beleving en kijk van ouderen, mantelzorgers en zorgverstrekkers op hun (zorg)omgeving. We stellen hier de belangrijkste resultaten voor aan de hand van de vier hoofdthema's die de rode draad vormden van de gesprekken:

- Hoe zit het met de woonsituatie en woonomgeving in Brussel?
- Wat zijn ervaringen of mogelijke perspectieven voor wonen met zorg?
- Wat zijn de ervaringen of noden betreffende de dienst- en zorgverlening?
- Wat is de plaats en rol van mantelzorg en steun van de nabije omgeving?

Woonsituatie en woonomgeving

De woonsituatie van de bevraagde thuiswonende ouderen was heel uiteenlopend: van grote eigenaarswoning tot een klein appartement, van welgestelde eigenaar tot sociaal huurder, van alleenstaande tot samenwonend met partner of (klein)kinderen.

Ongeacht de woonsituatie zijn de ouderen meestal sterk gehecht aan hun woning en buurt. De meesten zijn dan ook uitgesproken *content* over hun woning en het wonen in Brussel.

De onbetaalbaarheid van woningen en de toenemende levensduurte waren wel in alle groepen een weerkierend en fel besproken thema. Eigenaars en bewoners van sociale appartementen beseffen dat ze op financieel vlak beter af zijn. Voor andere ouderen is het een dagelijkse strijd om de eindjes aan elkaar te knopen. Een slechte woonkwaliteit en onbetaalbare huisvesting is voor hen een dagelijkse realiteit.

Het wonen in de stad biedt in de ogen van de bevroegde personen veel voordelen: alles is bij de hand, winkels en voorzieningen liggen dichtbij of zijn gemakkelijk bereikbaar via openbaar vervoer ... Het uitgebreid cultuuraanbod, het verenigingsleven en de vele mogelijkheden die er zijn om ook als oudere actief te blijven, kunnen vele ouderen wel bekoren, vooral in de groepen van 'jonge', welgestelde Belgische senioren.

Kunnen rekenen op een buur is heel belangrijk voor het welzijn van ouderen. Burenhulp speelt in Brussel een des te belangrijker rol omdat kinderen vaak veraf wonen. Brusselse ouderen krijgen en geven onderlinge steun en weten dat ze op elkaar kunnen rekenen in geval van nood. Dit was nog meer uitgesproken bij de meer kwetsbare ouderen, bewoners van (sociale) appartementen en ouderen van vreemde herkomst. In vele gevallen kunnen ouderen rekenen op, of nemen ze deel aan, een sociaal netwerk voor steun en hulp.

Doordat buurten constant in verandering zijn, treedt echter een gevoel van vervreemding op en dreigt dit houvast van goed nabuurschap te verdwijnen. Daarmee vergroot ook het risico op vereenzaming. Naast vervreemding kwamen ook het vuil, de verloedering, de parkeerproblemen ... als pijnpunten naar voren. Meer nog dan dit alles, is de (vermeende) onveiligheid een probleem dat alle ouderen sterk bezig houdt. Sommige ouderen in kansarme wijken durven helemaal niet meer naar buiten komen en voelen zich opgesloten omwille van de onveilige buurt.

Buurtcentra kunnen een belangrijke (plaatsvervangende) rol spelen, daar waar deze netwerken dreigen te veranderen en ouderen vervreemd raken van hun buurt. Ouderen die de lokale dienstencentra kennen, spreken zich hierover zeer positief uit. Het zijn plaatsen waar men terecht kan voor informatie, ontmoeting, een lekkere maaltijd en waar sociale activering mogelijk wordt gemaakt.

Wonen met zorg

Over wonen met zorg hebben de meeste ouderen nog niet nagedacht. Thuiszorg is voor de meesten wel een optie, al hebben velen het toch wat moeilijk om iemand in de intimiteit van het eigen huis toe te laten. Voor een goede zorg zijn echter dikwijls interventies van verschillende diensten en zorgverstrekkers noodzakelijk.

De opeenvolging van zorgverstrekkers, de vele wissels en, in mindere mate, de anderstaligheid van hulpverleners zijn een doorn in het oog. De moeilijkheid om in de eigen taal te kunnen communiceren is een knelpunt bij Nederlandstalige ouderen evenals bij ouderen van vreemde origine.

In deze laatste groep wordt voornamelijk gerekend op de kinderen, hoewel gevreesd of beseft wordt dat dit niet meer vanzelfsprekend zal zijn. De overstap naar een rusthuis wordt gezien als een laatste optie en in de allochtone gemeenschap ervaren als een afwijzing door de kinderen. Het feit dat de leef- en zorgcontext in een rusthuis weinig tot geen rekening houdt met culturele of religieuze factoren verhoogt de drempel nog meer.

De aversie tegen de rusthuizen is overigens algemeen. Het wordt geassocieerd met triestig, weinig respectvol ten aanzien van de ouderen, verlies aan zelfregie en autonomie en betutteling. Het gevolg van deze aversie is dat ouderen een eventuele opname in een rusthuis nauwelijks voorbereiden. Slechts weinige van de bevroegde ouderen hebben al vooraf enkele rusthuizen bezocht om een keuze te maken of zich op een wachtlijst ingeschreven.

De getuigenissen van de rusthuisbewoners bevestigen dit beeld: voor de meesten is de overstap plots en onvoorbereid gebeurd. Aanleidingen zijn veelal een val of hartproblemen, waarna de arts of kinderen beslissen tot een opname. Hoewel ze snel in de situatie lijken te berusten, beleven ouderen deze overgang als zeer moeilijk, in het bijzonder wanneer blijkt dat ze een kamer moeten delen. Alles moeten achterlaten en de eigen leefruimte en privacy herleid zien tot een halve kamer valt voor velen erg zwaar. Ook betekent leven in een rusthuis veelal een afsluiting van sociale contacten en verlies van aansluiting met het leven buiten de muren.

Rusthuizen zijn erg naar binnen gericht, alles staat in functie van een efficiënte organisatie van de zorg en de diensten: strakke uurregeling, vaste menu's, weinig ruimte tot zelfregie. Het feit dat ouderen

zich nergens nog zorgen over hoeven te maken is zeker een pluspunt, maar het risico op betutteling en gebrek aan activering van de oudere is daarmee nooit veraf.

Hoewel thuis blijven wonen absoluut de voorkeur wegdraagt en de meeste ouderen huiveren van het idee om in een rusthuis terecht te komen, werden niet veel alternatieven of ondersteuningsvormen benoemd om langer thuisblijven mogelijk te maken. Veel ouderen beseffen wel dat ze met enkele aanpassingen (herschikking van meubels, verhoogd toilet, douche in plaats van een bad ...) hun woning veiliger en comfortabeler kunnen maken, maar stellen expliciet: 'ik weet het wel maar ik doe het toch niet'. De achterliggende gedachten zijn legio: het is niet meer de moeite is, het brengt te veel kosten met zich mee, het is niet mogelijk in hun woning of de eigenaar laat het niet toe. Ook het inzetten van hulpmiddelen (personalarmsysteem, aangepast bed, tilmateriaal...) is verre van ingeburgerd. Er is onvoldoende kennis van het bestaan van allerlei hulpmiddelen om zich thuis te handhaven. Dit betekent dat ook voor de thuiszorg deze aanpassingen en hulpmiddelen niet voorhanden zijn, wat hun werk verder bemoeilijkt en verzwaart.

Ouderen zijn er zich ook van bewust dat wonen op een appartement beter is: geen trappen, minder onderhoud... Diegenen die deze stap (proactief) hebben gezet zijn er dan ook zeer tevreden over. Niettemin zijn er niet veel bereid tot verhuizen, voornamelijk omwille van de kostprijs en de last. Eigenaars en sociaal huurders zijn financieel relatief goed af en zien geen heil in een verhuis aangezien een alternatief duurder uitvalt of onbetaalbaar is. Toch zijn velen het idee van alternatieve woonvormen als aanleunwoningen, kangoeroewonen of (intergenerationele) woongemeenschappen wel genegen. De mogelijkheden en aanbod bekend maken en sensibilisering zijn hier sleutelwoorden.

De zorg- en dienstverlening

Het knelpunt van de versnippering en daarmee gepaarde ondoorzichtigheid van het diensten- en zorgaanbod waren een constante doorheen alle focusgroepen. Zorggebruikers benoemen slechts enkele zorgvormen. De huisarts is algemeen gekend en een belangrijk aanspreekpunt. Op thuisverpleging hebben ouderen of hun mantelzorgers ook al beroep moeten doen. Poets hulp is voor velen nuttig maar vaak ook onbetaalbaar. Tot slot geldt het rusthuis als enig maar te mijden alternatief voor als het echt niet anders kan.

Hoe deze diensten kunnen ingeschakeld worden en welke rechten ouderen hebben is zowel voor de gebruikers, mantelzorgers als professionelen veel minder duidelijk. Allerlei diensten en organisaties worden benoemd: mutualiteit, gemeente, diensten voor gezinszorg enz. maar een eenduidig toegangskanaal ontbreekt. Daardoor komt informatie toevallig, ad hoc, en vaak laat tot bij de zorgvrager. Wie geluk heeft of goed geïnformeerd is, raakt tot bij de zorg. Vele anderen vallen door de mazen van het net.

Transmurale zorgvormen zoals dagverzorgingscentra komen bij de ouderen nauwelijks ter sprake. Bij de mantelzorgers waren er wel enkelen die met wisselend succes beroep hebben gedaan op deze vorm van zorg en ondersteuning. Toch geldt ook hier dat er geen eenduidige toegang is en de toeleiding afhangt van een toevallig contact of ontmoeting.

De verschillende parallele systemen vergen een grote 'plantrekkerij' bij de zorggebruiker in diens zoektocht naar (informatie over) zorg- en dienstverlening. Het risico is reëel op overgebruik van zorg bij geïnformeerde, welstellende zorggebruikers en op ondergebruik bij (financieel) kwetsbaren. De complexiteit van het aanbod en het gebrek aan zorg- en ziekte-inzicht bij veel patiënten maakt het toedienen van of toeleiden naar de juiste zorg moeilijk en tijdrovend.

De vrees leeft bij de modale Brusselaar met een bescheiden pensioen dat goede zorg niet voor hem zal zijn. Zo worden serviceflats gepercipieerd als onbetaalbaar en zijn ouderen ervan overtuigd dat ze in een 'slecht' rusthuis terecht zullen komen en kwaliteitsvolle zorg enkel weggelegd is voor zij die het kunnen betalen. Ook in de thuiszorg stellen we vast dat velen geen beroep doen op gezinszorg of dit zo veel mogelijk beperken of stopzetten omwille van de kostprijs.

Verzorgenden constateren dat extreme situaties toenemen: zware vervuiling van de woning en persoonlijke verwaarlozing die vaak gepaard gaan met volledige vereenzaming, agressie, psychische problemen en afsluiting van de sociale omgeving. De werksituaties en omstandigheden waarin thuisverzorgers moeten werken zijn soms erg zwaar en stresserend. Thuisverzorgers ervaren een tekort aan intervisie en begeleiding om met deze moeilijkheden om te gaan. Ook voor de omgang met specifieke problematieken (dementie, psychiatrische problematieken, alcoholverslaving...) wordt meer aandacht gevraagd in de opleiding.

Artsen en apothekers worden steeds meer geconfronteerd met de financieel precaire situatie van hun patiënten. De intrede van generische geneesmiddelen komt hieraan deels tegemoet, maar doet ook het medicatiegebruik toenemen. Thuisverplegers hebben nog onvoldoende kennis van het groot aanbod aan geneesmiddelen waardoor risico op foute toediening stijgt. Apothekers zouden een grotere adviserende rol kunnen spelen door bijvoorbeeld tot bij de patiënt te komen, het medicatiegebruik individueel op te volgen en meer samen te werken met artsen en zorgverstrekkers. De werkorganisatie en vergoedingssysteem staan dit echter in de weg.

Hetzelfde horen we ook bij andere beroepsgroepen. (Para)medici worden vergoed op basis van hun prestaties. Er is geen tijd voor patiënteneducatie, multidisciplinair overleg wordt niet of nauwelijks vergoed en huisbezoeken worden ontmoedigd doordat de tijdsinvestering van de verplaatsingen niet gehonoreerd wordt. Voor bepaalde patiëntengroepen, o.a. dementerenden, zou het nochtans heel zinvol zijn om gespecialiseerd medisch consult door een geriatr of psychologische begeleiding aan huis te voorzien.

Toch ervaren de hulpverleners dat waar zij aan huis komen, thuiszorg het verschil kan maken en het langer thuiswonen effectief ondersteunt. De zinvolheid van de job en het menselijk contact worden door hen dan ook als zeer motiverend ervaren. Wanneer verschillende zorgverleners aan huis komen, is er doorgaans een goed informeel contact en informatie-uitwisseling. Toch gebeurt dit niet systematisch en weinig gestructureerd. Een elektronisch dossier kan hier soelaas bieden, al geven gezinshulpverleners aan dat zij geen toegang hiertoe hebben en niet betrokken worden in het overleg, terwijl zij vaak vanop de eerste lijn een goed zicht hebben op de thuissituatie en noden van de zorggebruikers.

De artsen onderstrepen het belang van een duurzame band met de patiënt en huisbezoeken als manier om een beter inzicht te krijgen in de gezondheids- en leefsituatie van de patiënt. Desondanks kunnen we stellen dat in de zorg van de ouderen, relatief weinig oog is voor de ruimere context. Familieleden en mantelzorgers zijn vaak niet gekend door de huisarts. De zorg is vooral gericht naar de individuele patiënt. Mantelzorgers ervaren dan ook dat met hen weinig rekening wordt gehouden in de organisatie van de zorg. Hun draagkracht wordt overschat en er is geen erkenning of begrip voor hun nood aan ondersteuning.

Samenwerking tussen eerste en tweede lijn wordt door veel zorgverleners ervaren als een pijnpunt. Vooral het ontslagbeleid na een ziekenhuisopname laat te wensen over. Patiënten gaan terug naar hun thuissituatie zonder dat de thuiszorg is geregeld.

Factoren als mobiliteit en onveiligheid bemoeilijken niet alleen de organisatie van de thuiszorg, ze wegen zwaar door op de aantrekkingskracht van zorgberoepen in Brussel. Deze vaststelling en bekommernis geldt voor alle beroepsgroepen; van poetshulp over thuisverplegers en kinesitherapeuten, tot de huisartsen. Het kan een zware hypotheek leggen op de verdere uitbouw van de Brusselse (thuis)zorg indien er niet ingegrepen wordt in het organisatie-model.

Meerdere pistes worden naar voren geschoven om tot een evenwichtiger werklust en betere toegang tot zorg te komen: Inzetten op multidisciplinaire praktijk. Wijkcasemanagement vanuit een centraal en neutraal punt of een *single point of contact* voor de zorgvrager en zorgverlener. Een sterkere interactie tussen buurtdiensten, thuiszorg en residentiële voorzieningen vanuit een lokale, wijkgerichte benadering.

Mantelzorg en steun

Wanneer aan de ouderen gevraagd werd op wie ze beroep (zouden) doen indien ze hulp of steun nodig hebben, gaven velen aan te kunnen rekenen op hun naaste omgeving.

Het feit dat kinderen niet dichtbij wonen en weinig beschikbaar zijn, geeft burenen onmiskenbaar een belangrijke rol. Vooral onder generatiegenoten wordt wederzijdse hulp geboden. Dit betekent dat de bevroegde ouderen eveneens aanbieder zijn van steun aan hun burenen.

We mogen ons hier echter geen grote interventies bij voorstellen. Het ging in de getuigenissen zelden om louter zorggerelateerde taken. Burenen kunnen op elkaar rekenen voor wat sociale controle, zien of alles in orde is of kleine handelingen stellen ter ondersteuning van het dagelijkse leven. Meer nog dan de actieve steun telt het feit te weten dat er iemand is waarop ze beroep kunnen doen. Dit geeft een geruststellend gevoel, ook al wordt hun hulp niet daadwerkelijk ingeroepen.

Heel wat zorgbehoevende ouderen kunnen thuis blijven wonen dankzij de inzet van een mantelzorg, in de meeste gevallen hun partner. De inzet van mantelzorgers is van onschatbare waarde. Ze verlenen blijvende en onvoorwaardelijke zorg, zonder dit in vraag te stellen.

Ook de kinderen zijn inzetbaar, maar wat de meeste Belgische en westerse ouderen betreft liever niet structureel. Bij niet-westerse ouderen is het heel duidelijk dat in de eerste plaats gekeken wordt naar de kinderen als het gaat om hulp en steun. Het is eigen aan de traditie en de cultuur. Toch vrezen of beseffen velen dat deze vorm van steun niet meer voor hen is weggelegd. Kinderen die de zorg over een ouder opnemen, zitten vaak geprangd tussen hun rol als mantelzorgenerzijds en (groot)ouder anderzijds; de zogenaamde sandwichgeneratie.

Mantelzorg wordt je doorgaans niet van de ene dag op de andere, het is iets waar je geleidelijk aan inrolt; van partner of kind stap je steeds meer in de rol van verzorger. De geleidelijkheid van de situatie maakt het soms moeilijker zichtbaar voor de omgeving wat dit betekent, wat de draagkracht van de mantelzorgers is en waar de grens overschreden wordt. Mantelzorgers voelen zich vaak in de steek gelaten en onbegrepen.

Mantelzorgers worden zelden begeleid of gevormd in hoe ze zorgtaken moeten uitvoeren. Ook de thuiszorg blijkt hierin nauwelijks een rol te spelen. Vrijwel alle bevroegde mantelzorgers waren het erover eens dat de organisatie van thuiszorg weinig rekening houdt met hun noden en behoeftes.

Zeker wanneer zorgbehoevenden en mantelzorgers samenwonen, wordt thuiszorg als erg invasief en weinig ondersteunend ervaren. Een negatieve ervaring uit het verleden bemoeilijkt de beslissing om er opnieuw beroep op te doen. Ook hier speelt het aanvaarden van grenzen aan de eigen draagkracht en het schuldgevoel wanneer professionele hulp wordt ingeroepen een grote rol. Dit schuldgevoel leeft ook heel sterk bij allochtone groepen waar het inschakelen van professionele hulp wordt aangevoeld als een falen en niet vervullen van de zorgplicht.

Andere vormen van erkenning en ondersteuning zijn volgens Brusselse mantelzorgers ondermaats: Van een mantelzorgpremie is geen sprake. De administratieve procedures voor tegemoetkomingen zijn zwaar, ondoorzichtig en het resultaat onvoorspelbaar. Het lotgenotencontact komt in Brussel moeilijk van de grond. Dagverzorgingscentra of centra voor kortverblijf kunnen de mantelzorgers een belangrijk moment van rust en ademruimte bieden, maar zijn in Brussel te weinig gekend en voorhanden.

Het volledig rapport *'Zorgnoden en -behoeften, de kijk van de Brusselaar'* kan u lezen en downloaden op www.woonzorgbrussel.be.



3.3 Samenvattende tabel

Perspectief gebruiker

Sterktes	Zwaktes
<p>Wonen en woonomgeving</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ouderen willen in vertrouwde omgeving blijven - Ouderen staan op hun autonomie - Buurtgerichte diensten spelen belangrijke rol (preventie, sociale activering, informatie ...) <p>Wonen met zorg</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ouderen zien mogelijkheden/nut van alternatieve woonvormen en woningaanpassing <p>Zorg- en dienstverlening</p> <ul style="list-style-type: none"> - Huisarts is bij alle zorggebruikers gekend - Perceptie op/ervaring met kwaliteit van de (gezondheid)zorg is eerder goed <p>Mantelzorg en steun</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ouderen kunnen rekenen op hulp en steun van burens - Mantelzorgers bieden onvoorwaardelijk zorg en steun 	<p>Wonen en woonomgeving</p> <ul style="list-style-type: none"> - Buurten zijn constant in beweging, ouderen verliezen hun houvast - Kwaliteitsvol en aangepast wonen voor ouderen is onbetaalbaar - Woningaanpassing en hulpmiddelen zijn te weinig ingeburgerd <p>Wonen met zorg</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gezinszorg/thuiszorg wordt niet gevraagd of stopgezet omwille van (te) hoge kostprijs - PAS en andere ICT-ondersteuning zijn weinig ingeburgerd - Semi-residentiële zorgvormen zijn te weinig gekend of beschikbaar - Grote aversie tegen rusthuizen leidt tot onvoorbereide opname - Geen ruimte/gebrek aan respect voor diverse culturen en tradities <p>Zorg- en dienstverlening</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zorgaanbod is versnipperd en te weinig zichtbaar. - Zorggebruikers komen toevallig in contact met diensten - Geen zorggarantie/dienstverlening 's avonds, tijdens weekend... - Gebrek aan contextgerichte zorg - Oneigenlijk gebruik van rusthuizen voor opvang van psychiatrische patiënten, personen met een handicap... <p>Mantelzorg en steun</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantelzorgers worden onvoldoende ondersteund door thuiszorg
Kansen	Bedreigingen
<ul style="list-style-type: none"> - Ouderen willen zo lang mogelijk thuis wonen - Ouderen willen zich actief inzetten - Gespannen relatie tussen ouderen en verzorgenden van verschillende origine zal afnemen 	<p>Wonen en woonomgeving</p> <ul style="list-style-type: none"> - Onveiligheid(gevoel) houdt ouderen binnen - Slechte woonkwaliteit verhoogt risico's op gezondheidsproblemen en vereenzaming - Extreme situaties van verwaarlozing en vereenzaming nemen toe <p>Wonen met zorg</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gebrek aan anticipatie, weinig bereidheid tot verandering bij zorggebruiker - Zorgafhankelijkheid wordt genegeerd - Kwaliteitsvolle zorg enkel voor degenen die het kunnen betalen: realiteit of perceptie? <p>Zorg- en dienstverlening</p> <ul style="list-style-type: none"> - Risico op overgebruik/ondergebruik van zorg - Veel wissels en inzet van nieuw/anderstalig personeel zorgt voor wrevel - Onvoldoende aandacht voor zorg op maat <p>Mantelzorg en steun</p> <ul style="list-style-type: none"> - Overbelasting van mantelzorgers, overschatting van hun draagkracht

Perspectief zorgverstrekkers

Sterktes	Zwaktes
<ul style="list-style-type: none"> - Groot aanbod aan zorg- en dienstenorganisaties in Brussel - Zorgverstrekkers zijn geëngageerd en gemotiveerd 	<ul style="list-style-type: none"> - Gebrek van waardering en erkenning van verzorgenden door andere beroepsgroepen - Moeilijke samenwerkingsrelatie tussen zorgverstrekkers, huisartsen en specialisten - Tekort aan intervisie en permanente vorming in de gezinszorg - Zorgsysteem is te veel prestatiegericht
Kansen	Bedreigingen
<ul style="list-style-type: none"> - Belang van multidisciplinair overleg en samenwerking wordt door iedereen onderstreept en onderschreven - Potentieel aan low-skilled jobs inzetten in preventie en zorg - Allochtoon personeel in de zorg is kans om drempel bij allochtone ouderen te helpen verlagen 	<ul style="list-style-type: none"> - Taaltoegankelijkheid van de zorg wordt niet gegarandeerd - Mobiliteitsproblemen en onveiligheid 'duwen' zorgverleners weg - Inzetten op thuiszorg doet druk op huisartsen, thuisverplegers enz. toenemen terwijl hun aantal afneemt



4 BESCHOUWINGEN VAN PROFESSOR VERTÉ

Prof. Dominique Verté is verbonden aan de VUB, departement educatiewetenschappen, met als expertisedomein de agogiek van de derde leeftijd en ouderenbehoefteonderzoeken. Als dusdanig was hij nauw betrokken bij de voorbereiding van het behoeftenonderzoek van het Kenniscentrum en begeleidde hij in dit kader de gesprekken met experts en verantwoordelijken woonzorg.

Hij voerde in 2012 tevens een onderzoek naar de Brusselse programmatie van de ouderen- en thuiszorg in opdracht van de drie bevoegde overheden: Vlaamse Gemeenschap, Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en Franse Gemeenschapscommissie.

Vanuit zijn ruime expertise en terugblikkend op de resultaten van het behoeftenonderzoek gaf hij volgende reflecties en uitdagingen mee voor een toekomstgericht, grootstedelijk woonzorgbeleid in Brussel:

- We staan voor de grote uitdaging om een antwoord te bieden op de toenemende vergrijzing én op de noden en verwachtingen van de Brusselse ouderen zoals we ze hier vandaag gehoord hebben. Daaruit blijkt dat ouderen gehecht zijn aan hun buurt maar het sociaal netwerk verschrompelt. Het Brussels zorglandschap is een jungle. De mantelzorgers weten zich veel te weinig ondersteund. De woonomstandigheden zijn voor vele Brussels ondermaats waardoor ouderen te snel in een rusthuis of woonzorgcentrum terecht komen waar ze als het ware afgesneden raken van de buitenwereld.
- We moeten ons vragen durven stellen over de manier hoe we met onze ouderen omgaan en welke plaats we hen willen geven in onze samenleving. Dit betekent ook dat we moeten afstappen van een institutionele zorgsetting en evolueren naar een *community* model, met bijvoorbeeld een andere invulling van de woonzorgcentra als open, gemeenschapsgeoriënteerde voorzieningen met een schakel aan woonvormen en diensten waaronder ook serviceflats, gemeenschapshuizen, dagopvang en dergelijke.
- Goede ouderenzorg vraagt om een aanpak vanuit *care* en niet (enkel) vanuit een *cure* model. Dit veronderstelt een transversale benadering waarbij de volledige zorgketen betrokken wordt en vraagt om een bundeling van krachten over de overheden heen via overleg en concertatie.
- De wens om zo lang mogelijk in eigen huis en vertrouwde buurt te blijven moeten we actief ondersteunen en mogelijk maken via een wijkgerichte aanpak, een beleid dat vertrekt vanuit de lokaliteit.
- Een goede, aangepaste huisvesting en ruimtelijke ordening zijn basisvoorwaarden en moeten het startpunt zijn van het ouderenbeleid waarbij volop ingezet wordt op het voorkomen van zorgbehoefte.
- Ouderenzorg is veel meer dan het werken op het curatieve luik. Er zijn evenzeer preventieve acties nodig om een antwoord te bieden op de uitdagingen: sensibilisering en tijdig acties ondernemen op vlak van aangepast wonen, werken aan sociale activering van ouderen, enz.
- Brussel is bij uitstek het laboratorium voor een cultuursensitieve zorg vanuit de *community*. Er moeten mogelijkheden en experimenten worden gecreëerd vanuit de lokaliteit en de dynamiek van lokale gemeenschappen, die de diversiteit van de buurtgemeenschap weerspiegelen.
- Om dit alles te kunnen realiseren is innovatie in zorgprocessen en zorgproducten onontbeerlijk, waarbij sectoroverschrijdende partnerschappen en transsectorale samenwerkingen worden ontwikkeld, ook in samenwerking met het bedrijfsleven en de profitsector.
- De mantelzorger is een belangrijke actor in het zorgproces. Zonder deze vrijwillige inzet is de zorg onbetaalbaar. Maar de mantelzorger wordt teveel aan zijn lot overgelaten. Ondersteuning dient zich kortbij de mantelzorger te manifesteren, in de lokaliteit.



Prof. Dominique Verté

HET VERHAAL VAN ALFONS

Ik ben Alfons, 88 jaar en ik woon alleen. Ik heb er geen problemen mee. Ik heb geen contact met mijn burens, want ik woon in een blok waar ik nog de enige Belg ben. De rest van de Belgen zijn daar allemaal weggegaan en hun woningen zijn ingepalmd door vreemdelingen. Met alle respect voor de vreemdelingen. Als ge daar zo lang woont, op mijn ouderdom, dan trekt ge u dat niet meer aan of dat het vreemden zijn of Belgen. Voor mij zijn die allemaal gelijk geworden.

Ik ken slechts een paar mensen, maar niet die op mijn *pallier* wonen. Op twintig jaar zijn er misschien tien, twintig keren nieuwe huurders gekomen. Ge kon er geen contact mee hebben. Omdat ... eerst en vooral, de handicap was de taal, en er is ook de agressie, de agressie in de stad. Er wordt veel over gesproken, over agressie. Ieder persoonlijk van ons heeft dat wel al meegemaakt. Enfin.

Wat ik ondervind, wanneer men ouder wordt, dan kan men zo niet meer met de computer overweg. Tot over twee jaar was ik nog goed met de computer, maar geleidelijk aan... Het geheugen kan dat niet meer volgen, die evolutie. Men logt in, men zoekt op Google en men arriveert ergens en intussen is men al vergeten waar dat men eerst naartoe wilde.

Als ik nu echt problemen zou hebben met mijn gezondheid, dan zou ik niet meer in mijn appartementje kunnen blijven wonen. 't Is daarom dat ik contact heb genomen met St-Pierre, 't hospitaal, met de dagkliniek. Misschien kent u dat of heeft u er al van gehoord, nietwaar. Er zijn er niet veel in Brussel. Daar wordt opgevolgd of mijn toestand nog goed is om alleen te wonen. Ze zeggen: *'Als er iets is of als het niet meer gaat, laat het ons weten en wij zorgen voor de rest'*. Voilà. Een geruststelling. En die geruststelling kunnen ze geven want ze weten wat ze zeggen. Dat is zo wanneer ze u kennen, wanneer je geen nummer bent. Ze weten wat uw toestand is, omdat ge daar al komt.

Ik ga ook naar 't dienstencentrum, dat is een kwartier te voet om daar te gaan. En een kwartier terug, dat is een halfuur per dag. Zo ga ik nog naar andere inrichtingen. U moet verstaan, indien ik geen steun zou hebben van 't hospitaal en het dienstencentrum, awel, dan zou ik thuisblijven en blijven zitten en klagen. Als ge alleen zijt, moet ge niet klagen tegen uw eigen. Maar er zijn er veel die tegen hun eigen beginnen te klagen en zich ongerust of ongelukkig maken en die dan depressief worden en dan, nietwaar, als ze depressief zijn, dan pas gaan ze hulp zoeken. Maar in depressiviteit kunt ge moeilijk hulp geven. En dan komt ge terecht ergens in een home of ik weet niet waar. Maar zoals ik al zei, voor mij, zo lang mogelijk geen hulp.

Zal ik u zeggen wat ik deze morgen al gedaan heb? Ik heb deze mevrouw hier begeleid naar hier. Voor ik weg ging heb ik mijn studio een beetje gekuist. Dat duurt vijf minuten, een klein studioke. Zo ben ik in activiteit gebleven en ik zal zo lang in activiteit blijven als ik kan. Soit ...

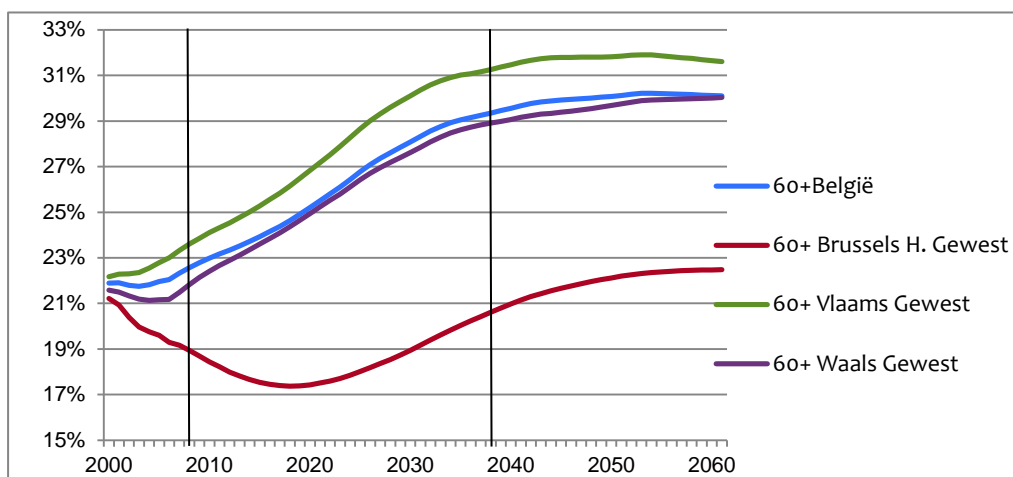


5 FACTS & FIGURES OVER WOONZORG IN BRUSSEL

Prof. Liesbeth De Donder, VUB, departement educatiewetenschappen

5.1 Vergrijzing, een issue in Brussel?

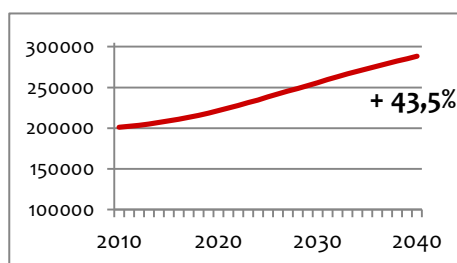
Op 1 januari 2010 telde heel België 10.839.905 inwoners. Hiervan waren 2.492.031 ouder dan 60. Dat komt overeen met 22,99%. In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest bestaat 18,44% van de bevolking uit **60-plussers**. In Vlaanderen is dat 24,11%. Daarmee is Vlaanderen de regio in België met de hoogste vergrijzingsgraad. Op de tweede plaats komt het Waalse Gewest (22,41%).



Aantal 60-plussers in Brussel

Tegen 2040 wordt een bevolkingsstijging van 26,1% verwacht, waardoor het aantal Brusselaars geschat wordt op 1 374 537. Hiervan zou 21% ouder zijn dan 60 jaar.

Als we naar de absolute aantallen kijken, zien we voor 60-plussers een quasi constante stijging van ca. 200 000 in 2010 tot ca. 290 000 in 2040, een stijging van 43,5%.



Intensiteit van de vergrijzing

Waar je uit de eerste tabel zou kunnen afleiden dat de vergrijzing in Brussel minder sterk is als in de rest van het land, geeft een overzicht van de intensiteit van de veroudering, uitgedrukt in het aandeel 80-plussers in de ouderenpopulatie, een ander beeld. Die is in Brussel het hoogst.

De cijfers geven aan dat er per 100 65-plussers, in Brussel 32,81 80-plussers zijn. In de andere gewesten is dit duidelijk lager (27%).

Opvallend binnen deze veroudering is het hoge aandeel vrouwen én de grote te verwachten etnisch-culturele diversiteit.

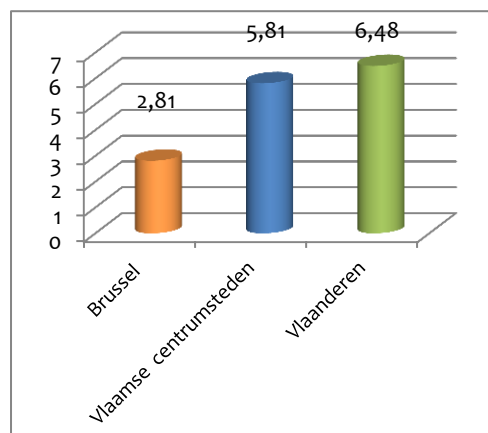
	België	Brussel	Vlaanderen	Wallonië
Proportie 80+/65+	28,66	32,81	27,42	30,01

5.2 Goede zorg?

Enkele opvallende resultaten uit het ouderenbehoeftenonderzoek in opdracht van de Stad Brussel, gebaseerd op een enquête bij zeshonderd thuiswonende ouderen uit Brussel-centrum, Laken, Haren en Neder-Over-Heembeek.

Aantal uren ontvangen hulp

Aan de mensen die hulp kregen, vroegen we hoeveel uren per week dat was. Brusselse ouderen ontvangen gemiddeld 2,81 uur per week hulp. In Brussel krijgen ouderen beduidend minder uren hulp per week dan het gemiddelde aantal uren bij Vlaamse ouderen (6,48) en bij ouderen uit de centrumsteden (5,81).



Krijgt hulp van ...

Aan de mensen die hulp nodig hadden, vroegen we van wie ze dan hulp krijgen. 15,1% Brusselse ouderen geeft aan van niemand hulp te ontvangen. Dit is beduidend hoger dan ouderen woonachtig in de centrumsteden, hier geeft 7,9% aan op niemand een beroep te kunnen doen.

	Brussel	Vlaanderen	Centrumsteden
Niemand	15%	13%	8%
Thuisverpleging	14%	29%	31%
Kinderen	44%	57,4	49%

In Brussel krijgt men op de eerste plaats hulp van de kinderen. Op de tweede plaats van de poetsdienst en bejaardenhulp, en ten derde van de huisarts. 60-plussers in Brussel ontvangen minder hulp van hun partner, kinderen en overige familie dan ouderen in Vlaanderen.

Bij formele hulp is er een opmerkelijk verschil voor thuisverpleging. Zo krijgt 13,3% van de Brusselse ouderen hulp van thuisverpleging, in Vlaanderen is dit 28,8% en in de centrumsteden is dit nog hoger, namelijk 30,8%. Daarnaast krijgen ouderen in Brussel vaker hulp van o.a. een boodschappendienst en klusjesdienst.

(Niet) tevreden?

Als Brusselse ouderen ontevreden zijn over de hulp die ze krijgen, is de belangrijkste reden de kostprijs. Bijna de helft geeft aan dat hulp te duur is (47,1%). Als tweede hoofdreden van ontevredenheid zien we dat 27,1% 60-plussers aangeeft dat de hulp niet onmiddellijk oproepbaar is. 23,3% geeft aan dat de hulp niet voldoet/te weinig is.

Vergelijken we de Brusselse top drie met de Vlaamse gemiddelden, dan zien we dat ook hier de hoge kostprijs als grootste ontevredenheid wordt ervaren, maar met een lager percentage van 25,1%.

Tenslotte valt het ook op dat meer dan één vijfde aangeeft dat de hulp op verkeerde uren komt. Dit is drie keer zo hoog als het Vlaamse gemiddelde.



5.3 Beginnen bij aangepaste huisvesting?

Eigendomsituatie

47% Brusselse ouderen is eigenaar van de woning, 28,7% huurt een woning op de privé-markt, 17,7% huurt een sociale woning en 6,6% is noch eigenaar noch huurder.

De percentages verschillen in grote mate van de Vlaamse gemiddelden. In Vlaanderen is 82,9% eigenaar van de woning, dit is in Brussel bijna de helft.

De percentages met betrekking tot eigendomssituatie van de centrumsteden schommelen tussen de Vlaamse en de Brusselse cijfers.

Aangepaste woning?

Vier op tien ouderen in Brussel woont in een ernstig onaangepaste woning en bijna de helft (47,2%) in een matig onaangepaste woning. Die cijfers zijn gelijkaardig aan de Vlaamse context en iets hoger dan deze van de centrumsteden.

Vooraf 80-plussers wonen in een matig onaangepaste woning en 60-plussers in een ernstig onaangepaste woning.

De meest aangehaalde aspecten van onaangepastheid in de woning voor ouderen in Brussel betreffen trappen om de woning te betreden (30,9%), trappen aanwezig in de woning 27,4% en de afstand tot de kinderen die te groot is (19,6%). In Vlaanderen worden trappen in de woning het meest aangegeven als onaangepast (49,2%), dit percentage is in Brussel opvallend lager (27,2%).

Naast het probleem van trappen, zijn bijna één op vijf woningen te gehorig en inbraakgevoelig.

Eén op zes Brusselse woningen zijn moeilijk warm te stoken. Dit is meer dan in de centrumsteden en het Vlaamse gemiddelde waar de cijfers rond 11% liggen.

... of bij een aangepaste woonomgeving

Onveiligheidsgevoel	Brussel	Vlaanderen	Vlaamse centrumsteden
Voelt zich onveilig	64,7%	49,2%	54,8

Ouderen in Brussel ervaren vaker ernstige onveiligheidsgevoelens dan Vlaamse ouderen. 64,7% zestigplussers in Brussel heeft ernstige onveiligheidsgevoelens ten opzichte van 35,5% in Vlaanderen. Ook ouderen uit de centrumsteden ervaren vaker ernstige onveiligheidsgevoelens in vergelijking met het Vlaamse gemiddelde, maar het percentage is wel lager dan het Brusselse.

Brusselse ouderen ervaren verloederend en vervuiling (42,9%), te druk verkeer (41%), lawaaihinder (38,9%), te veel allochtonen (36,8%) en onveiligheid en criminaliteit (35%) als grootste problemen in hun wijk. Deze top vijf van problemen verschilt in grote mate met de Vlaamse problemen. Hier zijn de voornaamste problemen: te druk verkeer, onvoldoende faciliteiten, te weinig kennissen/vrienden/familie, lawaaihinder en de aanwezigheid van teveel ouderen in de wijk.

5.4 Age-friendly cities, een samenspel van ...

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) stelde in 2007 richtlijnen op om steden en regio's te ondersteunen in het ontwikkelen van leeftijdsvriendelijke omgeving. Een leeftijdsvriendelijke stad kenmerkt zich door een fysieke en sociale omgeving die toelaat om de gezondheid, de participatie en de veiligheid van ouderen in de samenleving te optimaliseren. De structuren (huisvesting, mobiliteit, openbare ruimte, voorzieningen ...) krijgen zodanig vorm dat ze optimaal toegankelijk en aantrekkelijk zijn voor ouderen.

Een *age-friendly city* is m.a.w. het resultaat van een optimaal samenspel tussen toegankelijke en aangepaste infrastructuur, een zorgaanbod met lokale ondersteuning, goede communicatie en Informatie over mogelijkheden en voorzieningen, ruimte en gelegenheid tot sociale contacten en maatschappelijk participatie in de buurt, inspraak van ouderen, aangepaste huisvesting, aandacht voor vervoer en mobiliteit.

HET VERHAAL VAN PAULA

Ik ben Paula. Ik zorg voor mijn man en zoon die alle twee een spierziekte hebben. Mijn man verblijft niet meer thuis en zit al vijf jaar in een home, maar ik ben toch nog altijd in de eerste plaats zijn mantelzorgster en ook voor mijn zoon.

Ik ben daar geleidelijk aan ingerold. Ik ken mijn man al meer dan veertig jaar. Vele mensen zegden mij dat er iets mis was met hem, maar ik merkte dat niet tot op een dag de specialist een spierziekte bij hem ontdekte alsook bij onze zoon, die toen negen jaar oud was. Het was een erfelijke ziekte. Mijn zoon is intussen 32 jaar en werkt nu in een beschutte werkplaats. Ik zorg voor allebei en heb dat altijd normaal gevonden. De laatste jaren begin ik te beseffen dat het zwaar wordt.

Je wordt zelf ouder, ik ben nu 63 jaar. Je begint meer te voelen dan voordien. En je beseft dat je ook nog een beetje van het leven wil genieten, tijd hebben voor jezelf. Ik heb wel tijd voor mezelf, akkoord, maar minder en minder omdat ik er nu meer en meer moet zijn ook voor mijn zoon. Vroeger ging hij nog alleen weg, nu niet meer. Hij gaat weg, ik moet zien dat ik er ben, dat ik hem breng, dat hij op tijd wordt afgehaald. Nu dat ik met pensioen ben, zou ik meer vrije tijd kunnen hebben, maar ik ben een ganse dag bezig.

Ik zou ook zo graag nog een keer alleen een dagje naar zee gaan of zo. Ik probeer dat nog te doen, maar mijn zoon gaat er niet op verbeteren. Ik ga er meer en meer moeten zijn voor hem. Tot ik misschien helemaal niet meer weg kan. Als het zover is, dan moeten we een andere oplossing zoeken. Misschien heb ik over enkele jaren ook gezondheidsproblemen of kan ik helemaal niet meer weg. Daarom wil ik dat nu nog allemaal proberen te doen, maar ik heb niet altijd de mogelijkheid.

Ik doe dat met plezier en ik wil hem helpen. Maar soms zeg je een keer: 'Pffff. Was er nu maar eens iemand anders die het hier eventjes kon overnemen.'

Toen ik nog werkte, heb ik wel even thuishulp gehad. Maar dat ging toch moeilijk. Spijtig dat ik het moet vernoemen, maar er zijn toch veel vreemdelingen bij en die kennen geen Nederlands. Dus dat is in het Frans. En mijn man kan al niet zo heel goed Frans. Hij zat alleen thuis, hij moest alles uitleggen. Ze kwamen niet opdagen en dan had ik 's avonds dubbel werk.

Ik ben dat allemaal zo beu. Er zijn ook mensen die mij zeggen: "Ja, maar je kan nu ook hulp krijgen voor uw zoon." Ik mag er niet aan denken. Ja, hulp als ik u thuis ben en dan kan ik in mijn huis niet meer doen wat ik wil. Misschien zou 't best zijn dat mijn zoon ook naar een instelling ging. Mijn man heeft het al gezegd. Maar zolang hij nog zelfstandig is, wil ik er niet aan denken. Maar ik zie hoe langer hoe meer dat het niet meer gaat. De dag dat ik er niet meer ben, dan zal hij moeten gaan. Ik weet niet welke oplossing er momenteel is.

Mijn zoon heeft ondertussen slikproblemen. Hij wil dat ik thuis ben als hij eet ook. Het enige dat hij alleen wil eten, zijn boterhammen zonder korsten met soep. Maar met zijn middageten heeft hij het meeste moeite. Ik moet nu speciaal eten maken voor hem, dat slorpt ook nog een keer meer tijd op. Ik heb daar ook moeten op zoeken. Ik zag dat in het begin eigenlijk echt niet meer zitten, he. Ik ben al de ganse dag bezig en ik kook al niet graag.

De sociaal assistente van het ziekenhuis zei: "Dat is geen probleem, we zullen contact opnemen met de sociale dienst van uw OCMW. Die maken eten voor mensen met slikproblemen". Dus dan denk ik: dat is nog een oplossing! Ik bel naar het OCMW om die mensen te laten komen maar dat menske was al niet heel vriendelijk tegen mij. Ze sprak geen Nederlands. Ze kon geen Nederlands. 'Ah, vous n'avez pas le temps pour faire à manger pour votre fils.' Op zo'n toon! Ik zeg: 'Ja, maar nee mevrouw. Dat is het niet. Maar moest u weten wat ik hier allemaal al doe.'

Enfin, uiteindelijk kwam het er op neer: ik heb het afgezegd.



6 DRAAGKRACHT VAN DE MANTELZORG

Eléonore Armanet, antropologe, stafmedewerker EVA vzw

Situering onderzoek

EVA vzw voerde in 2012 een onderzoek met als doel het identificeren van de realiteit van mantelzorgers via gesprekken met professionelen en mantelzorgers.

Het ging om een kwalitatief onderzoek via semigestructureerde gesprekken van anderhalf uur.

Tijdens de presentatie werd ingegaan op de resultaten van de gesprekken met de mantelzorgers:

- Focus op mantelzorgers uit de Brabantwijk (Schaarbeek);
- 11 vrouwen, 2 mannen;
- Allen ouder dan 50 jaar;
- 7 Belgen van Marokkaanse origine, 5 Belgen van Turkse origine, 1 Belgische Belg;
- Allen bieden ze hulp in de eigen familiekring;
- De persoon die geholpen wordt was meestal ouder dan 60 jaar.

Wat betekent zorg dragen?

Het is beschikbaar zijn en affectie tonen. Dit reikt verder dan de pure technische – medische handelingen:

‘We doen meer: we geven hem een voetbad, we gaan met hem naar buiten in de zon, we nemen hem mee op vakantie ...’

Het is je geliefde begeleiden, bijstand bieden opdat de andere een kwaliteitsvol leven zou kunnen leiden:

‘Dat is een verantwoordelijkheid die moeilijk te delegeren is.’

Het is al het mogelijke doen opdat de andere een mooi leven zou leiden.

‘Moesten we onze vader plaatsen, hij zou direct vertrekken.’

Voor dergelijke zorg bestaat er geen vaststaand model.

De verzorging van de andere

- Lichamelijke verzorging:
 - o Zorgen voor persoonlijke hygiëne, haren wassen, nagels knippen, oren schoonmaken, scheren, aankleden, ...
 - o Zorgen voor voeding: klaarmaken van maaltijden, hulp bieden bij het eten.
 - o Aankopen en klaarzetten van medicatie.
 - o Verpleegkundige handelingen uitvoeren.
 - o Stimuleren van de andere.
- De zorg voor de leefruimte:
 - o Zorgen voor een veilige en aangename woonomgeving.
 - o Faciliteren en uitvoeren van een aantal taken: afwassen, poetsen, ...
- Geborgenheid bieden:
 - o Oog hebben voor de subjectieve ervaringen van de zorgvrager.
 - o Luisteren, praten. en zorgen voor kleine attenties.
 - o Aan de zieke niet zeggen hoe ziek hij wel is.
 - o Installeren van dagelijkse rituelen (geruststellen, omringen)
 - o Investeren in de onderlinge relaties en de familiebanden te faciliteren.

Waarom geeft de mantelzorg?

- Teruggeven van wat we zelf gekregen hebben.

‘Het is mijn moeder, ik zou alles voor haar doen. Je moet niet denken aan het nu. Je moet denken aan wat was: indien zij er niet geweest was, zouden we vandaag niet zijn wie we zijn.’

- Omdat we het beloofd hebben.
- Verantwoordelijkheid gebaseerd op het concept *schuld*.

Wat krijgt de mantelzorg er voor in de plaats?

Iets terugkrijgen kan gezien worden vanuit verschillende oogpunten:

- Het gevoel te kunnen participeren aan de opbouw van een meer solidaire samenleving.
- Het gevoel het leven in stand te houden.

‘Het feit dat mijn moeder er nog is, nog ademt, doet me vergeten dat ik moe ben.’

- Het verwerven van competenties:
 - o Grenzen stellen en grenzen kunnen verleggen.
 - o Onszelf respijt gunnen zodat we het langer kunnen uithouden.
 - o Samen werken binnen de familie.
 - o Flexibler zijn.
- Erkenning krijgen via een glimlach, een attentie, een ondersteunend woord.
- Erkenning geeft zuurstof aan de mantelzorg, anders zou de situatie alleen maar lijden zijn.

Het netwerk van de mantelzorg

- Professionele diensten: bezoeken en diensten (kapper, kinesitherapeut, podoloog, huishoudhulp enz.) zijn noodzakelijk maar:
 - o Richten zich louter op het functionele.
 - o Zijn beperkt in tijd.
- Het familienetwerk:
 - o Het netwerk is hoofdzakelijk ingevuld door vrouwen.

‘We zorgen voor onze moeder, elk van ons een maand.’

‘Iedereen heeft zijn eigen specialiteit: haar knippen, spanningen binnen de familie kanaliseren ...’

- o Ongelijke verdeling tussen broers en zussen, mannen en vrouwen.

‘Er zijn spanningen. Sommige doen meer dan de anderen. Dat werkt in mijn hoofd.’

- o De hulp die door mannen geboden wordt is punctueel en tijdelijk van aard zoals boodschappen doen, zorgen voor vervoer met de auto.

Zorg dragen voor zichzelf?

- De ervaren moeilijkheden:
 - o Zich eindeloos zorgen maken om de andere.
 - o De invloed op de lichamelijke- en geestelijke gezondheid.
 - o Het verlies aan sociale contacten.
 - o De vermindering van het inkomen.
 - o De spanningen binnen de familie en moeilijkheden binnen het eigen gezin.
 - o De niet-erkenning van de zorg:
 - door de directe omgeving;
 - door de samenleving.
- Afgelost worden? Externe hulp inschakelen?
- Hulp bieden is je geliefde begeleiden opdat hij een kwaliteitsvol leven zou hebben. Dergelijke verantwoordelijkheid is niet zomaar te delegeren. Deze verantwoordelijkheid is gebaseerd op de notie van schuld.

- Het gevoel van schuld lijkt toe te nemen door de migratie. Mantelzorgers hebben het gevoel een schuld te moeten vereffenen t.a.v.:
 - o degene die ons het leven schonken;
 - o degene die alles achtergelaten hebben om ons een beter leven te geven. = onze ouders.

‘Onze ouders gaven ons de kans om te doen wat zij zich niet konden veroorloven, ze offerden zich op!

Externe hulp inschakelen wordt gezien als verzaken aan je plicht.

‘Misschien willen mensen niet geholpen worden: het zou hen een schuldgevoel geven. Als ze me willen helpen doen ze dat het best door me niet te helpen, omdat ik er moet zijn.’

‘Hulp zoeken is hetzelfde als klagen.’

‘Als ik iemand in huis zou nemen om papa te helpen, terwijl ik er zelf ook ben, denk ik dat mijn papa zal denken dat ik hem verwerp.’

Voorstellen van de mantelzorgers

- Verminderen van de emotionele last van de mantelzorgers.
- Responsabilisering van de familie en hen betrekken bij de zorg.
- Organiseren van initiatieven die een uitlaatklep zijn voor de mantelzorgers.
- Mantelzorgers beter informeren over rechten en plichten, het bestaande aanbod.
- Creëren van ontmoetingsplaatsen voor mantelzorgers.



HET VERHAAL VAN DINA

Ik ben Dina, ik ben 48 jaar en ik spreek hier voor mijn vader. Hij is meer dan veertig jaar geleden naar hier gekomen uit Marokko om te werken in de Citroën fabriek. Nu zit hij in een verzorgingsinstelling. Het kon niet meer anders. We hadden geen keuze, hij heeft zware Alzheimer. Elke dag komt er één van zijn kinderen langs om te zien of het gaat, of hij iets nodig heeft, of hij nog eet.

Maar het wordt moeilijk. Hij herkent ons nog nauwelijks en communiceert niet meer.

In het begin ging het nog. Toen was hij nog thuis. We organiseerden ons en regelden thuiszorg. We vroegen hiervoor een verpleger, geen vrouw. Uiteindelijk werd het onhoudbaar, hij ging zo sterk achteruit dat we wel verplicht waren om hem te laten opnemen en wij, de kinderen, zitten daardoor met een heel groot schuldgevoel. Maar in dat rusthuis werken ook enkel verpleegsters. Toen hij nog bewust was, kreeg hij woede-uitbarstingen wanneer hij vaststelde dat een vrouw hem kwam verzorgen. Hij wou niet door een vrouw aangeraakt worden. Dat was heel moeilijk. Als hij niet bij bewustzijn is, laat hij zich wel doen.

Ook voor het eten is het een strijd. Omdat er geen halal-maaltijden zijn, hebben we een vegetarisch menu moeten aanvragen. Maar wat zien we? Zelfs daar houden ze geen rekening mee! Op een dag hebben we gezien dat er vlees op zijn plateau lag. We hebben echt op tafel moeten kloppen om terug vegetarische maaltijd te krijgen. Het vlees brengen we zelf mee zodat hij toch alles krijgt wat hij nodig heeft.

Ik weet wel, je kunt niet voor iedereen goed doen. Intercultureel samen zijn, dat is goed, dat verrijkt ons. Maar ouderen die een andere cultuur gewend zijn, voelen zich helemaal verloren in de rusthuizen, ze herkennen niets meer.



7 IS DE (VLAAMSE) THUISZORG NOG BETAALBAAR?

Martine De Ridder, Zorgregiodirecteur Familiehulp Brusse-Halle-Vilvoorde

7.1 Context Brusselse thuiszorg

Aanbod vanuit drie Gemeenschappen

De niet-medische gezinszorg in Brussel telt vele aanbieders. Er zijn in totaal 26 organisaties aangesloten bij de Brusselse Federatie van de Thuiszorgdiensten (Fédération des Services Bruxellois d'Aide à Domicile)

Deze 26 organisaties worden als volgt erkend en geregeld vanuit de drie Gemeenschappen:

- Franse Gemeenschapscommissie - Cocof: 7 organisaties;
- Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie - GGC: 17 organisaties;
- Vlaamse Gemeenschap: 2 organisaties, met aanvullende financiering van de Vlaamse Gemeenschapscommissie.

Van deze organisaties zijn er vier ook buiten het Brussels gewest actief:

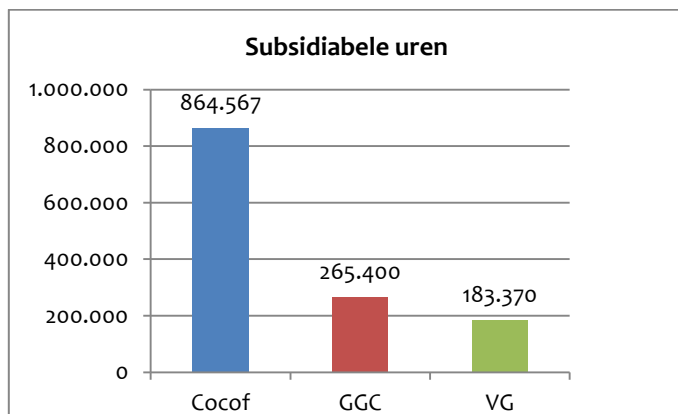
- Aide et Soins à Domicile (ASD) en Centrale de Services à Domicile (CSD) in Wallonië ;
- Familiehulp en Solidariteit voor het Gezin in Vlaanderen.

Naast de diensten voor gezinszorg zijn er nog andere Brusselse thuiszorgactoren:

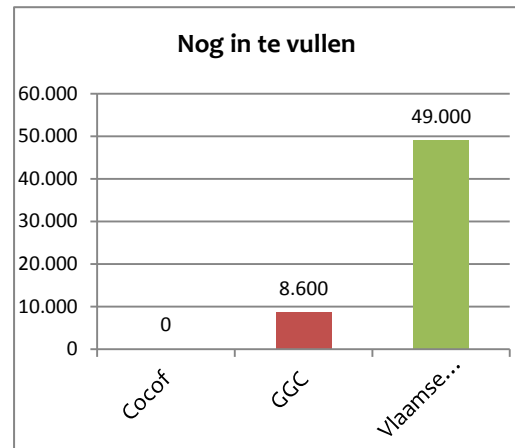
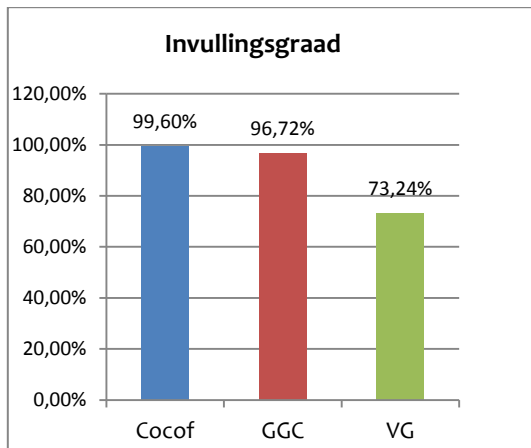
- Dienstencentra;
- Nieuwere organisaties (Gammes);
- Dienstencheques;
- Niet-officiële circuit;
- Mantelzorgers;
- Seniorencentrum.

Thuiszorg: voldoende aanbod

Elke overheid programmeert een aantal uren gezinszorg dat gerealiseerd kan worden of subsidiabel is. In totaal gaat het voor heel Brussel om meer dan 1,3 miljoen uren gezinszorg, verdeeld als volgt:



Kijken we naar de mate waarin de subsidiabele uren effectief worden ingevuld, dan zien we dat bij Cocof en GGC een quasi volledige realisatie geldt, terwijl aan Vlaamse kant slechts 73% van de voorziene uren wordt gerealiseerd.



Omgerekend naar het aantal uren dat nog niet is ingevuld, gaat het om bijna 50.000 niet gebruikte uren aan Vlaamse kant, terwijl bij de Cocof geen bijkomende uren meer kunnen worden gepresteerd.

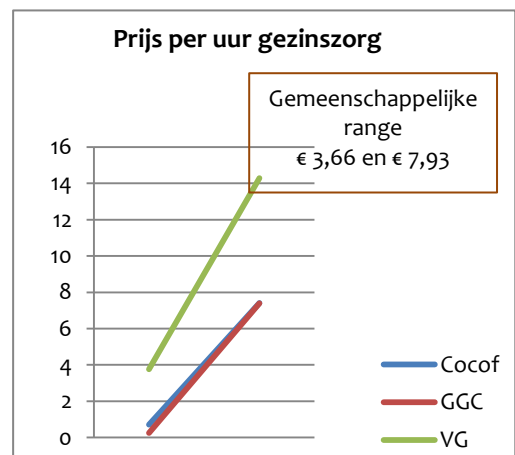
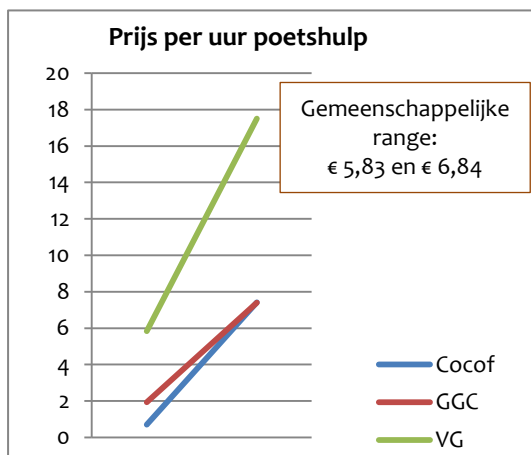
7.2 Vergelijking gebruikersbijdrage

Om een vergelijking te kunnen maken tussen de gebruikersbijdragen van de diensten voor gezinshulp georganiseerd door de verschillende overheden, voerde Familiehulp samen met het Kenniscentrum Woonzorg Brussel in 2012 een onderzoek uit.

Hiervoor werden zeven realiteitsgetrouwe, fictieve casussen opgesteld.

Aan verschillende Brusselse diensten behorend tot de drie Gemeenschappen werd gevraagd om een prijsberekening te maken van de gebruikersbijdrage voor gezinszorg en poetshulp voor elk van de zeven gevallen.

De diensten van de drie Gemeenschappen hanteren momenteel een variabele gebruikersbijdrage, afhankelijk van het inkomen, gezinssamenstelling ... van de aanvrager. Onderstaande tabellen geven de variatie weer binnen elk type voorziening en tonen het grote verschil in prijzenbeleid van de Vlaamse gezinszorg enerzijds en van de Cocof en GGC anderzijds.



Bijdrage poetshulp

We zien dat een gebruiker van Vlaamse poetshulp minimaal € 5,83 per uur betaalt en maximaal € 17,50 per uur. Bij de Cocof varieert dit tussen € 0,71 EURO tot 7,41 per uur. De gemeenschappelijke range ligt tussen € 5,83 en € 6,84 per uur.

Bijdrage gezinszorg

Eenzelfde oefening kan worden gemaakt voor de bijdrage voor gezinszorg. In Vlaanderen stellen we vast dat de bijdrage voor gezinszorg algemeen goedkoper uitvalt dan de bijdrage per uur poetshulp (tussen € 3,76 en € 14,28 per uur). Bij de GGC en Cocof zien we nauwelijks verschil met de prijs voor poetshulp.

De gemeenschappelijke range bevindt zich voor gezinszorg tussen € 3,66 en € 7,93 per uur.

7.3 Conclusies

Er zijn grote prijsverschillen tussen de diensten vast te stellen:

- De minimumbijdrage gezinszorg varieert van € 0,71 per uur (Cocof) over € 1,76 per uur (GGC) tot € 3,66 per uur bij de Vlaamse Gemeenschap (VG).
- De maximumbijdrage gaat van € 7,39 (GGC) en € 7,41 per uur (Cocof) tot € 14,28 per uur (VG), die in bepaalde gevallen dubbel zo duur is.

De gebruikersbijdrage voor poetshulp is in alle casussen het hoogst wanneer gebruik gemaakt wordt van de diensten van de Vlaamse Gemeenschap, met uitschieters tot € 17,5 per uur voor poetshulp. Met dergelijke prijzen is het in vele gevallen financieel interessanter voor de gebruiker om gebruik te maken van dienstencheques.

De grote prijsverschillen en duurdere gezinshulp van de Vlaamse Gemeenschap bemoeilijkt de concurrentiepositie van de Vlaamse thuiszorg in Brussel en verklaart deels waarom het tekort aan urencontingent bij de Cocof niet wordt overgenomen door de Vlaamse Gemeenschap.

7.4 Aanbevelingen

Nood aan overleg tussen de betrokken overheden

- Transparantie voor alle Brusselaars: zorggebruikers die in Brussel beroep willen doen op thuiszorg moeten duidelijk geïnformeerd worden over de bijdrage die van hen verwacht zal worden en de berekeningswijze die hiervoor aan de basis ligt zodat ze een doordachte keuze kunnen maken.
- Duurzaamheid voor alle partijen (overheid en dienst): de huidige discrepantie in het prijzenbeleid en invulling van de programmatie legt een sterke hypotheek op de uitbouw van Vlaamse thuiszorg in Brussel. Wil de Vlaamse overheid een rol blijven spelen en ook in Brussel thuiszorg aanbieden op lange termijn, dan is overleg en afstemming met de andere overheden cruciaal.
- Billijke prijs voor een kwalitatief aanbod voor alle cliënten: gezien de precare financiële situatie waarin veel Brusselse ouderen zich bevinden, moet gezocht worden naar een realistische en billijke prijssetting zodat de kwalitatieve Vlaamse zorg ook voor de Brusselaar gewaarborgd wordt.

Het formuleren van antwoorden en beleidsoplossingen voor bovenstaande uitdagingen vraagt om overleg tussen de drie Gemeenschappen.

Brusselluik in toekomstige regelgeving Vlaanderen

Het Vlaams Woonzorgdecreet voorziet in de invoering van een maximumfactuur in de thuiszorg, waardoor gebruiker vanaf een bepaald plafond niet meer zal moeten betalen voor thuiszorg. Met het oog op de toepassing ervan in Brussel, moet met een aantal contextfactoren rekening worden gehouden:

- Het grote aantal en de verscheidenheid aan aanbieders van de drie Gemeenschappen.
- De specifieke situatie van cliënten en mantelzorgers in de grootstad.
- De prijszetting en de effecten van de maximumfactuur gekoppeld aan de zorgverzekering.
- De moeilijkheden om zorgpersoneel aan te trekken en te behouden in Brussel.

De implementatie van de Vlaamse regelgeving vraagt bijgevolg om een Brusselse variant of *Brusselluik* dat rekening houdt met deze factoren.



Martine De Ridder

8 WOONZORGCONCEPT: DESIGN FOR ALL?

Dirk Luyten, zelfstandig beleidsadviseur inzake lokaal woonbeleid en lokaal sociaal beleid (www.studiobeleid.be) en gastdocent aan het Hoger Instituut voor Gezinswetenschappen (HIG-HUB).

Onder het motto ‘stabiliseer het wonen, mobiliseer de zorg’ stimuleert het Kenniscentrum Woonzorg Brussel de ontwikkeling van woonzorgzones in Brussel. Een woonzorgzone is een gebied dat zo ingericht en georganiseerd is dat iedereen - ook ouderen en zorgbehoevenden – zolang mogelijk thuis kan blijven wonen.

Maar hoe organiseer je een woonzorgzone?

Idealiter zijn er in een woonzorgzone of een levensloopbestendige wijk:

- Voldoende aangepaste woningen en woonvormen.
- Een aangepaste woonomgeving: sociaal veilig en verkeersveilig, proper en voldoende groen, goed toegankelijk en doorwaadbaar voor ouderen, vlot bereikbaar met het openbaar vervoer, met een goede inrichting en beheer van de openbare ruimte, enz.
- Voldoende goed bereikbare en kwaliteitsvolle zorg, de noodzakelijke publieke en private dienstverlening en nabije toegankelijke winkels en voorzieningen.
- Ruime aandacht voor het sociaal leven, ontmoeten, solidariteit en sociale cohesie.

Samengevat betekent dit dat men bij de uitbouw van een woonzorgzone aandacht moet hebben voor vier dimensies: de woonvormen, de woonomgeving, de voorzieningen en het sociaal leven.

Ouderen zijn doorgaans erg aangewezen op de eigen woonbuurt, zeker zij die om fysische of sociaaleconomische redenen minder mobiel zijn.

8.1 Design for all?

Als het over de inrichting van de buurt gaat, en in het bijzonder deze van de woonomgeving, schuift men wel eens het concept *Design for All* naar voor.

Volgens de verklaring van Stockholm is *Design for All* ‘ontwerpen met het oog op de menselijke diversiteit, sociale inclusie en gelijkheid’ (EIDD, 2012).

Het principe gaat uit van de gedachte dat de omgeving zodanig ontworpen kan/moet worden dat het merendeel van de bevolking probleemloos in de omgeving kan functioneren. Dat klinkt eenvoudig mooi, maar daar horen toch wat kanttekeningen bij.

Nog niet zo lang geleden hoorden we in een panel over *active ageing* iemand stellen dat als de omgeving wordt ingericht in functie van ouderen, dat ten goede komt van iedereen. Men suggereert wel meer om bij het ontwerpen niet de gemiddelde mens als maat der dingen te nemen maar wel de kwetsbaarste mens. Dat zou dan uiteindelijk gunstig zijn voor iedereen.

Klopt het eigenlijk wel? Is bijvoorbeeld de geschiktheid van openbare ruimte voor ouderen of voor de kwetsbare mens, meteen ook de optimale inrichting voor de andere gebruikers? Is dat toch niet wat kort door de bocht? Horen we niet iets gelijkaardigs beweren vanuit andere hoeken?

De Gezinsbond bijvoorbeeld pleit ervoor om een kindnorm te hanteren bij de inrichting van de openbare ruimte (Drieskens, 2010). Het motto van Child Friendly Cities, een organisatie van steden die kindvriendelijk willen zijn, luidt: ‘A city friendly to children is a city friendly to all’ (CFC, 2012).

Is het dan zo dat een kindvriendelijke wijk ook meteen een levensloopbestendige wijk is. En omgekeerd dat een wijk die hoog scoort op het vlak van woonzorg meteen ook een gezinsvriendelijke wijk is? We denken van niet (Luyten, 2012).

Het principe gaat misschien op wanneer er naar de verkeersruimte wordt gekeken: een verkeersruimte die ontworpen wordt op de beperkingen van kinderen zal ook vriendelijk zijn voor andere kwetsbare verkeersdeelnemers (Kennisplatform Verkeer en Vervoer, 2008, p. 21).

Maar voor andere dimensies en thema's lopen de wensen en behoeften van verschillende doelgroepen misschien toch wat te ver uiteen om zomaar vanuit één groep meteen tot een gezamenlijk antwoord te komen.

Wat voor de ene groep het beste is, is dat niet per se voor een andere.

Zo zien we bijvoorbeeld dat mensen van verschillende leeftijd een andere actieradius hebben en zich ook anders bewegen. De leefomgeving heeft voor hen een andere betekenis.



- Neem spel en sport: heel jonge kinderen spelen graag in een veilige omgeving en in het zicht van volwassenen (een tuintje, een grasveldje of een zandbak in de buurt).
- Kinderen in de basisschool richten zich steeds meer op de buitenwereld, ze gaan meer met leeftijdsgenoten en in groepsverband spelen: verstopperijtje, fietsen, voetballen. Ze zijn gebaat bij straten met brede stoepen en pleintjes, autovrije- en luwe straten, veilige fietsroutes.
- Jongeren beschouwen de openbare ruimte als een sociale ontmoetingsplaats. Het is een plek van vrijheid, waarbij het juist fijn is buiten het zicht en bereik van bijvoorbeeld ouders te zijn. Ze houden van rondhangen en actie en gaan al snel verder dan de eigen buurt kijken.

De combinatie van verschillende groepen in de publieke ruimte is niet altijd vanzelfsprekend. Ouderen op een bankje kijken graag naar spelende kinderen, maar stellen het niet altijd op prijs dat de kinderen hun bankje als speeltuig gebruiken. Het gezamenlijk gebruik van publieke ruimte door ouderen en (al dan niet allochtone) jongeren ligt nog moeilijker. Men heeft het dan snel over overlast door 'rondhangende' jongeren. Een van de grootste problemen in probleembuurten, blijkt de slechte relatie tussen jongeren en volwassenen.

Of kijken we naar de voorzieningen. Ieder heeft baat bij voorzieningen. Maar het lijstje van gewenste voorzieningen zal verschillen:

- Voor ouders met jongere kinderen is het speeltuintje, de kinderopvang en later de nabije basisschool belangrijk. Deze voorzieningen kunnen dan weer te luidruchtig zijn voor anderen.
- Voor hun eigen sport- en ontspanningsmogelijkheden is het voor de ouders niet zo belangrijk of die in de eigen wijk zijn gelegen. Ze trekken wel ergens anders naar toe om zich te ontspannen zoals men ook gemakkelijker naar een wat verder gelegen supermarkt of andere winkels trekt of rijdt.
- In de woonzorgzone krijgen we een ander beeld, hier wordt de zone, de wijk, eigenlijk grotendeels opgehangen aan nabije voorzieningen van zorg- en of dienstverlening (Luyten, 2012).

Moet het *Design for All*-concept dan in de prullenmand? Neen, maar we moeten het wel in een juist perspectief plaatsen.

Design for All moeten we interpreteren als ontwerp met als doel alle mensen gelijke kansen te geven bij het participeren in de maatschappij. Om dit doel te bereiken moeten de gebouwde omgeving, producten, diensten, cultuur en informatie – alles wat gemaakt is door mensen voor mensen – voor iedereen toegankelijk, geschikt en afgestemd zijn op een steeds groter wordende diversiteit (EIDD, 2012).

Bij de toepassing van *Design for All* is daarom een analyse van menselijke behoeften en verlangens belangrijk evenals de betrokkenheid van de verschillende gebruikers. Juist het onderzoek naar de behoeften van ouderen, kinderen, jongeren, alleenstaanden, diverse gezinnen en hun leden toont aan dat er naast gemeenschappelijke behoeften ook uiteenlopende behoeften en belangen zijn.

Woonzorg vraagt om ingrepen die voor gezinsvriendelijk wonen in strikte zin niet onmiddellijk een must zijn en omgekeerd.

Een sociaal en actief leven is voor iedere mens essentieel maar wordt door verschillende doelgroepen dikwijls wel anders ingevuld.

Publieke ruimte hoort vrij toegankelijk en goed bruikbaar te zijn voor een gevarieerde groep van mensen.

8.2 Conclusie

- De uitdaging bij het ontwerpen van de openbare ruimte is om in een specifieke situatie en best in samenspraak met de betrokkenen te zoeken naar een optimale combinatie van drie aandachtspunten: de toegankelijkheid optimaliseren, een gemengd gebruik stimuleren en bemiddelen in confrontaties (Technum, 2001). De straat en de wijk open stellen voor ieder zonder dat men last heeft van elkaar.
- Men waarschuwt voor een tweedeling in de stad. Op straat loeren om de hoek conflicten tussen generaties, sociale desintegratie en deviant gedrag (Kartsen, Reijndorp & van der Zwaard, 2006).
- Een geïntegreerd en gebiedsgericht wijkbeleid kan precies tegemoet komen aan de noden van de gezinnen en alleenstaanden die dat het meest nodig hebben.
- *Design for All* willen we daarom begrijpen als een ontwerpprincipe dat aandacht heeft voor de diversiteit van de doelgroepen en ook mee oplossingen zoekt voor de eventuele spanningen tussen deze groepen, met als doel dat zoveel mogelijk mensen en groepen en zeker ook de zwakkeren in de omgeving kunnen functioneren.

Geciteerde werken

CFC. (2012). *What is a Child Friendly City?* Retrieved april 12, 2012, from Child Friendly Cities: <http://www.childfriendlycities.org/en/overview/what-is-a-child-friendly-city>

Drieskens, A. e.a. (2010). *Op weg naar een kindnorm*. Brochure studiedag 23 november 2010. Brussel: Gezinsbond.

EIDD. (2012). *EIDD's Stockholm verklaring*. Stockholm: European Institute for Design and Disability.

Kartsen, L., Reijndorp, A. & van der Zwaard, J. (2006). *Smaak voor de stad: een studie naar de stedelijke woonvoorkeur van gezinnen*. Den Haag: Ministerie van VROM.

Kennisplatform Verkeer en Vervoer. (2008). *Inspiratie voor kindvriendelijke wijken*. Bewegen, verplaatsen en spelen. Rotterdam: KpVV.

Luyten, D. (2012). *Gebiedsgericht geïntegreerd gezinsbeleid. Solidaire vormen van samenleven als beleidsdoelstelling op het lokale niveau*. In *Gezinsbeleid in 2006-2011. Van het gezin naar ouderschap als hoeksteen van de samenleving?* (pp. 181-232). Brussel: Hoger Instituut voor Gezinswetenschappen - HUB.

Technum. (2001). *Publieke ruimte: een andere aanpak*. Brussel: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap. Afdeling gesubsidieerde infrastructuur.



HET VERHAAL VAN MICHELINE

Ik ben Micheline, 87 jaar, geboren in Wemmel maar ik heb altijd in Laken gewoond. Mijn ouders, dat waren bakkers. Ik ging rond met brood, tot aan de rue de... en tot aan de brug, tot het eind van de straat en dan terug de brug over.

Ik ben nu hier in 't rusthuis, nog niet zo lang. Ik heb een hartinfarct gehad en mocht niet meer alleen thuis blijven. Ze hebben de ambulance laten komen en ze zijn met mij naar het gasthuis geweest. Ik ben er nog goed vanaf gekomen, maar ik mag niet meer alleen wonen. Ik moet altijd iemand kunnen oproepen.

Ik kende dat hier niet, mijn man wel, die kende dat allemaal, hij werkte bij de compagnie van het water en die weten alles. We zijn samen gekomen.

Maar ik ben hier content, het is goed. Mijn kamer is goed, alles aangepast aan mijn goesting. Een venster kan open, een ander niet. Dan laat ik een stuk van de deur open naar de gang, zo komt er ook licht binnen. En 't eten? 't Is toch goed. Je moet je aanpassen en dat gaat ...

Voilà, alles is gezegd.



9 BLIK BIJ DE BRUSSELSE BUREN: WOONZORG BIJ GGC EN COCOF

Marc Bernard, gezondheidsexpert GGC

Het is niet meer nodig in detail in te gaan op de demografische evolutie die zich in de meeste landen aftekent. Deze evolutie toont duidelijk aan dat de bevolking steeds ouder wordt. Dit fenomeen zal zich in de komende jaren nog sterker aftekenen. Er bestaan in de verschillende landen wel variaties in de snelheid en in het belang van deze verouderingsgolf, maar het treft ons allemaal.

Deze veroudering heeft verschillende gevolgen. De gevolgen die het vaakst worden benadrukt zijn de moeilijkheid om een leefbaar pensioensysteem in stand te houden gezien de belangrijke wijziging in de ratio tussen actieve bevolking en gepensioneerden en een stijgende behoefte aan hulp of zorg.

Zonder het belang ervan te willen ontkennen, is het echter eveneens noodzakelijk de andere gevolgen van deze veroudering te analyseren en een aantal fundamentele vragen te stellen. Welke plaats wil onze samenleving verlenen aan personen die geen activiteit als werknemer meer uitoefenen? Welke financiële investering zijn we bereid hiervoor vrij te maken? Hoe kunnen we de intergenerationele solidariteit die al bestaat verder uitbouwen of hoe kunnen we deze ontwikkelen ...?

Het beleid dat ten aanzien van de ouderen gevoerd moet worden bij de Franse Gemeenschapscommissie (Cocof) omvat verschillende aspecten uit het leven van de ouderen:

- Het leven van de oudere in de samenleving: aandacht voor culturele, socioculturele (voortgezette opleiding), sportieve en andere activiteiten om de integratie van ouderen in de samenleving te vrijwaren.
- Het beleid van de thuiszorg en de hulp- of opvangdiensten voor ouderen (diensten voor dagopvang, SEPAM, teletoezicht ...).
- Het huisvestingsbeleid voor ouderen (rusthuis, serviceflat, gemeenschapshuis, ...).

Voor ieder van deze drie grote assen bestaan er specifieke uitdagingen waarop we antwoorden moeten aanreiken. Enkele voorbeelden:

- Bejaarden langer thuis houden: wat zijn de huidige en verwachte behoeften (zie programmatiestudie Cocof/GGC/VG)? Hoe kunnen we deze waarschijnlijk steeds groter wordende vraag opvangen? Waar moet (mag) de grens liggen voor de thuisopvang alvorens men de bejaarde laat opnemen?
- Diversificatie van het huisvestingsaanbod: het decreet van 2007 en zijn uitvoeringsbesluit bepaalden een wettelijke basis voor de alternatieven voor het rusthuis: serviceflats (voordien onbestaande bij de Cocof), gemeenschapshuizen, kortverblijf, nachtopvang. Toch ontwikkelen deze alternatieven zich traag (slechts twee erkende serviceflats, maar wel al vier of vijf principeakkoorden, één erkend gemeenschapshuis en drie of vier projecten voor gemeenschapshuizen). Men zoekt momenteel naar een uitbreiding van het alternatieve aanbod.
- Probleem van de financiële toegankelijkheid tot deze huisvestingsstructuren: de prijzen van de rusthuizen en de alternatieven liggen in Brussel zeer hoog. De rusthuissector binnen de Franse Gemeenschapscommissie is hoofdzakelijk commercieel (één enkele vzw) en in de nieuwe rusthuizen die openen, bedraagt de dagprijs minstens 60 tot 70 euro!
- Noodzaak om de rechten van de ouderen in de huisvestingsstructuren te laten naleven, bvb. bijkomende maatregelen om o.a. fixatie te beperken.
- Problemen verbonden met solidair wonen, bvb. de noodzaak om te onderhandelen met het federale niveau over het probleem van de sociale rechten in het statuut van samenwonende.
- Residentiële zorg in Brussel is heel sterk uitgebouwd, zeker wat de rusthuizen betreft. Er zijn de afgelopen jaren heel wat verouderde rusthuizen dicht gegaan. Nieuwe rusthuizen zijn zo goed als allemaal in handen van de commerciële sector. Initiatiefnemers staan klaar om nieuwe rusthuizen uit te bouwen. De door Cocof erkende rusthuizen (48) behoren alle, op één na, tot een commerciële groep. Bij de GGC en de Vlaamse Gemeenschap evolueert dit de volgende jaren naar 60%. De vermarkting van de zorg is in de Brusselse rusthuissector dus heel sterk doorgedrongen. Waakzaamheid aangaande kwaliteitseisen blijft geboden.

- Serviceflatresidenties werden opgericht, maar zijn vaak duur en hun dienstverlening is niet altijd even transparant. Er is nog heel wat potentieel in dit segment, wanneer er een juiste prijs-kwaliteitverhouding op vlak van dienstverlening optreedt.
- De verschillende regelgevingen laten heel veel zorgvormen toe. Van het klassieke rusthuis over serviceflats naar kortverblijf, herstelverblijf, gezinsopvang en gemeenschapswonen. De regelgeving staat open voor vernieuwing.
- De centra voor kortverblijf komen niet van de grond. Het is voor een uitbater van een rusthuis veel interessanter om langverblijvers op te nemen. Een bijsturing van overheidswege in de vorm van een verplichting tot aanbod kortverblijf wanneer een instelling x-aantal (bvb. 80) bedden heeft, kan een positieve impuls geven.
- De evolutie van de rusthuisdagprijzen baart zorgen. In sommige nieuwe rusthuizen worden al dagprijzen van meer dan 70 euro aangerekend. Dit is mede verbonden met de verhoogde kwaliteitseisen aangaande de infrastructuur die door de overheid wordt opgelegd. De extra kostprijs die dit met zich mee brengt, wordt door de initiatiefnemers onverminderd doorgerekend aan de bewoner.
- De gebruikers van de residentiële zorg zijn geen afspiegeling van de Brusselse 60- tot 65-plussers. De mortaliteitscijfers in de rusthuizen geven aan dat slechts 4% van de overledenen van allochtone origine is. Er is bij de voorzieningen weinig aandacht voor de diversiteitsthematiek.
- Alternatieve woonvormen vinden meer gehoor dan vroeger. De pilootprojecten zijn veelbelovend. Toch staat de uitbouw van dit aanbod nog in zijn kinderschoenen.

En voor de toekomst:

- We moeten de informatie naar de ouderen en hun familie verbeteren via Infor-Home en Home-info, de beurs voor gedesorïënteerde ouderen ...
- Er wordt gewerkt aan de lancering van een pilootproject voor bejaarde migranten die thuis wonen.
- Ondersteuning aan huis door de subsidie te verhogen voor gezinszorg, de ontwikkeling van opleidingen en specialisaties van de gezinszorg in domeinen zoals de behandeling van bepaalde ziekten of handicaps, de zoektocht naar een diversifiëring van de beroepen waardoor de autonomie van ouderen gewaarborgd wordt (ergotherapeuten, kleine klusjes ...).
- Uitwerking van een project ter ondersteuning van de mantelzorgers in Brussel: informatie, opleiding, praatgroepen ...
- Denkoefening over de uitwerking van pilootprojecten om alternatieve structuren uit te werken voor ouderen. De structuren moeten communautair of solidair zijn met een specifieke begeleiding van de collectiviteit en een specifieke begeleiding van de betrokken ouderen.
- Ontwikkeling van participatieve en intergenerationele projecten: raadgevend comité van de rusthuizen, binnen een wijkcontract, intergenerationele en participatieve projecten in 2012-2013.
- Plan ouderen in uitwerking van de interministeriële conferentie Sociaal-Gezondheid. Doel: het

engagement krijgen van alle bevoegde ministers over specifieke acties voor ouderen om een globaal en geïntegreerd plan uit te werken voor de Brusselse ouderen.



Olivia Vanmechelen, Herwig Teugels en Marc Bernard

HET VERHAAL VAN POL

Ik wil er niet aan denken om mijn huis te verlaten! Het kan zijn dat ik later geen plaats meer ga hebben, maar er is voor alles een oplossing.

Ik durf er allemaal niet aan denken. Er zal wel een oplossing voor zijn. Ik weet dat het niet slim is van mijn kant. Ik mag er niet aan denken om van mijn woonst weg te gaan. Dat is een redelijk groot huis, enfin, een normaal huis. Ik heb vier kinderen. Het huis zit boemvol, vooral met gerief van de kinderen. De kelder, de zolder ... Als ik zou moeten weg gaan, zou ik niet weten waar ermee naar toe.

Ik ben gisteren op bezoek geweest bij een vriendin in een home. Iemand van 91 jaar. En die heeft ook haar huis in verlaten. Omdat ze zegt 'ik kon het niet meer aan'. En die is terug goed gekomen en nu beklagt ze zich dat ze in een home zit.

Een home? Ik denk er zelfs niet aan!

Ik zal wel zien wat er gaat komen als het zo is. Ik denk dat ik dwaas ben van niet aan de toekomst te denken, maar 't is zo. En ik voel me zo gelukkig.



10 CREATIEF MET WOONVORMEN VOOR OUDEREN

Stijn De Vleeschouwer, team Vlaams Bouwmeester

Onze bevolking vergrijsst. Tegen 2050 zullen er in België twee miljoen zestigplussers meer zijn dan vandaag. Het aantal tachtigplussers zal verdrievoudigen. Dat betekent dat we 180.000 extra woon- en zorgplaatsen moeten voorzien. De cijfers zijn overweldigend en plaatsen ons voor een enorme opgave. Maar behalve een te lenigen nood, vormt het reusachtige bouwprogramma ook een opportuniteit, niet alleen om de zorg te herdefiniëren, maar ook om de stad vorm te geven.

De nieuwe visie in de zorgsector heeft echter nog geen adequate ruimtelijke vertaling gevonden. De zorginfrastructuur hinkt achterop op de maatschappelijke gevoeligheden en praktijken. Daarom heeft het team van Vlaams Bouwmeester Peter Swinnen van zorg één van de speerpunten van zijn beleid gemaakt.

Zij pleiten voor een *onzichtbare zorg*. Onzichtbare zorg is zorg die niet meer afgezonderd maar geïntegreerd is in het maatschappelijke en stedelijke leven. Een zorg die ingebed is in ons dagelijks bestaan, verkrijgt normaliteit, vanzelfsprekendheid en onzichtbaarheid.

De Vlaams Bouwmeester definieerde zeven *onzichtbaarheidsfactoren*, zeven vuistregels die de ontwikkeling van nieuwe vormen van zorg kunnen sturen.

1. Maximaliseer collectief wonen

Dit is een algemene oproep, die niet alleen opgaat voor de zorgsector. Collectief wonen, met de nodige aandacht voor privacy, kent alleen maar sociale en ruimtelijke voordelen: het is efficiënter en goedkoper; collectief wonen maakt het mogelijk om rijker en genereuzer te wonen. De nabijheid van mensen en diensten voorkomt sociaal isolement, zeker voor ouderen.

2. Voorzie in grootschaligheid

Collectief wonen (en zorgen) heeft alleen zin wanneer het deel uitmaakt van grotere sociale en ruimtelijke verbanden.

Een compacte manier van leven kan immers gecompenseerd worden door de nabijheid van of een zicht op uitgestrekte groenzones, stedelijke pleinen of panoramische vergezichten. Het is een misverstand om deze grote schaal als tegenstrijdig te zien aan de intimiteit van wonen en zorgen. Het verbinden van beide is een middel om voeling te houden met de maatschappij door letterlijk overzicht te bieden.

3. Voorzie in kleinschaligheid

Collectief wonen (en zorgen) heeft alleen zin wanneer men uiterst precieze aandacht besteedt aan het kleinschalige, het intieme, de geborgenheid, de autonomie en zelfstandigheid. Pas dan is het wonen volwaardig. Dit betekent dat men tegenover de grootschalige kwaliteiten ook een herkenbare, kleinschalige samenlevingsstructuur dient te creëren. Huiselijkheid staat hierbij voorop.

Ook het verkleinen van de leefgroepen speelt een belangrijke factor in het onzichtbaar maken van de zorg. Vaak wordt hier het argument van de te hoge personeelskosten tegenin gebracht. Wanneer zorg echter deel uitmaakt van een meer gemengde woonomgeving, compenseert dit deels de hoge verzorgingskosten.

4. Durf stedelijk te programmeren

Woonvoorzieningen voor ouderen en zorgbehoevenden moeten deel uitmaken van de stad. Door de grote behoefte aan voorzieningen kan het zorgprogramma zelfs sturend zijn in de ontwikkeling van steden en stedelijke landschappen. Innovatie in de zorg is deels afhankelijk van de mate waarin het mogelijk is zorg te mengen met andere stedelijke en maatschappelijke programma's.

5. Verplicht de markt tot maatschappelijke verantwoordelijkheid

De privatisering van het zorgwonen is een feit. Dit creëert mogelijkheden, maar vraagt ook om grote zorgvuldigheid. Het rendement van de investeerders dreigt prioriteit te verkrijgen boven de kwaliteit van de zorgvoorziening. Er zijn echter amper bestuurlijke instrumenten ontwikkeld om de private

sector te verplichten tot het nemen van hun maatschappelijke verantwoordelijkheden en het bevorderen van de levenskwaliteit.

Er dienen instrumenten ontwikkeld te worden voor het meten van maatschappelijke meerwaarde. Dit maakt het mogelijk om de commerciële partners uit te dagen om te excelleren, zowel commercieel als maatschappelijk.

6. Een intelligente, flexibele regelgeving

Als men zorg als een volwaardig onderdeel van de maatschappij en het leven wenst te beschouwen, moet dit ook ten volle tot uiting komen in de ondersteunende maatregelen. De regelgeving mag niet langer het potentieel annuleren, maar moet de weg vrijmaken voor intelligente interpretatie. Dit is momenteel zo goed als onmogelijk.

7. Zorgzame ontwerpers voor zorgzame bouwheren

Met de huidige regelgeving ondervinden heel wat zorgzame opdrachtgevers en ontwerpers obstakels bij het realiseren van een innovatief en intelligent ontwerp. De lat moet hoe dan ook hoog gelegd worden, maar er dient ook meer vrijheid te komen om ambitieuze initiatieven ingang te laten vinden.

Via ontwerp onderzoek kunnen ontwerpers en opdrachtgevers elkaar voeden en uitdagen. Daarom lanceerde het Team Vlaams Bouwmeester samen met het kabinet bevoegd voor Welzijn en Zorg in 2012 een oproep voor innovatieve projecten die zorg in een breed maatschappelijk kader wensen te realiseren.

Alle bovenstaande onzichtbaarheids-factoren zijn noodzakelijk om tot een trendbreuk te komen om maatschappelijk geïntegreerde zorg te kunnen realiseren. Er is immers pas voldoende ruimte voor zorg als er voldoende zorg gedragen wordt voor de ruimte.



Tekst gebaseerd op: 'bouwmeester rapport 2010-2011 - onzichtbare zorg'

<http://www.vlaamsbouwmeester.be/files/38ab7277113a42bdbbad00a9010022d3.pdf>

HET VERHAAL VAN ISOLDE EN ROSA

Isolde

Ik ben tot het besluit gekomen: volgend jaar na Pasen ga ik met mijn dochter naar drie bejaardenhuizen gaan zien. Want wanneer valt er thuis iets voor? 's Nachts, 's avonds of 's morgens bij het opstaan. Ik vind dat op mijn ouderdom, ik ben nu negentig jaar, het hoog tijd is dat ik mij laat inschrijven. Als je uzelf niet meer kunt helpen dan ben je beter af in een rusthuis.

Maar tot dan, zo lang mogelijk alles zelf doen; geen eten aan huis laten brengen, maak dat zelf gereed. Ik maak al mijn eten zelf klaar, ik doe al mijn was nog zelf, ik doe mijn boodschappen zelf. Ik zeg: blijf zo lang mogelijk in uw huis en tracht een goed rusthuis te vinden waar dat je kunt zeggen 'hier blijf ik tot ik sterf'. Da's de toekomst.

Rosa

Ik heb geen ervaring met rusthuizen, maar ik train mij om een positieve kijk te hebben: dat ze spelletjes doen met die mensen en dat het dan eens pannenkoekenbak is. Ja, het kan zijn dat het volledig negatief is, ik weet het niet. Ik heb geen ervaring.

Ik denk toch dat ik zolang mogelijk in mijn appartement zal blijven wonen. Wat een goede oplossing zou zijn dat is een kangoeroewoning. Volgens mij is dat ideaal. Zo samen met een jong mens. Iemand met goede bedoelingen. Zonder in elkaars huis te zitten, kun je elkaar veel diensten bewijzen, denk ik.

Er komen meer en meer oudere mensen, maar wie moet die zorg allemaal betalen? Moeten we in de toekomst niet meer gaan naar vrijwilligerswerk dat dan misschien een beetje vergoed wordt? Gratis doen, dat is voor al de goede zielen. Maar als je een beetje vergoedt, zijn mensen misschien meer geïnteresseerd en zal het gemakkelijker gaan. Mensen bijvoorbeeld die niet zo een heel groot pensioen hebben ...

Of, is het niet mogelijk om mensen terug wat sociaal te maken, ook als ze niet meer zo bekwaam zijn? Zoiets als begeleid wonen voor mensen die het niet meer alleen aankunnen. Ze kunnen dan gegroepeerd worden, neem nu zeven of negen appartementjes en daar wonen dan senioren een beetje samen.

Isolde

En wie gaat die helpen?

Rosa

Ah! Ge betaalt samen iemand om te helpen, dat is dan onder negen of zeven. Maar dus geen rusthuis waar ze u om vijf uur in bed komen steken! Zou dat niet mogelijk zijn?

Isolde

Weet je waar ik aan gedacht had? Als wij gekocht hebben, dat was een appartement in zo'n blok. Toen zei ik tegen mijn man: kijk, hier kunnen we lang blijven wonen, we hebben alles wat we moeten hebben, een lift en al. Als we nu met de andere bewoners overeenkomen om één appartement af te staan, gratis, dan kan hier een verpleegster wonen. We zijn allemaal ongeveer gelijk, dus wij zullen allemaal samen oud worden.

Ze hebben allemaal met mij gelachten toen we dat op de bewonersvergadering voorstelden. En nu zeggen ze: 'Isolde, gij had gelijk. Dan hadden we allemaal in ons appartement kunnen blijven wonen'.

Daar moeten we op komen, kleine blokken, geen grote blokken waar je verloren loopt. Een klein blokje, waar mensen wonen, met één verzorgster, op tijd en stond, als het van doen is.



THEMASESSIES

Het namiddagprogramma omvatte hoofdzakelijk zes parallele sessies waarbij gedurende twee uren verder werd ingezoomd en gereflecteerd over zes hoofdthema's. Voor elk thema waren vooraf vier stellingen weerhouden die ingeleid werden door een spreker en de aanzet gaven tot verdere discussie, conclusies en aanbevelingen, onder begeleiding van een moderator.

1 HOE OMGAAN MET DREMPELS IN DE ZORG?

Panelleden

- Louis Philippe Scholts, lid directiecomité Solidariteit voor het Gezin
- Els Nolf, beleidsmedewerker interculturalisering Brusselse Welzijns- en gezondheidsRaad (BWR)
- Mark Philippart, directeur Seniorencentrum Brussel
- Daan Aeyels, coördinator Huis voor Gezondheid

Moderator: Tine Buffel, VUB, faculteit educatiewetenschappen

1.1 De Vlaamse thuiszorg wordt onbetaalbaar voor de Brusselaar

Inleider: Louis-Philippe Scholts, lid directiecomité Solidariteit voor het Gezin

Situering

De financiële draagkracht van de Brusselse ouderen is bij velen precair. Verschillende regelgevingen leiden bovendien tot verschillende betalingsvoorwaarden en verhogen de drempel tot Vlaamse zorg. Een concreet voorbeeld hiervan zijn de uiteenlopende gebruikersbijdragen in de thuiszorg. Bovendien kan de (Vlaamse) Brusselaar veelal niet rekenen op een premiestelsel dat aangepast wonen of mantelzorg ondersteunt. Dit leidt tot een ongelijke toegang van de (Vlaamse) Brusselaar tot zorg en ondersteuning. De nieuwe regelgeving met betrekking tot de maximumfactuur dreigt de Brusselaar extra te benadelen aangezien velen niet zijn aangesloten bij de zorgverzekering of een extra lange wachttijd moeten doorlopen vooraleer ze hier voordeel uit kunnen halen.

Inleiding

De Vlaamse Brusselaar heeft ongelijke toegang tot Vlaamse zorg omdat in Brussel niet dezelfde spelregels gelden als in Vlaanderen (cfr. niet-verplichte ziekteverzekering). Bovendien is Brussel een sterk gefractioneerde markt waarbij de Brusselaar kan kiezen tussen verschillende systemen met elk eigen spelregels. Sommige problemen zijn eigen aan de grootstedelijke context. Andere zijn typisch Brussels, zoals het verschillend prijzenbeleid tussen de negentien Brusselse OCMW's.

Er is een clash tussen medische cultuur en aanbod enerzijds en de agogische cultuur en noden anderzijds. De subsidies en financiering volgen een aanbodgerichte logica. De overheveling van RIZIV middelen naar de Gemeenschappen moet een aanleiding/opportuniteit zijn om de financieringsmechanismen fundamenteel te herdenken.

Wat met de grote groep mensen die zich noch met Vlaanderen noch met Wallonië (Franstaligen) identificeert - etnisch-culturele minderheden, maar zeker ook echte Brusselaars? Aan de andere kant is er een grote interesse in en een goede ervaring met het Vlaamse zorgaanbod.

Het meest voorkomende profiel van zorgvrager bij de dienst voor gezinshulp (50%) is: 'een alleenstaande bejaarde, ouder dan tachtig mét mantelzorg en vallend onder het omniostatuu'. De betaalbaarheid van de zorg staat voor deze groep sterk onder druk. En wat met de oudere die geen netwerk meer rond zich heeft?

Een grote uitdaging is het werken aan psychosociale ondersteuning en het tegengaan van vereenzaming en isolement. Met de formele zorg alleen is dit niet haalbaar en dreigt de zorg ook onbetaalbaar te worden voor de oudere. Daarom moet volop ingezet worden op informele zorg.

Het Vlaams beleid is te weinig afgestemd op de grootstedelijke context. Dit heeft Brussel met Antwerpen gemeen. Er ontwikkelt zich in de grootsteden een parallel zorg systeem, dat ontsnapt aan de normen en regels. Een voorbeeld hiervan is het inslapen bij ouderen aan 75 euro per nacht om de tekorten aan nachtopvang op te vangen. Op die manier wordt ook een alternatief aangeboden in de zorgmarkt met een inferieure kwaliteit die niet beantwoordt aan de behoeften van de Brusselse ouderen.

Slechts één op vijf aanvragers bij de dienst voor gezinszorg wordt ook een effectieve cliënt waar thuishulp wordt geboden! Wat gebeurt er met de overige vier aanvragen? Worden de vragen gescreend? Hebben deze mensen andere oplossingen gevonden? Vaak gaat het om multi-probleem situaties, extreme vormen van verwaarlozing en vereenzaming... De meest geïsoleerde ouderen, mensen waar zich een cumul van problematieken voordoen dreigen het slachtoffer te worden van het systeem en buiten de zorg te vallen wegens te complex of onbereikbaar.

Er moeten zorgcoaches worden aangesteld die als vertrouwenspersoon de belangen van de zorgbehoevende behartigt. Dit vraagt ook om een meer wijkgerichte aanpak, vanuit een lokaal loket dat het een contactpunt vormt voor (thuis)zorg waar men alle informatie over zorg kan vinden en op de hoogte is van de regelgeving. In een aantal lokale dienstencentra kan dit nu via de zorgregisseurs of zorgcoach die ook een multidisciplinair overleg kunnen opstarten rond een patiënt. Het is een schoolvoorbeeld, maar jammer genoeg in projectvorm en (nog) niet structureel ingebed. Het systeem van zorgcoach zou structureel verankerd moeten worden.

Wat met acute zorgvragen en problemen? Kan er bijvoorbeeld gewerkt worden zoals het systeem van de mutualiteiten voor de oppas van zieke kinderen? Vandaag aanmelden, morgen oppas? Voor ouderen zou dit ook een oplossing kunnen zijn om acute zorgnoden in te lossen en dan mee te helpen zoeken naar een structurele oplossing. Organisaties zouden kunnen doorverwijzen naar elkaar indien ze volzet zijn, bijvoorbeeld woonzorgcentra naar thuiszorgdiensten enz. In Limburg zijn in deze richting al stappen gezet, maar heeft men kansen laten liggen.

Aanbevelingen

- Werk maken van een doorzichtig prijzenbeleid.
- Oprichting van een overlegplatform (VG-GGC-Cocof) voor afstemming en consensus over prijzenbeleid en gebruikersbijdragen in de thuiszorg.
- Inzetten op informele zorg en ontwikkelen van aangepaste modellen van (in)formele zorgorganisatie in een grootstedelijke context. Het project *voisin-âge* in Parijs is hiervoor een inspirerend voorbeeld.
- Inzetten op zorgcoach die structureel verankerd is en het mandaat heeft in te grijpen in het zorgproces.
- Relatie tussen zorgbehoevende – informele zorg – professionelen optimaliseren.
- Indicatiestelling, evaluatie en bijsturing van het zorgtraject stroomlijnen.
- Nood aan één centrale plaats waar men terecht kan.
- Vertrekken vanuit de cliënten i.p.v. van de vanuit structuren.

1.2 Zorg op maat en respect voor eigenheid van iedereen

Inleider: Els Nolf, beleidsmedewerker interculturalisering BWR

Inleiding

De verkleuring van de ouderenpopulatie is in Brussel een realiteit waar ook de Vlaamse woonzorgvoorzieningen rekening mee moeten houden. Verwacht wordt dat tegen 2020 de helft van de Brusselse ouderen een vreemde nationaliteit zal hebben. Nochtans heeft elke oudere nood aan en recht op respectvolle, betrouwbare en solidaire zorg. Dit laatste is een sleutelbegrip want je moet binnen een groeiende schaarste de zorg organiseren voor mensen van verschillende afkomst.

In het kader van reguliere woonzorgcentra is beleidsmatig enkel een inclusieve aanpak verdedigbaar. Wel moet daarbinnen effectief werk worden gemaakt van een diversiteitsbeleid, dialoog met de doelgroep en een kwaliteitsbeleid dat ook aan de ouderen van allochtone herkomst garanties biedt. Zo kan in de woonzorgcentra werk gemaakt worden verschillende leefgroepen of zithoeken.

Willen we de zorg solidair en vooral betaalbaar houden, dan is een categoriale aanpak geen goede keuze. Door het uitblijven van een effectief diversiteitsbeleid in de gesubsidieerde ouderenvoorzieningen zullen zich echter meer eigen gefinancierde categoriale voorzieningen gaan ontwikkelen op de private markt, zoals een islamitisch rusthuis.

Werken aan diversiteit vertrekt vanuit een sterke visie bij de verantwoordelijken van woonzorgvoorzieningen. Brussel moet hierin een voortrekkersrol nemen aangezien de verkleuring van de ouderenzorg hier al volop een realiteit is.

Respectvolle en betrouwbare zorg moet er zijn voor iedereen. Dit betekent dat er ook aandacht is voor culturele, religieuze verschillen en behoeften, bvb.. rond levenseindebeleving, maaltijden, zorg door professionelen versus zorg door familieleden. Zijn de behoeftes van ouderen uit etnisch-culturele minderheden trouwens zo verschillend van de behoeftes van autochtone ouderen?

Brugfiguren, de inzet van allochtoon personeel in de zorg en de opleiding en ondersteuning van zorgpersoneel kunnen helpen om de zorgcultuur en cultuur van de allochtone ouderen dichter bij elkaar te brengen. Onbekendheid en onbegrip leiden tot een gebrek aan vertrouwen. Eens het vertrouwen in de zorg- en hulpverlening geschonden is, wordt het heel moeilijk om de stap terug te zetten.

De grootste bekommernis gaat over de betaalbaarheid en kwaliteit van intramurale zorg voor kwetsbare groepen in het algemeen, en niet enkel allochtone ouderen. De vrees leeft bij veel ouderen dat kwaliteitsvolle zorg enkel zal weggelegd zijn voor diegenen die het kunnen betalen. De trends die we zien in de ontwikkelingen van nieuwe woonzorgcentra waar dagprijzen van +/- 75 euro niet vreemd zijn, bevestigen dit. We dreigen te gaan naar een dualisering in de zorg waarbij kwetsbare groepen aangewezen zijn op de thuiszorg omdat residentiële zorg te duur wordt.

Het zelforganisatiemodel kan een belangrijke hefboom zijn in de ontwikkeling van alternatieve woonmodellen zoals co-housing of groepswonen in combinatie met thuiszorg. Dergelijke woonmodellen moeten verder bekend gemaakt worden. Zonder regulering en ondersteuning wordt dit voor velen echter een onbetaalbaar model. De (financiële) toegankelijkheid voor verschillende groepen tot deze kleinschalige woonvormen kan op lokaal niveau gecoördineerd worden. Dat vergt een regelgevend kader en ondersteunende structuren die dergelijke processen van samenwonen kunnen begeleiden.

Aanbevelingen

- Opstellen van een ethische code/charter diversiteitsbeleid in woonzorgvoorzieningen.
- Aandacht voor diversiteit en kwaliteitszorg in dialoog met (allochtone) ouderen via vorming van personeel; rekening houden met verschillende gemeenschappen is rekening houden met individuele noden. Er zijn immers heel veel verschillen binnen de gemeenschappen en daarom belangrijk om flexibel te zijn.
- Structureel ondersteunen van alternatieve woonvormen als tussenmodel tussen thuiszorg en woonzorgcentra.
- Integratiesector en zelforganisaties als partner betrekken bij de zorg. Zelforganisaties die ouderen bereiken of willen bereiken, hierin (financieel) ondersteunen.
- Blijven investeren in interculturele en intergenerationele ontmoetingsplaatsen i.f.v. het stimuleren van solidariteit.
- Stimuleren van netwerken van vrijwilligers als brugfiguren tussen kwetsbare ouderen en zorgvoorzieningen.
- Armoede als basis/maatstaf voor een goed zorgmodel (armoedetoets).

1.3 Een Vlaamse erkenning moet een garantie op Nederlandstalige zorg inhouden

Inleider: Marc Philippart, directeur Seniorencentrum Brussel

Inleiding

In de relatie tussen zorggebruiker en -verlener is communicatie en taal een belangrijk aspect. De Nederlandstalige Brusselaars rekenen erop dat zij bij de Vlaamse voorzieningen terecht kunnen in hun eigen taal. Toch is dit in de praktijk niet altijd zo en biedt een Vlaamse erkenning niet noodzakelijk garanties op een Nederlandstalige zorg.

In het licht van het voorgaande en de toenemende diversiteit in de ouderenzorg, stelt zich meer dan ooit de vraag naar de plaats van de Vlaming/Nederlandstalige Brusselaar in de zorg. Het is een doelgroep die nu aandacht verdient en nood heeft aan zorg in eigen taal.

Deze garanties kunnen momenteel niet gegeven worden, ook niet in de Vlaams erkende voorzieningen. In veel voorzieningen zijn personeelsleden aanwezig die geen Nederlands spreken. Het aanleren van het Nederlands wordt niet structureel opgenomen. Organisaties geven zelf een beetje een taalbad Nederlands maar dit is niet voldoende.

Jongeren kiezen voor de zorgsector. We zouden middelen moeten kunnen inzetten om in andere gemeenschappen te rekruteren en jongeren taalbaden te geven. Er moeten kansen gecreëerd worden aan bereidwillige zorgverleners om Nederlands te leren. Dit kan op verschillende manieren:

- Aanbieden van leerplaatsen waar zorgverleners hun Nederlands verder kunnen bijschaven.
- Taallessen op de werkvloer: dit bestaat al voor ziekenhuizen en woonzorgcentra maar zou ook voor de thuiszorg ingericht moeten worden.
- Sensibilisering van de patiënt om tegen zorgverleners die Nederlands kennen, ook Nederlands te blijven spreken.

Naast de taalgarantie in de Vlaamse voorzieningen blijft ook de tweetaligheid en zorg in het Nederlands bij de GGC-voorzieningen problematisch. Het personeel zou tweetalig moeten zijn, of er zou op zijn minst ook zorg in het Nederlands moeten worden aangeboden. Dit is in de praktijk lang niet overal het geval. Hierover moet de dialoog worden aangegaan met de Gemeenschappen.

Aanbeveling

- De taalgarantie in de zorg moet een basisvoorwaarde zijn voor de eigen woonzorgvoorzieningen/centra van de Vlaamse Gemeenschap. De omgangstaal met zorggebruiker en gebruik van het Nederlands door het personeel moet een onderdeel zijn van beoordeling en inspectie.

Voorstel: het systeem dat al bestaat in ziekenhuizen en woonzorgcentra op vlak van taalbad/taallessen doortrekken naar de thuiszorg.

- Vlaanderen moet volop investeren in de taalopleiding en taalondersteuning in de zorg en voorzieningen, ook van de GGC (cfr. projecten taalstimulering Brusselse rusthuizen via Huis van het Nederlands).
- Nederlandkundige zorg is geen zaak van de Vlaamse Gemeenschap alleen, er moet hierover in dialoog worden gegaan met andere Gemeenschappen. Elke voorziening moet een taalbeleid ontwikkelen.

Voorstel: actief rekruteren uit andere taalgemeenschappen. Uitwisselen van personeel over instellingen heen voor ervarings- en taalstages en daar middelen voor voorzien.

1.4 Alle informatie over het zorgaanbod is toch te vinden op het internet

Inleider: Daan Aeyels, coördinator Huis voor Gezondheid

Inleiding

Sommige ouderen geven aan informatie te vinden op het internet. Wie daarmee overweg kan, vindt uiteindelijk alles... Maar desondanks zijn velen niet op de hoogte van het bestaande aanbod. Zeker ouderen die niet vertrouwd zijn met het internet krijgen moeilijk toegang tot informatie. Het aanbod is bovendien niet zichtbaar en aanwezig in het straatbeeld. Dus gebeurt het nu ad hoc, via mond-tot-mondreclame en vaak toevallig. Je moet eigenlijk het aanbod al kennen om te weten waar je met je vraag terecht kan.

De stelling wordt ingeleid aan de hand van een presentie en het verhaal van 'Romeo en Julia'.

- Het overzicht op het zorgaanbod is zeer sterk gefragmenteerd, onvolledig en onjuist. Een gezamenlijk datamodel dat sectorbreed en doorheen de verschillende (erkennende) overheden gehanteerd wordt, dient een startpunt te zijn bij het aanbieden van informatie over zorg. Louter administratieve databanken moeten aangevuld of gecombineerd worden met informatie die de diensten of activiteiten waarop cliënten/patiënten een beroep kunnen doen, helder stellen. Een zorgvrager wil weten waar hij een warme maaltijd kan vinden, of hij die aan huis kan laten brengen, of die aangepast kan worden aan zijn dieet en tegen welke prijs. Of zijn keuze gaat naar een zelfstandige cateraar, het woonzorgcentrum in de buurt of het OCMW, zal hiervan afhangen, niet van de erkennende overheid.
- De Vlaamse overheid moet aangepaste kanalen ontwikkelen die het zorgaanbod zichtbaar maken (internet, affiches, logo, lokale aanspreekpunten ...). Een gebruiksvriendelijke ontsluiting van het zorgaanbod via verschillende kanalen moet de zorgprofessionele of zijn patiënt/cliënt vanuit de hulpvraag wegwijzen. Dit betekent dat het jargon, de administratieve en juridische terminologie omgezet moet worden in een duidelijke en begrijpbare bewoording. Vraaggestuurd ontsluiten betekent tevens dat niet hiërarchisch doorheen de informatie gebladerd kan worden. Hiërarchie impliceert namelijk voorkennis van de structuur van het zorgaanbod. Dit kan gezien de breedte van het zorgaanbod en de zorgvraag niet verwacht worden.
- Die kanalen (technologie/websites) moeten in de eerste plaats gericht zijn op professionelen en loketfuncties. Het moet hen gemakkelijk gemaakt worden om informatie te vinden. Dit impliceert hergebruik en integratie van gegevens in de toepassingen van zorgverlener en -instellingen: het woonzorgcentrum zou bvb. per patiënt een overzicht moeten hebben van de voornaamste mantelzorgers van de patiënt, zijn mutualiteit en de voordelen en rechten waarop de zorgvrager beroep kan doen (via bvb. www.rechtenverkenner.be). Aangepaste gebruikersrechten en toegang tot deze gegevens kunnen toegekend worden in functie van de beroepsgroep of type instelling. Zo wordt het voor huisartsen bvb. mogelijk om het rechtstreeks nummer van een specialist op te zoeken, waar de patiënt of familie het afsprakennummer van de specialist te zien krijgt. Hergebruik en integratie enerzijds en gebruikersrechten en toegang anderzijds, maken dat gegevens evolueren: correcties, updates en aanpassingen moeten eenvoudig en elektronisch uitgewisseld kunnen worden met de oorspronkelijke databank.
- De technologie moet ergonomisch ingezet worden. Een oudere moet zonder inspanning en intuïtief tot bij de oplossing gebracht worden. De ouderen dienen dagelijks geconfronteerd te worden met internet en technologie via geheugentraining, skype, aanvragen van een treinabonnement, enz. Op die manier raken ze vertrouwd met nieuwe technologieën die hen toelaten zelf, of met de steun van een mantelzorger, informatie op te zoeken via het internet. Alle gemeenten, bibliotheken, ziekenfondsen en ouderenvoorzieningen kunnen infosessies en lespakketten in hun diensten opnemen of helpen bij de zorgvraag van de patiënt.

Aanbevelingen

- Toegang tot zorg veronderstelt in de eerste plaats een overzichtelijk systeem van informatieverbreiding. Dit kan alleen via een gezamenlijk, geïntegreerd datamodel.

- Informatiekanalen en -instrumenten moeten het juiste referentiekader hanteren, vertrekkend van de zorgvraag.
- Maak het de professionelen gemakkelijk door in te zetten op uitwisseling en maatwerk.
- Hebben ouderen het wel in de vingers? Geef hen de mogelijkheid om zich te bekwamen in het gebruik van nieuwe technologieën en *empower* de oudere.



Els Nolf, Daan Aeyels, Louis Philippe Scholts en Mark Philippart

2 EEN GEÏNTEGREERDE WOONZORG IN BRUSSEL: DE UITDAGING VOOR DE TOEKOMST?

Panelleden

- Joris Van Puyenbroeck, docent en onderzoeker HUB
- Herwig Teugels, directeur Kenniscentrum Woonzorg Brussel
- Greta De Geest, expert Landsbond Onafhankelijk Ziekenfonds en voorzitter BOT
- Gert Van Snick, coördinator Baïta vzw

Moderator: Dominique Verté, professor VUB, departement educatiewetenschappen

2.1 Organiseren van aanbod volgens zorgbehoeftegraad, eerder dan volgens doelgroep.

Inleider: Joris Van Puyenbroeck, docent en onderzoeker HUB

Inleiding

Een opvallende vaststelling in de Brusselse rusthuizen is de aanwezigheid van jongere personen met een handicap of psychiatrische problemen. Dit is het gevolg van een relatief over-aanbod aan rusthuisbedden en een gebrekkige uitbouw van voorzieningen voor volwassenen met een handicap of psychische aandoening. Heel wat mensen met een beperking worden opgenomen in woonzorgcentra. In Vlaanderen zou het gaan om +/- 2000 mensen die worden opgevangen in de woonzorgsector. De vraag is of de huidige structuren voldoende aangepast zijn voor deze doelgroepen. Kan in een hernieuwde visie op woonzorg, met een zorgbehoeftebenadering eerder dan een doelgroep benadering, een beter aangepaste zorg en omkadering worden verleend?

❖ Groeiend draagvlak

Uit onderzoek i.o.v. Vlaams Ministerie Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (WVG) uitgevoerd in 2010, blijkt duidelijk dat er een groeiend draagvlak is bij professionelen uit de sector personen met een handicap voor samenwerking tussen sector van Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (VAZG) en het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH), hoewel men zich ook vragen stelt bij de haalbaarheid. Wel zijn er specifieke beleidsopties die men vanuit de sector ondersteunt:

- Uitwisseling van knowhow is wenselijk en ook haalbaar.
- Leefijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid: de leeftijd mag niet uitmaken of iemand al dan niet ondersteuning krijgt, wel de beperkingen die men ondervindt.

❖ Leren uit praktijk

Naast een groeiend draagvlak is er ook ervaring uit de praktijk die inspelen op de ontschotting:

- Het ZONARproject in Brussel beoogt de outreach van een VAPH-voorziening naar de voorziening uit de ouderenzorg. Concreet gebeurt dit via uitwisseling van kennis en knowhow voor de doelgroep van personen met een handicap (vzw Zonnelied) naar een woonzorgcentrum (Arcus). De doelgroepen zijn mensen met het syndroom van Korsakov - zij vallen tussen sectoren (VAPH, GGZ, VAZG) - en mensen met een lichte of matige verstandelijke beperking (bv. Down Syndroom) die wegens een tekort aan voorzieningen in een rusthuis verblijven. Er is een samenwerking aangaande de organisatie van dagactiviteiten voor gebruikers en vorming voor personeel van het woonzorgcentrum. Uiteraard kent het project zijn beperkingen maar het toont aan dat concrete, kleinschalige en sectoroverschrijdende projecten, uitgaande van de zorgbehoefte mogelijk zijn.

Het is zoeken naar manieren om dit structureel te verankeren. Een beleids optie in de sector van personen met een handicap (PmH) is om bepaalde zorg zoals outreach rechtstreeks toegankelijk te maken in het aanbod van ambulante zorg.

- Een tweede praktijkvoorbeeld is het concept van Diensten Inclusieve Ondersteuning (DIO) van het VAPH. Hier wordt niet gewerkt vanuit het aantal plaatsen in een gespecialiseerde instelling, maar met personeelsinzet en ondersteuning in de eigen leefomgeving, op basis van

zorgbehoefte. Er worden afhankelijk van de beperkingen, verplegers voorzien om in te zetten voor hulp. DIO gaat uit van de eigen woon- en leefkosten en ondersteuning in concentrische cirkels: eerst mantelzorg, vrijwilligers, reguliere zorg en dan pas gespecialiseerde zorg en VAPH-ondersteuning, enkel daar waar nodig. Is een dergelijk concept ook toepasbaar in of complementair aan het woonzorgconcept?

- Een derde praktijkvoorbeeld in ontwikkeling in Brussel, is het project van Ado-Icarus waar de assistentie geboden aan personen met een handicap wordt opengesteld voor ouderen. Dit is een concrete, kleinschalige samenwerking van Nederlandstalige voorzieningen en sectoren in Brussel, waardoor meer mensen bereikt worden met dezelfde middelen.

Ontschotting gaat niet over morgen de sluisen groot openzetten om tot één zorgveld komen. Uit ervaring en studie in de sector zien we dat het gaat om kleine stappen die een nieuw denken in gang zetten. De sector voor PmH is tot nog toe eerder een gesloten sector. Kleine initiatieven kunnen iets in beweging zetten. Het gaat om expertiseuitwisseling en besteding van middelen over sectoren heen, waarbij men niet noodzakelijk de duurste zorgvorm aanbiedt maar wel de meest aangewezen.

Reacties van het panel

- Het is een goede zaak dat vanuit Vlaamse Gemeenschap de visie komt om bepaalde sectoren nauwer tot elkaar te brengen, aangezien eenzelfde persoon tegelijk onder verschillende sectoren kan vallen (bvb. 65-plusser met een handicap). Positief dat ingezet wordt op ontschotting zodat ook ouderen met een functionele beperking beroep kunnen doen op hulpmiddelen vanuit de sector van PmH.
- We moeten wel opletten bij de ontschotting dat dit niet gebeurt via ‘institutenmodel’ waarbij beide doelgroepen worden samengebracht en van het personeel verwacht wordt dat ze deskundig zijn in het omgaan en begeleiding van de beide doelgroepen. Ontschotting kan wel in kleinere woonzorgmodellen en woongemeenschappen waar zowel PmH als ouderen samen wonen.
- Een specifiek grootstadprobleem zijn 40- en 50-ers met Korsakov (dementie door alcohol). Waar moeten deze personen naar toe? Hiervoor is geen aangepaste aanpak of voorziening in Brussel, ook niet aan Franstalige kant. Ze worden noodgedwongen opgenomen in een rusthuis zonder aangepaste omkadering.
- Als we uitgaan van de zorgbehoefte, in hoeverre moet ook het taalaspect meegenomen worden? Kunnen bepaalde voorzieningen niet gemeenschappelijk worden uitgebouwd? Is de verdeling volgens taalgemeenschap altijd relevant indien we uitgaan van zorgbehoefte? Zorg in eigen taal is zeker een belangrijke vereiste, maar in hoeverre kunnen we dit blijven doortrekken? Meer en meer gaat het ook om meertaligheid, naast het Frans en Nederlands. De praktijk leert dat het voor bepaalde specifieke zorgvormen moeilijk is om vanuit de taalgemeenschap een aanbod te organiseren. Moet hier niet gezocht worden naar meer samenwerking en een gezamenlijke, taalafhankelijke aanpak?

Reacties van het publiek

❖ Taalgarantie

- Taal is een communicatiemiddel, dat je niet kan loskoppelen van de zorg. Er rijzen toch vragen bij het pleidooi voor meertalige zorg: is dit wel realistisch? Kan zorg in meerdere talen in de praktijk worden gegarandeerd? In theorie geldt de tweetaligheid van GGC-voorzieningen maar in praktijk wordt de taalgarantie voor Nederlandstaligen door de GGC niet waargemaakt.
- We moeten zoeken naar oplossingen om te werken naar tweetalige zorg. De GGC heeft net die rol om de coördinatie voor de twee taalgemeenschappen te doen. Werk maken van echte tweetalige zorg door meer te investeren in de GGC en zo trachten de tweetaligheid te realiseren.

Conclusie: zorg in eigen taal, in het bijzonder het Nederlands, moet op één of andere manier gegarandeerd worden.

❖ Ontschotting

- Er valt een grote parallel te maken tussen de zorgbehoeften van RVT bewoners (ouderenzorg), nursing (personen met handicap) en Sp-diensten voor chronische aandoeningen (ziekenhuizen). Er zijn echter zeer grote verschillen in het financieringsmechanisme tussen deze sectoren. De vrees is dat ontschotting vooral gevolgen zal hebben op de financiering en kan leiden tot shoppinggedrag en speculering bij initiatiefnemers ('wat brengt mij het meeste op'), met duurdere zorg tot gevolg.
- Met de staatshervorming komen het gehandicaptenbeleid en het ouderenbeleid (nu deels federaal bepaald) volledig naar de Gemeenschappen zodat een meer afgestemd beleid van de Vlaamse Gemeenschap mogelijk wordt.

Conclusie: ontschotting ok, maar bezorgdheid over wetgevend kader.

❖ Terminologie

- De ontschotting vraagt ook om een andere kijk en gebruik van terminologie. We moeten afstappen van de oude terminologie 'rusthuis' dat een bepaalde negatieve emotie opwekt, zowel bij bewoners als buitenstaanders. Zolang we de terminologie blijven hanteren gaat de visie op de woonzorgcentra niet veranderen. In het onderzoeksrapport blijft de term rusthuis opduiken. We moeten consequent kiezen voor de term woonzorgcentrum, waarbij het gaat om een aangepaste en nabije vorm van wonen en zorg.
- Er zijn in Brussel slechts twee Vlaams erkende woonzorgcentra, alle andere 160 voorzieningen zijn rusthuizen en ook de federale overheid hanteert die term. Naast deze reden is er ook een meer inhoudelijke reden om in het onderzoeksrapport de term rusthuis te blijven hanteren: de naamsverandering heeft aan de werking en ingesteldheid van de woonzorgcentra in praktijk niet veel veranderd. Tussen de oude rusthuizen en de nieuwe woonzorgcentra is er weinig verschil. Het veranderen van de terminologie alleen volstaat niet om de visie en werking om te buigen naar een woon- en zorgcentrum in de ware betekenis van het woord.

Aanbevelingen

- Leeftijdsonafhankelijk beleid waarbij ook 65-plussers ondersteuning en hulp van het VAPH kunnen krijgen.
- Ontschotting tussen sectoren: ontwikkelen van innovatieve, kleinschalige intersectorale (woon)zorgvormen en woongemeenschappen met gedeelde zorgomkadering waarbij personen met een handicap en ouderen samenleven.
- Het belang van de taal in de zorg mag niet onderschat worden. Er moet een taalgarantie zijn voor de Nederlandstaligen in Brussel.



Joris Van Puyenbroeck,

Greta de Geest, Gert Van Snick en Dominique Verté

2.2 Wat toepasbaar is in Vlaanderen, is het daarom niet in Brussel: hoe lossen we dit op?

Inleider: Herwig Teugels, directeur Kenniscentrum Woonzorg Brussel

Inleiding

Het Vlaamse Woonzorgdecreet regelt de organisatie van de thuiszorg en de ouderenzorg voor Vlaanderen en Brussel. Het daarbij gehanteerde model is echter compleet verschillend van dat van de twee andere bevoegde Brusselse overheden. De Commission communautaire française (Cocof) en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC) hebben enkel bevoegdheid in het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad, wat maakt dat hun regelgeving specifiek voor Brussel is uitgewerkt. Bij de Vlaamse regelgeving ligt dat anders, die is vooral op Vlaanderen geënt.

De Vlaams erkende diensten en voorzieningen in Brussel vertrekken daardoor vanuit een minder gunstige startpositie. Het is een voortdurende strijd om een plaats in de Brusselse zorgsector te veroveren. Dat vraagt energie, maar daagt eveneens uit tot creatieve oplossingen en het kleuren buiten de lijntjes.

❖ Hop-gedrag

De drie parallelle regelgevingen die in Brussel gelden, hebben als gevolg dat voorzieningen - in tegenstelling tot Vlaanderen - kunnen kiezen met welke overheid ze in zee gaan. Dit heeft ook tot gevolg dat bij opmerkingen of nieuwe normeringen de overstap kan gemaakt worden naar een andere overheid. Er zijn meerdere voorbeelden van Brusselse rusthuizen die een dergelijke overstap hebben gemaakt en met een GGC of Vlaamse erkenning naar respectievelijk Cocof of GGC zijn overgestapt.

Een heikel punt daarbij is het taalbeleid. Voorzieningen die het moeilijk hebben om het nodige Nederlandstalig personeel te vinden en daardoor niet aan de normen kunnen voldoen van de Vlaamse regelgeving, vinden op die manier een uitweg bij een andere overheid.

De vraag die zich hierbij stelt is: wat is de afdwingbaarheid van kwaliteitscontrole? Wat is de zin van een programmatie invulling? We hebben voor de uittekening van de programmatie en het spreidingsplan voor de Vlaamse woonzorgcentra rekening gehouden met de aanwezigheid van bestaande voorzieningen, ook met de GGC-rusthuizen waar de Nederlandskundigheid wordt gegarandeerd. Wanneer dan de overstap gemaakt wordt naar een andere erkenning, wordt dit principe ondermijnd.

Voorstel: Afspraken maken met GGC en Cocof dat, eens gekozen voor een overheid, deze keuze gehandhaafd blijft.

Reactie van het publiek:

- We stellen inderdaad vast dat Vlaamse woonzorgcentra de overstap hebben gedaan naar een erkenning bij Cocof/GGC omdat de normering er minder streng is. We zullen dit fenomeen blijven zien omdat we in Brussel zitten met een sterk gecommercialiseerde sector. Daarom is een gelijkstelling van de normen wenselijk.

❖ Gezinszorg in lastig parket

De Vlaamse gezinszorg heeft het in Brussel moeilijk, enerzijds omdat er vele spelers zijn, anderzijds omwille van het complex regelgevend kader.

De voorzieningen van GGC en Cocof vertrekken vanuit een lokale en/of geïntegreerde werking – resp. binnen het OCMW en de mutualiteiten. Hun erkende diensten sluiten bovendien nauw bij elkaar aan, wat leidt tot onderlinge doorverwijzing en bijna 100% besteding van de uren programmatie, met ook wachtlijsten tot gevolg.

Voor de Vlaamse diensten geldt een heel andere structuur: de woonzorgprogrammatie is enerzijds regionaal bepaald, voor het geheel van de negentien gemeenten en anderzijds werksoortgericht: er geldt voor elke werkvorm een aparte programmatie en erkenning (dienstencentrum, gezinshulp, oppasdienst ...) terwijl al deze werkvormen bij GGC en Cocof vallen binnen eenzelfde geïntegreerde erkenning en structuur. Dit maakt dat het voor de Vlaamse diensten gezinszorg moeilijk is om te komen tot de realisatie van de geprogrammeerde uren gezinszorg. Bij GGC en Cocof gebeurt de doorstroom van de ene naar de andere dienst heel vloeiend.

Hoe kunnen we met onze Vlaamse diensten aansluiting vinden bij de andere twee overheden?

Voorstel:

- Procedures uitwerken waarin de verschillende diensten voor gezinszorg naar elkaar doorverwijzen. Is dit geen taak voor de drie GDT's in Brussel (Vlaams, Franstalig, bicommunautair).
- Mee stappen op de kar van lokale verankering; zowel GGC-diensten aan Cocof-diensten zijn sterk lokaal ingeburgerd; moeten we met de Vlaamse diensten ook niet inzetten op een wijkgerichte benadering. In Gent en Antwerpen wordt vandaag gekeken naar een meer wijkgerichte benadering vanuit een 'grootstadsmodel'.

❖ **Gebruikersbijdrage gezinszorg**

Er is een nieuwe Vlaamse regelgeving op komst die een eenduidig systeem voor betaling van gebruikers voorziet, gekoppeld aan de maximumfactuur. Dit veronderstelt echter dat men aangesloten is bij de Vlaamse zorgkas wat voor veel Nederlandstalige Brusselaars niet het geval is. Zij worden dus de facto uitgesloten van de maximumfactuur en zullen de 'volle pot' moeten betalen voor Vlaamse gezinszorg. De hogere bijdrage zal voor hen niet gecompenseerd worden, terwijl het vaak gaat om financieel kwetsbare mensen.

Hoe kan de Vlaamse gezinszorg opboksen tegen veel lagere uurprijzen thuiszorg bij Cocof en GGC? Indien we hier geen antwoord op vinden, prijst de Vlaamse thuiszorg zichzelf uit de markt.

Voorstel: Uitwerken van een Brusselluik in de financieringsmechanisme van de thuiszorg.

❖ **Relatie wonen – welzijn**

Er werd in juni 2010 een samenwerkingsakkoord wonen-welzijn goedgekeurd door de Vlaamse Regering waarbij wordt ingezet op:

- Aangepast woonaanbod en wooninstrumenten toegankelijk voor welzijnsdoelgroepen.
- Waarborg voor zorgverlening en aanpassing zorginfrastructuur voor deze doelgroepen in de sociale huisvesting (bvb. assistentiewoningen en sociale huisvestingsmaatschappij).

Deze afspraak stopt echter aan de gewestgrenzen. En de Brusselaars?

Al in 2010 werd vanuit het werkveld de suggestie gedaan om een wonen-welzijn-facilitator voor Brussel aan te stellen die de contacten tussen Vlaamse en Brusselse overheden hierover kan faciliteren. De bevoegde kabinetten van Vlaanderen - Welzijn en Brussels Gewest - huisvesting zijn hierover met elkaar in contact gebracht, maar voorlopig zonder verder resultaat.

Voorstel:

- Afspraken met Brusselse gewestregering rond samenwerking wonen-welzijn.
- Inrijpoort tot nieuwe woonzorgmodellen waarbij wonen en welzijn wordt gecombineerd.

❖ **Infrastructuur**

Ook de bouw van welzijnsinfrastructuur zit op het snijpunt van gemeenschaps- en gewestmaterie. Hierover bestaat wel enige synchronisatie in Vlaanderen maar is er in Brussel geen afstemming op vlak van regelgeving betreffende stedenbouw, toegankelijkheidsregels, enz.

Zo moet je als Vlaams bouwinitiatief binnen een jaar na de voorafgaande vergunning een eigendomsbewijs kunnen voorleggen. In Brussel leert de praktijk dat deze termijn veel te kort is en de procedure nooit binnen een jaar kan worden afgerond. De procedure moet helemaal worden heropgestart indien de voorlopige vergunning wordt ingetrokken. Op die manier komen projecten onder druk en raken initiatienemers ontmoedigd.

Voorstel: Afstemming met regelgeving van het Brussels Gewest is noodzakelijk.

❖ **Mogelijke aanbevelingen**

- Werk maken van uitgebreid Brusselluik in het Woonzorgdecreet en/of van grootstadsmodel in het Woonzorgdecreet, samen met andere grootsteden.
- Komen tot overlegde samenwerking tussen de verschillende overheden, ook op lokaal niveau, waarbij de VGC een belangrijke rol speelt. Vraag is: hoe eigenheid behouden? Wie coördineert?

- Naar analogie van de bestaande cultuurbeleidscoördinator: idee van een gemeentelijke 'welzijnsbeleidcoördinator' die in gesprek gaat met lokaal bestuur over opzet en plaats van Vlaamse initiatieven in het lokaal welzijnsaanbod.
- Nadenken over gepoolde middelen vanuit verschillende overheden, waarbij een initiatief uit verschillende subsidiekanalen kan putten, zonder daarbij het eigen (Nederlandstalig) karakter te verliezen.

Reacties van het panel

- We stellen vast dat als we het hebben over woonzorg, het beleidsdomein van welzijn en gezondheid (gemeenschapsniveau) overschreden wordt en er heel sterke raakpunten zijn met gewestmateries. Dit stelt een probleem omdat de gemeenschapsgrenzen van Vlaanderen doorlopen naar Brussel, terwijl de gewestgrenzen stoppen tussen Vlaanderen en Brussel. Dit kan nu niet structureel worden opgelost, maar moet duidelijk op de agenda worden gezet van een volgende staats hervorming.
- Een rode draad die we beluisteren is dat veel gebeurt op een aanbodgestuurde manier, vanuit de institutionele complexe realiteit waarbij elke overheid een eigen aanbod en logica hanteert. We stellen vast dat dit aanbod soms ondergebruikt wordt omdat het te duur is, dat mensen ver moeten gaan zoeken voor een oplossing in het Nederlands. Maar ook dat dat mensen noodgedwongen beroep op een aanbod, ook al komt dit niet tegemoet aan hun taalverwachting omdat dit is beschikbaar, nabij, gekend of betaalbaar is. Moeten we niet evolueren naar een vraaggestuurde manier van werken, waarbij overheden verplicht worden om samen te werken en een multidisciplinair, meertalig aanbod zodanig verzekerd wordt. Een wijkgerichte werking of een grootstadsmodel betekent een geïntegreerde aanpak, een samenwerking van verschillende aanbieders die elkaars tekorten of overschotten moeten aanvullen.
- Het is vooral belangrijk dat continuïteit in de zorg wordt aangeboden vanuit het belang en perspectief van de gebruiker. Er zijn in de sector van personen met een handicap methodieken voorgesteld die inspelen op dit vraaggestuurde en de zorgcontinuïteit. Een voorbeeld in Brussel is het project 'Bruggenbouwer' waar men mensen met een beperking die opgevangen worden in de thuislozenzorg tracht te benaderen en ondersteunen.

Reacties van het publiek

- Veel van wat zich ontwikkelt in Brussel komt vanuit een vraag. Als de Vlaamse Gemeenschap samen met het werkveld initiatieven ontwikkelt, is het omdat er een vraag is en tekorten zijn. De programmatie is een manier om op de bestaande vraag een antwoord te bieden. De stelling dat er vooral een aanbodgestuurde invulling is, is niet helemaal juist. Het is belangrijk dat er samenwerking en menselijk contact komt over voorzieningen- en overheids grenzen, evenals binnen het bestaand regelgevend kader.
- De niet invulling van de Vlaamse thuiszorg en het feit dat niet wordt doorverwezen vanuit GGC en Cocof heeft ook te maken met de sterke Vlaamse profilering van deze diensten. Indien ze zich meer zouden profileren als meertalige diensten, zou er een veel vlottere doorverwijzing zijn en het urencontingent wel ingevuld. Dit veronderstelt echter dat de Vlaamse overheid effectief uitgaat van de afspraak uit het regeerakkoord waarbij ze bevoegd/verantwoordelijk is voor 30% van de Brusselse bevolking en niet enkel redeneert vanuit het Nederlandstalig cliënteel.
- Een wijkgericht werking en grootstadsmodel vragen een geïntegreerde aanpak van verschillende aanbieders die nu naast elkaar werken.
- Cocof en GGC maken al onderling afspraken over prijzenbeleid. De Vlaamse Gemeenschap is welkom om mee rond de tafel te zitten.
- De boedelscheiding s op federaal vlak nog niet bezig. Bij een scheiding is het heel moeilijk om afspraken te maken zonder compromissen. We moeten vanuit Vlaanderen zelf aan introspectie durven doen en de vraag stellen of we bereid zijn om de brug te maken en compromissen te sluiten.
- Vlaanderen moet mee in het overleg stappen waarbij de GGC een coördinerende rol kan opnemen, met respect voor de talen en eigenheid en de band tussen VGC en Vlaanderen. Indien Vlaanderen niet aanwezig is op het overleg van de GGC, blijft het in de GGC een

uitsluitend Franstalige aangelegenheid. Zowel op politiek vlak als op vlak van terreinwerk moet dit overleg kans gegeven worden. Dit vraagt tijd, middelen en energie.

- Er is meer overleg en afstemming nodig met Cocof en GGC maar de sterke banden van VGC met Vlaanderen moet wel behouden worden.
- Kwaliteit van de zorg moet de drijfveer zijn, door wie die ook wordt verleend. Een belangrijk aspect in Brussel is het cultuursensitieve. De zorgverlening wordt steeds complexer, we worden verplicht om samen te werken. Iedereen werkt vanuit zijn eigen cultuur, maar moet gevoelig zijn voor de andere culturen. We moeten ons aanpassen aan de situatie waarbij een groot deel van de bevolking (45%) geen Belgische wortels heeft.
- Als je vandaag wil realiseren wat gevraagd wordt dan is dit momenteel niet mogelijk: Vlaanderen kan geen woonzorgprojecten realiseren, met bijvoorbeeld aangepaste woningen voor zorgbehoevenden, omdat het vertrekpunt van het concept fundamenteel een woonbeleid is. Dit is gewestmaterie waarover Vlaanderen in Brussel geen enkele bevoegdheid heeft. Er zijn woonzorgprojecten gestart uitgaande van waar Nederlandstalige ouderen wonen maar in de praktijk kunnen dit nooit Vlaamse woonzorgprojecten worden. Er is enkel een aanpak vanuit het Gewest en GGC mogelijk maar daar bestaat nu geen politiek draagvlak voor.

We kunnen wel wensen dat het prijzenbeleid wordt afgestemd en dat Brusselaars niet worden benadeeld ten aanzien van Vlamingen, maar de realiteit is dat elke staatsvorming zal leiden tot een groeiend onderscheid tussen Vlaanderen en Brussel. Voorbeeld hiervan is de kinderbijslag die voor Brussel naar de GGC zal gaan, met een verschil tussen de kinderbijslag aan Vlaamse kinderen en Nederlandstalige Brusselse kinderen als gevolg.

We moeten vertrekken vanuit de realiteit en bekijken wie in een Vlaams/VGC beleid een rol kan spelen. We mogen niet de illusie wekken dat we de instrumenten in handen hebben om effectief de regie te voeren van een woonzorgproject, laat staan van een woonzorgbeleid.

Finale aanbeveling

Pleidooi voor een *geconcentreerd* beleid waarbij de verschillende overheden met elkaar in overleg gaan om essentiële zaken naar elkaar te laten convergeren. Geen pleidooi voor integratie, wel voor overleg.



2.3 De Vlaamse overheid vaart best een eigen koers in Brussel

Inleider: Greta De Geest, expert Landsbond Onafhankelijk Ziekenfonds en voorzitter BOT

Inleiding

❖ Institutionele context

De Vlaamse overheid ontwikkelt in Brussel een woonzorgbeleid dat geënt is op een eigen visie, prioriteiten en dynamiek, uitgaande van de 30% norm. Op die manier neemt de Vlaamse overheid volop haar verantwoordelijkheid in Brussel en kan ze eigen accenten leggen en beleid voeren t.b.v. de Vlaamse gemeenschap in Brussel.

In Brussel voeren de verschillende Gemeenschappen een eigen koers. Daardoor wordt echter uit het oog verloren wat de effecten van de toepassing van die regelgevingen kunnen zijn: zo zorgt de programmering er voor een heel versnipperde aanwezigheid, functioneren de werkvormen naast elkaar, is er ongelijke verdeling van het aanbod en weinig efficiënte inzet van zorgpersoneel in de thuiszorg.

We stellen vast dat ouderen vaak op wat ze kennen en voorhanden is beroep doen en zich niet noodzakelijk bewust richten tot een Vlaamse voorziening.

Het Vlaamse aanbod heeft het moeilijk om zich kenbaar te maken en te profileren. Bovendien moet het concurreren met het meer toegankelijke en lokaal verankerde aanbod van de andere Gemeenschappen. De lokale dienstencentra vormen hierop een uitzondering.

❖ Gevarieerd aanbod is een troef

De staatshervormingen van de jaren tachtig en negentig hebben geleid tot een opdeling van België in Gewesten en Gemeenschappen, waarbij het Gewest vertrekt vanuit een territoriale logica en de Gemeenschappen van een persoonsgebonden logica vanuit het taalgegeven. De bevoegdheden welzijn en gezondheid, werden toegewezen aan de Gemeenschappen.

In Brussel heeft men dit systeem niet kunnen doortrekken en is de taalgebondenheid en regelgeving van de Gemeenschappen gekoppeld aan instellingen en niet aan individuen. Er zijn drie taalgemeenschappen die elke hun eigen erkenning, regelgeving en voorzieningen hebben: de Vlaamse, de Franstalige (Cocof) en de bicommunautaire (GGC). Dit betekent dat een Brusselaar kan kiezen tussen het aanbod van drie instanties.

Voorstel: Brussel heeft een gevarieerd aanbod. Dit is een troef die behouden moet blijven.

❖ Vlaanderen als pionier

De Vlaamse Gemeenschap speelt sinds jaren de pionier van dienstverlening omdat ze meer financiële middelen hebben. Vroeger werd dit met enige afgunst bekeken, maar nu trachten de andere Gemeenschappen hun voorbeeld te volgen. Voor de federale regelgeving heeft Vlaanderen een grote rol gespeeld: De dagverzorgingscentra bestonden al op Vlaams niveau vooraleer ze op federaal niveau erkend werden. Ook de vroegere SIT (samenwerkingsinitiatieven thuiszorg), nu SEL (samenwerkingsinitiatieven eerste lijn) zijn eerst erkend door Vlaanderen en later, onder de noemer GDT (geïntegreerde diensten thuiszorg) ook federaal.

Ook op andere domeinen is Vlaanderen pionier. We denken aan de zorgverzekering waar de Vlaamse Gemeenschap voor de Vlamingen een verplichte aansluiting oplegt. Dit kan echter niet worden opgelegd in Brussel omdat dit juridisch een ander territorium is. Vlaanderen heeft in Brussel mensen de keuze gelaten om toe te treden tot de Vlaamse Gemeenschap via een vrijwillige aansluiting. Het gevolg hiervan is dat de Brusselaar die niet is aangesloten, er in de toekomst geen beroep op zal kunnen doen en de hieraan verbonden voordelen zoals de maximumfactuur thuiszorg of kindpremie, zal mislopen.

De voorbeeldfunctie van Vlaanderen is er altijd geweest. Wel zien we dat de grote verschillen tussen de normeringen steeds meer aan het afvlakken zijn. Het verschil is nu veel kleiner dan vroeger. De pioniersfunctie zorgde ervoor dat ook de andere Gemeenschappen striktere normen gingen invoegen na Vlaanderen.

Voorstel: De Vlaamse Gemeenschap moet ook in Brussel zijn voorbeeldfunctie verderzetten.

❖ Keuzevrijheid waarborgen

Voor de Vlaamse Brusselaar of de Brusselse Vlaming is taal meestal geen probleem of doorslaggevend argument in de keuze van dienstverlening. Hij kiest uit het beschikbare aanbod in functie van beschikbaarheid, bekendheid en betaalbaarheid. Als er dringend hulp nodig is, zal eerder gekeken worden naar wat dichtbij is, wie snel hulp kan bieden en wat wordt aangeraden door burens of familie. Is de zorg minder dringend bvb wanneer het gaat om een geplande opname, dan zal het taalaspect zwaarder doorwegen en wordt meer gekeken naar Vlaamse instellingen.

Voorstel: We hebben veel keuzemogelijkheden en die moeten we ook voor de ‘Brusselse Vlaming’ behouden.

❖ Gestructureerd overleg

Verschillende overheden hebben een aanbod in Brussel. Dat is in de voorgaande uiteenzettingen al uitvoering aan bod gekomen en: er is in Brussel overleg nodig. Er zijn vanuit het federale gezondheidsbeleid al regelmatige interministeriële conferenties volksgezondheid met de Gemeenschappen. Het overleg tussen de Gemeenschappen moet op een gestructureerde manier in gang worden gezet om tot afspraken te komen aangaande het prijzenbeleid, de lokale spreiding, kwaliteit, toegankelijkheid, enz.

Voorstel: Een driemaandelijkse interministeriële conferentie tussen de ministers van gezondheid en welzijn in Brussel.

❖ Informatie

Er is een probleem met de bekendmaking van het Vlaamse aanbod in Brussel. Dit heeft grotendeels te maken met het feit dat mensen pas ontvankelijk zijn voor informatie op het moment dat ze die nodig hebben. Zolang dit niet het geval is, zal men de informatie niet lezen of onthouden. Pas als je hulp zoekt, heb je ook nood aan de informatie. Als het dringend is zal men zich wenden tot de omgeving. De instantie waartoe men zich wendt zou wel goed op de hoogte moeten zijn van het Vlaamse aanbod en een Nederlandstalige moeten kunnen doorverwijzen naar Nederlandstalige dienstverlening.

Voorstel: De eerste zorg- of dienstverstrekkers die tussenkomt motiveren om door te verwijzen naar het Vlaamse aanbod. Het aanbod bekendmaken is een blijvende opdracht van de Vlaamse dienstverleningsorganisaties.

❖ De staatshervorming

De zesde staatshervorming zal heel veel gevolgen hebben voor Brussel. We hopen dat alle betrokken instanties dit doen in het belang van en rekening houdend met de Brusselaar.

Voorstel: Brussel niet vergeten bij de staatshervorming.

Reacties van het panel

- Wat opvalt, is dat vaak vertrokken wordt vanuit grotere structuren. Naar analogie met de ontwikkelingen in de Vlaamse gehandicaptensector, is de ervaring dat de grote kentering er pas komt op het moment dat men de zorggebruiker centraal stelt en vertrekt vanuit de zorgbehoefte en wensen. Staatshervormingen, structuren, instellingen en, politiek zijn hier allemaal voor nodig maar de zorgvraag moet centraal staan en het aanvoelen is dat dit niet noodzakelijk gelinkt is aan taal: taal is niet voor iedereen even belangrijk.
- De keuzevrijheid die hier aan bod kwam ging voornamelijk over de keuzevrijheid tussen voorzieningen van verschillende overheden. Wat deze term eveneens oproept, is de vraag hoe ver men gaat in de keuzevrijheid. Kiest men voor het zorgsysteem of gaat het om de keuzevrijheid van zorgverstrekkers? In de thuiszorg geldt momenteel een keuzevrijheid op niveau van de zorgverstrekkers, wat de complexiteit en moeilijke beheersbaarheid van het systeem vergroot. Toch hoeft dit niet noodzakelijk zo te zijn, denken we bijvoorbeeld aan een ziekenhuis, waar het duidelijk gaat om de keuze voor een zorgsysteem: je kiest het ziekenhuis en de geneesheer-specialist, maar niet de anesthesist of verpleger. Waarom moet dit in de thuiszorg wel zo zijn? We zouden bijvoorbeeld vanuit een wijkgezondheidscentrum kunnen werken met een thuiszorgsysteem voor een wijk waarbij je kan aansluiten, zonder daarbij verder te kunnen bepalen welke zorgverstrekkers (verpleger, kinesist, ...) bij jou over de vloer komt. Is keuzevrijheid op het niveau van het systeem ook hier mogelijk? Op die manier kunnen

er grootstedelijke organisatiemodellen worden uitgewerkt die beter tegemoet komen aan de vraag naar efficiëntie en nabijheid van de zorg.

- De Franstaligen hebben nu al een sterk geïntegreerd systeem via één toegangsdeur waarbij je instapt in een zorgsysteem. Het organiseren van het aanbod in multidisciplinaire zorgsystemen zal leiden tot een herpositionering van de markt waarbij sommige diensten weggeconcentreerd raken en andere er sterker uitkomen. Daarbinnen is het niet evident om de taalgarantie en de plaats van het Nederlands te handhaven. De vraag is ook in hoeverre daar effectief vraag naar is, hoeveel Brusselaars er echt op staan om zorgen in het Nederlands te krijgen. Uitgaan van keuzevrijheid, concurrentie en de vraag van de gebruiker zouden op dat vlak vergaande gevolgen kunnen hebben.

Reacties van het publiek

- Mensen gaan naar de instellingen en zorgverstrekkers die ze kennen of waar ze vertrouwd mee zijn. Er wordt niet expliciet gekozen voor een universitair of openbaar ziekenhuis of een wijkgezondheidscentrum, maar mensen komen er terecht op basis van reputatie en competenties. In die zin zouden wijkgezondheidscentra beter huizen van vertrouwen voor gezondheid genoemd worden.
- Ook al bouwt de Vlaamse overheid een eigen zorgcircuit uit, dit zal nooit volstaan om zorg in eigen taal te organiseren en de taalkennis bij alle werknemers te garanderen. Samenwerking met voorzieningen en instellingen van de andere Gemeenschappen is belangrijk.
- In de aanwervingspolitiek van ons woonzorgcentrum wordt sterk rekening gehouden met taal en diversiteit, ook al is die diversiteit nog niet aanwezig onder de bewoners. Twee derde van de personeelsleden is van allochtone herkomst. Ze kunnen de bewoners kunnen bijstaan in het Nederlands en indien nodig in het Frans of vanuit hun eigen cultuur. Het aanwervingsbeleid moet rekening houden met de diversiteit aan talen en culturen. Er is een groot potentieel aan allochtone, meertalige jongeren in het Brussels Nederlandstalig onderwijs.

Finale aanbeveling

We moeten durven nadenken over de grenzen van de keuzevrijheid.

2.4 Woonzorg begint met goed wonen in een aangename omgeving

Inleider: Gert Van Snick, coördinator Baïta vzw

Inleiding

❖ Samenhang wonen - welzijn

Baïta is in essentie bezig met huisvesting en tewerkstelling van specifieke kansengroepen. De activiteiten die Baïta ontwikkelt komen heel snel op het snijpunt van wonen en welzijn. Er gaat steeds meer aandacht naar het aanbieden van aangepaste woningen en diensten voor ouderen o.a. in samenwerking met het Kenniscentrum Woonzorg Brussel.

Het feit dat de Vlaamse Gemeenschap in Brussel niet bevoegd is voor het woonbeleid mag niet tot gevolg hebben dat het woonaspect uit het woonzorgbeleid gehaald wordt. In Vlaanderen is deze structurele dialoog tot stand gebracht. Indien de Vlaamse Gemeenschap het meent met het woonzorgbeleid in Brussel, moet een dergelijke dialoog ook met het Brussels Gewest dringend op gang worden gebracht.

De bevoegdheid voor huisvesting en openbare werken zit voornamelijk bij het Gewest en in mindere mate bij de gemeenten. Indien we woonzorg zien als 'het zolang mogelijk toelaten om zelfstandig te blijven wonen en de nodige zorg te krijgen', duidt dit uitgesproken op de samenhang tussen beide beleidsdomeinen. De eerste vereiste is dat de woning en de woonomgeving zijn aangepast aan de behoeften van de bewoner. Is dit niet het geval, dan worden deze mensen verplicht naar een andere woonsituatie te zoeken. Hierdoor komen heel wat mensen terecht in een woonzorgcentrum of rusthuis terwijl dat niet hoeft.

❖ **Aandacht voor levensloopbestendig wonen**

Als we er voor willen zorgen dat mensen met zorgbehoeften thuis kunnen blijven wonen, moet er aandacht gaan naar het levensloopbestendig wonen. De woningen moeten zodanig aangepast/aanpasbaar zijn, dat huishoudens daar er veilig en comfortabel kunnen blijven wonen, rekening houdend met de evolutie i.f.v. leeftijd en handicap.

In theorie zijn levensloopbestendige woningen heel aantrekkelijk voor jonge gezinnen omdat dit zekerheid geeft over het maximaal genot van de woning. De behoeften op korte termijn staan deze langetermijnvisie echter in de weg. Daarom zou de overheid meer aandacht moeten hebben voor levensloopbestendig wonen. De Brusselse overheid heeft voldoende ervaring met renovatie en normering en moet dit ook op dit domein toepassen. Aangepast wonen voor ouderen en personen met een handicap is echter geen issue in het gewestelijk woonbeleid, de focus ligt er bijna uitsluitend op ecologie en oppervlakenormen. Aanpasbaarheid van de woning wordt genegeerd, terwijl het valt onder het bevoegdheidsdomein. Met kleine aanpassingen en ingrepen kunnen belangrijke zaken veranderen.

Wanneer aanpassing van de woning niet mogelijk is, moeten mensen geholpen en aangemoedigd worden om te verhuizen naar een aangepaste woning, door het aanbieden van een verhuisdienst en begeleiding via sociale economie-projecten.

❖ **Aangepaste woonomgeving**

Wat de woonomgeving betreft, zijn vanuit het gewestelijk beleid veel zaken mogelijk die het langer thuis wonen kunnen ondersteunen. Denk aan veiligheid, mobiliteit, netheid, parkeerbeleid, toegankelijkheid en bereikbaarheid van voorzieningen. De bestaande bevoegdheden kunnen ook zonder staathervorming heel wat realiseren.

Ook de Gemeenschappen kunnen een rol spelen, via dienstverlening en, sociale begeleiding. Zo moet het gebruik van de publieke ruimte beheerd en sociaal ondersteund worden. Verschillende leeftijdsgroepen – kinderen, jongeren en ouderen - hebben uiteenlopende wensen en behoeften. Om spanningen en conflicten te vermijden of op te lossen is sociale bemiddeling nodig.

❖ **Voorstellen**

- Aanpasbaarheid van de woningen en creatie van levensloopbestendige woningen als thema opnemen in het gewestelijk huisvestingsbeleid.
- Aanpassing en soepele invulling van de stedenbouwkundige normen.
- Voorbeeld: de eerste kamer in een Brussels appartement moet min. 14m² groot zijn, maar voor de badkamer zijn er geen criteria. Een te kleine badkamer kan voor een oudere problematisch worden. De overheid zou kunnen stellen dat een kleinere slaapkamer gecompenseerd mag worden met een grotere badkamer.
- Er moet meer nadruk gelegd worden op het stimuleren van nieuwe vormen van collectiviteit: ook vanuit particulier initiatief moeten collectieve woonformules mogelijk gemaakt worden.
- Betere matching tussen aanbod van publieke huisvesting en vraag naar aangepaste woningen. Er zijn veel huurders in Brussel, vooral sociale huurders. Er is een groot gebrek aan mobiliteit van bewoners in sociale huisvesting. Het huisvestingsbeleid ontmoedigt de verhuis naar een andere - meer aangepaste- woning in de sociale huisvesting. Vaak is de huur van het nieuwe appartement duurder, waardoor ouderen in een te grote en slecht gerenoveerde woning blijven wonen.
- Ondersteuning vanuit de Gemeenschappen van dienstverlenende activiteiten in sociale economie: veel lokale organisaties staan klaar om woningaanpassingen en technische ingrepen te doen bij financieel kwetsbare ouderen, maar dit kan alleen met steun van de Gemeenschappen omdat dit financieel niet rendabel is. Het Gewest speelt hierin zijn rol door de financiering van de personeelsomkadering. Met steun van de Gemeenschappen kan ook de dienstverlening zelf ten aanzien van de ouderen betoelaagd worden.
- Aanmoedigen van verhuis naar aangepaste huisvesting door hulpmiddelen aan te reiken die de verhuis makkelijker te maken, bvb. een verhuisdienst in sociale economie.

Besluit: Iedere overheid kan de eigen competenties inzetten en via kleine ingrepen bijdragen tot aangepast wonen en een levensloopbestendige woonomgeving.

Reactie van het publiek

- Er is niet alleen een medische maar ook een financiële en sociale kwetsbaarheid bij ouderen. Armoede bij Brusselse ouderen is een reëel probleem. Voor vele ouderen is het basiscomfort in de woning al geen evidentie, laat staan een aangepaste, levensloopbestendige woning. De aandacht voor kwetsbare ouderen moet in elk woonzorgconcept en –project meegenomen worden. Niet enkel in de rijkere buurten moeten initiatieven ontwikkeld worden. In kansarme buurten waar buurtgerichtheid en nabijheid des te belangrijker is, moet de overheid aandacht besteden en ruimte en middelen voorzien om dingen te realiseren. Maatwerk waarbij wordt uitgegaan van zorgbehoefte en aandacht voor maatschappelijk kwetsbare ouderen impliceert wijkwerk.

2.5 Slotconclusies panel 2

Geen pleidooi voor integratie maar OVERLEG op alle niveaus, geen geïntegreerde woonzorg maar een GECONCERTEEERDE woonzorg:

Aandachtspunten en aanbevelingen die algemeen worden onderschreven:

- Pleidooi voor overleg tussen de intramurale ouderenzorg en thuiszorg.
- Pleidooi voor overleg tussen sectoren van ouderenzorg en personen met een handicap, met het oog op samenwerking en kennisuitwisseling.
- Aandacht voor een vraaggestuurde aanpak.
- Inzetten op leeftijdsonafhankelijke zorg en hulpmiddelenbeleid.
- Overleg tussen verschillende overheden.
- Invoeren van een Brusselluik in de Vlaamse regelgeving:
 - o Koppeling zorg en wonen;
 - o Cultuursensitieve zorg;
 - o Taalgarantie in de zorg.
- Veelheid aan aanbod en keuzevrijheid is een troef, maar gaat het om keuzevrijheid van zorgsysteem of vrije keuze van zorgverstrekker?
- Aandacht voor kleinschalige initiatieven op wijkniveau en wijkgericht maatwerk met plaats voor ouderen in armoede (grootstadsmodel).

Kortom: Pleidooi voor levensloopbestendig en leeftijdsonafhankelijk woonzorg, en dit in overleg met verschillende overheden, diensten en sectoren.

3 NAAR WELK MODEL VAN ZORGORGANISATIE?

Panelleden

- Els Pauwels, coördinator Brusselse Ondersteuning Dienstencentra, BWR
- Stefan Van Eeckhout, directeur zorgstrategie, innovatie en kwaliteit Zorgbedrijf Antwerpen
- Linda Struelens, coördinator EVA vzw
- Marc Glorieux, gezondheidsexpert – thuisverpleging

Moderator: Dirk Luyten, beleidsadviseur lokaal woonbeleid en lokaal sociaal beleid (www.studiobeleid.be) en gastdocent aan het Hoger instituut voor Gezinswetenschappen (HIG-HUB).

Algemene inleiding

Met fragmentering wordt verwezen naar het feit dat een zorgzoekende zich voor verschillende soorten problemen tot verschillende instanties moet wenden.

Het probleem van versnippering van het zorgaanbod hangt daarmee samen: het verwijst naar de veelheid van soorten diensten en voorzieningen die voor een zorgzoekende onoverzichtelijk dreigen te worden.

Niet-aanspreekbaarheid heeft betrekking op de onmogelijkheden van participatie en gehoor vinden voor klachten.

In grootsteden wordt een aantal van deze uitdagingen nog complexer omwille van de toename van het aantal voorzieningen. In Brussel krijgt men bovendien nog eens de ingewikkelde bevoegdheidsstructuur, elk met een eigen regelgeving, programmatie en financiering, de taalproblematiek en de toenemende diversiteit (vergroening, vergrijzing, verkleuring, dualisering).

Voor de woonzorg in Brussel stelt zich een groot probleem van zorgorganisatie.



3.1 Het aanbod is in Brussel zo versnipperd dat je door het bos de bomen niet meer kan zien

Inleider: Els Pauwels, coördinator Brusselse Ondersteuning Dienstencentra, BWR

Inleiding

Het blijft een weerkerende vaststelling: het Brussel zorglandschap is complex en versnipperd, zorggebruikers zijn onvoldoende op de hoogte van het zorgaanbod en het zorgsysteem en zorgverleners kennen elkaars werking niet.

De complexiteit en versnippering van het Brussels zorglandschap wordt geïllustreerd aan de hand van gegevens uit de Vlaamse Sociale Kaart, die de Vlaamse en tweetalige diensten uit Vlaanderen en Brussel verzamelt (www.soka.be) en de Brusselse gegevensbank Sociaal Brussel Online met alle Brusselse zorgvoorzieningen (www.sociaalbrussel.irisnet.be).

Enkele vaststellingen:

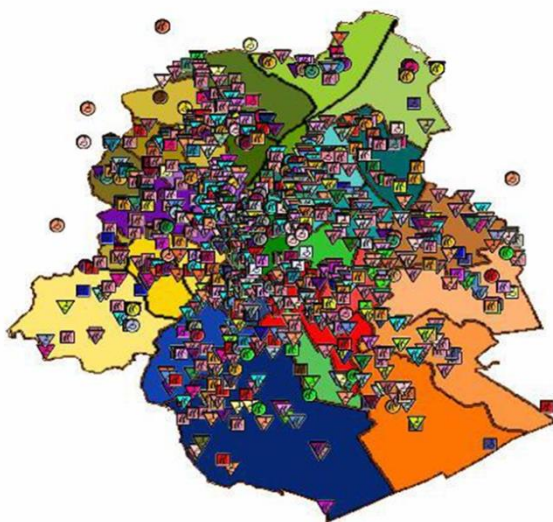
❖ Divers en versnipperd aanbod

Heel Vlaanderen en Brussel telt meer dan 7800 Vlaamse of tweetalige diensten, organisaties en voorzieningen actief op het domein van ouderenzorg, thuiszorg en hulp aan personen met een handicap.

In Brussel alleen zijn bijna 450 voorzieningen voor ouderen, personen met een handicap of thuiszorgdiensten, georganiseerd of erkend door de Gemeenschappelijke Gemeenschapcommissie (GGC), Franstalige Gemeenschapscommissie (Cocof) of Vlaamse Gemeenschap (VG).

Het merendeel van de voorzieningen behoren tot de GGC of Cocof. Slechts een klein aandeel voorzieningen zijn erkend door de Vlaamse Gemeenschap. Deze Vlaamse diensten zijn vaak regionaal aangestuurd en geprogrammeerd en ongelijk uitgebouwd en verspreid. Dit alles draagt bij tot een slechte bekendheid en een moeilijke doorverwijzing.

Voorzieningen GGC+Cocof+VG



Vlaamse voorzieningen



❖ Parallele zorgsystemen

In Brussel functioneren drie parallelle zorgsystemen naast elkaar, met elk een eigen regelgeving en aanbod:

- Vlaamse Gemeenschap: woonzorgdecreet 13/3/2009;
- Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC): ordonnantie 7/11/2002 en 24/4/2008;
- Franstalige Gemeenschapscommissie (Cocof): decreet 5/3/2009 en 22/3/2007, besluit 4/6/2009.

De tabel hieronder geeft de belangrijkste verschilpunten aan tussen het zorgsysteem van de Vlaamse Gemeenschap en deze van de GGC en Cocof, dat onderling sterkere gelijkenissen vertoont:

	Vlaamse Gemeenschap	GGC en Cocof
Zorgvormen en zorgstructuur	- Lokale dienstencentra, gezinszorg, logistieke hulp, thuisverpleging, oppashulp, gastopvang, herstelverblijf enz.: allemaal aparte werksoorten en erkenningen	- Geen LDC - Geen aparte werksoorten - Geïntegreerde zorgstructuren - Minder organisaties - Gelijklopend tussen GGC en Cocof
Programmatie	- Basis = demografie + sociologie - Regionale programmatie	- Relatief lagere cijfers - Bevroren sinds 2005 - I.f.v. beschikbare middelen - Geen herziening i.f.v. demografie
Normen: voorbeeld aantal bedden in rusthuis/kamer	- Tot 1/1/2014: max 4 - Vanaf 1/1/2014: max 2	- GGC: tot 1/1/2015: max 3 - Vanaf 1/1/2015: max 2 - Cocof: max 2
Gebruikersbijdrage: voorbeeld zelfde casus	- € 5,04 per uur	- GGC: € 4,12 per uur - Cocof: € 1,96 per uur
Doorverwijzing	- Steeds andere dienst => meer haperingen	- Lokale inbedding - Geïntegreerde dienst - Meer afgestemd op elkaar - => vlottere doorstroom
	Over Gemeenschappen heen: gebrek aan kennis en informatie, geen afstemming en coördinatie, dus weinig zorggarantie	

De Vlaamse voorzieningen zijn heel divers, erkend en georganiseerd per werksoort en vaak zuil gebonden. Sommigen werken lokaal, anderen regionaal. Elke voorziening heeft zijn eigen inrijpoort en voorwaarden. Voorzieningen kunnen doorverwijzen, maar per zorgvorm moet worden aangeklopt bij een andere organisatie, met telkens een nieuwe intakeprocedure tot gevolg.

❖ Grootstedelijke context

Het Vlaamse zorgaanbod is zodoende een relatief bescheiden speler die zich moet positioneren in een grootstedelijke context met:

- 1.119.088 inwoners, 161 km²;
- 118 woonwijken;
- Zeer intens verkeer, veel toegangswegen en aantrek van buiten Brussel; 335.000 pendelaars;
- Grote diversiteit: 28% vreemdelingen, 68% Brusselaars van vreemde origine;
- Versnipperde bevoegdheden op vlak van wonen en welzijn;
- 19 gemeenten en OCMW's;
- 3 Gemeenschappen (VG/VGC, Cocof en GGC);
- 1 Gewest.

❖ Rol van onthaalpunten en doorverwijzers

De complexiteit vertaalt zich ook in de sociale kaart waar het gebrek aan een gemeenschappelijke terminologie, referentiekader en structuur, de structurering van gegevens en de zoektocht bemoeilijkt.

De lokale dienstencentra hebben een belangrijke rol als onthaal en informatieverlening voor ouderen. Als 'onthaalpunt' worden ze geacht ouderen en zorgbehoevenden te kunnen informeren over en doorverwijzen naar het gepaste aanbod. Brussel telt momenteel achttien lokale dienstencentra, gespreid over 12 gemeenten. Op 7 plaatsen wordt bovendien een zorgknooppunt overleg georganiseerd, een uitwisselingsplatform voor basiswerkers uit de welzijns- en gezondheidssector. Het is echter heel moeilijk om vanuit een lokale, kleine organisatie het overzicht te krijgen en wegwijs te raken in het complex gestructureerde aanbod.

❖ Besluit

Zolang verschillende parallelle systemen en organisaties naast elkaar blijven bestaan, zal het zorgaanbod in Brussel een doolhof blijven waarvan niemand het overzicht behoudt. Als er geen werk wordt gemaakt van afstemming op macroniveau, heeft het zoeken naar systemen van informatiedoorstroming en afstemming op microniveau weinig zin.

Er is veel wil tot samenwerking op het terrein, dit moet doorgezet worden op de hogere echelons en structuren.

Wil men op wijkniveau werken aan woonzorg, dan moet men een gezamenlijke invalshoek hebben en niet naast elkaar een aanbod ontwikkelen. Werken in de wijk op microniveau- veronderstelt afstemming op regionaal macro niveau.

Reacties van panel en publiek

- Het valt te betwijfelen of er politieke bereidheid is tot samenwerken. De wil die op het terrein bestaat, trekt zich niet door op het politieke niveau. De Vlaamse voorzieningen in Brussel kampen met een negatieve connotatie.
- Er is een maatschappelijke trend om *bottom-up* te werken. De bereidheid op het terrein is een sterkte en kan leiden tot een meer vraaggestuurde aanpak. Het is weliswaar een weg van lange adem maar we moeten er voor blijven gaan.
- We kunnen inspiratie halen uit het buitenland, zoals bvb. Denemarken. Lokale besturen hebben er heel grote verantwoordelijkheden om een effectief beleid te ontwikkelen, dicht bij de burger en bewoners.
- Blijft de vraag hoe men de problematische zorgorganisatie in Brussel kan verbeteren. Een antwoord hierop kan een meer wijkgerichte aanpak zijn. Door het zorgaanbod wijkgericht te organiseren kan men het formele en professionele zorgaanbod optimaliseren. Een wijkgerichte benadering biedt ook meer kansen aan informele zorg.



3.2 Evolueren en streven naar maatschappelijk verantwoorde zorgorganisatie in Brussel

Inleider: Stefan Van Eeckhout, directeur zorgstrategie, innovatie en kwaliteit Zorgbedrijf Antwerpen

Situering

We moeten werk maken van een betere zichtbaarheid van de zorg. Ouderen moeten het geruststellend gevoel krijgen dat er hulp beschikbaar is op het moment dat het nodig is. Een aanwezigheid in het straatbeeld, een actieve kennis en doorverwijzing tussen verschillende actoren in de zorg is daarvoor cruciaal. Bewoners en zorgverstrekkers moeten elkaar kennen en ondersteunen. Dit kan door te werken in een sterk wijkgericht netwerk. Door voordelen van werken in wijkteams en een lokaal werkgebied zijn veelvuldig: er kan efficiënter en gericht gewerkt worden, zorgverleners kunnen meer omkaderd of geruggesteund worden, ze hebben een betere kijk op de leefsituatie en woonomgeving, de verplaatsingen tussen verschillende cliënten verlopen makkelijker en sneller. Dit veronderstelt een solidaire samenwerking en taakafstemming tussen voorzieningen en vergt een andere kijk op de keuzevrijheid van de patiënt.

Hoe kunnen we deze zorgnabijheid en kwaliteitsvolle zorg garanderen in een context van schaalvergroting en commercialisering?

Inleiding

❖ Zorg en zorgorganisatie in een dynamisch-maatschappelijke context

Vandaag werken zorgorganisaties in een zeer dynamisch-maatschappelijke context met o.a. de volgende kenmerken: een zorgarbeidsmarkt onder druk, mondiger wordende gebruikers, toenemende diversiteit van de groep gebruikers, vermaatschappelijking van de zorg, evoluerende medische wetenschap en technologie, vermarkting en commercialisering met effect op toegankelijkheid van woonzorg en het gevaar voor een tweesporenbeleid.

Wanneer we de huidige zorgorganisatie in Vlaanderen en Brussel doorlichten, stellen we vast dat er een en ander niet 'optimaal' verloopt.

❖ Onvoldoende kennis van de mogelijkheden m.b.t. woonzorg: een eenduidig woonzorg-informatieloket als mogelijke oplossing

Zowel zorgbehoevende ouderen als zorgverstrekkers vinden in de complexiteit van het Brusselse woonzorgaanbod niet altijd hun weg. Dit heeft uiteraard tal van gevolgen voor de zorgvrager (o.a. geen of niet de juiste zorgvraag), maar ook voor de zorgverstrekker (o.a. geen of niet de juiste toeleiding; gevoel van frustratie).

Aanbeveling: Het opzetten van een niet-zuilgebonden en pluralistisch woonzorg-informatieloket of *single point of contact* waar zorgvragers, mantelzorgers en zorgverstrekkers met al hun vragen terecht kunnen (ook m.b.t. het oplossen van allerlei niet-medische problemen) zou een grote meerwaarde betekenen. Bij voorkeur in te bedden in een lokaal dienstencentrum.

❖ Keuzevrijheid van ondersteuningsvorm, niet van zorgactor!

Vandaag geeft het principe van absolute keuzevrijheid op vlak van zorgaanbieders in de thuiszorg aanleiding tot een zeer onperformante zorgorganisatie, waarbij de volgende fenomenen zich voordoen:

- Alle zorgverleners lopen door elkaar en naast elkaar in de wijk;
- Onnodige verplaatsingen in een stad met toenemende mobiliteitsproblematiek;
- Hoge maatschappelijke kost door kosteninefficiëntie (verloren manuren, ondoelmatige en inefficiënte inzet van zorgpersoneel);
- Onsamenhangende, onvoldoende afgestemde zorg met lagere kwaliteit van zorg tot gevolg;
- Specifiek voor Brussel stelt zich bovendien het probleem van de beschikbaarheid van de thuiszorg, i.c. urencontingent Diensten voor Gezinszorg en Aanvullende thuiszorg is onvoldoende ingevuld.

In een ziekenhuisomgeving is er quasi geen vrije keuze: behalve het ziekenhuis en mogelijks uw geneesheer-specialist kan je als patiënt uw verpleegkundigen, paramedici en andere geneesheren-specialisten niet zelf kiezen.

Keuzevrijheid (inspraak, betrokkenheid en zelfbeschikking) van de zorgbehoevende persoon met betrekking tot de gewenste ondersteuning en zorg (= onderhandelde zorg) dient onderscheiden te worden van de vrijheid van de gebruiker om te kiezen welke diensten of zorgorganisatie hij wenst om deze dienstverlening te verstrekken.

Het basisprincipe van de vrije keuze gaat immers over het invullen van de noden, behoeften en vragen van de persoon die zorg nodig heeft. Het doel is emancipatie en zelfbeschikking (cfr. *informed consent*) van iedere persoon. Dit geldt ook wanneer het zorgsysteem signalen opvangt van niet-geëxpliciteerde of onrechtstreeks geformuleerde zorgbehoeften, en waarbij outreachende en aanklampende zorg of bemoeizorg wordt ingezet. Zelfs bij de ontferming over zorgmijders blijft de zelfbeschikkingsbevoegdheid primeren en is acceptatie en instemming een noodzakelijke voorwaarde (link met problematiek indicatiestelling).

Aanbeveling: Thuiszorg- en woonzorgorganisaties moeten gestimuleerd moeten worden om daar waar mogelijk gebiedsgerichte afspraken te maken:

- Wie in welke wijk of sector van Brussel actief is of actief wil worden;
- Aansluitend hierop onderlinge afspraken en toelidingen/doorverwijzingen maken.

❖ **Maatschappelijk verantwoorde zorg via maatschappelijk verantwoorde zorgorganisatie**

De visienota over maatschappelijk verantwoorde zorg (SAR WGG, Brussel, 24 februari 2011) stelt dat aan de volgende uitgangspunten moet worden voldaan: kwaliteit, performantie, relevantie, rechtvaardigheid en toegankelijkheid.

Het gewenste model van zorgorganisatie zal aan deze criteria dienen te voldoen. In dit verband speelt toegankelijkheid een belangrijke rol. Toegankelijkheid heeft verschillende voorwaarden. Er is de materiële beschikbaarheid van zorg en de financiële, sociale (incl. culturele) en geografische toegankelijkheid van zorg. Het wegwerken van administratieve, financiële, sociale en geografische drempels maken zorg toegankelijker. De toegankelijkheid wordt ook vergroot als zorg- en hulpvragen worden verduidelijkt en behoeften worden gedetecteerd door laagdrempelige werkvormen die rechtstreeks toegankelijk zijn. Een correcte organisatie van zorg, inclusief de rechtstreeks toegankelijke dienstverlening, is van belang om ongelijke toegang tot noodzakelijke zorg, maar ook overconsumptie tegen te gaan. Belemmeringen die het gevolg zijn van een specifieke zorgbehoefte of de afwezigheid van ziekte-inzicht bij de gebruiker wijzen ook op (on)toegankelijkheid. Toeleiding kan een belangrijke voorwaarde voor toegankelijkheid zijn.

❖ **Subsidiariteitsbeginsel**

Naast toegankelijkheid dient het subsidiariteitsbeginsel gehanteerd te worden. Subsidiariteit is een belangrijk element in zorgorganisatie en komt neer op het principe dat zorg en hulp trajectmatig moeten worden ingeschakeld. Dit impliceert dat zorg op de juiste plaats en met de juiste samenhang moet worden geboden. Wanneer meerdere vormen van hulp op gelijkwaardige wijze aan een hulpvraag of hulpbehoefte kunnen beantwoorden, wordt de minst ingrijpende vorm van hulp aangeboden, aldus het principe. De zorg moet worden verleend door zorg- en hulpverleners die zo dicht mogelijk bij de gebruiker staan. Met andere woorden, in de wijk en de plaats waar de zorgvrager en zijn mantelzorger wonen.

Dit principe sluit nauw aan bij het uitgangspunt dat zelfzorg, informele zorg en het formele zorgaanbod op elkaar moeten afgestemd worden (zie andere stelling).

De zorg die geboden wordt op aansluitende tijdstippen en in verschillende zorgomgevingen moeten een samenhangend en afgestemd geheel vormen. De op een bepaald moment en in een bepaalde zorgomgeving geboden zorg moet een geïntegreerd onderdeel vormen van het zorg- en hulpverleningsproces.

❖ **Wijkgericht model van zorgorganisatie als sleutel tot maatschappelijk verantwoorde zorgorganisatie**

We moeten werk maken van een betere zichtbaarheid van de zorg. Ouderen moeten het geruststellend gevoel krijgen dat er hulp beschikbaar is op het moment dat het nodig is. De aanwezigheid in het straatbeeld (zichtbare zorg) een actieve kennis en doorverwijzing tussen verschillende actoren in de zorg zijn daarvoor cruciaal. Bewoners en zorgverstrekkers moeten elkaar kennen en ondersteunen.

Een formeel lokaal woonzorgnetwerk, waarin wordt gewerkt met toegewezen *wijkteams* (*wijkgerichte multidisciplinaire teams*) kan hieraan tegemoetkomen. In een dergelijk netwerk kan gericht worden samengewerkt, worden zorgverleners meer omkaderd of geruggensteund, hebben ze een betere kijk op de leefsituatie en woonomgeving (betere kennis van de mogelijkheden en wensen van de mantelzorg), verlopen de verplaatsingen tussen verschillende cliënten makkelijker en sneller. Dit veronderstelt een solidaire samenwerking en taakafstemming tussen voorzieningen en zoals eerder reeds gesteld, een andere kijk op de keuzevrijheid van de zorgbehoevende persoon.

Verschillende vragen komen hier gelijktijdig aan de oppervlakte:

- Hoe gaan we om met indicatiestelling? Per lokaal woonzorgnetwerk of op een hoger niveau (stedelijk, gewestelijk, ...)?
- Opportuniteit van een overkoepelend centraal indicatieorgaan: uniformiteit evaluatieschaal m.b.t. de diverse woonzorgvormen en eenduidigheid van de indicatiestelling?
- Hoe kunnen we de zorgnabijheid en kwaliteitsvolle zorg garanderen in een context van schaalvergroting en commercialisering?
- Kunnen meerdere lokale woonzorgnetwerken in eenzelfde wijk actief zijn? Indien ja, onder welke voorwaarden?
- Is de verzuiling een drempel, een kans of bedreiging?
- Diverse mogelijkheden en gradaties van het organisatiemodel voor een lokaal woonzorgnetwerk:
 - o gezamenlijke toegang, inclusief trajectbegeleiding;
 - o gezamenlijk organiseren van dienstverlening maar aparte beleidsvoering;
 - o gezamenlijke toegang en beleid (eventueel aparte juridische entiteit) maar een aparte organisatie van de dienstverlening;
 - o alles gezamenlijk.
- Evolueren van financiering van prestaties (indicaties) naar gebiedsgerichte benadering (populatiefinanciering)?

Of we nu spreken van lokale woonzorgnetwerken of woonzorgzones, in elk concept beogen we een afstemming en samenhang tussen verschillende niveaus van woonzorg en een betere zorgafstemming en -coördinatie tussen thuiszorg, residentiële zorg, ziekenhuiszorg en interactie met de buurt. Beide concepten draaien om zorg- en dienstverleningsgerichte samenwerking tussen diensten, zorg- en hulpverleners en organisaties langs het gehele zorgcontinuüm. De aangeboden diensten dienen wijkgericht complementair en gecoördineerd te zijn in één systeem, waarbij toegezien wordt op de zorgcontinuïteit voor de klant en een breuklijn tussen ambulante en residentiële zorg opgeheven wordt (naadloze zorg). De Vlaamse voorzieningen staan nooit sterk genoeg in Brussel om territoriaal dekkend de uitbouw van de woonzorgzones of lokale woonzorgnetwerken in al zijn deelfacetten te realiseren. We zullen moeten zoeken naar samenwerking met lokale overheden en inspelen op parallelle ontwikkelingen van de Cocof en de GGC.

❖ **Besluit**

Extramuralisering, de toenemende vergrijzing en de wens van mensen om zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen met behoud van regie over hun eigen leven en de kwaliteit daarvan, vragen een samenhangende én sterk wijkgerichte organisatie van wonen, zorg en welzijn. Het lokaal woonzorgnetwerk met zijn wijkgerichte aanpak kan kansen bieden om deze samenhang te realiseren.

Reacties van panel en publiek

- Dergelijke samenwerkingsvormen zouden verder moeten gaan dan de Vlaamse voorzieningen en de andere Brusselse organisaties betrekken.

Reactie: Vanuit pragmatisch oogpunt legt de werkgroep de nadruk op samenwerking tussen Vlaamse actoren, maar als we mogen dromen kan en moet de samenwerking ruimer gaan.

- Het project Nachtzorg is een goed voorbeeld van een pluralistisch samenwerkingsverband.

Aanbevelingen

- Gebiedsgerichte afspraken tussen thuiszorgdiensten; samenwerken met Vlaamse actoren over de grenzen van de zuilen heen.
- Op niveau van de wijken moeten multidisciplinaire wijkteams komen van Vlaamse zorgverstrekkers.
- Verder uitbouwen van het lokaal dienstencentrum als informatie- en woonzorgloket.

3.3 Met een wijkgerichte benadering krijgt informele zorg meer kans en ondersteuning

Inleider: Linda Struelens, coördinator EVA vzw

Situering

Het belang van en de nood aan een goede complementariteit tussen de informele en formele zorgdragers is actueler dan ooit. We moeten komen tot een werkmodel dat ook aandacht heeft voor informele zorg, dit zichtbaar maakt, informele zorgnetwerken creëert, faciliteert ondersteunt en valoriseert. De uitbouw van een informeel zorgnetwerk in de wijk biedt de mogelijkheid om senioren en informele zorgdragers op een actieve manier op te sporen met de bedoeling ervoor te zorgen dat het algemeen welbevinden van de senior in de wijk kan verbeterd worden.

Inleiding

❖ Oog hebben voor de kracht van de wijk

Er is een groot verschil tussen kijken naar de wijk als buitenstaander en werken met mensen in de wijk. De ervaring in een kansarme, multiculturele wijk - zoals de Brabantwijk - leert dat vaak op een negatieve manier naar de wijk en zijn bewoners gekeken wordt en daarmee de mogelijkheden die mensen te bieden hebben uit het oog worden verloren. Er is een potentieel aan mensen die 'het zorgende' in zich dragen maar dat potentieel aan krachten wordt niet aangeboord en blijft onderbenut. Er is een potentieel aan informele zorgdragers aanwezig in de wijk die hierin een taak kunnen vervullen. Ze hebben competenties verworven die gevaloriseerd kunnen worden.

❖ Zorg dragen is veel meer dan verzorgen

Professionele zorg is uiteraard belangrijk maar staat niet alleen. Zorg moet veel breder benaderd worden den zorg dragen voor elkaar en gezien worden als het geheel van activiteiten en relaties die bijdragen aan zowel de praktische, emotionele als lichamelijke behoeften van ouderen en zorgbehoevendenden. Hier kunnen heel wat mensen uit een wijk een rol opnemen: oud en jong, man of vrouw, buren, handelaars, apothekers, stadswachters, ...

Informele zorgdragers - al dan niet senioren - kunnen andere ondersteunen en stimuleren om actief te blijven. Belangrijk is wel dat informele zorgdragers - mantelzorgers, buren en familie - zich hierin erkend en ondersteund voelen.

Voor kwetsbare groepen en ouderen vormt vrijwilligerswerk een belangrijke meerwaarde. Het zorgt voor een verhoogd zelfbeeld, gaat vereenzaming tegen, bevordert de gezondheid en fysieke conditie. Vrijwilligerswerk is de manier bij uitstek om zich sociaal te integreren. Het gevoel iets te betekenen en deel uit te maken van een groep kan kwetsbare mensen terug helpen hun leven in handen te nemen.

❖ Formele zorg alleen is onhoudbaar

Formele zorg dreigt voor preciaire bevolkingsgroepen onbetaalbaar te worden. Ouderen in Brussel zijn relatief arm. Dit betekent dat de zorgbehoefte niet enkel kan worden opgevangen door betalende, formele dienstverlening. Praktisch-organisatorisch is het niet haalbaar of realistisch om alles 24 uur op

24, 7 dagen op 7 over te laten aan de formele zorg. Dit noopt tot creatieve oplossingen waarin informele zorg een belangrijke aanvullende rol speelt.

❖ **Gebrek aan erkenning**

Heel wat taken worden door familieleden en kennissen, vrouwen en mannen, opgenomen. Deze dragen wezenlijk bij tot het welbevinden van de oudere. De druk op mantelzorgers is echter groot. Er is een gebrek aan erkenning en valoriseren van de informele zorgdragers.

Er is een spanningsveld tussen informele en formele zorgdragers: formele zorgdragers lijken de indruk te wekken het beter te doen, informele zorgdragers laten hun zorg los, om daarna vast te stellen dat niet alle zorg door formele zorgdragers kan opgenomen worden.

❖ **Wegvallen van netwerken**

Senioren leven vaak teruggetrokken en vereenzaamd en kunnen niet altijd terugvallen op een eigen netwerk van familie of vrienden. Steeds nieuwe groepen van mensen komen in hun buurt wonen. Het bestaande sociaal weefsel brokkelt af, boet in aan zichtbaarheid en herkenbaarheid en krijgt telkens nieuwe vormen. Er kan een netwerk gecreëerd worden van burens die sociaal geïsoleerde ouderen kunnen ondersteunen. Het opzetten van een informeel zorgnetwerk vraagt tijd en energie, maar is mogelijk.

Er zijn inspirerende initiatieven te vinden in het buitenland, o.a. het zorgmuntsysteem in Japan.

Reacties van panel en publiek

- Is het ondersteunen van informele netwerken niet een taak van de lokale dienstencentra?
De dienstencentra hebben inderdaad een rol in de uitbouw van sociale netwerken van ouderen, maar voornamelijk vanuit een groepsbenadering. Wat bijkomend bepleit wordt is ruimte voor de ondersteuning van een individueel netwerk.
- Het valoriseren en ondersteunen van mantelzorg is niet enkel een zaak van de dienstencentra maar ook van de andere woonzorgactoren.
- Op federaal niveau is er een ontwikkeling over de erkenning van mantelzorg. Er liggen meerdere wetvoorstellen op tafel ter bespreking. Het is belangrijk dat de ontwikkeling verder gestimuleerd en versneld wordt.
- De scheiding tussen formele en informele zorg moet bewaakt worden. Het valoriseren van de mantelzorger betekent niet een financiële vergoeding of loon, maar kan op andere manieren. Zo zou de tijd die besteed is aan mantelzorg geen invloed mogen hebben op de uitkering bij werkloosheid of pensionering.
- Alternatieve woonvormen, zoals gemeenschapswonen en kangoeroewonen, kunnen de mantelzorg stimuleren.

Aanbevelingen

- Lokale dienstencentra meer slagkracht en financiële middelen geven zodat ze werk kunnen maken van een informeel zorgnetwerk rond een individuele, kwetsbare oudere.
- Aanstellen van een buurtzorgcoördinator die netwerken kan faciliteren.
- Screenen, motiveren en ondersteunen van individuele zorgdragers met aandacht voor de elders verworven competenties.
- Aandacht voor positie en perspectief van de informele zorgdrager en mantelzorger in de opleidingen van zorgverstrekkers.
- Statuut van de mantelzorger verbeteren, de mantelzorger valoriseren/erkennen.
- Mantelzorg stimuleren in uiteenlopende settingen, ook in de residentiële zorg.

3.4 Het zorgcontinuüm kan enkel worden gewaarborgd in een getrappt model van zorgorganisatie

Inleider: Marc Glorieux, gezondheidsexpert - thuisverpleging

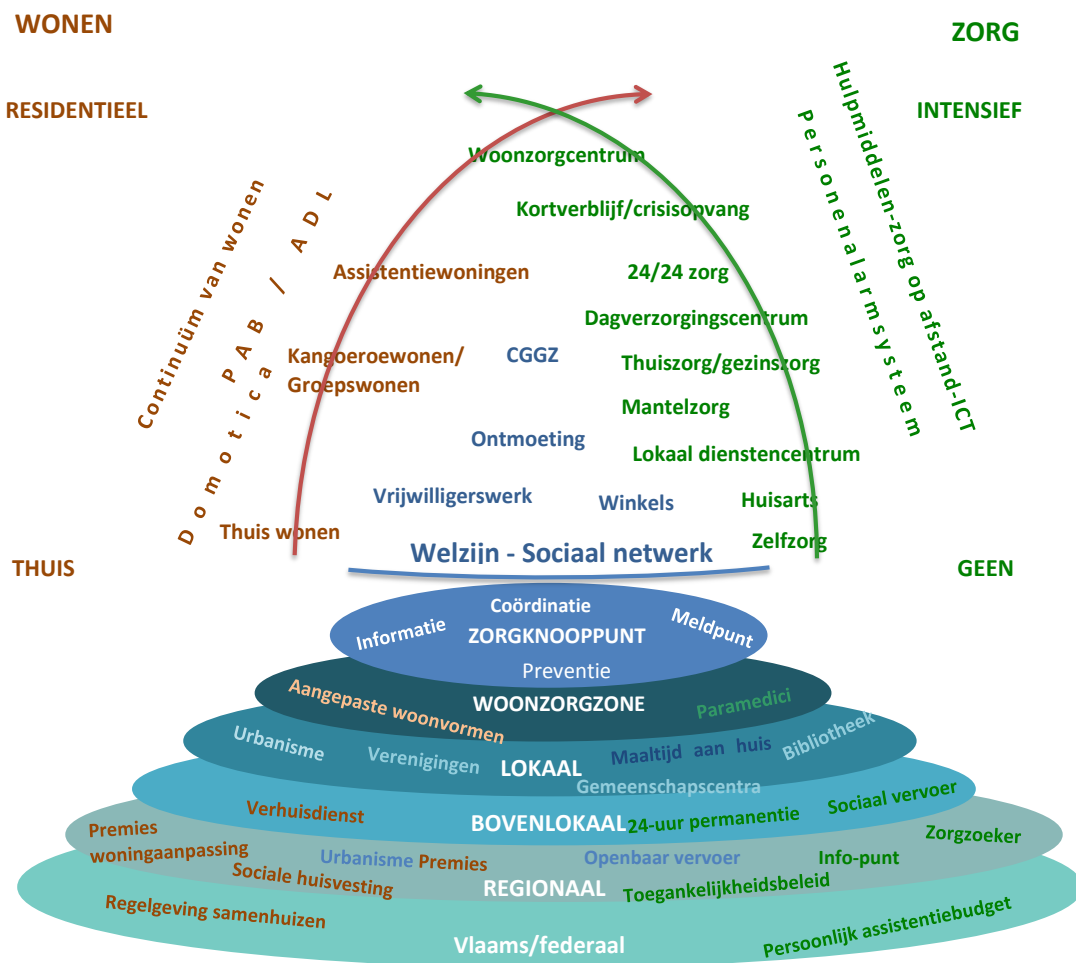
Situering

De wijkgerichte aanpak kan zeker niet alle zorgnoden en behoeften ondervangen en heeft beperkingen. Bepaalde delen van het zorgaanbod worden immers, omwille van de noodzakelijke kritische massa, beter op een hoger niveau georganiseerd. Voorbeelden zijn zorg op afstand, personenalarmsysteem, nachtopvang, nachtteams, ...

Vanuit het subsidiariteitsprincipe moeten we komen tot een getrappt model van zorgorganisatie waarbij zorg- of dienstverlening op een hoger territoriaal niveau wordt georganiseerd of ondersteund, indien dit omwille van kostprijs of efficiëntie niet op het lager niveau kan gebeuren.

Volgend schema, uitgetekend door het Kenniscentrum Woonzorg Brussel, brengt de componenten van wijkgerichte woonzorg in beeld. Het geeft de gradaties aan in de zorgbehoeften die beantwoord moeten worden, evenals de mogelijke impact in de woonmogelijkheden. Het welzijn en sociaal netwerk vormen de basis voor een goede omkadering en ondersteuning van de oudere en zorgbehoevende.

Het wijkniveau (zorgknooppunt) staat in dit model centraal. Een getrapte structuur van aanbod, ondersteuning en beleidsmaatregelen - gaande van het lokale tot het federale niveau - zijn bepalend en noodzakelijk als onderbouw voor een wijkgerichte benadering van woonzorg.



Bron: Kenniscentrum Woonzorg Brussel, met steun van Zorgbedrijf Antwerpen

Enkele vaststellingen

❖ Beroepsontwikkeling

Iedereen is het over eens dat een goede thuiszorg en samenwerking belangrijk zijn om het langer thuis wonen en de zorgbehoeften van ouderen te ondersteunen, maar in de praktijk botst elke beroepsgroep op zijn grenzen:

- Artsen stellen dat ze de spil willen zijn van het gezondheidszorggebeuren, maar klagen dat ze daar geen tijd en financiële honorering voor krijgen (voor de niet-medische opvolging).
- Voor de verpleegkundigen is het uit handen geven van bepaalde zorgtaken die door anderen op een efficiëntere en/of goedkopere manier zouden kunnen gebeuren, zoals het hygiënisch toilet, onbespreekbaar.
- Op de vraag waarom oudere patiënten niet aan huis kunnen worden geholpen, brengen de kinesisten in dat huisbezoeken moeilijk zijn, omdat ze hun materiaal niet ter plaatse hebben.
- Verzorgenden hebben een strakke en goedgevulde planning en zijn van oordeel dat meer huisbezoeken per dag onhaalbaar zijn.

Besluit: een goede thuiszorg en omkadering kan enkel door een multidisciplinaire aanpak, multidisciplinair werken wordt een noodzaak.

❖ Organisatie

Woonzorgorganisaties evolueren en we zien een aantal nieuwe tendensen in de richting van beroepsoverschrijdende en multidisciplinaire werking:

- Ziekenhuizen en rustoorden zetten meer in op outreaching en actief toestappen naar patiënten of bewoners, die moeilijk hun weg vinden in de zorg.
- Sommige verpleegkundige organisaties werken met zorgkundigen en verzorgenden en gezinszorgorganisaties hebben de intentie om met verpleegkundigen te werken.

❖ Wetgeving

De wetgeving zet echter meer dan eens een rem op deze evoluties om de grenzen van het eigen beroep of organisatie te doorbreken:

- De grote complexiteit en verschillen in regelgeving, zeker in Brussel.
- Wettelijk gezien kunnen bepaalde zorgtaken ook niet worden overgedragen; bijvoorbeeld van een thuisverpleger naar een zorgkundige.

❖ ICT en zorg op afstand

ICT en zorg op afstand worden steeds meer opgeworpen als de manier om op de stijgende zorgbehoeften een antwoord te bieden, maar is dit ook zo? Is dit het reddende tovermiddel? Toch enkele kanttekeningen:

- Het houdt mensen bezig, maar het doet niet wat we ervan verwachten.
- ICT systemen worden naast elkaar ontwikkeld, maar werken niet met elkaar.
- Er gaat heel veel geld naar ICT maar de vraag is of dit wel ten goed komt aan de patiënt en de zorg.

En de patiënt? Die wil zo lang mogelijk in zijn vertrouwde omgeving perfect ondersteund en verzorgd worden, terwijl de mantelzorger al te vaak in de kou blijft staan.

Waar willen we naar toe?

Het uitgangspunt moet zijn: streven naar meer efficiëntie en effectiviteit met de patiënt centraal.

Om hieraan te werken is het tijd voor verandering en re-engineering van onze welzijns- en gezondheidszorg.

❖ Re-engineering van de organisatie van de gezondheidszorg?

Re-engineering is 'the fundamental rethinking and radical redesign of business processes to achieve dramatic improvements in critical contemporary measures of performance such as cost, quality, service, and speed' (Davenport en Hammer). Vertaald: Het fundamenteel herdenken en radicaal

hertekenen van bedrijfsprocessen met het oog op grondige verbeteringen uitgaande van de kritische hedendaagse maatstaven voor prestaties, zoals kosten, kwaliteit, service en snelheid.

Ze definiëren hiervoor drie wetmatigheden:

- 1 De organisatie is een verzameling van processen die op een empirisch-wetenschappelijke en systematische manier geherstructureerd kunnen worden.
- 2 De aard van de verandering is revolutionair en bestaat uit de overgang van functioneel-georiënteerde business units naar multidisciplinaire teams. Hierbij dient de bureaucratische cultuur in de gehele organisatie te veranderen en bij ieder proces de klanttevredenheid het uitgangspunt te zijn.
- 3 Verandering begint bij het hoger management, beleidsverantwoordelijken en politici. Zij dienen het voorbeeld te zijn voor de organisatie. De veranderingen zijn niet eenmalig, maar het is een continu proces van aanpassen.

Wat betekent deze re-engineering van de organisatie voor de gezondheidszorg? Daarvoor moeten we fundamenteel durven nadenken over een aantal zaken in de huidige zorgorganisatie:

- Hoe gaan we om met schaarse personele en financiële middelen?
- Hoe gaan we om met de limieten van onze eigen organisatie (macro en meso)?
- Is het een optie om onze muren te slopen om betere dingen voor elkaar en de zorgvrager te doen?
- Is het een optie om buiten de organisatie te denken over wie het best geplaatst is om de job uit te voeren?

Aanbeveling: Inzetten op complementariteit in de zorgniveaus, vertrekkend van de wijk (cfr. schema):

- Dicht bij de zorgvrager - op wijkniveau:
 - o Meten van klanttevredenheid door middel van buurtzorg (cfr. Nederland);
 - o Lokaal dienstencentrum uitbouwen als zorgknooppunt voor de wijk: uitbouw informele zorgnetwerken, ondersteunen mantelzorger, coördinatie van zorgoverleg.
- Op hoger niveau:
 - o Afsprakenkader tussen Vlaamse thuiszorgdiensten over wijkafbakening en inzet van wijkteams;
 - o Aanbod van aanvullende specialiteiten en diensten: (para)medische zorg, maaltijdbedeling, zorg voor specifieke doelgroepen;
 - o Ontwikkelen en aanbieden van ICT-aspecten, bvb. software die verpleegkundigen nodig hebben om de zorgorganisatie in de wijk te laten functioneren (planningstools, administratie, boekhouding, ...).

Reactie van het publiek

- Is het voorgestelde model niet te ideaal als aanbeveling?
Het is geen evidente oefening, maar het is wel een toekomstgerichte visie en het geeft de richting aan waarin we moeten evolueren.

3.5 Slotconclusies panel 3

❖ Inzetten op wijkgerichte zorg

Woonzorg moet meer wijkgericht organiseren worden via:

- Wijkgerichte afspraken tussen Vlaamse diensten thuiszorg: wie werkt in welke wijk?
- Vorming van Vlaamse multidisciplinaire wijkteams die over de Gemeenschappen heen functionele samenwerkingsafspraken maken met andere diensten.

→ Visionair: zelfsturende teams (grotere bevoegdheid inzake functioneren) met een vastgesteld budget en klanttevredenheid als evaluatietool.

- Lokale dienstencentra die een aantal taken krijgen voor de organisatie van formele en informele zorg;
- De organisatie van een zorg-informatiepunt in het lokaal dienstencentrum;

- Organisatie van overleg tussen de diensten die actief zijn in de wijk;
- Ondersteuning van de multidisciplinaire wijkteams;
- Het uitbouwen van netwerken die informele zorg kunnen genereren, evenals aandacht voor het organiseren van netwerken voor individuele zorgbehoevenden.

❖ **Zorgcontinuüm via echeloning**

Wijkgerichte zorg alleen kan niet alle zorgbehoeften en noden opvangen. Bepaalde diensten, zorgverlening en ondersteuning moeten op een hoger echelon worden georganiseerd (zie schema p.67), onder andere:

- Bepaalde specialismen;
- ICT-ondersteuning;
- Beheer van persoonsalarmsysteem;
- Administratieve ondersteuning;
- 24 uur op 24, 7 dagen op 7 zorggarantie.

❖ **Meer aandacht voor informele zorg en mantelzorg**

- Informele zorgnetwerken moeten meer gerespecteerd, ondersteund, gevaloriseerd en aangemoedigd worden. Positieve ontwikkelingen in Vlaanderen en federaal moeten verder worden gezet.
- Het statuut van mantelzorgers meer valoriseren en erkenning geven.
- Mantelzorg mag niet leiden tot maatschappelijk penaliseren.
- Bijzondere aandacht voor de valorisering van de mantelzorg door allochtonen.
- Mantelzorg in alle zorgcontexten stimuleren en dit aandachtspunt benadrukken in de opleiding.

4 WERKEN IN DE BRUSSELSE ZORG, EEN STIEL APART?

Aantrekken en behouden van personeel in de zorg, relatie van professionals met zorggebruiker en mantelzorger.

Panelleden

- Luc Cools, VDAB - RDB, coördinator beroepsopleidingen
- Caroline Verlinde, directeur Huis voor Gezondheid
- Greet Pernet, mantelzorger en bestuurder Vlaamse Alzheimerliga
- Christine Vanderhaeghe, coördinator Forum Palliatieve zorg

Moderator: Mark Trullemans, coördinator Territoriaal Pact voor de Werkgelegenheid



Christina Vanderhaeghen, Mark Trullemans, Luc Cools, Greet Pernet en Caroline Verlinde

4.1 Groot potentieel aan werkrachten voor de zorgsector

Inleider: Luc Cools, VDAB – social profit, coördinator beroepsopleidingen

Situering

Dat er een tekort aan werkrachten dreigt in de Brusselse zorgsector is niet nieuw. Nochtans heeft Brussel een groot potentieel aan krachten die kunnen ingezet worden: het potentieel aan werkrachten van allochtone origine is een belangrijke troef voor de zorgomkadering van allochtone ouderen. Ook aan low-skill jobs in zorg en preventie heeft Brussel een groot potentieel.

Inleiding

❖ Toeleiding naar zorgberoepen: veel inspanningen

Er zijn heel wat knelpuntberoepen in de social profit, maar ook veel, vooral anderstalige, werkzoekenden in Brussel. De VDAB doet veel inspanningen om de 'zij-instromers' richting zorgsector te laten gaan, in samenwerking met uiteenlopende partners. Via vooropleidingen en oriëntaties wordt getracht om hen te laten doorstromen naar finaliteitsopleidingen. Dit is niet evident, maar niettemin wordt een uitstroom van 70% bereikt. Toch worden er wat knelpunten ondervonden:

❖ Te hoge eisen?

- Er is de neiging bij werkgevers om te hoge eisen te stellen aan de werknemers, vooral op vlak van kennis van het Nederlands. We zien dat anderstaligen die een opleiding volgen waarin ook taalverwerving belangrijk is, te horen krijgen dat hun kennis van het Nederlands onvoldoende is.
- Werkgevers kunnen meer openstaan voor een wat lager taalniveau.
- Meer beroep doen op de tools en ondersteuningsmogelijkheden die beschikbaar zijn zoals:
 - o Taalcheques die het mogelijk maken om 'privé' taallessen te financieren op de werkvloer;
 - o Nederlands op de werkvloer van de VDAB;
 - o Individuele beroepsopleiding met taal.
- Dit instrumentarium is onvoldoende gekend en moet meer gepromoot worden.
- Organisaties moeten ook werk maken van een visie over taalbeleid bij het personeel, zodat startende personeelsleden hierin vanaf het begin kunnen worden meegenomen.
- Vooral in de gezinszorg is het belangrijk om rekening te houden met de cliënt en om ervoor te zorgen dat deze visie wordt uitgedragen in de communicatie met de gebruiker. Het is belangrijk om duidelijke verwachtingen en openheid te creëren bij de cliënt, bijvoorbeeld door te melden dat er iemand met een lager taalniveau komt. Indien dit op een slechte manier gebeurt en cliënten negatieve ervaringen hebben, doet dit de deur naar verdere inschakeling van zorg toe.
- In de zorgsector zijn er veel diploma-gerichte functies. Voor de laaggeschoolden is het vaak niet haalbaar om dit diploma te halen. Er is reeds een zekere gradatie van diploma's (verplegers - zorgkundigen - polyvalent verzorgenden) maar o.i. is een verdere differentiatie en gradatie in zorgfuncties en taken mogelijk. Een voorbeeld uit de onderwijssector: een kleuterleidster op bachelor niveau is te hoog gegrepen voor velen, maar met een functie hulpkleuterleidster kunnen wel jobmogelijkheden gecreëerd worden voor kortgeschoolden.
- We moeten meer gebruik maken van de elders opgedane ervaring en deze aanvaarden zodat cursisten vrijstelling kunnen krijgen voor bepaalde modules in de opleiding. Dit bestaat al in de buitenschoolse kinderopvang en zou kunnen doorgetrokken worden in de andere zorgtakken. Tijdens vooropleiding kunnen competenties gescreend worden zodat doorstroom naar een aangepast traject met vrijstellingen mogelijk wordt, bijvoorbeeld voor onderhoudsassistent, logistiek assistent, polyvalent verzorgende of verpleegkundige.
- Er is nood aan een betere screening van het jobprofiel en een juistere inschatting van de nodige competenties zodat er een betere matching kan gemaakt worden tussen de kandidaat en de vacature. In Vlaanderen gebeurt dit al door de VDAB, in Brussel is hier een taak weggelegd voor Actiris.
- Als we mensen willen aantrekken en behouden in de zorgberoepen, moet de job aantrekkelijk worden voorgesteld en er voor gezorgd worden dat mensen in de job willen blijven via een goed retentiebeleid.

Besluit: Het belangrijkste maar wellicht moeilijkste, is de grotere diversifiëring van jobs in de zorgsector met het oog op jobcreatie voor de Brusselse werklozen. Er is hiervoor een gezamenlijk Vlaams – Brussels initiatief nodig dat gedragen wordt door de hele sector. De vraag en de nood is er, ook in Vlaanderen. Hier werk van maken zal een win-winsituatie opleveren voor iedereen.

Reacties van het panel

- Promotiecampagnes van de overheid die er op gericht zijn om mensen naar de zorgsector toe te leiden – bvb. 'Ik ga ervoor' campagne - zijn effectief en leiden tot resultaat: meer studenten kiezen voor de zorgsector. Er is vooral promotie gemaakt voor de zorgberoepen maar dit wordt uitgebreid naar ruimere welzijnsberoepen om deze aantrekkelijk te maken.
- Aan taakuitzuivering wordt aan Vlaamse zijde gewerkt door een werkgroep geïnitieerd door minister Vandeurzen, maar dit vraagt ook een debat op federaal vlak.
- Er zijn allerlei tools om taalverwerving bij werknemers aan te moedigen, maar hoe komt het dat werkgevers deze initiatieven niet kennen of benutten? Er is te weinig promotie: de VDAB brengt dit bij de contacten met werkgevers wel ter sprake gebracht maar dit is onvoldoende.

- Taal in de zorg is belangrijk, in het bijzonder bij gespecialiseerde zorg. Dit mag men niet onderschatten. Zorgverleners moeten de taal goed kennen om een relatie te kunnen aangaan met een patiënt of om bepaalde jobs te kunnen opnemen (bijvoorbeeld als psycholoog). Minder taalvaardige personen kunnen andere taken doen, bijvoorbeeld logistieke taken. Er is een blijvende aandacht nodig voor taal.
- Er wordt een bekommernis geuit over een vorm van racisme waarbij anderstalige, allochtone verzorgenden worden ingezet op de moeilijkste zorggevallen. Dit mag zeker niet veralgemeend worden maar we moeten er toch waakzaam voor blijven.
- I.k.v. de differentiering van zorgberoepen moet men zich er ook van bewust zijn dat heel wat taken niet in diploma's te vatten zijn. Er is een hulpverleningsrelatie die, wars van diploma's, slaagt of niet. Naast het medische moet in elke zorgrelatie een patiënt als persoon worden benaderd. De menselijke belangstelling moet evenzeer gewaardeerd en gehonoreerd worden in de relatie.
- De VDAB tracht in te spelen op de vraag van de arbeidsmarkt door bij een overaanbod aan jobs in de verzorgende sector, werkzoekenden hierover te informeren en toe te leiden via screening en testing. Er is een specifieke opleiding *referentiepersoon dementie* gestart, wat wijst op een toegenomen aandacht voor verzorgings- en dementieproblematiek.

Reacties van het publiek

- De discussie over taal, diplomavereisten en taakuitzuivering moet benaderd worden vanuit het perspectief van de cliënt.
- De relatie en het menselijk contact tussen gebruiker en hulpverlening is even belangrijk als kwalificaties; taal is een cruciaal element in deze relatie, ook al gaat het om de uitvoering van logistieke taken.
- Uitsplitsing van taken betekent dat er meer mensen in de zorg betrokken zijn en kan leiden tot situaties waarbij meer dan vijf zorgverstrekkers bij iemand over de vloer komen om elk een kleine taak te doen. De grote opeenvolging van hulpverleners zorgt voor onrust en angst, zeker bij dementerenden. We moeten oog hebben voor de effecten en impact hiervan op de cliënt.
- Uitsplitsing leidt ook tot het afschuiven van taken ('dit is mijn taak niet, de andere kan dit toch doen'), waar de hulpvrager geen boodschap aan heeft. Het kan toch niet de bedoeling zijn dat de gezinszorg een taak niet meer doet omdat dit in principe de taak is voor de poetshulp.
- Is het ook niet aan de werkgever om het goede voorbeeld te geven en werknemers op hun verantwoordelijkheid te wijzen in dergelijke situaties?
- Kunnen we vertrekken van een gezamenlijke basisopleiding waaruit de specialisaties verder worden opgebouwd?
- Het invullen van vacatures in de zorgsector vraagt een grotere betrokkenheid en slagkracht van Actiris. Er wordt gepleit voor een ambassadeur voor tewerkstelling in de zorgsector als link tussen Actiris en VDAB. Actiris en VDAB moeten beter samenwerken. Het Huis voor Gezondheid heeft al een platform dat het zorgwerkveld en de opleidingen samenbrengt (Brussels Overlegplatform voor Promotie Zorgberoepen - BOPZ).

Besluit

- Er worden te hoge eisen gesteld aan de hulpverleners. Enerzijds legt werkgever kwalificaties en taalvereisten op, anderzijds wenst de klant een goede relatie en menselijke benadering, rekening houdend met de eigen situatie.
- De verwachtingen worden voornamelijk vertaald in diploma's, professionalisering en kwalificatievereisten. We mogen niet uit het oog verliezen dat veel lagergeschoolden een rol kunnen spelen in de zorgsector omdat het niet enkel gaat om technische kwalificaties maar evenzeer om het menselijk-relatieve aspect.
- We moeten promotie maken door ervoor te zorgen dat de sector en de opleidingsmogelijkheden beter en gevarieerder bekend gemaakt worden, rekening houdend met ervaring die ook elders is opgedaan.

Aanbevelingen

- Cliënt centraal stellen: goede zorgverlening draait niet alleen om diploma's en kwalificaties, maar ook om een menselijk contact en relatie waarin taal ontgensprekelijk heel belangrijk is.
- Inzetten op een zorgambassadeur tussen VDAB en Actiris die ingezet wordt voor de screening van werkzoekenden voor de zorgsector zodat de opleiding en effectieve tewerkstellingsvereisten beter bij elkaar aansluiten en op elkaar inspelen.

4.2 Samenwerken, oké, maar als het er op aankomt blijven we concullega's

Inleider: Caroline Verlinde, directeur Huis voor Gezondheid

Situering

We zijn allemaal voorstander van meer samenwerking en afstemming. Er gaat dan veel tijd en energie naar overleg, zowel op lokaal als regionaal niveau. In de praktijk zien we echter dat er voornamelijk naast en niet met elkaar wordt gewerkt. Nochtans zou een onderlinge afstemming en taakafspraken (bvb. doorverwijzing) een grote meerwaarde bieden voor alle partijen. Patiënten hebben verschillende chronische ziekten, en bijgevolg nood aan multidisciplinaire samenwerking.

Inleiding

❖ Groeiende nood aan multidisciplinaire samenwerking, maar ...

Zorg evolueert steeds meer van een symptomatische zorgverlening naar een meer chronische zorgverlening uitgaande van multi-probleem en zorg op lange termijn. Het wordt steeds meer nodig om met andere beroepsgroepen samen te werken.

Mensen worden steeds sneller uit een ziekenhuis ontslagen waardoor de druk en de complexiteit van de thuiszorg groter wordt.

Er is nog onvoldoende samenwerking. Er werden steeds meer verschillende beroepsgroepen gecreëerd met elk hun taken en specialismen. Hoe meer verschillende spelers, hoe minder kennis van elkaar en de specifieke expertise. Hoe minder men elkaar kent, hoe kleiner de intentie om te gaan samenwerken. Professionelen rekenen op hun eigen (beperkte) netwerk, de tekorten in hun kennis van de sociale kaart raken niet ingevuld. Zo zijn de dagverzorgingscentra nauwelijks gekend bij artsen.

- Stap 1: elkaar leren kennen is een essentiële voorwaarde om te kunnen samen werken. Dit kan aangemoedigd worden via netwerkevenementen.
- Stap 2: komen tot effectief overleg en samenwerking via protocollen en taakafspraken.

Er bestaan al protocollen en samenwerkingsmomenten o.a. zorgtrajecten en zorgactieplannen, waarin de taken van elkeen in de multidisciplinaire samenwerking zijn vastgelegd. Dit is nog geen groot succes omdat er nog onvoldoende stimulansen zijn voor de zorgverstrekkers om hiervoor tijd vrij te maken. Overleg wordt niet steeds vergoed - hoewel dit in bepaalde gevallen van multidisciplinair thuisoverleg, omkadering van kankerpatiënten, wel is voorzien. Bovendien is het resultaat van multidisciplinair overleg niet onmiddellijk zichtbaar wat de zorgverlener er niet toe aanzet om samen te werken.

❖ Zijn we concullega's?

- Op de eerstelijns kunnen we niet spreken van concurrentie gezien het tekort aan zorgverleners (huisartsen, thuisverplegers, diëtisten). In Brussel zijn er amper honderd Nederlandstalige huisartsen actief. Ze zijn dus geen concurrenten voor elkaar.
- Anderzijds stellen we in Brussel een overaanbod vast op de tweedelijns. Per vier Nederlandstalige huisartsen is er één ziekenhuis, het aanbod aan ziekenhuizen en specialisten is zeer groot en hier speelt de concurrentie veel meer. Een neveneffect van dit overaanbod is dat veel patiënten in Brussel geen vaste huisarts hebben, maar rechtstreeks naar het ziekenhuis gaan. Op die manier creëert men een concurrentie tussen eerste- en tweedelijns en een overgebruik van tweedelijnszorg. Doordat de huisarts niet betrokken is, kan hij zijn rol van coach niet (voldoende) opnemen in het zorgtraject en wordt het heel complex om het

overzicht te bewaren. De patiënt kan de specialist vrij kiezen zodat de huisarts met tientallen specialisten van alle mogelijke ziekenhuizen in contact zou moeten staan.

- Het verschil in werking en organisatiesysteem van Nederlandstaligen en Franstaligen in Brussel, voornamelijk in de thuiszorg, maakt het bvb. voor de ziekenhuizen zeer complex om de thuiszorg na een ziekenhuisopname te organiseren. Aan Franstalige kant vormen de *centres de coordination de soins à domicile* één aanspreekpunt voor poetshulp, verzorgende, verpleegkundige ... Aan Vlaamse kant zijn dit allemaal aparte werksoorten en diensten die elk afzonderlijk moeten worden gecontacteerd.

Elk systeem heeft zijn nadelen en risico's: overconsumptie, shoppen, ongelijke spreiding van en toegang tot het aanbod. Deze situatie verhoogt de complexiteit, bemoeilijkt de samenwerking en leidt niet tot wederzijds vertrouwen.

❖ **Zorgcoördinatie**

Er wordt verwacht van de huisarts om een coördinatierol op te nemen, maar dit blijkt onmogelijk. Artsen hebben onvoldoende kennis van de sociale kaart en kunnen hiervoor ook geen tijd vrijmaken.

Het zou de taak moeten zijn van een zorgregisseur om het zorgnetwerk rond de patiënt in kaart te brengen en op elkaar af te stemmen. Hiervoor dient hij het vertrouwen en mandaat van verschillende organisaties te krijgen.

❖ **Voorstellen**

- Samenwerken start met kennis: investeren in elkaar kennen en weten wat er bestaat;
- Organiseren van netwerkmomenten;
- Meer aandacht voor kennis van de sociale kaart in opleidingen artsen, verpleegkundigen, ... ;
- Multidisciplinair overleg moet actief ondersteund worden;
- Meer inzetten op intervisie en bijscholing;
- Inzetten op moderne technologie om multidisciplinair overleg mogelijk te maken in o.a. de thuiszorg (skype, e-health, Vitalink);
- Bekendmaken en promoten van de bestaande *good practices* om multidisciplinair samen te werken;
- Het beleid moet samenwerking ook financieel ondersteunen;
- Inzetten op zorgregisseur die multidisciplinair overleg rond de patiënt kan faciliteren.

Reacties van panel en publiek

- De kern van het probleem is dat we te weinig zijn om alles te doen wat ons wordt opgelegd. Het wordt ons bovendien moeilijk gemaakt om zaken te organiseren of projecten op te zetten. Er gaat zo veel tijd naar overleg en afstemming dat er uiteindelijk geen tijd meer is voor het basiswerk.
- Wijkgerichte werken zorgt voor een gerichtere en minder versnipperde aanpak. We kunnen met het Vlaamse beleid niet over het volledige Brusselse grondgebied actief zijn. We moeten ons toespitsen op specifieke wijken waar we effectief het verschil kunnen maken.
- Dit geldt niet voor alle werkingen. Een dagverzorgingscentrum dat werkt voor een specifieke doelgroep van niet aangeboren hersenletsel, kan niet anders dan zich op heel Brussel richten. Dit betekent dat er veel tijd gaat naar opvolging, deelname aan overleg. Het is moeilijk om de werking bij potentiële doorverwijzers bekend te maken. De overheid stelt op alle vlakken hoge eisen: kwaliteit van de werking, beschikbaarheid, openingsuren, aanwezigheid op overleg en dienstverlening en dit moet allemaal gebeuren met een minimum aan personeel. De eisen van de overheid moeten realistisch blijven!
- Personeelstekort en grote druk op de organisaties gelden ook in Vlaanderen, maar is in Brussel prangend omdat de Vlaamse programmatie nog steeds niet is ingevuld en er relatief weinig actoren zijn. Er is in Vlaanderen meer steun van de lokale overheid. De lokale dienstencentra zijn er ingebed in de OCMW's. De VGC speelt weliswaar een belangrijke aanvullende rol, maar is niet lokaal verankerd.
- De gebruiker krijgt vaak een zorgpakket dat niet is aangepast maar hij moet het aanvaarden omdat hij niets anders kan krijgen. Dit betekent soms ook dat er allerlei diensten aangeboden worden die de gebruiker eigenlijk niet nodig heeft. Zo moet je de thuishulp, als je daarvoor

kiest, minstens vier uur aan het werk houden, terwijl twee uren zouden volstaan wanneer de gebruiker taken als koken of strijken nog zelf kan doen.

- Is er geen mogelijkheid om werklozen in te schakelen? Er zijn velen gemotiveerd om iets te doen en te betekenen; we weten dat werk enorm belangrijk is om verder vooruit te geraken. Voor vrijwilligers kan een vergoeding een heel belangrijke motivator zijn. Tegelijk zijn er veel ouderen die de hulp van vrijwillige werklozen zouden kunnen gebruiken. Het wordt werkgevers moeilijk gemaakt om creatief te zijn (bijvoorbeeld vrijwilligers belonen) door alle regeltjes. Maar de regeltjes zijn er natuurlijk gekomen door klachten op het terrein. Het is dus een moeilijk evenwicht.
- Er is nog ruimte om zaken op te starten in Brussel. Vzw's in Brussel zijn vindingrijk en ondernemend. Dat is een sterkte. We moeten niet enkel met klachten naar het beleid stappen, maar vooral de mogelijkheden zien en daarmee aan de slag gaan. De Vlaamse overheid legt zeer veel regels op, maar van de VGC kunnen we steun krijgen voor aanvullende initiatieven en eigen accenten.

Conclusies

- We willen samenwerking en overleg, maar er zijn te weinig werkkrachten voor deze stad.
- Door de regelgeving en precaire situaties maakt de overheid het ons moeilijk. Het legt een grote druk op de werkingen maar gelukkig zijn we ondernemers en vindingrijk.

4.3 De relatie tussen zorgverstrekkers en mantelzorg kan beter

Inleider: Greet Pernet, mantelzorg en bestuurder Vlaamse Alzheimerliga

Situering

De mantelzorg speelt een cruciale, vaak onzichtbare rol in de zorg en hulp aan ouderen. De mantelzorg is persoonlijk betrokken bij de cliënt en kent zijn wensen en gewoonten. Ze zijn onmisbaar in de zorg en hebben vaak een jarenlange expertise. De jarenlange zorg is ook een emotioneel zwaar en slepend proces. Veel mantelzorgers ervaren dat zij niet erkend worden in deze verschillende rollen of aspecten van mantelzorg en dat dit te weinig plaats krijgt in hun relatie met de professionelen.

Inleiding

❖ Brusselse context waarin mantelzorg plaatsvindt

- De vergrijzing gaat hard, er zou één rusthuis per week moeten gebouwd worden om opvang te garanderen. Vergrijzing betekent meer ouderen met zorgbehoeften en dementie, waarvoor gelukkig meer aandacht is (cfr. actie van Studio Brussel).
- In Brussel wonen de kinderen vaak verder en spelen de burens een belangrijke rol in de ondersteuning van ouderen.

❖ Eigen ervaring

De zoektocht in Brussel naar hulp en steun voor een dementerende moeder was niet eenvoudig. Het begon met de jonge Franstalige huisarts die het Nederlandstalig circuit niet kende.

De zorg voor een dementerende ouder slurpt zoveel tijd en energie op dat je als mantelzorgster geen oog hebt voor eigen noden en grenzen. Uiteindelijk komt het besef dat je als mantelzorgster ondersteuning nodig hebt en nood hebt om je eigen verhaal eens kwijt te kunnen, maar aan wie? De mensen die dichtbij staan, zijn zelf betrokken als mantelzorgster. Vrienden die verder af staan, hebben het na enkele keren wel gehoord. Je wil niet de zeur zijn. Het is dus zoeken naar manieren om lotgenoten te ontmoeten.

Via familie kwam ik in contact met de Alzheimerliga maar als Brusselaar was het dichtsbijzijnde contactpunt in Dilbeek! Geen evidentie wanneer je aan de andere kant van Brussel woont, niet mobiel bent of zelf een oudere bent met een dementerende partner.

Het is heel belangrijk dat mantelzorgers elkaar kunnen ontmoeten, hun verhaal kunnen delen onder elkaar, praktische informatie kunnen uitwisselen. Er is zeker ook in Brussel nood aan.

De pogingen om in Brussel mantelzorgers te bereiken en lotgenotencontact te organiseren zijn echter weinig succesvol.

Daarom: Pleidooi voor een effectieve mantelzorgondersteuning of lotgenotencontact in Brussel. Er is ongetwijfeld een grote vraag maar hoe bereik je de mantelzorger? Er is een belangrijke rol weggelegd voor de huisartsen want zij kunnen mensen doorverwijzen. We moeten ook komen tot één centrale mantelzorgvereniging voor Brussel.

Reacties van panel en publiek

- De nood aan ondersteuning van mantelzorg in Brussel wordt ook ervaren in de dagverzorgingscentra. De contacten met de mantelzorgverenigingen van de Christelijke Mutualiteit en Kenniscentrum Mantelzorg geven aan dat beide het moeilijk hebben om Brusselse mantelzorgers te bereiken.
- Paradox: mantelzorgers die ondersteuning zoeken in Brussel vinden het niet, terwijl de Vlaamse mantelzorgverenigingen in Brussel geen mantelzorgers bereiken.
- Er zijn zes Vlaamse mantelzorgverenigingen die in principe ook in Brussel werken. Vijf ervan zijn gekoppeld aan een mutualiteit. Elke zuil heeft zijn eigen vereniging. Deze versnippering maakt het moeilijk om een werking in Brussel van de grond te krijgen. De zes verenigingen zijn nauwelijks actief in Brussel.
- In Brussel krijg je door de taal nooit een grote groep Nederlandstalige mantelzorgers samen. Het heeft geen zin om eentalige initiatieven en communicatie op te zetten. De Vlaamse verenigingen voeren de communicatie enkel in het Nederlands, waardoor ze in Brussel (te) weinig mensen bereiken. De eigen Vlaamse voorzieningen hebben immers ook een anderstalig publiek.
- De slaagkans is groter indien je samenwerkt met een voorziening, bvb. een woonzorgcentrum, dat het initiatief bekend maakt bij familieleden.
- Een eenmalig initiatief zoals een dementiecafé, heeft weinig zin. Het moet regelmatig plaatsvinden en volgehouden worden, bvb. elke maand op eenzelfde weekdag.
- De ondersteuning moet dicht bij de mantelzorger gebeuren. Afstanden, moeilijke verplaatsingen, weinig kennis en vertrouwen in de organisaties enz., zorgen er voor dat mensen niet tot op een bijeenkomst raken. Daarom is buurtgerichte mantelzorgondersteuning belangrijk, vanuit een aanspreekpunt dat de mensen kennen en waarin ze vertrouwen hebben. Wantrouwen, vooral bij kansarme, sociaal kwetsbare mensen, is een grote drempel in het zoeken naar zorg en hulp. Het opbouwen van een vertrouwensrelatie vraagt tijd.
- Het besef groeit dat er meer aandacht moet zijn voor de mantelzorger. De GGC lanceerde een initiatief waarbij ook het Huis voor Gezondheid en het Kenniscentrum Woonzorg Brussel zijn betrokken. De bedoeling is om in de loop van 2013 samen met het werkveld, acties te ondernemen om tot een betere ondersteuning van de Brusselse mantelzorger te komen.
- We kunnen niet alles naar de wijk of buurt brengen. Er is een mobiele groep die bereid is zich te verplaatsen en zich niet aangesproken voelt door het aanbod van een lokaal dienstencentrum.

Aanbevelingen

- Mantelzorgers die dit wensen, moeten weten welke ondersteuningsmogelijkheden er bestaan en waar ze terecht kunnen.
- Het is belangrijk dat er regelmaat en continuïteit is en de ondersteuning niet beperkt blijft tot een éénmalig initiatief of bijeenkomst.
- De ondersteuning moet lokaal, buurtgericht verankerd worden.

4.4 Vrijwilligers zijn de hoeksteen van de toekomstige zorg

Inleider: Christina Vanderhaeghe, coördinator Forum Palliatieve Zorg

Situering

Voor heel wat zorgvormen oppashulp, sociaal vervoer, mantelzorg, animatie in dagcentra of woonzorgcentra, zullen we aangewezen zijn op vrijwilligers. Het is onbetaalbaar om alles met professionele werkrachten te organiseren. Ondanks de verhoogde pensioenleeftijd blijft er een groot potentieel aan vrijwilligers. We leven langer gezond en het aantal gezonde en actieve jaren na de pensioenleeftijd neemt toe. Het engagement als vrijwilliger verhoogt bovendien het zelfbeeld, gaat vereenzaming tegen en het bevordert de gezondheid en fysieke conditie van de vrijwilliger. Inzetten op vrijwilligers is dus noodzakelijk omwille van betaalbaarheid en nuttig voor de sociale activering en het uitstel van zorgbehoefendheid.

Het belang van vrijwilligerswerk, de voorwaarden, knelpunten en aanbevelingen worden besproken aan de hand van de praktijkervaring in de palliatieve zorg.

Inleiding

❖ Algemene beschouwing

Het zorgen voor elkaar, kinderen, zieken en ouderen, maakt deel uit van onze beschaving, van ons menszijn. Vraag is wie deze zorg zal kunnen opnemen. We zien wereldwijd een enorme verschuiving naar verstedelijking. Wat zijn de gevolgen hiervan voor de zorg? Kunnen we het feit dat het evident is dat we zorg dragen voor elkaar en hulp bieden aan familie en buren, zoals we dat zien in plattelandsgemeenschappen, blijven handhaven?

Dankzij de medische vooruitgang leven we allemaal langer, maar dit vraagt ook een grotere verantwoordelijkheid. Niet enkel van beroepskrachten en professionele zorg, maar ook van vrijwilligers, familie, buren. Vooral buren een informele buurtzorg zullen een grotere rol gaan spelen omdat families kleiner worden en mensen minder kinderen hebben. In de grootsteden zijn er meer alleenstaanden. Het is voor een aantal mensen een bewuste keuze om alleen te wonen en zich zo lang mogelijk zelf te beredderen. Goede zelfzorg is zeker waardevol.

❖ Ervaringen vrijwilligerswerk in palliatieve zorg

Het dagcentrum palliatieve zorg TOPAZ vangt dagelijks mensen op met een levensbedreigende ziekte.

Naast een team van 5 beroepskrachten zijn er 35 vrijwilligers. Wekelijks worden 15 à 20 vrijwilligers ingezet om mantelzorgers even op adem te laten komen terwijl de vrijwilliger bij de zieke persoon is. De vrijwilligers worden gescreend op basis van hun competenties om met mensen en de thematiek om te kunnen. Het is een zeer goede zaak dat vrijwilligers in de palliatieve zorg meestal 50-plussers zijn, met voldoende levenservaring, in het bijzonder met verlies en afscheid. Ze hebben zelf al afscheid moeten nemen van één of meerdere dierbare personen en weten wat rouwen is.

Het aandeel van de vrijwilligers bij supportieve zorg voor mensen met een levensbedreigende ziekte neemt toe en zal noodzakelijk moeten blijven toenemen. Professionele hulp in de palliatieve zorg is bijna gratis voor de patiënt, maar de kwaliteit en kwantiteit van aanwezigheid wordt mede door vrijwilligers bepaald.

De vrijwilligers worden ondersteund en erkend in hun rol, zonder dat ze op de vingers worden getikt door de professionelen. Ze nemen taken op zoals maaltijden bereiden, zorgen dat het gezellig is, vervoer van patiënten enz. Het gaat om een goed sociaal contact, het doorbreken van het sociaal isolement van mensen die kampen met een chronische, levensbedreigende ziekte. De vrijwilligers werken samen in ploeg, dragen mee de verantwoordelijkheid voor het goed functioneren van het dagcentrum. Ze worden gewaardeerd en gevaloriseerd als volwaardige actor in de zorg.

Alle vrijwilligers volgen een opleiding en krijgen bijscholing in palliatieve zorg. Er wordt een contract en een verzekering afgesloten. Er is een verantwoordelijke voor de ondersteuning van de vrijwilligers en een aanspreekpunt op elke plaats waar een vrijwilliger wordt ingezet.

❖ Kan je op vrijwilligers een beleid gaan bouwen?

Vrijwilligers hebben een cruciale rol maar dit betekent niet dat je daarop het beleid kan bouwen. Dit is de taak van de professionelen, samen met de mantelzorg en vrijwilligers.

Iedereen wil zorg op maat; gespecialiseerde zorg waarbij de huisarts een coördinerende rol moet opnemen. Andere zorg kan opgenomen worden door vrijwilligers, als verantwoordelijke burgers.

Vrijwillige zorg blijft de hoeksteen van de zorg. De verantwoordelijkheid over zorg mag niet enkel aan de overheid en professionelen worden overgelaten.

Reacties van panel en publiek

- Vrijwilligers zijn vaak oudere mensen. Omdat we langer moeten blijven werken bestaat de vrees dat het moeilijker gaat worden om vrijwilligers te vinden.
- Werken met vrijwilligers kan ook voor problemen zorgen, bvb. wanneer iemand systematisch te laat komt. Er moet een aanspreekpunt komen en de overheid moet geld vrijmaken voor een coördinator van alle vrijwilligers in een organisatie.
- We moeten opletten met het standpunt dat de rol van overheid tot het medische beperkt blijft en de rest kan opgenomen worden door vrijwilligers. Het werken met vrijwilligers moet ondersteund worden, via vorming, intervisie en een aanspreekpunt. Een beleidsvisie over vrijwilligerswerk in de organisatie is cruciaal; vrijwilligerswerk komt niet zomaar van de grond.
- De cliënt moet verantwoordelijk gemaakt worden voor zijn hulp, bijvoorbeeld d.m.v. een assistentiebudget. De maat van de zorg moet bepaald worden door de betrokkene zelf, en niet door de professionelen. Het is aan de zorgbehoevende oudere zelf om te bepalen tot waar de zorg gaat. De cliënt staat centraal.

Aanbevelingen

- Vrijwilligers zijn niet de hoeksteen van de zorg, maar hebben wel een centrale, volwaardige en complementaire rol. We moeten dit herdynamiseren.
- De overheid moet mee de regierol van het vrijwilligerswerk opnemen.
- De cliënt is de maat van de zorg.



5 OUDEREN EN HUN OUDE DAG, EEN MOEILIJK RELATIE?

Anticiperen op zorgbehoefvendheid, actief blijven als oudere, overbevraging als mantelzorger

Panelleden

- An-Sofie Smetcoren, onderzoeker faculteit psychologie en educatiewetenschappen, VUB
- Marc Koninckx, stafmedewerker zorg- en dienstverlening, Familiehulp
- Emmanuel Ryckaert, thuisverpleegkundige
- Ann Stuer, diensthoofd Ziekenzorg, CM Sint-Michielsbond
- Moderator: Els Messelis, coördinator Seniorenconsulentenvorming, HUB

5.1 Als oudere is het te laat om na te denken over de oude dag, je moet er nu al aan beginnen

Inleider: An-Sofie Smetcoren, onderzoeker faculteit psychologie en educatiewetenschappen, VUB

Situering

Ouderen zien er erg tegenop om te moeten verhuizen of te veranderen. De stap om aanpassingen te doen of in een geschikt appartement te gaan wonen wordt uitgesteld om financiële en praktische redenen. We moeten er dus vroeger aan beginnen. Maar wie van ons heeft al concreet nagedacht over hoe je zal wonen op je 75^{ste}? Nog steeds in hetzelfde te grote huis met vier kamers? Of verhuisd naar een appartementje aan de kust? En wat als je dan zorgbehoefstig wordt?

Inleiding

❖ Thuiswonen vraagt om aangepast wonen

Ouderen zijn erg gehecht aan hun woning en willen zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Door verminderde mobiliteit en mogelijkheden komen ouderen moeilijker buiten en raken ze gemakkelijk teruggeplooid tot de beperkte actieradius van hun huis.

Ondanks deze gehechtheid aan de eigen woning toont onderzoek aan dat een groot deel van de ouderen leeft in een onaangepaste woning: er zijn trappen, het huis is te groot sinds de kinderen alleen zijn gaan wonen, het bad kan niet meer gebruikt worden, enz. Om tegemoet te komen aan de wens om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen, zijn aanpassingen nodig. Zoniet volgt vaak een voortijdige opname in een woonzorgcentrum omdat het comfort en de staat van de woning onvoldoende zijn eens de oudere zorgbehoevender wordt en zijn autonomie verliest.

Vaak kunnen enkele klussen, kleine aanpassingen of het installeren van domotica al een hele stap vooruit betekenen. Een verhoogd toilet, handgrepen, een badstoel of inloopdouche, een alarmsysteem of ICT toepassingen maken het leven van de ouderen veiliger en comfortabeler.

❖ Drempels tot verandering

Het ligt bij de oudere heel moeilijk om vooraf de nodige aanpassingen te doen of de stap te zetten om te verhuizen. De redenen zijn divers:

- Emotioneel: het eigen huis is een plaats vol herinneringen en levensgeschiedenis, men is gehecht zijn aan de wijk/omgeving, het is een plaats van persoonlijk welbevinden.
- Praktisch: aanpassingen zijn wel mogelijk maar stuiten op heel wat bezwaren zoals: wie doet het? Wat kost het? En wat met al het vuil en de rommel?
- Financieel: verhuizen naar een kleinere en aangepaste woning is voor velen onmogelijk omwille van de hoge prijzen in Brussel, zowel bij huur- als koopwoningen. Aanpassingen, zeker de meer ingrijpende, zijn ook niet altijd financieel haalbaar. De tussenkomsten zijn niet zo goed gekend en – zeker in Brussel - zeer beperkt.

Algemeen kunnen we stellen dat er is geen *sence of urgency* is. Ouderen bereiden zich niet voor op hun oude dag, er is een gebrek aan anticipatie. In dit kader is het een opvallende vaststelling dat 60-

plussers weigerachtiger staan tegenover verandering van/aan de woning dan 80-plussers, voor wie het intussen vaak te laat is.

❖ **Mentaliteitsverandering bij (toekomstige) ouderen**

Er is nood aan preventief, anticiperend gedrag bij ouderen via sensibilisering, doorbreken van negatieve perceptie en actieve betrokkenheid en ondersteuning. Deze mentaliteitswijziging moet in stappen gebeuren:

- Informatie geven over het belang en de mogelijkheden van aangepast wonen.
- Jonge bouwers sensibiliseren en bewustmaken over levensbestendig wonen.
- Actief betrekken van de ouderen en luisteren naar wensen, behoeften en mogelijkheden.
- Aanzetten en overtuigen om nodige en haalbare stappen te zetten.
- Ondersteuning bieden bij het uitvoeren van woningaanpassing of verhuis.
- Betrokkenen leren om de aanpassingen en hulpmiddelen te gebruiken en te aanvaarden.

❖ **Aanbevelingen**

- We moeten vroeger, proactief nadenken over later: stimuleren, sensibiliseren, anticiperen.
- Informatie stapsgewijs aanbieden, verschillende alternatieven en mogelijkheden bieden én bespreken wanneer men het heeft over aanpassingen.
- Doelgroep zijn de jonge ouderen (vanaf 55 jaar) maar ook jongeren die denken aan bouwen of verbouwen, kunnen we stimuleren om een meegroei-huis overwegen in functie van levensloopbestendig wonen.
- Mentaliteitsverandering en aanpassing vragen tijd en veel herhaling en stimulering. We moeten er ons van bewust zijn dat de overlast die aanpassingen met zich mee brengen, een grote hinderpaal vormen.
- De thuiszorg moet kunnen beschikken over een centraal telefoonnummer voor informatie en coaching, zoals bvb. het Steunpunt Woningaanpassing Brussel.
- Informatie gebeurt best stapsgewijs, met advies en ondersteuning van a tot z. Hierbij is een netwerk met partners voor woonaanpassingen zeer nuttig en zelfs noodzakelijk.
- Aanpassingen dienen in de eerste plaats vooral gebruiksvriendelijk te zijn en op maat, volgens de wens van de persoon in kwestie, uitgevoerd te worden.

❖ **Enkele voorstellen**

- Voer een premie in voor aangepaste woningen;
- Zet in op preventie;
- Maak één aanspreekpunt;
- Betrek projectontwikkelaars.

Besluit

Er zal moeten gewerkt worden aan een mentaliteitsverandering. Informatie kan preventief, zowel op micro- als op macro-niveau, mensen sensibiliseren om wonen 'op maat' echt te willen toepassen. Voor deze sensibilisering en ondersteuning is geld nodig.

5.2 Rust roest, actieve senioren hebben geen zorg nodig

Inleider: Marc Koninckx, stafmedewerker zorg- en dienstverlening, Familiehulp

Situering

‘Als ge dan met jonge mensen te doen hebt die dertig jaar oud zijn, die bekijken u al ge iets zegt of iets vraagt, die bekijken u want ge zijt een oude vrouw,... Zoudt gij niet in uw keuken achter uw potten staan? Moet gij niet in uw zetel zitten, want gij zijt toch een oude vrouw?’

Ouderen die actief zijn, zich nuttig en betrokken voelen, blijven langer gezond en hebben minder zorg nodig. Vrijwilligerswerk wordt niet voor niets een wondermiddel genoemd. Vele van deze actieve senioren hebben behoefte aan sociale contacten, willen nog nuttig zijn, betekenis geven aan hun leven en hun bijdrage leveren aan de maatschappij. Maar waar kunnen zij nog terecht in het verenigingsleven, in het vrijwilligerswerk?

Inleiding

❖ Verschillende groepen actieve senioren

Heel vaak denken we onmiddellijk aan de jonge senioren van de huidige generatie als we spreken over actieve senioren. De generatie die geregeld overbevraagd is en ingeschakeld wordt in de zorg voor hun ouders en gelijktijdig ook nog zorgt voor de opvang van de kleinkinderen. Sommigen zijn nog lid van een of andere vereniging. Anderen haken af en nemen niet meer deel aan het verenigingsleven omwille van de zorg voor hun ouders en/of kleinkinderen of hebben minder tijd voor contact met leeftijdsgenoten, waardoor hun sociaal netwerk inkrimpt.

Hun ouders komen na enkele jaren te overlijden, de kleinkinderen ontgroeien de oppasperiode, de eigen kinderen hebben het grootstedelijk gebied verlaten en wonen verder weg. We komen dan bij de tweede groep actieve senioren. De groep van senioren die lichamelijk en geestelijk nog in conditie zijn, tot voor kort (familiaal) heel actief waren, maar die plots in een leegte terechtkomen. Bovendien zijn ze misschien alleenstaande zijn geworden. Zij behoren ondertussen ook niet meer tot de groep van jonge senioren, maar van 70-75-plussers.

Deze senioren hebben behoefte aan sociale contacten en willen zich nog actief inzetten maar vinden hun weg niet naar het verenigingsleven of het vrijwilligerswerk. Het leven onder de kerktoeren is in grootstad bijna volledig verdwenen, wat de zoektocht naar sociaal contact, het zich ten dienste te stellen of vrijwilligerswerk er niet eenvoudig op maakt.

Geldt dit fenomeen enkel voor Brussel? Neen, ik denk het niet, men ziet dit ook verschijnen in andere grootsteden zoals Antwerpen en Gent. Maar in Brussel is het probleem veel acuter, is het duidelijk zichtbaar. De meertaligheid maakt het er voor de Nederlandstalige senior zeker niet eenvoudiger op om de weg te vinden naar Nederlandstalige initiatieven en organisaties.

Het vallen in een zwart gat heeft als resultaat dat een actieve senior heel snel evolueert naar een passieve senior. Een leven van het bed naar de zetel en terug leidt zeer snel tot totale desinteresse. Reeds na enkele maanden vergt het veel moed en inspanning om terug iets actiefs op te nemen. Die passiviteit heeft ook als gevolg dat men na amper zes of twaalf maanden een duidelijke lichamelijke en geestelijke aftakeling ziet. Deze senioren krijgen snel een lichaamsstructuur die eigenlijk behoort bij iemand die vijf jaar ouder is. Het gevolg is dat ze sneller zorgbehoevend en zorgvrager worden.

Hebben actieve senioren geen zorg nodig? Nee, zij hebben niet de zorg nodig zoals wordt gezien door zorgverstrekkers en maatschappij, maar zij hebben wel de zorg nodig die er toe leidt dat zij nog langer actief kunnen blijven. Ze hebben de zorg nodig die hun de weg wijst naar verenigingsleven en naar de mogelijkheden van vrijwilligerswerk.

De lokale dienstencentra in Brussel leveren hiervoor al veel inspanningen en ontwikkelen zeer goede initiatieven. Vaak hoor ik uitspraken zoals: ‘Meneer, de dag en de avond duren nog lang na 16 uur, het is verschrikkelijk’. En: ‘Meneer, weet je wat het is van vrijdagavond tot maandagmorgen? Ik haat de zaterdag en de zondag’. Of: ‘Wie durft er hier nog buiten komen ‘s avonds?’

❖ Enkele voorstellen

- Uitbreiding van de middelen voor lokale dienstencentra voor avond en weekendorganisatie.
- Federale, regionale en plaatselijke initiatieven aanzetten tot het bevorderen van vrijwilligerswerk. Zelf initiatieven op poten zetten.
- Inzetten op verandering van maatschappelijk beeld. Ook 75-plussers kunnen nog veel betekenen voor hun naasten, burens, gemeenschap en maatschappij.
- Initiatieven die actieve senioren bereiken, helpen en begeleiden in het vinden van activiteiten, vrijwilligerswerk, levenslang leren, ...
- Een vrijwilligersproject op zetten voor actieve senioren, naar voorbeeld van het Nederlands project 'ouderen voor ouderen': ouderen kunnen elkaar ontmoeten en de rol opnemen van mantelzorger voor andere ouderen. In Schiedam leidde dat tot een evolutie van 17% ouderen actief in vrijwilligerswerk naar 25%. Op die manier blijven senioren niet alleen langer actief, maar vooral ook langer geestelijk en lichamelijk gezond. Het resultaat is dat een grotere groep senioren minder vlug zorgbehoevend wordt, langer zelfstandig thuis kan blijven wonen en er zodoende een kostenbesparing voor de maatschappij en sociale zekerheid wordt gerealiseerd.

❖ Besluit

Investeren in preventieve zorg, investeren in zorg opdat senioren zo lang mogelijk actief kunnen zijn en blijven, is investeren in de toekomst. Het is een deeloplossing voor de vergrijzing en besparend op lange termijn.

Aanbevelingen

- Maatschappelijk gezien - en zeker in de media - worden ouderen zeer verschillend in beeld gebracht. Enerzijds heb je het beeld van de actieve, valide 60-plusser, anderzijds zie je de oudere als sukkelachtige, invalide zorgbehoevende. Deze tegenstelling is maar een fractie van de realiteit. Het maatschappelijk beeld op de oudere moet grondig worden bijgesteld.
- Er wordt gepleit om de lokale dienstencentra langer open te houden (zeven dagen op zeven), ook voor andere organisaties die werken met ouderen. Er zou een vorm van permanentie (door vrijwilligers) moeten mogelijk zijn. Belangrijk is dat de ondersteuning van het dienstencentrum blijft als facilitator voor verschillende ouderenorganisaties. Dit zal meer werk betekenen voor het lokaal dienstencentrum en meer personeel en middelen vereisen.



An Stuer, Marc Koninckx, Els Messelis, An-Sofie Smetcoren en Emmanuel Ryckaert

5.3 Bemoeizorg heeft een positief effect op de kwaliteit van leven

Inleider: Emmanuel Ryckaert, thuisverpleegkundige

Situering

De vereenzaming wordt in Brussel door mensen op het terrein alom aangehaald als één van de grootste problemen bij ouderen. Het hebben van sociale contacten is een bepalende factor voor het behoud van autonomie en zelfredzaamheid. Kinderen die veraf wonen, familie en vrienden die wegvallen, fysieke klachten en problemen, het onveiligheidsgevoel waardoor ouderen niet meer buiten durven komen, leiden ertoe dat het sociaal netwerk stelselmatig afbrokkelt. Hierdoor dreigen ouderen in een geïsoleerde situatie te komen waarbij afscherming van de buitenwereld, het afwijzen van hulp en verwaarlozing niet veraf zijn.

Bemoeizorg houdt in dat ongevraagd hulp wordt geboden aan mensen die in zorgwekkende leefomstandigheden zijn gekomen en niet voor hulp aankloppen bij zorginstellingen. Het doel is om hen voor te bereiden op een doorverwijzing naar reguliere zorgorganisaties/zorgverleners voor verdere begeleiding en/of zorg. Maar waar ligt de grens tussen zelfregie/zelfbeslissing en bemoeizorg? Wat is de impact hiervan op de nabije omgeving en mantelzorg?

Inleiding

- Bemoeizorg moet niet noodzakelijk negatief geconnoteerd worden. Het is geen eenrichtingsverkeer vanuit de zorgvrager maar moet tweerichtingsverkeer zijn waar goed geluisterd wordt naar de noden, vragen en wensen van de zorgvrager. Indien we iets willen veranderen is goede en stapgewijs verworven informatie cruciaal. Geef de tijd aan de zorgvrager om informatie te verwerken. Start ook laagdrempelig met de verandering indien gewenst.
- Luister goed wat voor de zorgvrager levenskwaliteit inhoudt en projecteer niet steeds je eigen visie. Het is belangrijk om zich bewust te zijn van de eigen perceptie en beeldvorming en rekening te houden met het perspectief en context van de hulpvrager, waaronder ook het multiculturele aspect.
- Samenwerking is cruciaal en een onafhankelijke zorgcoach kan hier een begeleidende rol in spelen. De zorgcoach moet zich neutraal opstellen, vanuit een breed perspectief. Hij is als dusdanig geen zorgregisseur die de regie over het hoofd van de zorgvrager in handen neemt. Ik geef daarom de voorkeur aan de term zorgcoach boven zorgregisseur of zorgcoördinator die m.i. eerder betuttelend zijn. De zorgcoach moet er op toezien dat gemaakte afspraken nauw worden opgevolgd en het mandaat hebben om de actoren hierop aan te spreken. Binnen het gegeven van versnippering is het noodzakelijk dat een zorgcoach die een overzicht heeft over het geheel. Het huidige systeem van overleg is te vrijblijvend. Bij overleg is het zeer belangrijk om de wens van de zorgvrager mee te nemen.

Op deze manier zal bemoeizorg meer *coachzorg* worden en het positief effect blijven hebben op de kwaliteit van leven.

Reacties van panel en publiek

- De cliënt dient actief bij de zorg betrokken te worden en dit via zorgcoaching. Er worden soms te snel taken overgenomen om goed te doen.
- Bemoeizorg gebeurt gemakkelijker ongevraagd bij crisissituaties. Er is geen ambulance van de thuiszorg.
- Een mogelijke oplossing is het multidisciplinair overleg in samenwerking met de huisarts, hoewel dit in Brussel moeilijk te realiseren is, bvb. omwille van de taal. Bij dit overleg mag men de zorgbehoevende niet vergeten te betrekken evenals de familie en/of mantelzorger.
- Nieuw in Brussel is het ZorgActiePlan. Met één telefoontje tekent men, via een zorgregisseur, het volledig zorgtraject uit.
- Men meldt ook een tekort aan maatschappelijke en administratieve ondersteuning. Misschien kan het Brussels Overleg Thuiszorg hierbij soelaas bieden?

Aanbevelingen

- De cliënt staat centraal;
- Verdere uitbouw van multidisciplinair overleg;
- Inzetten van een zorgcoach;
- Tussenkost bij crisissituaties via een ambulance van de thuiszorg.

5.4 De Brusselse mantelzorg staat er alleen voor

Inleider: Ann Stuer, diensthoofd Ziekenzorg CM Sint-Michielsbond

Situering

Veel zorgbehoevende ouderen worden bijgestaan door hun partner, veelal zelf ook een oudere. Door de toenemende zorgbehoefte van hun partner rollen zij ongemerkt en steeds meer in de rol van mantelzorg. Daarbij worden de eigen (zorg)behoefte en -vragen genegeerd, niet alleen door henzelf maar ook door hun omgeving. Mantelzorgers voelen zich in de steek gelaten en te weinig ondersteund. De structuren die hierin een belangrijke rol kunnen spelen (mantelzorgvereniging, oppasdiensten, dagverzorgingscentra) zijn niet of onvoldoende uitgebouwd en moeilijk bereikbaar. De ondersteuning moet veel dichter in de buurt van de mantelzorg zijn.

Inleiding

Het gevoel dat je er als mantelzorg alleen voor staat is heel reëel. Mantelzorgers voelen zich aan hun lot overgelaten. Toch bestaat er veel ondersteuning maar ze weten deze niet te vinden. Ze lopen vast in het aanbod, de verscheidenheid en zien door het bos de bomen niet meer.

Brussel heeft niet alleen een rijk aanbod, het profiel van de mantelzorg is ook heel divers en uiteenlopend: de één heeft een groot netwerk waar hij beroep op kan doen, de andere heeft niemand om op terug te vallen. De achtergrond en sociaal-culturele bagage spelen mee en zorgen voor bijkomende drempels.

Daarom is het belangrijk om mensen de weg te wijzen en gericht te leiden naar het ondersteuningsaanbod. Dit impliceert dat de noden in kaart worden gebracht en informatie en toeleiding op maat gebeurt.

Om dit te kunnen doen moeten professionelen eerst en vooral oog hebben voor de situatie en de noden van de mantelzorg. Er is nood aan netwerken om de mantelzorgers op te sporen en gericht te kunnen bijstaan. Dit gaat samen met een betere erkenning, waardering en ondersteuning van de mantelzorg.

Reacties van panel en publiek

- Bijzonder aandacht moet gaan naar de allochtone mantelzorg: hoe vindt deze de weg naar zorg en informatie? Hoe kan deze bereikt worden? Projecten als Ovallo/Bruggenbouwersproject trachten hierop een antwoord te bieden en verdienen verdere ondersteuning.
- Er is veel informatie voorradig, maar hoe wordt deze opgepikt?
- De vraag naar ondersteuning en erkenning geldt niet alleen in de thuissituatie maar bijvoorbeeld ook na opname van ouder of partner in een woonzorgcentrum. Ook in het rusthuis verdient de mantelzorg dat er waardig met hem/haar wordt omgegaan.
- Het is wenselijk om het bestaande aanbod niet op te dringen, maar bij voorkeur aan te passen aan de vraag.

Aanbevelingen

- Vraaggerichte zorg en ondersteuning op maat met de mantelzorg;
- Werk maken van betere informatiedoorstroom;
- Betere erkenning en waardering van de mantelzorg door professionelen;
- Specifieke aandacht voor de allochtone mantelzorgers.

5.5 Slotaanbevelingen sessie 5

❖ Anticiperen op aangepast en toegankelijk wonen

- Mensen moeten op jongere leeftijd gesensibiliseerd en aangemoedigd worden om te anticiperen op hun oude dag opdat ze proactief nadenken over aangepast wonen.
- Aangepast wonen van ouderen moet actief begeleid en ondersteund worden, best vanuit één centrale organisatie.
- De toegankelijkheid van (openbare) voorzieningen en gebouwen moet beleidsmatig meer aandacht krijgen. Ook projectontwikkelaars moeten hier over meer gesensibiliseerd worden.

❖ Actieve senior ondersteunen

Veel ouderen willen actief blijven maar vallen willens nillens in een zwart gat en passiviteit. We kunnen dit tegen gaan als we:

- De maatschappelijke beeldvorming over ouderen veranderen.
- Lokale dienstencentra er toe aan zetten om als facilitator op te treden en zich bvb. ook buiten de kantooruren open te stellen voor verenigingen.
- Beter gebruik maken van bestaande netwerken en organisaties om het verenigingsleven te ondersteunen.
- Een actief vrijwilligersbeleid voeren in organisaties en voorzieningen en hierin ouderen betrekken.

❖ Zorgvrager staat centraal

- In de relatie met een professionele moet de zorgvrager centraal staan.
- Het hulpverleningsproces is een tweerichtingsverkeer waarbij rekening wordt gehouden met het perspectief van de hulpvrager én -verlener. Dit kan bewaakt en geoptimaliseerd worden door het inzetten van een zorgcoach.
- Bemoeizorg is nodig in geval van crisissituaties, met als concreet voorstel de opstart van een project *ambulance van de thuiszorg*.

❖ Verlies de mantelzorg niet uit het oog

- Informatie over het ondersteuningsaanbod beter organiseren en stroomlijnen.
- Betere erkenning, waardering en ondersteuning van mantelzorgers, ook in de woonzorgcentra.
- Specifieke aandacht voor kwetsbare en allochtone mantelzorgers.



6 ZO LANG MOGELIJK AUTONOMOOM?

Woningaanpassing, alternatieve woonvormen en woonzorgcentra van de toekomst

Panelleden

- Jean-Christophe Vanderhaegen, Confederatie bouw
- Luk Jonckheere, voorzitter Samenhuizen vzw
- Eveline Vyncke, architecte Urban Platform
- Jan Vandekerckhove, directeur woonzorgcentrum Ter Biest – OCMW Grimbergen

Moderator: Liesbeth De Donder, professor Agogische Wetenschappen, dep. Educatiewetenschappen (VUB)

6.1 Autonomie en zelfstandig wonen begint met een aangepaste woning. Pech voor de Brusselaar?

Inleider: Jean-Christophe Vanderhaegen, directeur-generaal Confederatie Bouw Brussel-Hoofdstad

Situering

Met enkele kleine of grote aanpassingen kunnen woningen veiliger en comfortabeler gemaakt worden voor ouderen. Indien dit niet kan, is verhuizen naar een aangepast appartement soms een goede optie. De Brusselse huisvestingsmarkt heeft echter een aantal kenmerken die het (verhuizen naar) aangepast wonen voor ouderen bemoeilijken: relatief veel huurwoningen, typische woningbouw met smalle huizen en veel trappen, verouderde sociale woningen, dure woningmarkt, geen premies woningaanpassing.

Inleiding

❖ Enkele algemene beschouwingen

- Er wordt vaak gesteld dat de situatie in Brussel anders is. Dit klopt, maar er is ook in Brussel evenzeer een groot verschil tussen wonen in Molenbeek, Woluwe of Ukkel. Ageing is een globale problematiek die zich voordoet en die in de lokale context moet worden aangepakt onder het motto: *Think globally, act locally*. Er zijn ook goede voorbeelden en concepten te vinden in het buitenland die in Brussel kunnen worden toegepast.
- In het denken over hoe we moeten omgaan met de vergrijzing wordt nog te veel gedacht in een wij-zij-denken: de jongere generatie die zal moeten zorgen voor de ouderen. We moeten komen tot een wij-denken. Er is een mentaliteitswijziging nodig.

❖ Pech voor de Brusselaar? Ja, om drie redenen:

- Verpaupering van de Brusselse bevolking, in het bijzonder de ouderen, waarvoor kwaliteitsvol wonen onbetaalbaar wordt.
- Stedelijke typologie: typische appartementen met te smalle lift, niet toegankelijk, en de ontoegankelijkheid van de stad.
- Staat niet op de politieke agenda: er is geen aangepast beleid voor het wonen van ouderen. We moeten vaststellen dat jeugd en jongeren alle aandacht krijgen als het over wonen gaat. Bovendien heeft men enkel oog voor het aspect energie. Ter illustratie: het Brussels Instituut voor Milieubeheer heeft 150 medewerkers die enkel en alleen met groen bouwen bezig zijn. Geen enkele administratie heeft een equivalent aan mankracht die zich op de problematiek van ouderen kan storten, terwijl de problematiek minstens even belangrijk is.

Nochtans geldt 'oost west, thuis best' vooral bij de ouderen, tenzij een welbepaalde toestand dit niet meer toelaat.

❖ Zoeken naar oplossingen

Er zijn twee belangrijke principes die opduiken in de zoektocht naar oplossingen:

- Toegankelijkheid van de woning en de omgeving. Als hun huidige woning onaangepast blijkt te zijn, wat vaak het geval is, moet men hen de mogelijkheid bieden te verhuizen naar een andere woning, zodat zij in hun nieuwe thuis ouder kunnen worden.

Dit brengt kosten met zich mee. Misschien moeten we hier samen met private partners werken aan aanpasbaar bouwen. Vandaag zijn 80% van de bouwheren private initiatiefnemers en dit heeft uiteraard gevolgen op hoe en wat er gebouwd wordt. Een andere invalshoek is de tweede (aangepaste) woning. Helaas is dit niet voor iedereen een optie. Daarom moet gezocht worden naar oplossingen om dit voor meer mensen (ouderen) mogelijk te maken. In het buitenland bestaan financieringsmodellen die doeltreffend zijn.

Een voluntaristische investering in oplossingen voor *lifetime housing* (levenslang wonen) zal toelaten een antwoord te bieden aan de huidige sterk stijgende behoeften aan collectieve huisvesting.

De privésector in het algemeen en de bouwsector in het bijzonder hebben een doorslaggevende rol te spelen in deze uitdaging van de toekomst.

De gemeenschappen voor ouderen met permanente zorgverstrekking (*Continuing Care Retirement Communities*) en de *senior housing* voor actieve 55-plussers zijn interessante formules, die in België nog niet sterk ontwikkeld zijn.

- Technologie kan ook veel betekenen ter ondersteuning van de autonomie van ouderen in hun woning, maar innovatie in de zorg is niet gemakkelijk, o.a. door de verscheidenheid aan actoren en belangen (bron: Mark Leys, VUB). Echte innovatie vergt veel meer dan spectaculaire, nieuwe technologie.
 - o Werkt ze? Is ze efficiënt?
 - o Is het personeel opgeleid om haar te gebruiken?
 - o Is zij aanvaardbaar?
 - o Is zij aangepast aan een professionele omgeving?
 - o Is zij betaalbaar en wie zal haar betalen?

De aanvaarding en inzet van de technologie hangt af van het effectief demonstreren van verbeteringen voor elk van de actoren.

- o Het gaat om aantonen en niet om commercieel beweren;
- o Het demonstreren van de werking verschilt van de aanvaarding door de verschillende actoren.

Reacties van panel en publiek

- De vaststelling dat de aandacht van het beleid vooral gaat naar ecologie en energiebesparing en veel minder naar aangepast wonen voor ouderen wordt ook ervaren bij de architectenbureaus, zeker bij particuliere projecten. Bij publieke projecten is er meer aandacht voor toegankelijkheid. Toch zijn er in Brussel specifiek minder initiatieven. Er wordt vanuit het beleid inderdaad op energie en jongeren gericht, bvb.. investering in schoolgebouwen. De omschakeling wordt stilaan gemaakt met de komst van een aantal woonzorgprojecten.
- Kan, naar analogie met het Energie Prestatie Certificaat (EPC) niet overwogen worden om woningen te onderwerpen aan een 'aanpasbaarheidstoets' en certificaten af te leveren waarbij de aanpasbaarheid aan behoeften van ouderen wordt weergegeven?
- De overheid zou moeten opleggen dat toegankelijkheid de norm wordt. En deze materie zeker niet regionaliseren. De toepassing moet overal dezelfde zijn, zowel in Vlaanderen, Wallonië als in Brussel.
- Er zijn nog altijd voorbeelden van serviceflats die gebouwd worden, maar niet helemaal zijn aangepast met bvb. te hoge kosten. De overheid moet hier aan kwaliteitsbewaking doen en er voor zorgen dat de bestaande en nieuwe normen gerespecteerd worden.
- We mogen niet enkel uitgaan van nieuwbouw, op dat vlak is er niet zo veel mogelijk. We moeten rekening houden met de bestaande woningen. Ouderen zijn niet snel bereid om te

verhuizen. We moeten via woningaanpassing en de hulp van ergotherapeuten vooral ingrijpen in de bestaande woningen en dit vanuit de overheid subsidiëren.

- Vanuit de praktijk ervaren ergotherapeuten een groot verschil tussen de drie Gewesten. Wat doen we met de ouderen die in hun woning willen blijven? Er bestaat niets op vlak van financiële tegemoetkoming voor woningaanpassing voor 65-plussers in Brussel. Vraag is ook: wat is aangepast? Het gaat niet om een statisch gegeven. Het volstaat niet om enkel de situatie te evalueren op het moment van de bouwwerkzaamheden, maar er moet ook rekening worden gehouden met het evolutief aspect: een situatie kan veranderen door handicap of ouderdom.
- Grote gezinswoningen kunnen opgesplitst worden in verschillende afzonderlijke eenheden. Een voorstel kan zijn om de aanpasbaarheid te bepalen aan de hand van een vergrijzingstoets.
- Naast toegankelijkheid en modulerbaarheid, moet inwisselbaarheid naar voor geschoven worden als volwaardig element.
- Wat met bestaande woningen die onaangepast zijn? Er zijn geen tegemoetkomingen voor 65-plussers. Wat indien de noden veranderen bij ouderen die in een aangepaste woning wonen?
- De mentaliteitswijziging is belangrijk en stilaan ook bezig. Er is een generatie senioren opgestaan die daar zelf ook de aanzet toe geeft. Dit vertaalt zich in nieuwe vormen van kleinschalig groepswonen, waarbij niet alleen de toegankelijkheid/aangepastheid een belangrijk aspect is, maar evenzeer het menselijke, het relationele en de grote betrokkenheid van de bewoners.
- De flexibiliteit draait niet enkel om hoe aanpasbaar de woning is, maar ook flexibiliteit en variatie in de woningen zelf: de woningen moeten niet allemaal even aangepast en toegankelijk zijn, maar vlot uitwisselbaar in functie van de noden. Dit verloopt vlotter binnen het gegeven van groepswonen omdat sommige juridische statuten die bij groepswonen kunnen toegepast worden (coöperatieve, *community landtrust*, ...) dit makkelijker toelaten.

Liesbeth De Donder, Luk Jonckheere, Eveline Vyncke, Jan Vandekerckhove, Jean-Christophe Vanderhaegen



6.2 Kleinschalig groepswonen is de woonvorm van de toekomst, waar wachten we op?

Inleider: Luk Jonckheere, voorzitter Samenhuizen vzw

Situering

Steeds meer mensen – ook ouderen – zijn ervan overtuigd dat we in de toekomst anders moeten wonen en dat creatieve woonvormen oplossingen kunnen bieden aan de vraag naar betaalbaar en aangepast wonen: kangoeroewonen, collectieve woonvormen, leefgroepen in grotere voorzieningen. Toch raken dergelijke woonvormen moeilijk van de grond.

Inleiding

Samenwonen vzw promoot en ondersteunt alle vormen van gemeenschappelijk wonen, cohousing, woongroepen, gemeenschapswonen, uitgaande van volgende definitie:

Een woongemeenschap omvat personen, afkomstig uit verschillende gezinnen die vrijwillig in mindere of meerdere mate van betrokkenheid ruimtes delen en samen wonen in eigen beheer met de bedoeling een sociale meerwaarde te creëren.

Het lijkt utopisch, maar toch zijn er niet alleen bij de jonge generaties, maar ook bij de ouderen, mensen bereid om dit in handen te nemen, iets anders willen en voor deze woonvorm te kiezen.

De cijfers uit gefundeerd buitenlands onderzoek (o.a. uit VS, DK en F) geven aan dat er veel belangstelling is voor kleinschalige projecten van groepswonen en dat het niet beperkt blijft tot een marginale groep, een kleine niche. Het gaat in Amerikaans en Europees onderzoek om 25 à 30 % van de totale bevolking, ook bij senioren. Het potentieel is dus groot en blijft stijgen. Gesteld dat er slechts 5% van de Brusselaars zouden kiezen voor een vorm van gemeenschappelijk wonen, dan gaat het nog steeds om 60.000 mensen. Maar de potentialiteit en interesse zouden voor België en Brussel verder onderzocht moeten worden.

Er zijn zo veel woonvormen als er woongemeenschappen zijn, maar in de veelheid aan modellen kan een opdeling worden gemaakt in twee groepen, afhankelijk van de weerslag die de woonvorm heeft:

- Autonome woonsten met gemeenschappelijk delen
 - o Centraal wonen: zeer beperkte mate van gemeenschappelijkheid, beperkt tot een wasplaats, bergruimte, garage of lokaaltje.
 - o Cohousing: zeer grote mate van gemeenschappelijkheid, o.a. eetplaats, speelruimte ... Hiervoor heb je een minimum aantal van acht à twaalf woonsten nodig, maar idealiter gaat het om een groep van +/- dertig woonsten.
- Private kamers in een gemeenschappelijke woonst.
 - o Gemeenschapshuizen: vooral bekend bij studenten, maar een leefvorm waarin ook hoe langer hoe meer volwassenen en ouderen hun gading vinden.
 - o Leefgemeenschappen: een zeer dichte vorm van samenwonen met beperkte privacy (bijvoorbeeld religieuze gemeenschappen).

Dit onderscheid heeft belang vooral als het gaat om mensen die leven van een vervangingsinkomen en afgestraft worden indien het gaat om een gedeelde huishouding.

Naast de mate van gemeenschappelijkheid is ook de mate van zorg en onderlinge solidariteit een belangrijke variabele bij het gemeenschappelijk wonen.

Kangoeroewonen is de kleinste vorm van wonen in groep (met twee woonsten) en is tot vandaag de enige wettelijk erkende vorm in Vlaanderen. Wallonië staat al iets verder. In Brussel is er een decreet in de maak waarbij cohousing in de huisvestingscode opgenomen wordt.

Zo'n woonprojecten dienen zich ten volle te integreren in de wijk en zorgen er zodoende voor een nieuwe dynamiek.

❖ De meerwaarde van woongemeenschappen

- Praktisch: delen van ruimte, tijdswinst, opvang kinderen.
- Ecologisch: verantwoord gebruik van ruimte, compact bouwen, keuze materialen en leefwijze.
- Sociaal: samenhang, gezelschap, veiligheid, sociale controle.
- Maatschappelijk: samenhang van het buurtleven, integratie in de wijk, verhoging van levenskwaliteit, integratie en ondersteuning van senioren en zorgbehoevenden.

❖ Knelpunten en mogelijke oplossingen?

- Sociaal statuut: er is een afstraffing voor mensen met een vervangingsinkomen die solidair wonen in gemeenschap. Er is nood aan sensibilisering van de overheid en een aanpassing van de federale regels.
- Stedenbouw: geen duidelijke reglementering, bvb. inzake opdeling van een gebouw. Deze projecten worden vaak verward met huisjesmelkerij. Het statuut *gemeenschappelijk wonen* laten opnemen in de wooncode.
- Geschikte plek vinden: zeker in een stedelijk gebied is het zeer moeilijk om geschikte plekken te vinden en is er grote concurrentie met projectontwikkelaars. Daarom moet aan steden gevraagd worden om terreinen beschikbaar te stellen voor gemeenschappelijk wonen (zie *Community Land Trust* en projectoproepen van steden).
- Budget huur: de huidige initiatieven van groepswonen zijn tot nu toe bijna allemaal koopprojecten, maar er is veel vraag naar formules met huurwoningen. Inschrijven in groep in sociale huisvesting is ook nog niet mogelijk. Sociale huisvestingsmaatschappijen kunnen proefprojecten stimuleren en zelfbeheer van groepen een kans geven.

Reacties van panel en publiek

- Sociale huisvestingsmaatschappijen moeten kunnen afstappen van het huidige systeem van voorrang- en wachtlijsten.
- Alternatieve woonvormen blijven te weinig gekend. Home-Info krijgt zo goed als nooit de vraag naar alternatieven.
- Er is een grote tegenstrijdigheid tussen willen (de cijfers uit onderzoek) en kunnen (het verhoudingsgewijs klein aantal gerealiseerde projecten). Het gemeenschappelijk wonen wordt als dusdanig niet benoemd en is niet gekend, maar het verlangen ernaar is wel reëel. (cfr. behoeftenonderzoek Kenniscentrum Woonzorg Brussel).
- Het moet toch mogelijk zijn dat een rusthuis één vleugel ingericht voor gemeenschapswonen waar de bewoners zichzelf organiseren. Op die manier wordt ook gewerkt aan de grootste drempel om naar een rusthuis te gaan, nl. het verlies aan autonomie.
- Maar we zien in de Vlaamse regelgeving dat de woonzorgcentra zich steeds meer richten op de doelgroep van zware zorgbehoevenden. Rusthuizen worden meer en meer gereduceerd tot gesloten instellingen voor bepaalde profielen (B-C-D).

6.3 Een aangepaste woning in een onaangepaste woonomgeving is een gouden kooi

Inleider: Eveline Vyncke, architecte Urban Platform

Situering

Een aangepaste woning waar ouderen veilig en comfortabel kunnen wonen, is belangrijk maar niet voldoende om langer thuiswonen en autonomie van ouderen te ondersteunen. Ook de bredere leefomgeving moet aangepast en uitnodigend zijn om ouderen toe te laten naar buiten te gaan, te winkelen, sociale contacten te onderhouden of beroep te doen op zorg en diensten buitenshuis. Veiligheid en properheid in de buurt staan dan ook bovenaan het verlanglijstje van ouderen. Toch ervaren velen het anders en leiden onveiligheid, druk verkeer, moeilijke verplaatsingen, vervreemding van de buurt ertoe dat mensen zich opsluiten, al dan niet in een gouden kooi.

Inleiding

Het architectenbureau Urban Platform is actief in een aantal bouwprojecten van woonzorginfrastructuur, maar tevens betrokken bij een aantal wijkcontracten (impulssubsidies voor strategische stadsvernieuwing in kansarme Brusselse wijken, met financiering van buurtfuncties, woonfuncties, publieke ruimte, sociale voorzieningen). Bij dit alles staat architectuur in relatie tot zijn omgeving centraal.

Een woonzorgzone is een samenhang van vier pijlers: de woning, de woonomgeving, de voorzieningen en het sociale leven. Deze vier pijlers zijn allemaal belangrijk en moeten samen komen in een geïntegreerd geheel.

- Bij de invulling van de publieke ruimte dient men rekening te houden met het parcours dat verschillende doelgroepen afleggen: hoe bewegen kinderen, jongeren, ouderen zich door de wijk en stad? Een wijk kunnen we zien als netwerk van trajecten van verschillende doelgroepen. Soms is het nodig om een publieke ruimte in te richten voor een specifieke doelgroep, maar daar waar de trajecten elkaar kruisen, ontstaan gemengde ruimtes waar de verschillende groepen elkaar ontmoeten (volgens het *designed for all*-principe). Deze ontmoetingsplekken met allerhande (publieke) diensten, voorzieningen, openbaar vervoer vormen de kern van de wijk.
- Die nabijheid van wijkvoorzieningen is essentieel om ouderen langer (autonoom) in hun wijk te laten wonen. Kan het beleid daarop inspelen door verschillende types woningen voor ouderen prioritair in de nabijheid van die zones te voorzien zodat we kunnen spreken van een volwaardige woonzorgzone?
- De wijkcontracten bieden kansen om te werken aan leefbare wijken en een andere invulling van ruimte. In de wijkcontracten liggen de prioriteiten momenteel bij voorzieningen voor kleine kinderen, jeugd en tewerkstelling. Er is ook vraag naar intergenerationele projecten. De vragen draaien hoe dan ook om dezelfde thema's: veiligheid, betere stoepen, plaats voor fietsers en voetgangers, buurtfuncties voor alle leeftijden. Ook de bouw van nieuwe sociale appartementen is hierin opgenomen, waarbij Urban Platform steeds ijvert voor de integratie van aangepaste woningen voor personen met beperkte mobiliteit op het gelijkvloers.

Wijkcontracten kunnen niet in alle wijken of gemeenten van het Brussels Gewest gerealiseerd worden. Toch kan het proces van de wijkcontracten als voorbeeld dienen om in een bepaalde woonzorgzone geschikte locaties te bepalen voor nieuwe woonvormen en voorzieningen voor ouderen.

Reacties van panel en publiek

- De invulling van de woonzorgzone is iets wat verschillende bevoegdheidsniveaus aanbelangt, maar heeft vandaag vooral een Vlaamse connotatie. Door een label van woonzorgzone te geven vanuit de gewestelijk beleidsplanning kan een breder draagvlak worden gecreëerd waardoor meer subsidiekanalen kunnen worden aangeboord.

De woonzorgzones zouden moeten worden opgenomen in het Gewestelijk Ontwikkelingsplan als blauwe zone (zone van openbaar nut), om projectontwikkelaars te weren.

- Het beleid zou de sociale cohesie kunnen aanmoedigen tussen bewoners van eenzelfde appartementsblok zodat ze elkaar leren kennen, ontmoeten en ondersteunen. Het gaat om mensen die niet gekozen hebben om in elkaars buurt te wonen. Het creëren van verbondenheid gaat niet vanzelf. In een dorpsstraat gingen er vroeger generaties overheen. Nu wordt er niet geïnvesteerd en is het aan een sociaal geëngageerde bewoner om initiatieven te nemen. Dit zou sterker kunnen ondersteund worden door de overheid. Goed samenwonen heeft immers een positief effect op welzijn en gezondheid. Ook de inrichting van een woonblok kan informele contacten bevorderen.
- We leven weliswaar in een moeilijke samenleving: we willen allemaal alles, maar niet voor onze deur. Zo is er bijvoorbeeld een hele sterke tegenkating bij het inplannen van assistentiewoningen in een schoolomgeving omwille van lawaai. Het NIMBY-syndroom maakt elke initiatief bijna onmogelijk.
- Er is een gemis aan betrokkenheid van de doelgroep. Mensen moeten heel lokaal bevestigd en betrokken worden in de ontwikkeling van initiatieven en projecten en dit wordt vaak over het hoofd gezien. Men heeft het gevoel dat alles van bovenaf opgelegd wordt en er geen

participatie is. Er worden grote bouwprojecten opgezet, uitgaande van een analyse van de buurt en het bewonersprofiel, maar zonder de mensen er zelf actief bij te betrekken.

- De wijkcontracten hebben al een sterke traditie en de verplichting om een participatieproces op te zetten. De ontwikkeling gebeurt zowel *top-down* als *bottom-up*. De situatie is inderdaad zo dat je als initiatiefnemer zelf naar de verschillende doelgroepen moet stappen, bvb. via een stand op de markt of acties op scholen en dit vraagt wel wat meer tijd.
- Is er niet meer plaats voor Vlaamse initiatieven in de wijkcontracten? Momenteel komen de Vlaamse voorzieningen weinig aan bod, terwijl er veel geld mee gepaard gaat en dit een sterke impuls zou kunnen betekenen.

6.4 Is de aversie tegen een woonzorgcentrum zo vanzelfsprekend?

Inleider: Jan Vandekerckhove, directeur woonzorgcentrum Ter Biest – OCMW Grimbergen en voorzitter buurtwerking/lokaal dienstencentrum Noordwijk

Doordat woonzorgcentra veeleer naar binnen gericht zijn, worden ze gezien als laatste eindstation, een plaats waar men binnen gaat en niet meer buiten komt, waar men geleefd wordt. ‘Een rusthuis, neen, dat nooit!’ is dan ook een vaak gehoorde reactie bij ouderen. Het beeld dat mensen hebben over de rusthuizen is (terecht of onterecht) negatief. De beslissing van een opname is dan ook zelden een positieve keuze, maar iets wat de ouder plots overvalt, vaak op initiatief van familie of huisarts. Dit maakt de verhuis nog extra ingrijpend en gaat gepaard met een groot verlies aan houvast, privacy, autonomie en de confrontatie met de eigen hulpbehoefte als gevolg.

Inleiding

Senioren moeten zich voorbereiden op hun oude dag. Bij gebrek hieraan worden woonzorgcentra negatief gezien; men stelt een voorbereiding uit en ze is bij velen gewoon onbespreekbaar. Een bewuste keuze kan dit beeld helemaal veranderen. Iemand die bewust kiest voor een woonzorgcentrum, is ook verder geneigd om de eigen regie in handen te nemen en zaken te doen.

Er is nog een lange weg af te leggen om de woonzorgcentra optimaal te maken, maar dit kan ook via kleine ingrepen, bijvoorbeeld een goede aankondiging van het dagprogramma zodat bewoners effectief hun dagindeling zelf kunnen bepalen. Woonzorgcentra hebben ook lokaal hun functie: ze versterken de sociale relaties onder de bewoners en de infrastructuur kan zich openstellen voor niet-bewoners. Als mensen elkaar kennen, kan er veel meer rekening gehouden worden met hun interesses. Ook externe organisaties moeten gebruik kunnen maken van de infrastructuur opdat omwonenden vertrouwd raken met het leven in een woonzorgcentrum. Bewoners moeten effectief de mogelijkheid krijgen om dingen te doen en naar buiten te gaan. Dit moet ook infrastructuur mogelijk worden gemaakt en betekent dat woonzorgcentra worden ingeplant in een woonwijk dicht bij voorzieningen en winkels.

We zullen ons moeten voorbereiden op een nieuwe, aankomende generatie van ouderen die meer inspraak zullen eisen. We moeten durven nadenken over hoe we de zorg en het leven in een woonzorgcentrum organiseren met meer inspraak van de bewoners. Nadeel is echter dat diezelfde generatie aangeeft zo lang mogelijk thuis te willen wonen en weinig bereid is om mee na te denken over andere organisatievormen door de heel sterke aversie die bij hen leeft t.a.v. de rusthuizen. Toch kan en moet het rusthuis in de toekomst zeker een andere vorm van *samen wonen* inhouden, ook voor mensen met zwaardere zorgbehoeften. Technologie kan hierbij helpen.

De te enge benadering van het woonzorgcentrum en zorgprofielen maakt dat er een enorme druk ligt op het personeel. De Vlaamse overheid stelt dat enkel mensen met een zwaar zorgprofiel nog in de woonzorgcentra horen en ouderen met O en A-profiel thuis moeten wonen. Toch is een evenwichtige samenstelling van de populatie belangrijk in functie van de draagkracht van het personeel, maar ook voor de leefbaarheid en uitstraling van het woonzorgcentrum. Een bredere bewonerspopulatie laat meer variatie aan diensten en activiteiten toe en brengt meer leven in het rusthuis.

De RIZIV-middelen die naar Vlaanderen zullen komen, zouden op een totaal andere manier moeten worden aangewend om er toe te komen dat een woonzorgcentrum ingebed zit in een variatie van woon- en zorgvormen, gaande van serviceflats tot cohousing. Via een enveloppesysteem kunnen zowel middelen gaan naar iemand die om sociale kwetsbaarheid in een woonzorgcentrum wordt

opgenomen als naar een zwaar zorgbehoevende die in een cohousing-entiteit of serviceflat wordt opgevangen.

Het is vooral belangrijk dat mensen zelf nadenken hoe en waar ze hun oude dag willen beleven en deze inspraak te ondersteunen. De organisaties uit thuis- en residentiële zorg moeten nadenken over de manier waarop de zorg het best en meest efficiënt georganiseerd wordt. De sterkte van het concept van woonzorgzones is dat er een grote interactie kan komen tussen de verschillende woonvormen. De tegemoetkoming van de overheid dient losgekoppeld te worden van de organisatie of instelling en gekoppeld te worden aan de persoon.

Reacties van het publiek

- Er is een reëel probleem van capaciteit, we schrijven onze ouderen effectief in op verschillende wachtlijsten om zeker te zijn van een plaats. Studies geven aan dat er 800.000 plaatsen zullen moeten bijkomen. We mogen dit niet ontkennen.
- Vraag is ook wat het financieel kostenplaatje van dit alles is, wetende dat een kamer in een gemiddeld woonzorgcentrum in Vlaanderen +/- € 1600 per maand kost. Het is voor een privéruithuis economisch niet haalbaar om O- & A-profielen op te nemen omdat hiervoor geen tussenkomst is van het RIZIV.
- Op dat vlak zou er meer overleg moeten zijn tussen de verschillende actoren, zowel het OCMW als de private sector. De Vlaamse overheid kan hier meer sturend optreden om in een lokaliteit tot afstemming te komen.
- Het beleid bekijkt de zaken vaak te eng en niet overlappend. Daardoor wordt een globale oplossing de speelbal van bevoegdheden.
- Er is een immens werk te doen op vlak van samenleven. Daar waar nu heel veel is opgesplitst, moet deze beweging komen van onderuit; vanuit een verlangen om daar iets aan te willen doen. Het moet zowel door het beleid als de instellingen ondersteund worden.

Aanbevelingen

- We mogen het woonzorgcentrum niet te eng bekijken en zien hoe het diensten kan aanbieden voor de buurt en niet-bewoners. We moeten het klassieke denken durven verlaten en woonzorgcentra zien als een samenhang van een variëteit aan woonvormen en leefgemeenschappen.
- De macht van de aantallen zal ons dwingen oplossingen te bieden. Er is niet één oplossing, maar het samengaan van verschillende vormen kan een oplossing zijn, evenals een nauwere samenwerking tussen de verschillende aanbieders (OCMW, vzw en privé).
- Seniorenraden, die momenteel vooral bezig zijn op socio-cultureel vlak, zullen de problematiek niet meer kunnen ontwijken en zich over de toekomstige woonzorgcentra moeten buigen.



SYNTHESE VAN BESLUITEN EN AANBEVELINGEN

Doorheen de dag van de Staten-Generaal kwamen zowel in de plenaire voorstellingen als tijdens de discussies in de namiddagssessies een aantal thema's heel uitgesproken bovendien. Rode draad was het pleidooi voor **levensloopbestendig, leeftijdsonafhankelijk en buurtgerichte woonzorg, in overleg met verschillende overheden, diensten en sectoren**.

Dit pleidooi omvat een aantal uitdagingen waarover de Vlaamse overheid én het werkveld zich, in het streven naar een toekomstgerichte en performante woonzorg in Brussel, prioritair zullen moeten buigen.

In dit laatste deel van het verslagboek brengen we hiervan een synthese. Elke uitdaging gaat gepaard met enkele aanbevelingen of voorstellen. Het vormt het sluitstuk van dit groot inspraakmoment met alle betrokkenen bij woonzorg in Brussel. Samen met de *Programmatiestudie van de Brusselse ouderen- en thuiszorg* (VUB, 2013) vormt het de leidraad voor de uitwerking van het hernieuwde masterplan voor de woonzorg in Brussel.

1. OVERLEG EN SAMENWERKING MET ANDERE GEMEENSCHAPPEN

Het Vlaamse Woonzorgdecreet regelt de organisatie van de thuiszorg en de ouderenzorg voor Vlaanderen en Brussel. Het gehanteerde model verschilt op veel vlakken van dit van de twee andere bevoegde Brusselse overheden: het zorgsysteem, het prijzenbeleid, de erkenningscriteria en de programmatie van de Vlaamse overheid zijn niet afgestemd op deze van de GGC en de Cocof. Dit leidt tot versnippering, ondoorzichtig aanbod, moeilijke samenwerking en beperkt de onderlinge doorverwijzing. Een performante woonzorg in Brussel vraagt om overleg tussen de Gemeenschappen en dit tot op het lokale niveau.

1.1. Opstart van een driemaandelijke Interministeriële Conferentie Woonzorg tussen de ministers bevoegd voor welzijn en gezondheid van de Vlaamse Gemeenschap, de GGC en de Cocof, aangevuld met het VGC-collegelid voor Welzijn en Gezondheid.

1.1.1. De drie geïntegreerde diensten voor thuiszorg krijgen de opdracht om procedures uit te werken voor onderlinge afstemming en doorverwijzing in de thuiszorg.

1.1.2. Invoering van de regel die stelt dat een woonzorgvoorziening zich moet houden aan de keuze voor erkenning bij één Gemeenschap.

1.2. Aanstelling van een gemeentelijke welzijnsbeleidscoördinator die waakt over de volwaardige en complementaire plaats van de Vlaamse voorzieningen in het lokaal welzijnsaanbod (naar analogie met de gemeentelijke cultuurbeleidscoördinator).

1.3. Initiatieven moeten vanuit verschillende overheden kunnen betoelaagd worden zonder daarbij hun (Nederlandstalig) karakter te verliezen.

2. VERDERE UITBOUW EN ONDERSTEUNING VAN DE THUISZORG

Zo lang mogelijk thuis wonen is de uitdrukkelijke wens van de meeste ouderen. Dit vraagt om een stevig uitgebouwde thuiszorg. De Brusselse thuiszorg hinkt echter achterop en kent ook belangrijke hiaten, zeker in het opvangen van complexe situaties of crisissituaties. De meest kwetsbare en geïsoleerde ouderen dreigen buiten het zorgcircuit te vallen wegens te complex of onbereikbaar. De huidige actoren voelen zich onvoldoende gewapend om de regie of het multidisciplinair overleg in handen te nemen.

Het verschillend organisatiesysteem en prijzenbeleid bemoeilijken bovendien de concurrentiepositie van de Vlaamse thuiszorgdiensten t.o.v. die van GGC en Cocof en leggen een hypotheek op de verdere uitbouw van de Vlaamse thuiszorg in Brussel. De aangekondigde invoering van de maximumfactuur gekoppeld aan de Vlaamse Zorgverzekering dreigt dit verder te versterken.

- 2.1. **Komen tot afstemming in het prijzenbeleid van VG, GGC en Cocof en wegwerken van de grote prijsverschillen in de gebruikersbijdrage in de thuiszorg.**
- 2.2. **Uitwerken van een Brusselluik in het Vlaamse financieringsmechanisme van de thuiszorg.**
- 2.3. **Antwoorden bieden op het tekort aan zorggarantie buiten de kantooruren (avond, nacht en weekend) o.a. met het project *ambulance van de thuiszorg*.**
- 2.4. **Cliëntondersteunende benadering via een woonzorgcoach die het lokaal multidisciplinair overleg en de zorgafstemming bewaakt en faciliteert (verankering van het project *zorgregisseur/ZorgActieplan i.k.v. Protocol 3*).**
- 2.5. **Invoering van een mantelzorgpremie in de negentien Brusselse gemeenten.**

3. INZETTEN OP AANGEPAST WONEN EN ALTERNATIEVE WOONVORMEN MÉT ZORG

Tijdig aangepast wonen, is een belangrijke voorwaarde om langer thuiswonen mogelijk te maken en de overstap naar een residentiële voorziening uit te stellen. Ondanks de wens om thuis te blijven is er nog zeer weinig bereidheid bij ouderen om hiertoe de nodige stappen te zetten. Bovendien zijn ook steeds meer ouderen ervan overtuigd dat we in de toekomst anders moeten wonen en dat alternatieve woonvormen oplossingen kunnen bieden aan de vraag naar betaalbaar en aangepast wonen.

- 3.1. **Inzetten op sensibilisering, informatie en ondersteuning over woningaanpassing (verankering steunpunt woningaanpassing).**
- 3.2. **VIPA-middelen moeten ook kunnen ingezet worden voor interactieve en integratieve hulpsystemen voor thuiswonende ouderen.**
- 3.3. **Inzetten op kleinschalige, alternatieve woonvormen met zorg.**
 - 3.3.1. Opzetten van kleinschalige intergenerationele/intersectorale woonzorgprojecten.
 - 3.3.2. Opzetten van proefprojecten *wonen met zorgondersteuning* i.s.m. sociale huisvesting.
- 3.4. **Ruimte voorbehouden voor wonen met zorg in de wijkcontracten.**

4. PLEIDOOI VOOR BUURTGERICHTE ZORG

Ouderen zijn gehecht aan hun woning en buurt en willen liefst in hun vertrouwde omgeving blijven wonen. Door verminderde mobiliteit zijn ouderen voornamelijk aangewezen op de buurt in het zoeken naar sociale contacten, activering, ondersteuning en zorg. Extramuralisering van de zorg, de toenemende vergrijzing en de wens van mensen om zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen met behoud van regie over hun leven en de kwaliteit daarvan, vragen een samenhangende én sterk wijkgerichte organisatie van wonen, zorg en welzijn. Het lokaal woonzorgnetwerk met zijn wijkgerichte aanpak, lijkt veel kansen te bieden om deze samenhang te realiseren.

- 4.1. **Opzetten van een formeel lokaal woonzorgnetwerk met samenwerkingsafspraken tussen verschillende diensten en disciplines (ambulant en residentieel).**
- 4.2. **Opzetten en ondersteunen van informele lokale woonzorgnetwerken met nauwe betrokkenheid van de buurtbewoners.**
- 4.3. **Lokale dienstencentra uitbouwen tot ankerplaatsen van formele en informele zorg in de wijk.**
- 4.4. **Woonzorgcentra laten evolueren tot open huizen met een variatie aan woonvormen én actieve interactie met de buurt.**
- 4.5. **Uitwerken van nieuwe zorgprocessen en zorgproducten die de woonzorg in Brussel innoveren en inspelen op de directe noden van de gebruikers.**
- 4.6. **Uitwerken van een innoverend model van buurtgerichte zorg over de Gemeenschappen heen en onderschreven door de verschillende overheden.**

5. INFORMATIE OVER EN KENNIS VAN DE ZORG

Het Brussels zorglandschap is zeer complex en versnipperd. Niet alleen zorggebruikers maar ook zorgverleners kennen het aanbod onvoldoende. Het Brusselse zorgaanbod wordt omschreven als 'een jungle'. Deze gebrekkige kennis vormt een groot struikelblok voor een optimale zorgafstemming en doorverwijzing. Om toegang te krijgen tot de juiste zorg is het niet alleen belangrijk om informatie te vinden over zorgaanbieders maar ook inzicht te krijgen in de organisatie van het zorgsysteem.

- 5.1. **Werken aan een betere zichtbaarheid van het zorgaanbod en zorgsysteem via aangepaste kanalen.**
- 5.2. **Organiseren van netwerkmomenten voor professionelen.**
- 5.3. **Opzetten van een lokaal woonzorg informatieloket (*single point of contact*) waar zorgvragers en zorgverstrekkers terecht kunnen, ook met niet-medische vragen.**

6. VINDEN EN BEHOUDEN VAN PERSONEEL IN DE ZORG

Dat er een tekort aan werkrachten dreigt in de Brusselse zorgsector is niet nieuw. Het is dan ook belangrijk om nieuwe werkrachten aan te trekken en het potentieel dat in Brussel aanwezig is aan te boren door de zorgberoepen blijvend te promoten, het inzetten op *low-skill jobs* en een juiste afstemming van vraag en aanbod op vlak van kwalificaties en taalvereisten.

Daarnaast bemoeilijken stress, extreme situaties, onveiligheid(sgevoel) en mobiliteitsproblemen het werken in de Brusselse (thuis)zorg. Een betere omkadering en werkomstandigheden kunnen bijdragen tot een grotere werktevredenheid en een betere retentie van zorgkundigen in Brussel.

- 6.1. **Aanstellen van een zorgambassadeur in samenwerking met VDAB en ACTIRIS voor een betere afstemming van de vraag en het aanbod van zorgberoepen.**
- 6.2. **Inzetten van doelgroepmedewerkers en *low-skills jobs* in de zorg.**
- 6.3. **Inzetten op taalondersteuning, -opleidingen en -stages Nederlands op de werkvloer.**
- 6.4. **Meer aandacht en ruimte voor ondersteuning, werklastvermindering en intervisie voor zorgkundigen.**

7. GEBRUIKER STAAT CENTRAAL

Zorg op maat, contextgerichte zorg, de zorggebruiker centraal stellen en respectvolle zorg, het waren vaak gehoorde oproepen op de Staten-Generaal Woonzorg Brussel. In de Brusselse context gaat dit gepaard met specifieke uitdagingen waarop een antwoord moet geboden worden. De (Nederlandstalige) zorggebruiker is immers weinig zichtbaar in deze grootstedelijke, multiculturele en jonge stad. Beroep kunnen doen op zorg in eigen taal is voor de Nederlandstalige Brusselaars een belangrijk aandachtspunt.

- 7.1. **De erkenning van een voorziening door de Vlaamse overheid moet een taalgarantie voor het Nederlands inhouden. Dit moet hard gemaakt worden door een aanpassing in de regelgeving.**
- 7.2. **Woonzorgvoorzieningen aanzetten tot het voeren van een diversiteitsbeleid en opstellen van een diversiteitscharter.**
- 7.3. **Een stem en ondersteuning geven aan de Brusselse zorggebruiker via de oprichting van Brusselse mantelzorgorganisatie of een regionaal *Brussels steunpunt gebruikers*, dat ook de mantelzorgers omvat.**

SYNTHESE DES DECISIONS ET RECOMMANDATIONS

Durant la journée des états généraux, un certain nombre de thèmes récurrents ont été soulevés tant lors des séances plénières que pendant les discussions en séances l'après-midi. Leur dénominateur commun était le plaidoyer pour **une approche d'aide aux personnes âgées à travers des services et logements adaptés aux besoins, indépendamment de l'âge et ancrés dans les quartiers, ceci en concertation avec différents pouvoirs publics, services et secteurs.**

Ce plaidoyer englobe un nombre de défis sur lesquels le gouvernement flamand et le monde professionnel devront se pencher en priorité en vue d'un système d'aide performant et tourné vers l'avenir à Bruxelles.

Nous en apportons une synthèse dans la dernière partie de cet ouvrage. Chaque défi s'accompagne de plusieurs recommandations ou propositions. Ce plaidoyer constitue donc la conclusion de cette grande concertation entre toutes les parties impliquées dans les services de soins et logement à Bruxelles. Avec l'*Etude de programmation relative aux structures de maintien à domicile et de logement des personnes âgées* (VUB, 2013), il constitue le fil conducteur pour l'élaboration du nouveau master plan portant sur les services de soins et de logement à Bruxelles.

1. CONCERTATION ET COLLABORATION AVEC D'AUTRES COMMUNAUTES

Le décret flamand 'Woonzorgdecreet' régit l'organisation des soins à domicile et des soins aux personnes âgées en Flandre et à Bruxelles. Le modèle utilisé diffère à maints égards de celui des deux autres pouvoirs publics bruxellois compétents : le système de soins, la politique tarifaire, les critères de reconnaissance, la programmation, ... du gouvernement flamand ne sont pas alignés sur ceux de la GGC et de la COCOF. Cela entraîne un morcellement, un manque de transparence dans l'offre, une collaboration difficile, et limite les réorientations mutuelles. Des services de soins et de logement performants à Bruxelles exigent une concertation entre les communautés, et ce jusqu'au niveau local.

1.1. Mise en place d'une conférence interministérielle trimestrielle Aide aux personnes âgées, entre les ministres chargés du bien-être et de la santé de la Communauté flamande, la GGC et la COCOF, ainsi qu'avec le membre du collège VGC chargé du bien-être et de la santé.

1.1.1. Les trois services intégrés de soins à domicile doivent établir les procédures nécessaires pour une harmonisation et un renvoi mutuel dans le cadre des services soins à domicile.

1.1.2. L'introduction d'une règle stipulant qu'une structure d'aide aux personnes doit se tenir au choix d'une reconnaissance auprès d'une seule communauté.

1.2. Désignation d'un coordinateur communal de la politique du bien-être, veillant à assurer une place à part entière et complémentaire aux infrastructures flamandes dans le cadre de l'offre locale en matière de bien-être (par analogie au coordinateur communal de la politique culturelle).

1.3. Les initiatives doivent pouvoir être subventionnées par différents pouvoirs publics, sans pour autant perdre leur caractère (néerlandophone).

2. POURSUITE DU DEVELOPPEMENT ET DU SOUTIEN DES SERVICES DE SOINS A DOMICILE

Habiter aussi longtemps que possible dans sa maison est le vœu exprimé par la plupart des seniors. Cela nécessite une structure de soins à domicile solidement étayée. Le secteur des soins à domicile à Bruxelles reste cependant à la traîne et connaît en outre d'importants hiatus, en particulier dans la réponse apportée aux situations complexes ou situations de crise. Les personnes âgées les plus vulnérables et les plus isolés, risquent de se retrouver coupés du circuit de soins car leur situation est trop complexe ou parce qu'elles sont inaccessibles. Les acteurs actuels se sentent insuffisamment armés pour assurer eux-mêmes la régie ou la concertation multidisciplinaire.

Le système organisationnel et les politiques tarifaires différents compliquent en outre la position concurrentielle des services de soins à domicile flamands par rapport à ceux de la GGC et de la COCOF, hypothéquant le développement futur des soins à domicile flamands à Bruxelles. L'introduction annoncée de la facture maximum accouplée à l'assurance maladie flamande pourrait de plus faire empirer la situation.

- 2.1. Parvenir à un alignement de la politique tarifaire de VG, GGC et COCOF et éliminer les importantes différences tarifaires dans la cotisation de l'utilisateur pour les soins à domicile.
- 2.2. Élaborer un volet bruxellois dans le mécanisme de financement flamand des soins à domicile.
- 2.3. Offrir des réponses à la pénurie de soins garantis en dehors des heures de bureau (le soir, la nuit et le weekend) notamment par le projet "ambulance des soins à domicile".
- 2.4. Approche soutenant le client par le biais d'un coach de services de soins qui veille à et facilite la concertation multidisciplinaire locale et l'harmonisation des soins (ancrage du projet "régisseur de soins/ZorgActieplan" dans le cadre du Protocole 3).
- 2.5. Introduction d'une prime d'aide proche dans les 19 communes bruxelloises.

3. MISER SUR UN LOGEMENT ADAPTE ET DES FORMES DE LOGEMENT ALTERNATIF AVEC SOINS

Adapter à temps l'habitat est une condition importante pour permettre aux seniors de résider plus longtemps chez eux et pour retarder leur passage vers un établissement résidentiel. Malgré leur désir de continuer à habiter chez eux, les seniors restent fort peu enclins à prendre les mesures nécessaires pour cela. D'autre part, de plus en plus de seniors sont convaincus que nous allons devoir habiter autrement dans le futur et que des formes d'habitat alternatives peuvent offrir une solution à la demande de logements abordables et adaptés.

- 3.1. **Miser sur la sensibilisation, l'information et l'assistance portant sur l'adaptation de l'habitation (ancrage du service d'adaptation du logement).**
- 3.2. **Des moyens VIPA doivent également pouvoir être déployés pour des systèmes d'aide interactive et intégrative aux seniors résidant encore chez eux.**
- 3.3. **Miser sur des formes de logement alternatives à petite échelle avec soins.**
 - 3.3.1. Mise en place de projets de soins à domicile intergénérationnels / intersectoriels à petite échelle.
 - 3.3.2. Mise en place de projets pilotes "logement avec assistance de soins" en collaboration avec les services du logement social.
- 3.4. **Réserver de l'espace aux "logement avec soins" dans les contrats de quartier.**

4. PLAIDOYER POUR DES SOINS DANS LES QUARTIERS

Les seniors sont attachés à leur habitation et à leur quartier et souhaitent continuer à habiter dans leur environnement familial. En raison de la réduction de leur mobilité, les seniors sont essentiellement amenés à rechercher des contacts sociaux dans leur quartier, à l'activation, à l'assistance et aux soins. L'extramuralisation des soins, le vieillissement croissant et le souhait exprimé par les gens d'habiter le plus longtemps possible de façon indépendante en conservant la maîtrise de leur propre vie et de sa qualité, exigent une organisation cohérente et fortement développée au niveau de chaque quartier du logement, des soins et du bien-être. Avec son approche orientée vers les quartiers, le réseau local de services de soins et logement semble offrir de nombreuses opportunités pour réaliser cette cohérence.

- 4.1. **Mise en place d'un réseau de services de soins et logement local formel avec des accords de collaboration entre différents services et disciplines (ambulants et résidentiels).**
- 4.2. **Mise en place et soutien de réseaux de services de soins et logement informels avec une implication étroite des habitants du quartier.**
- 4.3. **Développement de centres de service locaux pour en faire des points d'ancrage de soins formels et informels dans le quartier.**
- 4.4. **Faire évoluer les maisons de repos en maisons ouvertes, avec une variation de formes de logement et une interaction active avec le quartier.**
- 4.5. **Élaborer de processus et produits innovateurs dans l'organisation de soins et logement à Bruxelles en réponse directe aux besoins de l'utilisateur.**

- 4.6. **Élaborer un modèle innovant de soins orientés vers le quartier par-delà les communautés et souscrit par les différents gouvernements.**

5. INFORMATIONS RELATIVES AUX SOINS ET CONNAISSANCE DES SOINS

Le paysage de soins bruxellois est très complexe et morcelé. Les bénéficiaires des soins ainsi que leurs dispensateurs connaissent insuffisamment l'offre. L'offre de soins à Bruxelles est décrite comme une "jungle". Ces connaissances fragmentaires constituent un sérieux écueil pour une harmonisation et une offre optimale des soins. Pour pouvoir accéder aux bons soins, il est important non seulement de trouver des informations concernant les fournisseurs de soins, mais aussi de comprendre l'organisation du système de soins.

- 5.1. **Œuvrer à une meilleure visibilité de l'offre et du système de soins par le biais des canaux adaptés.**
- 5.2. **Organiser des rencontres de networking pour les professionnels.**
- 5.3. **Mettre en place un guichet d'information local sur les services de soins et logement (single point of contact) où les bénéficiaires et dispensateurs de soins peuvent se retrouver, même pour des questions non médicales.**

6. TROUVER ET FIDELISER DU PERSONNEL DANS LE SECTEUR DES SOINS DE SANTE

On sait depuis longtemps que le secteur des soins de santé à Bruxelles est menacé d'une pénurie de main-d'œuvre. Il est dès lors important d'attirer de nouvelles personnes et de prospecter le potentiel présent à Bruxelles en continuant à promouvoir les professions de santé, en déployant des emplois à faible qualification et en alignant la demande et l'offre dans le domaine des qualifications et des exigences linguistiques.

En outre, le stress, les situations extrêmes, l'insécurité (ou le sentiment d'insécurité), les problèmes de mobilité ... compliquent le travail dans le secteur des soins de santé (à domicile) à Bruxelles. Un meilleur encadrement et de meilleures conditions de travail pourraient contribuer à augmenter la satisfaction au travail et à fidéliser les dispensateurs de soins à Bruxelles.

- 6.1. **Désigner des ambassadeurs de soins en collaboration entre le VDAB et ACTIRIS pour mieux coordonner la demande et l'offre de professions de soins et de santé.**
- 6.2. **Stimuler l'embauche de groupes-cibles et les emplois peu qualifiés dans le secteur des soins de santé.**
- 6.3. **Miser sur le soutien linguistique, la formation linguistique et les stages de néerlandais au travail.**
- 6.4. **Plus d'attention et d'espace pour l'assistance, la réduction de la charge de travail et l'intervision des aides-soignants.**

7. L'UTILISATEUR AU CENTRE DES PREOCCUPATIONS

Soins sur mesure, soins contextuels, donner une place centrale au bénéficiaire de soins, soins respectueux ... ont été des appels souvent formulés lors de ces états généraux. Dans le contexte bruxellois, ils s'accompagnent de défis spécifiques auxquels une réponse doit être offerte. Le bénéficiaire de soins (néerlandophone) est en effet peu visible dans cette métropole multiculturelle et jeune. Les Bruxellois néerlandophones estiment important de pouvoir faire appel à des soins dans leur langue.

- 7.1. **La reconnaissance d'un établissement par le gouvernement flamand doit inclure une garantie linguistique pour le néerlandais et être concrétisée par une adaptation de la réglementation.**
- 7.2. **Inciter les établissements de soins à déployer une politique de diversité et à établir une charte de la diversité.**
- 7.3. **Donner une voix et soutenir le bénéficiaire de soins en mettant sur pied une organisation pour aidants proches ou une plateforme régionale bruxelloise pour les bénéficiaires, incluant les aidants proches.**

COLOFON

Samenstelling, redactie en opmaak Olivia Vanmechelen
Fotografie Bart Dewaele
Druk Gillis Printing Company

Dit is een uitgave van:

Kenniscentrum Woonzorg Brussel vzw

Lakensestraat 76 bus 2 – 1000 Brussel

Tel +32(0)2 211 02 40

Fax +32(0)70 42 08 03

kenniscentrum@woonzorgbrussel.be

V.U. Herwig Teugels

D/2013/13.222/1

ISBN 978 90 8208 970 7

juni 2013



Kenniscentrum Woonzorg Brussel vzw

Lakensestraat 76 – 1000 Brussel

Tel 02 211 02 40

kenniscentrum@woonzorgbrussel.be

www.woonzorgbrussel.be

Met de steun van

Vlaamse overheid



VLAAMSE
GEMEENS
CHAPSCO
MMISSIE

ISBN 978-90-8208-970-7



9 789082 089707 >