



ONZE VISIE OP LEVENSLIOPGESCHIKT WONEN VOOR OUDEREN IN DE 21STE EEUW

Whitepaper Voka Health Community wonen en zorg

inhoudstafel

inleiding en situering p. 4

grond en ruimte voor levensloopgeschikt wonen p. 8

nieuwe financieringsvormen voor wonen en zorg p. 14

technologie die meegroeit met de bewoner p. 20

open en flexibele dienstverlening die inspeelt
op de noden van de klant p. 28

community: sociale voorzieningen zijn noodzakelijk
voor een aangename woonomgeving p. 36

besluit p. 40

De toenemende vergrijzing (het aandeel 65-plussers in de totale bevolking neemt toe) en interne vergrijzing (ook het aandeel 80-plussers stijgt fenomenaal) stelt onze samenleving voor nieuwe noden, vragen en dus opportuniteiten. Het feit dat we met zijn allen ouder zullen worden, zorgt er voor dat nieuwe beleidsinitiatieven nodig zijn en dat nieuwe producten en diensten opgang kunnen maken.

De (interne) vergrijzing heeft ontegensprekelijk repercussies op onze fysieke en mentale vermogens, interesses en noden: met het ouder worden zijn we minder mobiel, veranderen onze hersenen, nemen sociale relaties andere patronen aan (vb minder contacten met collega's), en is onze gezondheidssituatie over het algemeen meer fragiel. De combinatie van deze elementen geeft aanleiding tot een grotere zorgnood: we kunnen niet alles meer alleen, we hebben op één of meerdere aspecten van ons leven zorg nodig. Echter, niet alle 65- en zelfs 80-plussers hebben zorg nodig en/of zullen dat in de toekomst nodig hebben: meer dan 80 procent van de mensen in deze leeftijdscategorie hebben geen zorg of hulp nodig. Daarnaast is er een steeds grotere groep actieve 65-plussers: we gaan met zijn allen meer actief zijn en langer werken de komende decennia. Maar we zullen ook langer fysiek en mentaal actief zijn, dankzij de medische en technologische vooruitgang.

Verder willen we ook liefst zo goed en lang mogelijk in onze eigen, zelfstandige woonomgeving blijven: dit draagt de voorkeur weg van meer dan 95 procent van de ouderen. Tijdens het laatste decennium zien we al een evolutie waarbij steeds meer ouderen langer thuis blijven wonen: in 2001 woonde nog 10 procent van de Vlaamse 80-85-jarigen in een woonzorgcentrum; in 2010 was dit gedaald tot 8 procent¹. Toch wonen oudere zorgbehoevende Belgen vaker dan in onze buurlanden in een residentiële setting; 6,6 procent van de Belgische 65-plussers tegenover 4 procent binnen de OESO².

Een focus op een aangename en aangepaste woonomgeving is dus van het grootste belang vanuit diverse oogpunten: het welbehagen van onze ouderen, de betaalbaarheid en organisatie van nodige zorg, het gebruik van onze beschikbare ruimte,

We willen langer thuis blijven wonen, maar dan dienen we dit wel op velerlei vlak beter voor te bereiden, met alle stakeholders.

De Health Community van Voka is een open innovatienetwerk van gebruikers, ondernemingen, zorgaanbieders en academici die samen nadenken en werken rond innovaties in de zorg in Vlaanderen. Spelers uit zowel profit als non-profit gaan er met elkaar in gesprek en

¹ Cijfers van het Agentschap Zorg en Gezondheid van de Vlaamse Gemeenschap
² OECD Health Data 2012.

werken samen aan concrete vernieuwingen. Binnen de Health Community zijn vier themagroepen aan de slag: wonen en zorg, mHealth, preventie en logistiek.

De themagroep 'wonen en zorg' van Voka's Health Community heeft zich de voorbije maanden gebogen over noden en mogelijke oplossingen in het kader van levensloopgeschikt wonen. Levensloopgeschikt wonen is voor ons dit streven: er voor zorgen dat uw woonsituatie (of dat nu thuis of in een residentiële setting is) zo goed mogelijk aangepast is aan uw noden en wensen, ook als u zorgbehoevend bent.

Een multidisciplinaire groep van stakeholders uit profit en non-profit hebben een visie ontwikkeld rond het wonen voor senioren met een zekere zorgbehoefte: *Welke zijn volgens ons de noden waar senioren vandaag en in de toekomst mee kampen inzake hun woonsituatie? Welke zijn vernieuwende mogelijkheden? Hoe kunnen we deze samen op een betaalbare en kwaliteitsvolle manier realiseren? Welk overheidsingrijpen of beleidsverandering is nodig om deze stimulansen te creëren? Wat kunnen en willen we zelf doen?* De resultaten van deze discussies en samenwerkingen kan u in deze whitepaper vinden.

DE VISIE VAN EEN MULTIDISCIPLINAIRE GROEP OVER WONEN EN ZORG IN DE TOEKOMST: 5 COMPONENTEN VAN LEVENSLLOOPGESCHIKT WONEN

Onze vaststellingen en voorstellen vertrekken vanuit een toekomstgerichte benadering: we laten ons niet afschrikken door praktische of regelgevende grenzen vandaag, maar kijken vooruit, slopen bestaande kaders en gaan voluit voor samenwerking tussen profit en non-profit actoren. Alle leden binnen Voka's Health Community zijn overtuigd van de meerwaarde van deze samenwerking; er is een gedeelde behoefte tussen diverse zorgverstrekkers, gebruikers, ondernemingen en kenniscentra om gezamenlijk concrete, geïntegreerde oplossingen te definiëren en implementeren. We hebben in onze voorstellen zowel aandacht voor de mensen die vandaag 65-plus zijn, als voor de toekomstige generaties. We zien de uitvoering van de zesde staatshervorming als een kans voor overheden om de nodige beleidsimpulsen aan deze voorstellen te geven.



De whitepaper 'wonen en zorg' is opgebouwd uit 5 hoofdstukken of delen van het woon-zorg thema. Elk van deze delen vormt volgens ons een essentiële bouwsteen voor levensloopgeschikt wonen in Vlaanderen; ze zijn samen nodig en wenselijk voor een comfortabele en betaalbare woonoplossing voor de zorgbehoevende senioren.

1. Grond en ruimte voor levensloopgeschikt wonen
2. Nieuwe financieringsvormen voor wonen en zorg
3. Technologie die meegroeit met de bewoner
4. Open en flexibele dienstverlening die inspeelt op de noden van de klant
5. Community: sociale voorzieningen zijn noodzakelijk voor een aangename woonomgeving

In elk hoofdstuk reiken we een aantal vaststellingen aan over de situatie van vandaag. We geven vernieuwende principes en mogelijkheden aan die door onze multidisciplinaire groep gedragen worden, en werken voorstellen uit voor concrete realisaties. We nemen als (zorg)ondernemers ook zelf engagementen. We geven antwoorden op de vraag hoe een vraaggestuurd model van wonen en zorg er in de toekomst dient uit te zien op verschillende vlakken.

Deze paper is geen wetenschappelijk werk en heeft niet de pretentie alomvattend te zijn: wij hebben noch de waarheid, noch de volledige kennis in pacht. Wel willen we een boodschap geven en aanzetten tot actie, zoals we al een tijd doen binnen Voka's

Health Community: samenwerking tussen erg diverse stakeholders is essentieel in een toekomstgerichte ouderenzorg. De klant en zijn of haar familie verwacht en verdient dat.

SAMENWERKING TUSSEN ERG DIVERSE PARTNERS IS ESSENTIEEL IN EEN TOEKOMSTGERICHTE OUDERENZORG

Graag gaan we in gesprek over deze paper. De komende maanden willen we onze ideeën verder verfijnen en uitbouwen. Daarom gaan we heel graag het debat aan: in de eerste plaats met de ouderen zelf, met hun familie, met meer zorgverstrekkers, politici, academici en ondernemingen. Wilt u ook mee werken aan de realisatie van vernieuwing met Voka's Health Community? U bent van harte welkom.





Huisvesting is de kern van de uitdaging voor senioren. Het maakt op zich niet veel uit of dat gaat om huisvesting in een eigen huis (thuisomgeving-extramurale zorg) of in een residentiële omgeving (intramurale zorg). Beiden dienen comfortabel en betaalbaar te zijn voor de noden van de oudere. Onze voorstellen en bedenkings focussen niet op één vorm van wonen, maar vormen een mix. We denken wel dat een belangrijk onderscheid voor het beleid dat is tussen wonen (de infrastructuur) en de dienstverlening of de zorg (de services), waar deze ook geleverd wordt.

Mensen willen zo lang mogelijk in een vertrouwde omgeving wonen. Dat hoeft niet in hun eigen woning te zijn. Wel is belangrijk: een geïntegreerde woonomgeving, dicht bij (een mix) van anderen en met voldoende activiteiten, diensten en voorzieningen op wandelafstand. Deze 'habijheid' en 'diversiteit' van omgeving wordt zelfs belangrijker naarmate men ouder wordt. Dat betekent dat woonvoorzieningen voor ouderen noodzakelijk zijn in dorpskernen en levendige buurten en niet mogen verbannen worden naar geïsoleerde sites 'aan de rand'.

WE VOEREN EEN PLEIDOOI VOOR MEER PPS-SAMENWERKINGEN IN DE BOUW EN VOOR EVIDENCE BASED DESIGN

Niet alleen uw woning of uw huis zelf dient aangepast en comfortabel te zijn in verschillende fases van uw leven, ook de omgeving van uw woning is van belang. De woonomgeving heeft een effect op de algemene gezondheid van mensen, zowel mentaal als fysiek. Een goede en aangepaste woning en woonomgeving heeft zeker ook een meerwaarde vanuit het oogpunt van preventie. Verder dient de woonomgeving van de oudere (zorgbehoevend of niet) ook voldoende toegankelijk te zijn, binnen een aangenaam en veilig straatbeeld. Dit zijn voor ons elementen waar lokale besturen in samenspraak met aannemers een rol te spelen hebben inzake het stimuleren van langer thuis wonen.

1.1.

We stellen vast dat de regelgeving, de inkleuring en *het gebruik van de ruimte in Vlaanderen* onvoldoende rekening houdt met de nood tot *levensloopgeschikt* wonen. De blauw ingekleurde gebieden op een gewestplan hebben als bestemming 'gebieden

voor gemeenschapsvoorziening en openbare nutsvoorzieningen'. Zij zijn vaak slechts betaalbaar voor initiatiefnemers ouderenzorg wanneer die aan de rand van een dorp liggen of 'in een bos'. Gevolg is dat we meer en meer geïsoleerde zorgsites krijgen. Het beleid dient daar voldoende alert voor te zijn. Een analyse over de spreiding van deze bestemmingen met het oog op een gedifferentieerde inplanting van de ouderenzorg is wenselijk.

Verder komen bepaalde, vaak oude en verontreinigde industrieterreinen (brownfields), in aanmerking voor reconversie na sanering. We pleiten er voor dat deze gronden opnieuw worden ingezet als bedrijven- of gemeenschapsterreinen.

1.2.

Daarnaast stellen we vast dat er nog al te vaak sprake is van een '*not in my backyard*'-fenomeen bij de bouw van residentiële zorg: burens en omwonenden zijn bang voor wat komt en willen liever niet te dicht bij bejaarden wonen. Ze spannen al eens ellenlange procedures aan. We pleiten in dat verband voor een *hogere drempel voor het instellen van beroepsprocedures* allerlei. We verwijzen hierbij naar het ontwerpdecreet 'complexe projecten' dat momenteel behandeld wordt in het Vlaams Parlement: daarin wordt een procesaanpak uitgestippeld om grotere projecten die een bestemmingswijziging behoeven, beter te begeleiden (draagvlak creëren) en onderzoeken meer geïntegreerd te laten verlopen.

1.3.

We willen een pleidooi voeren voor meer *PPS-samenwerkingen in de bouw en voor het verder stimuleren van gecombineerde bouwconcepten*. Daarbij wordt bijvoorbeeld een school gecombineerd met een woonzorgcentrum of een kinderdagverblijf en woningen³. Voorbeelden vinden we onder meer bij Care Property Invest, die dat principe toepast in Destelbergen, in een gebouw met assistentiewoningen op een eerste verdieping en kinderopvang en kantoren op het gelijkvloers.

Publiek-private samenwerkingen kunnen weliswaar al wel, maar worden naar ons aanvoelen nog veel te weinig toegepast in de (ouderen)zorg. We denken dat er nood is aan meer ondersteuning op het vlak van PPS aan lokale besturen, op het vlak van kennisoverdracht, bekendmaking van de meerwaardes van PPS en administratieve vereenvoudiging van de aanpak. Anderzijds zien wij een hefboom voor meer PPS-initiatieven liggen in de moeilijke financiële situatie van de lokale openbare besturen en OCMW's, waardoor zij onherroepelijk genoodzaakt zullen worden gronden ter beschikking te stellen en met private partners samen te werken.

³ We verwijzen hier naar het groenboek Beleidsplan Vlaanderen (dat de opvolger moet worden van het Ruimtelijk Structuurplan Vlaanderen), waarin multifunctioneel gebruik van panden wordt voorgesteld. Dit dient dus (meer) realiteit te worden.

1.4.

Een andere optie voor innovatieve woonvormen zien we in *de ruimere combinatie van verschillende zorgvormen en formules binnen één en eenzelfde gebouw of intramurale setting*. Zo vinden we dat veel meer nog kan gewerkt worden met woonzorg- en assistentiekamers binnen eenzelfde gebouw, maar bijvoorbeeld op een andere verdieping. De gebouwen en zorgvormen binnen een intramurale setting dienen zich met andere woorden veel meer aan te passen aan de noden van de bewoner, eerder dan dat de bewoner dient te 'verhuizen' omwille van (tijdelijke) andere noden. We vinden mooie voorbeelden van dergelijke flexibele aanpak bij onder meer vzw Oase in Binkom en Care Property Invest.

Door dergelijke gecombineerde vormen kunnen zorgorganisaties meer op maat van de klanten werken (vraaggestuurdheid en klantgerichtheid) en kan ook snel geantwoord worden op noden bij crisissituaties (kwaliteit van aanbod).

Bovenstaande is echter vandaag beleidsmatig nog onvoldoende voorzien: het juridisch kader ontbreekt om dit 'main practice' te maken en ook de regelgeving inzake het inzetten van zorgpersoneel is totaal niet aangepast aan dergelijke flexibele en hybride vormen. Er is voor deze aanpak een veel grotere flexibiliteit in de tewerkstelling en taken van het zorgpersoneel nodig: er dient een ontschotting te zijn in de inpassing van personeel en deze mag niet afhankelijk zijn van de woonvorm. Dit is een opdracht voor het RIZIV (zie ook hoofdstuk 4).

1.5.

Een derde nood aan flexibiliteit in het wonen heeft te maken met *de omschakeling van de ene zorgvorm naar de andere voor de aanbieder*. Dit heeft zowel voordelen voor de bewoner, als voor de zorgondernemer: de leefruimte groeit mee met de zorgnood van de bewoner, de organisatie kan flexibeler inspelen op de noden van de bewoners en kan dat met een groter economisch voordeel organiseren. Weliswaar voorziet het woonzorgdecreet op heden dat assistentiewoningen tijdelijk omgezet kunnen worden naar woonzorgkamers, maar voor dit luik zijn nog steeds geen uitvoeringsbesluiten voorzien. Ook loopt een proefproject Park Passionisten in Tienen, maar dit is onvoldoende. Er is snelheid in realisatie en implementatie nodig. Wij vinden dat het huidig kader te beperkt en te traag werkt. Een verruiming en versnelling van deze vormen van flexibiliteit zijn nodig.

1.6.

Dat de overheid heeft ingezien dat het model van *VIPA-financiering* voor infrastructuur geen optimaal en modern financieringskanaal is, is een goede zaak. Wij vinden het een goede beslissing dat VIPA gestopt wordt. In de plaats dient de overheid stimulansen te geven aan meer vernieuwende en flexibele vormen van financiering voor toekomstige projecten, zoals PPS, en de andere vormen die we in hoofdstuk 2 van deze paper aanraken.

1.7.

We zijn gewonnen voor *vrijwillige initiatieven die inspelen op de nood aan toegankelijkheid van woningen voor ouderen* en niet voor verplichte keurmerken of certificaten. Deze laatste leiden (naar analogie met de energiecertificaten) enkel maar tot een sub-markt met hogere kosten voor de klanten en tot een hogere administratieve last.

Wij zijn pleitbezorgers voor (samenwerkende) initiatieven die inspelen op reële, nieuwe noden van de toekomstige ouderen en die op deze basis meerwaarde inhouden. Zo vinden we dat het voorbeeld van www.accesshouse.be tot uitbreiding en promotie strekt: op deze site wordt per te koop aangeboden woning of gebouw de toegankelijkheidsinformatie vermeld. Daarnaast komt de eventueel geïnteresseerde koper te weten of en op welke aspecten een woning al dan niet aanpasbaar is.

ER IS MEER FLEXIBILITEIT NODIG IN DE COMBINATIE VAN VERSCHILLENDE WOONVORMEN IN 1 SETTING EN IN DE OMSCHAKELING VAN WOONVORMEN

1.8.

We vinden dat er meer aandacht, promotie en kennisdeling dient te zijn vanuit een *preventieve aanpak van wonen in de toekomst en dus levensloopgeschied wonen*. We pleiten in dit verband voor:

- het verder bekend maken en gebruiken van 'evidence based design', ook in een zorgcontext: Hoe kunnen we met een minimum aan inspanningen een maximum aan welbehagen en comfort in wonen en zorg bekomen? Het is een aanpak waarbij samenwerking tussen erg diverse partijen en niet het minst met bewoners/gebruikers/klanten zelf centraal staat. 'Evidence based design' is een onderzoeks- en experimenteerterrein waar we met Voka's Health Community graag verder op inzetten. Zo organiseerden we reeds een kennissessie rond 'design in zorg' en geven we actieve steun aan het traject 'OpenCareLab' van Flanders Inshape.

- wijzigingen in de opleiding van architecten om de basisvisie rond levensloopgeschikt wonen ook daar meer ingang te doen vinden. Meer aandacht voor 'evidence based design' in de architectenopleiding is een aandachtspunt.
- overleg om na te gaan waar aangepaste standaarden met het oog op levensloopgeschikt wonen mogelijk zijn, bijvoorbeeld bij deuren of inlopdouches.

2

NIEUWE FINANCIERINGSVORMEN VOOR WONEN EN ZORG



We hebben zowel nood aan nieuwe financieringsvormen en -mechanismen om aangepast thuis te kunnen blijven wonen, als voor residentiële zorg.

Daarbij is van belang dat:

- de kostprijs van verschillende elementen van zorg en infrastructuur transparanter en duidelijker worden: Vlamingen hebben op vandaag geen idee wat zorg en de infrastructuur van zorg kost. Deze bewustwording is nodig, om spaarzaam met de beschikbare middelen om te kunnen gaan, en om een weloverwogen keuze te kunnen maken over de eigen woontoeekomst.
- nieuwe, flexibele vormen van investeringen en participatie in zorg mogelijk gemaakt en gestimuleerd worden.

Het grootste deel van ons leven wonen we in een eigen, private woning. De gemiddelde leeftijd waarop mensen vandaag naar een assistentiewoning gaan, is 81 jaar. Op gemiddeld 87 jaar gaan de mensen naar een woonzorgcentrum, waar ze gemiddeld nog 18 maanden wonen. De realiteit vandaag is er dus al één waarin de mensen vooral thuis (willen) wonen. Met een hogere interne vergrijzing en innovaties in de medische behandelingen en technologie, zullen we in de toekomst waarschijnlijk nog een hogere leeftijd hebben wanneer we omschakelen naar 'residentiële' woonzorgvormen. Echter, we moeten ook oog hebben voor andere dan pure zorgredenen om naar een woonzorgcentrum of assistentiewoning te gaan: sociaal contact en structuur zijn van belang en worden erg hoog gewaardeerd door senioren. Ook daarom is flexibiliteit in financiering, maar ook in zorg en dienstverlening (buiten de basiszorg) van belang.

MEER TRANSPARANTIE OVER DE KOSTPRIJS VAN ZORG, THUIS OF IN EEN RESIDENTIËLE OMGEVING, IS EEN NOODZAAK OM NU AL TE DENKEN AAN LATER

2.1.

Transparantie en bewustwording over de kosten van zorg: er is een grotere algemene bewustwording nodig over hoe we met de publieke middelen in de zorg omgaan. De overheid dient de aanstuurder van deze bewustwording te zijn. Ze kan dit doen door meer transparantie te creëren inzake de prijscomponenten in onder andere de ouderenzorg. Zo bijvoorbeeld zou het voor bewoners van woonzorgcentra en gebruikers van thuiszorg

duidelijk moeten zijn wat de totale zorgkost is en hoe de verschillende componenten van deze kost opgebouwd zijn. Wat betaalt de overheid? Hoe worden de prijzen bepaald? Wat betaalt de gebruiker?

2.2.

De financiering van zowel residentiële projecten als individuele aangepaste woningen zou nog veel meer via alternatieve vormen kunnen gebeuren. Het spaartegoed van de Belgen is traditioneel hoog (meer dan 230 miljard euro zou op spaarboekjes staan) en meer dan 80 procent van de pensioengerechtigden in ons land beschikt over een eigen woning. Bovendien hebben mensen meer en meer aanvullend gespaard, via werkgever, groepsverzekeringen en eigen pensioensparen. Dat is een goede zaak. Deze middelen kunnen nog veel sterker geactiveerd worden op het moment dat men ze nodig heeft: als men zorgbehoevend wordt.



We zijn voorstanders van systemen als aangepaste vormen van wooncertificaten, publiek-private samenwerking in de bouw, vastgoedbevaks (een fonds van private investeringen in zorg-infrastructuur) en private coöperatieves.

Essentieel is dat deze nieuwe vormen ook garantie geven aan de bewoner dat het systeem blijvend en stabiel is. De overheid dient in dit verband te zorgen voor een eenvoudig en langetermijnbeleidskader dat zekerheid biedt. Haar rol is te faciliteren (en niet te participeren) door praktische en administratieve besommeringen die deze vormen tegenhouden, weg te werken.

2.3.

Geef stimulansen aan private spaarders om te investeren in zorg via onder meer deze alternatieve vormen van financiering.

2.4.

Maak investeringen in zorg aantrekkelijk en gebaseerd op kwaliteit in plaats van op de juridische structuur van het initiatief (level playing field). Financiering dient te gebeuren op basis van kwaliteit en activiteiten in de dienstverlening. Er mag geen onderscheid gemaakt worden naargelang de juridische structuur van de aanbieder. De klant verwacht kwaliteit en wil dat de overheid zorgt dat de kwaliteit gegarandeerd is.

Dit kan gebeuren door:

- de invoering van een lijst van diverse kwaliteitscriteria in de ouderenzorg;
- de transparante publicatie van zorgaanbieders (residentieel en thuiszorg) die het kwaliteitslabel bereiken;
- het toekennen van vrijstelling van onroerende voorheffing wanneer iemand investeert in een zorgaanbod met dit kwaliteitslabel.

Voka's Health Community wil actief meewerken aan dergelijke kwaliteitscriteria in het kader van een level playing field.

INVESTERINGEN IN DE ZORG DIENEN GEBASEERD TE ZIJN OP KWALITEIT, ONGEACHT DE JURIDISCHE STRUCTUUR VAN DE AANBIEDER

2.5.

Stel externe leveranciers vrij van aanrekening BTW bij levering aan een zorgorganisatie. Via een Europese richtlijn hoeven vzw's vandaag geen BTW te betalen. Dit heeft tot gevolg dat vzw's voor het inschakelen van externe expertise of dienstverlening een hogere kostprijs hebben. Wat er op zijn beurt voor zorgt dat tal van niet-kerntaken van zorgspelers toch in huis uitgevoerd worden en vaak expertise en efficiëntie in de uitvoering verhoogd kan worden. Als dus ook hier een level playing field gerealiseerd wordt en er geen onderscheid meer is naargelang de zorgleverancier, wordt meer ondernemerschap en efficiëntie mogelijk.

2.6.

We zien enkele mooie voorbeelden die inspelen op de zorgen over de eigen woning wanneer u ouder wordt. Zo maakt www.procomfort.be het mogelijk uw besommingen uit handen te geven, financiële ruimte te creëren en toch in uw woning te blijven wonen. In Bredene biedt het sociaal verhuurkantoor van het OCMW de mogelijkheid om tegen een kleine vergoeding de woning van de bejaarde te beheren wanneer die in een assistentiewoning of woonzorgcentrum trekt.

Het behoud van de eigen woning is echter niet voor iedereen realistisch: de financiering van de wooncomponent in een residentiële zorgomgeving is immers een verantwoordelijkheid van het individu (zie ook hoofdstuk 4). Flexibele manieren om het kapitaal uit de eigen woning te herinvesteren zijn dan ook belangrijke hefboomen voor private financiering in de ouderenzorg.

2.7.

In de sector van de assistentiewoningen merken we dat de techniek van het *uitponden* wordt gebruikt. Dit betekent het bouwen en verkopen van een assistentiewoning aan individuele bewoners die investeren in deze voorziening, zonder de plicht er meteen te gaan wonen. De kopers krijgen dan een zorggarantie voor maximum 15 jaar.

Het uitponden zorgt echter voor een aantal onduidelijkheden en onzekerheden voor zowel de zorgverstrekker in dergelijke infrastructuur als voor de individuele kopers: Wat met de zorggarantie na 15 jaar? De exploitant van de zorg heeft geen zekerheid van afname van diensten van de bouwheer na 15 jaar. Ook de individuele koper is niet zeker van zorg na 15 jaar. Wat met het lagere BTW-tarief van 12 procent na deze 15 jaar?

Daarom maken wij volgende voorstellen in verband met het uitpanden bij niet-erkende, aangemelde assistentiewoningen:

- Elke koper heeft recht op transparantie over de gemaakte investering; het dient klaar en duidelijk te zijn voor de individuele eigenaars welke zorggarantie ze krijgen en welke niet. Eigenaars moeten hier een goed geïnformeerde keuze kunnen maken.
- Wij denken dat een evolutie naar 30 jaar zorggarantie mogelijk moet zijn: indien gewerkt wordt met keuze van zorggarantie-termijn tussen bijvoorbeeld 15 en 30 jaar kan de koper zelf een gefundeerde keuze maken.
- Een wooncertificaat/obligatie in een woonzorgcentrum (als uitbreiding van de huidige mogelijkheden) is een interessante piste om verder te onderzoeken.



Tal van technologische ontwikkelingen en mogelijkheden bieden ondersteuning aan zowel ouderen (met of zonder zorgbehoefte) als aan zorgverstrekkers. Er is op vandaag erg veel mogelijk, en de technologische evoluties gaan razendsnel. Helaas merken we dat in Vlaanderen nog té weinig gebruik gemaakt wordt van de technologische mogelijkheden, zowel in een thuissituatie als in residentiële situaties.

Enkele voorbeelden geven de mogelijkheden aan van technologie in de ouderenzorg:

- Via 'pain vision' of pijnherkenning op het gezicht van een persoon met dementie kan nagegaan worden wie pijn heeft. Op basis daarvan kan pijnmedicatie gestart worden en hoeft er dus niet continue medicatie gegeven te worden aan ouderen. Dit betekent een hoger comfort voor de ouderen, een beperking van het medicijngebruik en een grote potentiële besparing voor de gezondheidszorg. Biorics biedt op vandaag digitale pijnbestrijding aan, maar dit wordt nog niet ruim toegepast.
- Orthopedische technologie en -chirurgie op maat is mogelijk.
- Robot-geassisteerde revalidatie is mogelijk voor soepelheid en beweging van de arm via een exoskeleton, bij onder meer CVA-patiënten (dit zijn meestal ouderen die een complexe zorg nodig hebben na een CVA).
- Monitoren op afstand van patiënten kan zeker ingevoerd worden bij chronische patiënten met onder andere hartfalen en diabetes.

Elk van deze voorbeelden leidt tot meer zelfzorg en een langetermijnopvolging van de gebruikers in het kader van de (broodnodige) geïntegreerde zorg. Ze resulteren in een meer efficiënt gebruik van de zorgmiddelen en geven mogelijkheden aan zorgpersoneel om met nieuwe taken of meer gebruikers bezig te zijn. Rond elk van deze voorbeelden werd reeds (internationaal) onderzoek naar hun effectiviteit verricht. Zij kunnen in principe dus meteen voortgezet en geïmplementeerd worden.

EEN RUIJERE IMPLEMENTATIE VAN TECHNOLOGIE
IN DE ZORG LEIDT TOT MEER COMFORT,
NIEUWE ZORGMOGELIJKHEDEN EN MEER
EFFICIËNTIE EN KWALITEIT IN DE ZORG

3.1.

Wij zijn geen pleitbezorger van het vervangen van de 'handen' door technologie. Zorg is en blijft een zaak van mensen, van persoonlijk contact ook. *Maar het is ontegensprekelijk zo dat vandaag veel te weinig gebruik gemaakt wordt van de technologische opportuniteiten in de zorg. Dit heeft impact op zowel de sterkte van onze onderzoeksmogelijkheden, onze ondernemingen, onze zorgaanbieders en tenslotte op de klant zelf:*

- Aan de kant van het onderzoek: onderzoek naar nieuwe technologische toepassingen in de gezondheidszorg worden afgeremd omdat er na één of maximum twee financieringsrondes geen middelen meer zijn. Er wordt te weinig ingezet op effectieve toepassing van de technologieën, en ondernemingen zijn niet bereid of in de mogelijkheid langer te financieren wanneer er geen concrete valorisatie-opties zijn. Gevolg: Onderzoek blijft in de onderzoeksfase zitten en wordt niet gevalideerd. Er wordt niet ingezet op de vraag welke meerwaarde de technologie mogelijk heeft voor bedrijfsleven, gebruiker en maatschappij/overheid.
- Aan de kant van de ondernemingen: de technologische mogelijkheden worden onvoldoende ondersteund in de vermarkting en valorisatie: na het onderzoek en de eventuele test van een bepaalde technologie, is er op vandaag geen stimulans of steun richting valorisatie. Dat betekent dat ondernemingen die investeren in ontwikkeling, binnen korte tijd onvoldoende meerwaarde krijgen: hun kosten blijven stijgen en ze zien geen mogelijkheid tot afzet in Vlaanderen. Gevolgen hiervan zijn: onvoldoende technologische valorisatie in Vlaanderen; nieuwe toepassingen vinden eerder de weg naar andere markten en afname van concurrentiepositie en verankering Vlaamse bedrijven.
- Aan de kant van de zorg: technologie kan een sterke en waardevolle ondersteuning bieden voor de zorgverstrekking: technologie verlicht de zorg, en maakt ze efficiënter en beter betaalbaar. Helaas stellen we vast dat er vandaag in het zorgsysteem geen expliciete aandacht noch stimulans is voor het ruimer toepassen van technologie in de zorg. De overheid kan dit bijvoorbeeld op korte termijn specifiek ombuigen door deze stimulansen wel te voorzien in de nog te nemen uitvoeringsbesluiten met betrekking tot assistentiewoningen.
Meer algemeen willen we dat in de financiering van alle zorgvoorzieningen een deel financiering gebruikt wordt als prikkel voor inbedding van technologie in de zorg. Er dient met andere woorden een positieve stimulans te komen voor *inbedding van zorg op afstand in alle aspecten van de zorg, zonder extra structuurnormen.*

- Het ontbreken van algemeen gebruik van telehealth-diensten heeft negatieve gevolgen voor de zorggebruiker zelf: hij of zij kan geen beroep doen op de nieuwste technieken of producten die zijn of haar leven in bepaalde gevallen veel comfortabeler kan maken en dit tegen een lagere (maatschappelijke) kost dan nu vaak het geval is. We verwijzen hierbij opnieuw naar het belang van de transparantie van kostprijselementen in de zorg, zoals aangehaald in punt 2.1.

3.2.

Er dient een financiering voorzien te worden voor het aanbieden van zorg op afstand: zorg op afstand heeft een gelijke waarde als fysieke zorg. Aan de kantzijde moet dit ook betaald kunnen worden met het persoonsgerichte budget in de ouderenzorg (zie ook hoofdstuk 4). Binnen het Voka-verkiezingsmemorandum en binnen het paper van de collega's van de groep mHealth wordt deze gelijke behandeling van zorg op afstand verder uitgewerkt. We halen het voorbeeld aan van de specifieke financiering en erkenning van beeldschermzorg, farmaceutische telezorg, beleidsregels en personalisering in Nederland als inspiratiebron voor dergelijke regeling in België. We verwijzen daarvoor naar het document 'Vitaal thuis' van VitaValley, partner van de Health Community, dat dit verder exploreert.



3.3.

Technologie is een hulp bij het onderzoek naar *de zorgnood van senioren*. Op vandaag wordt daarvoor gebruik gemaakt van de zogenaamde Katz-schaal en nog enkele andere schalen (Bell), bijvoorbeeld bij de toekenning van de Vlaamse zorgverzekering. Dat is een immens werk, dat veel personeelsinzet vereist, en aanleiding kan geven tot diverse interpretaties.

Echter, in de toekomst zou voor de bepaling van zorgbehoeftes perfect gebruik gemaakt kunnen worden van de monitoring van dagelijkse activiteiten van mensen via draadloze sensoren. We verwijzen hiervoor naar het IWT-Amacs project (IWT 100404, www.amacs-project.eu), dat een samenwerking is van onderzoekers, ondernemingen en zorgpartijen. We verwijzen hiervoor ook naar het voorbeeld van de Scottish Health Service (NHS 24) die deze monitoring nu al op grote schaal gebruikt om te kunnen opvolgen of en hoe lang mensen zelfstandig thuis kunnen blijven wonen.

ZORG OP AFSTAND = ZORG, ONLINE HULPVERLENING EN ZORG OP AFSTAND DIENEN INGEBED IN DE FINANCIERING VAN ZORG

3.4.

Hoewel steeds meer mensen beschikken over een smartphone en/of tablet, is het aantal Belgen met internettoegang nog altijd lager dan in de ons omringende landen. *Elke oudere, waar hij ook woont, zou de beschikking moeten hebben over een eigen internettoegang.* De prijs voor internetgebruik dient daarvoor in België verder te dalen, want deze is nog steeds hoger dan het EU-gemiddelde.

3.5.

De digitale communicatiemogelijkheden zijn nog veel te weinig doorgedrongen in de zorgwereld. Nochtans zullen gebruikers en hun netwerk steeds meer verwachten dat de zorgwereld via digitale weg met hen communiceert. Dit biedt tal van vragen, maar zeker ook heel wat mogelijkheden voor zorgdiensten.

Door in de *thuiszorgwereld* deze connectiviteit uit te werken via het principe van ‘bring your own device’ en hun diensten in te schakelen en te richten naar de tablets, smartphones en internetverbindingen die hun klanten zelf (in huis) hebben, versterken dienstverleners de kwaliteit, effectiviteit en tevredenheid over hun dienstverlening. Daarnaast zijn deze communicatiemiddelen en geïntegreerde diensten belangrijk om de betrokkenheid en ‘empowerment’ van gebruikers en hun mantelzorgers te bekomen.

Het internetgebruik in de *residentiële ouderenzorg* is op vandaag nog bedroevend laag: erg veel woonzorgcentra hebben nog geen eigen website of persoonlijk mailadres en ook de bewoners maken weinig tot geen gebruik van internetmogelijkheden bijvoorbeeld bij therapie. Het is meer dan nodig dat ook in de woonzorgcentra het digitale tijdperk zijn intrede doet.

Het steeds ruimer gebruik van smartphones en touchscreens door alle generaties in België stelt ook de residentiële zorg voor nieuwe uitdagingen: ouderen en bezoekers in een woonzorgcentrum of assistentiewoning zullen de aanwezigheid van tablets verwachten en/of zullen deze zelf meebrengen naar hun nieuwe woonomgeving. Net zoals dit het geval is met een televisie.

WIE INTEGREERT, REGEERT: SAMENWERKING IS NODIG TUSSEN INFRASTRUCTUUR, HARDWARE, SOFTWARE EN DIENSTENLEVERANCIERS

3.6.

Om levensloopgeschikt wonen, en een ruimere toegankelijkheid en toepassing van technologie te bereiken in de woningen van alle Vlamingen, moeten er 4 componenten samen aanwezig zijn: infrastructuur, hardware, software en diensten. De integratie van de verschillende componenten en de samenwerking van spelers op deze verschillende vlakken is een sleutel tot succes. Vandaag gebeurt deze integratie en samenwerking nog veel te weinig. Voka's Health Community heeft in het kader van de oproep ‘NIB Zorg economie’ haar steun gegeven aan een consortium van partners dat dergelijk geïntegreerd platform van zorg op afstand zal uitwerken. *‘Wie integreert, regeert’*.

3.7.

Er dient verder ingezet te worden op draagbare en mobiele interfaces: uw account gaat met u mee, waar u zich ook bevindt, of in welke omgeving u ook woont. Dit biedt bijvoorbeeld nog heel wat mogelijkheden inzake beveiliging en monitoring van de locatie waar ouderen zich bevinden (zie ook eerder aangehaalde voorbeeld van de NHS in Schotland).

Hetzelfde geldt voor domotica: ook deze dient meeneembaar te zijn naar een andere woonomgeving. Opdat een ruim gebruik van domotica realiteit wordt en om de betaalbaarheid van deze systemen te garanderen, dienen zij mee te groeien in de levenscyclus van de eigenaar en multi-inzetbaar te zijn: jonge mensen hebben meer nood aan bijvoorbeeld een energie- en inbraakalarm. Bij ouderen dienen diezelfde functionaliteiten gecombineerd te worden met een (zorg)monitorfunctionaliteit. Hier liggen nog ontwikkelingskansen voor ondernemingen.



3.8.

De internet-based economie en toestellen met geïntegreerd netwerk geven een sterke duw aan de toepassing van technologie in de zorg: zorgverstrekkers zullen moeten communiceren via digitale weg en technologie biedt een basis voor de vorming en levering van *nieuwe diensten op maat*. Een voorbeeld daarvan is Cubigo, dat werkt met 'blokken' van diensten die kunnen ingepast worden. Een ander voorbeeld is de ondersteuning die kan geleverd worden aan ouderen om vlot om te gaan met internet en pc.

3.9.

Technologie zorgt voor een *andere, vernieuwende rol voor de zorgverstrekker zelf*: de verzorgende kan de taak opnemen van de 'interface' tussen de data en de oudere. Hij of zij helpt de oudere de data te interpreteren en gebruiken. Deze rol kan bijvoorbeeld worden opgenomen door de 'woonassistent' in een assistentiewoning, die op zijn beurt dan opnieuw technologie inschakelt voor zijn werk en voor de verbeterde dienstverlening in de woning.

3.10.

Er dienen slimme woningen ontwikkeld te worden voor ouderen met een complexe problematiek. Daarnaast dienen 'gidsen nieuwe technologie' aanwezig te zijn die ouderen en hun mantelzorgers wegwijs maken in de mogelijkheden van deze thuishetchnologie.



Wanneer we levensloopgeschikt wonen bij senioren willen realiseren, het wonen waarbij ouderen in elke fase van hun mogelijkheden comfortabel en aangepast wonen, dan is een grotere flexibiliteit in de dienstverlening nodig.

Daarmee bedoelen we dat:

- de zorgaanbieders meer flexibel hun dienstverlening moeten kunnen aanbieden en aanpassen;
- meer diverse spelers en meer spelers zorg moeten kunnen aanbieden;
- zorgverstrekkers/verzorgenden een grotere flexibiliteit aan taken op zich moeten kunnen nemen;
- de gebruiker uit een op-maat palet van diensten moet kunnen kiezen.

De dienstverlening in de zorg moet dus veel sterker kunnen vertrekken van en inspelen op de behoeftes van de klant. Levensloopgeschikt wonen is namelijk een lege doos wanneer de omkadering ontbreekt om, wanneer nodig, inderdaad ondersteuning te krijgen.

Flexibiliteit in het zorgaanbod is niet alleen nodig om de vergrijzing betaalbaar op te kunnen vangen in de toekomst; het zal ook meer en meer geëist worden door de klanten zelf, door de gebruikers van zorg zelf en hun omgeving. Immers, de huidige generatie van babyboomers zal niet langer tevreden zijn met 'massazorg'. Mensen verwachten bepaalde stukjes diensten gedurende een bepaalde tijd, om deze later te vervangen of weer weg te laten.

Het is onze bekommernis dat een zo ruim mogelijk aantal spelers en ondernemers deel kunnen nemen aan het zorgaanbod. Niet wie het doet onder welke structuur, maar wel de kwaliteit van de dienstverlening is belangrijk.

4.1.

Een vraaggerichte benadering van de zorg vereist twee grote 'shifts':

- Openheid van de markt voor diverse dienstverleners: mogelijkheid aan diverse organisaties om diensten te verlenen aan senioren en zorgbehoevenden. Toegang tot de markt is in principe open voor een oneindig aantal spelers. Geen afbakening van de markt op basis van structurele criteria, wel op basis van kwaliteitsnormen, die efficiëntie-overwegingen mee in rekening nemen. Controle van de kwaliteit en outcome dient te gebeuren door een onafhankelijke instantie (zie ook hoofdstuk 2 van deze paper).
- Een financiering aan de gebruikers zelf, op basis van zorgbehoefte: de overheid komt tussen voor de betaling van zorg-dienstverlening, rechtstreeks aan de gebruiker en op basis van zorgbehoefte. Om de solidariteit in de financiering van zorg en welzijn op lange termijn te behouden, is het essentieel dat tussenkomsten met gemeenschapsmiddelen gebeuren op basis van de zorgbehoefte en niet op basis van het inkomen van de gebruiker. Immers, wie via belastingen en sociale zekerheid bijdragen betaalt, moet, wanneer zorgbehoevend, kunnen rekenen op de overheid.

4.2.

De proeftuinen zorginnovatie zijn voor ons een optimale kans om een marktonderzoek naar nieuwe zorgdiensten te voeren, zowel bij ouderen met als zonder zorgbehoefte: Aan welke diensten hechten zij belang? Welke diensten hebben zij nodig om comfortabel thuis te blijven wonen? Wat verwachten ze van deze diensten? Wat willen ze er voor betalen? De finaliteit en het succes van de proeftuinen ouderenzorg ligt voor ons dan ook in het beantwoorden van bovenstaande vragen door de verschillende projecten op de proeftuinen en het verder zetten van succesvolle sociale en economische innovaties. De proeftuinen ouderenzorg mogen met andere woorden niet verworden tot een tijdelijk sociaal experiment, dat niet leidt tot concrete vernieuwende producten en diensten in de ouderenzorg in Vlaanderen.

EEN VRAAGGERICHTE ZORG VEREIST:

1) OPENHEID VAN DE MARKT VOOR NIEUWE DIENSTVERLENERS EN 2) EEN PERSOONSGERICHT BUDGET, OP BASIS VAN ZORGBEHOEFTE

4.3.

Transparantie en vrije keuze van dienstverlening aan de gebruiker: de vrije keuze van de gebruiker dient altijd en overal gerespecteerd te worden. Elke gebruiker moet zelf kunnen kiezen van welke diensten hij gebruik maakt en bij welke leverancier hij dat doet. Dat betekent dat er bij dienstverlening in een thuissituatie of private woning ook transparantie en vrije keuze moet zijn over de aanbieder en prijs van zorg.

Samenwerking tussen verschillende zorgaanbieders, inclusief technologische ondersteuning, moet verder gestimuleerd worden. Dit biedt mogelijkheden tot maatwerk inzake dienstverlening voor elke gebruiker. Wanneer een gebruiker kiest voor een specifiek 'pakket' van samenwerking, dient hij of zij wel geïnformeerd te worden over de prijs van elke aanbieder in de samenwerking en dient er transparantie inzake facturatie te zijn.

4.4.

Wat *“basiszorg”* is en wat eerder *“comfortzorg”* is, verschilt voor elke oudere, naargelang zijn of haar situatie. Mensen die bijvoorbeeld mentaal nog erg goed zijn, maar niet meer mobiel, hebben andere noden dan mensen met bijvoorbeeld dementie. Wij zijn van mening dat elke gebruiker van zorgdiensten een flexibele combinatie van beide moet kunnen krijgen. In verband met de financiering van de diensten zijn wij van oordeel dat basisdiensten in de ouderenzorg gefinancierd dienen te worden met een persoonsgericht budget, ongeacht het inkomen waarover u beschikt. Extra of comfortdiensten in de ouderenzorg moeten gefinancierd worden uit eigen middelen of dienen (privaat) verzekeraar zijn. We verwijzen hiervoor ook naar het Voka-verkiezingsmemorandum rond welzijn en zorg.

4.5.

Het is duidelijk dat de rol van *de zorgcoördinator of case manager* in de toekomst alleen maar toe zal nemen.

We stellen vast dat het grootste deel van de gebruikers van zorgcoördinatie thuiswonende alleenstaanden zijn tussen 74 en 85 jaar. De meeste gebruikers komen niet zelf naar de zorgcoördinator toe. Het zijn de mantelzorgers (familieleden, vrienden, burens, ...) van de gebruikers die de belangrijkste signaal- en toeleidingsfunctie hebben naar zorgcoördinatie. In feite is de zorgcoördinator een nieuw soort mantelzorg.

Wij zijn van mening dat elke actor deze rol van zorgcoördinator moet kunnen opnemen als een onafhankelijke dienstverlener. Scheiding van taken is hier essentieel. De prijs voor de zorgcoördinatie dient transparant te zijn en wordt betaald uit het persoonlijk zorgbudget van de gebruiker. De overheid financiert met andere woorden geen zorgcoördinatie aan zorgaanbieders zelf⁴, gezien zorgcoördinatie in een moderne, vraaggerichte zorg een evidentie is.

De zorgcoördinator dient elk van de onderstaande taken in te vullen, dit zowel naar de zorggebruiker, de andere betrokken professionals rond de zorggebruiker, als naar de mantelzorgers toe.

Hij of zij:

- fungeert als een onafhankelijke brug tussen klant en zorgverstrekker;
- doet aan vraagverduidelijking; Wat heeft de klant in zijn situatie nodig? Wat is mogelijk?
- geeft info over alle opties en de kostprijs ervan;
- levert administratieve ondersteuning en regelt administratief de zorg;
- doet zowel aan onafhankelijke advisering, multidisciplinair overleg als opvolging van alle elementen van advies en overleg.

⁴ Zoals nu bij sommige actoren die reeds erg veel administratieve middelen toegekend krijgen het geval is.

Zorgcoördinatie richt zich naar thuiswonende zorgvragers, die ook de wens hebben zo goed en lang mogelijk thuis te kunnen blijven wonen. De eerste doelstelling van zorgcoördinatie is dus het mogelijk maken en ondersteunen van het zelfstandig thuis wonen. Echter, de zorgcoördinator moet ook mee 'op pad' kunnen gaan met de zorgvrager doorheen alle fases van zorg in zijn of haar leven.

ELKE ONAFHANKELIJKE DIENSTVERLENER MOET DE ROL VAN ZORGCOÖRDINATOR KUNNEN OPNEMEN

4.6.

We stellen vast dat dergelijk goed aanbod van zorgcoördinatie heel wat mogelijkheden biedt voor professionals in de zorg en voor een efficiëntere organisatie van de zorg, die vooral ten goede komt aan de zorggebruikers zelf.

Waar liggen die opportuniteiten?

- Ouderen zijn vooral op zoek naar een beter veiligheidsgevoel (persoonlijk en in hun omgeving); het gevoel en de wetenschap te kunnen terugvallen op ondersteuning wanneer nodig. Dit helpt hen in realiteit een stuk langer thuis te blijven wonen.
- Individuele thuisverpleegkundigen staan voor de uitdaging een nieuwe rol in te vullen, vanuit samenwerkingsverbanden. Zo kunnen ze muren binnen de zorg mee helpen afbreken. Zo kunnen ze ook 'hun' patiënt langer bijstaan en helpen doorheen verschillende fases/noden van zijn of haar leven. Ze kunnen door de samenwerking ook ruimere technologische ondersteuningsmogelijkheden integreren in hun werk.
- 'Zorgcoördinatie' zou een vak of onderdeel kunnen worden binnen de opleidingen verpleegkunde, bijvoorbeeld in de minor 'thuiszorg'. De Thomas More Hogeschool bijvoorbeeld werkt aan een aparte opleiding om thuiszorg uit te bouwen.
- Ook mantelzorgers een opleiding geven, zou nuttig zijn: deze opleiding zou voor hen kunnen fungeren als een manier om, wanneer nodig, de verschillende dingen die u moet weten en nodig heeft wanneer er zorgbehoevenden in uw omgeving zijn, te kunnen gebruiken. Bijvoorbeeld de hogeschool West-Vlaanderen (Howest) zet daar op in.
- Er is een brug nodig tussen de ziekenhuizen en de thuiszorg: er zou een automatisch contact moeten zijn bij ontslag uit het ziekenhuis, wanneer het gaat om mensen met een hoge zorgnood: vanuit ziekenhuis naar thuiszorgdiensten.

- Ruimere toepassing van technologische mogelijkheden in de zorg: coördinatie vereist goede en continue communicatietools tussen betrokken stakeholders (zie ook hoofdstuk 3 van deze paper).



4.7.

Taakuitzuivering en meer flexibiliteit in taken van zorgverstrekkers is een absolute noodzaak in het kader van een moderne, meer vraaggerichte dienstverlening in de zorg. Deze taakuitzuivering en flexibiliteit met oog voor een effectieve inpassing van zorgverstrekkers dient er trouwens te zijn op alle niveaus: niet alleen tussen verpleegkundigen en verzorgenden; ook tussen verplegers en artsen, tussen gezinszorg en thuiszorg. Hier verwijzen we naar de voorstellen uit de conferentie 'Slimmer zorgen voor morgen'.

4.8.

Er wordt al eens beweerd dat *meer diensten aan huis* zorgen voor verdere vereenzaming van senioren, een probleem dat inderdaad niet te onderschatten is. Echter, uit het onderzoek dat Thomas More deed naar de resultaten van het bpost-op afspraak-project in Turnhout met thuisleveringen, blijkt dat de mensen net meer sociale contacten hebben (en niet minder) en dat de vraag naar flexibele diensten net toeneemt naarmate men meer noden heeft.

Verder blijkt uit bovenstaande onderzoek ook dat het er bij dienstverlening aan huis om gaat de energie van de personen in de juiste dingen te investeren: meer diensten aan huis leiden ook niet noodzakelijk tot minder beweging en mobiliteit.

4.9.

Zorghotels zijn een innovatieve vorm van dienstverlening die alle kansen moeten krijgen. Zorghotels zijn echter geen klassieke hersteloorde. Het concept van een zorghotel is vandaag onduidelijk en wordt erg divers ingevuld.

We vinden het een goede zaak dat het Ministerie van Toerisme na zal gaan of spelers die de naam 'hotel' gebruiken ook werkelijk een open hotelfunctie aanbieden. Op vandaag zien we immers dat 'zorghotels' al te vaak in realiteit hersteloorde zijn. Zij missen de open functie. De op heden door het departement erkende zorghotels zijn nog te vaak 'hersteloorde', die een tussenvorm richting woonzorgcentrum zijn. Door deze huidige erkenningen worden zorg-tussenvormen opnieuw in een kader geduwd, terwijl net meer flexibiliteit van zorgvormen nodig is (zoals ook al eerder aangehaald in hoofdstuk 1 van deze paper). Wij pleiten voor een meer innovatieve aanpak. Zo bijvoorbeeld hebben nieuwe zorgvormen flexibiliteit nodig inzake de herkenbaarheid van het zorgpersoneel: op vandaag moeten zij door onder meer via hun (witte) kleding duidelijk herkenbaar zijn, terwijl net het concept van een 'hotel' daar haaks op staat: daar gaan de medewerkers niet gekleed in 'zorgkledij'.

Wij zijn ervan overtuigd dat er heel wat mogelijkheden liggen voor echt vernieuwende, flexibele zorghotels in het kader van de ontlasting van de ziekenhuisdiensten. We hoeven in dit verhaal zelfs geen volledig nieuwe gebouwen te maken: bestaande hotels kunnen ook aangepast of omgeschakeld worden naar zorghotels. Zo heeft bijvoorbeeld het ziekenhuis in Terneuzen (Nederland) een samenwerkingsakkoord gesloten met een hotelketen. In het kader van de oproep 'NIB Zorgeconomie' gaf Voka's Health Community haar steun aan een dossier rond de uitbouw van een zorghotel-concept in Vlaanderen.

ZORGHOTELS ZIJN GEEN HERSTELOORDEN, ZE ZIJN EEN INNOVATIEVE VORM VAN DIENSTVERLENING DIE ALLE KANSEN MOET KRIJGEN

4.10.

Erg belangrijk bij de dienstverlening naar ouderen toe is structuur en continuïteit: senioren-gebruikers hechten veel belang aan een zelfde, vaste dienstverlener, volgens een zelfde patroon. Het zorgt voor veiligheid, vertrouwen en een sociale relatie tussen klant en dienstverlener. 'Tijd' en 'sociaal contact' zijn voor ouderen een 'product' met een meerwaarde. Fred Lee, de auteur van 'Als Disney de baas was in uw ziekenhuis', wijst ons al op de mogelijkheden van diverse service-concepten in de gezondheidszorg die de koppeling kunnen maken tussen sociaal contact en andere activiteiten in een organisatie. *Zorg hoeft niet alleen functioneel te zijn, maar mag en moet ook aantrekkelijk zijn.*

COMMUNITY: SOCIALE VOORZIENINGEN ZIJN NOODZAKELIJK
VOOR EEN AANGENAME WOONOMGEVING

5



Met een volledig comfortabel, aangepast, en veilig huis zijn nog niet alle voorwaarden voldaan om gelukkig en gezond thuis te kunnen blijven wonen. Wie niet buiten kan of durft komen, voelt zich als in een gouden kooi. Levensloopgeschikt wonen uitbouwen vereist zeker ook aandacht voor de woonomgeving, niet alleen ruimtelijk en qua infrastructuur (zie hoofdstuk 1), maar ook qua diensten, handel, sociale voorzieningen en veiligheid.

Mensen willen zo lang mogelijk in een vertrouwde omgeving wonen; dat hoeft niet in hun eigen woning te zijn. Wel is belangrijk: een geïntegreerde woonomgeving, dicht bij (een mix) van anderen en met voldoende activiteiten, diensten en voorzieningen op wandelafstand.

Met een hogere interne vergrijzing en innovaties in de medische behandelingen en technologie, zullen we in de toekomst waarschijnlijk nog een hogere leeftijd hebben wanneer we omschakelen naar 'residentiële' woonzorgvormen. Echter, we moeten ook oog hebben voor andere dan pure zorgredenen om naar een woonzorgcentrum of assistentiewoning te gaan: sociaal contact en structuur zijn van belang en worden erg hoog gewaardeerd door senioren. Het betekent dat sociaal contact, community en structuur in de dagbestedingsmogelijkheden ook van belang zijn in een thuisomgeving.

5.1.

Een woonomgeving die voldoende toegankelijk, aangenaam en veilig is, is voor een oudere een zeer belangrijk aandachtspunt in de afweging om zelfstandig thuis te blijven wonen. Uit onder meer de werking van Z-org⁵ blijkt immers dat het onveiligheidsgevoel en onzekerheidsgevoel van (vooral) alleenstaande ouderen het startpunt is om na te gaan denken over het opgeven van het zelfstandig thuis blijven wonen. Inspelen op die aangename publieke woonomgeving is voor ons een element waarop lokale besturen in samenwerking met aannemers een rol te spelen hebben (zie ook hoofdstuk 1 van deze paper).

5.2.

Binnen de *proeftuinen zorginnovatie* besteden de proeftuin AIPA in Aalst en het platform Actief Zorgzame Buurt (Antwerpen/Brussel) veel belang aan deze community-aspecten⁶. In Aalst gebeurt dit met focus op de toegankelijkheid en aantrekkelijkheid van de buurtomgeving. In Antwerpen/Brussel willen de partners een buurtgericht model van zorgorganisatie ontwikkelen in een grootstedelijke context, zodat ook ouderen met een verminderde zelfredzaamheid zo lang mogelijk comfortabel en zelfstandig thuis kunnen

⁵ Van zorgondernemer van het jaar 2013 Marc Driesen

⁶ <http://www.zorgproeftuinen.be/nl/nl/platforms/aipa-ageing-place-aalst>
<http://www.zorgproeftuinen.be/nl/nl/platforms/actief-zorgzame-buurt>

blijven wonen. Hierbij ligt de klemtoon op het versterken van de zelfredzaamheid, de mantelzorg en het uitbouwen van informele buurtzorgnetwerken. De proeftuin Antwerpen/Brussel is de eerste proeftuin in Vlaanderen waarbij onderzocht wordt hoe de professionele zorg de zelfzorg, de mantelzorg en informele zorg kan ondersteunen en versterken en zichzelf consequent op de tweede lijn houdt.

5.3.

We willen wijzen op het belang van *de lokale dienstencentra* als contactpunten en community-punten voor de ouderen in een bepaalde buurt. Deze centra zijn laagdrempelig en neutraal en voorzien in de activiteiten en informatie die ouderen nodig hebben om zich voldoende in hun buurt betrokken te blijven voelen. Lokale dienstencentra kunnen ook fungeren als uitwissel-, leverings-, ruilpunten van goederen en diensten. Zij dienen expliciet te zorgen voor een versterking van het sociale en handelscontact met ouderen in een bepaalde buurt.



5.4.

Het belang van vrijwilligers en mantelzorgers kan niet overschat worden. Zowel thuis als in een intramurale zorgcontext zijn zij het water en brood voor de zelfredzaamheid van de ouderen. Zij dienen verder ondersteund te worden via informatie, hulp en technologie om zo vlotter en meer bestendig hun waardevolle inbreng vol te kunnen houden.

5.5.

Een goed draaiende community vereist veel 'goodwill' en weinig beperkende regeltjes allerlei. We zijn zorg zodanig gaan reguleren, dat er nog weinig spontaans overblijft. Waarom niet meer moestuinen en huisdieren in woonzorgcentra en assistentiewoningen? Zorg en specifieke noden worden weggestopt of gegroepeerd op speciaal daartoe aangelegde terreinen. Terwijl zorg net deel uitmaakt van het leven en de gemeenschap. Wij denken dat integratie op vele domeinen en via diverse dienstverlening kan in bijvoorbeeld een woonzorgzone, zonder dat dit tot een ghetto verwordt.



Besluit

Levensloopgeschikt wonen in de éénentwintigste eeuw is een samengaan van verschillende elementen in de woon- en leefomgeving van een oudere, die perfect op elkaar afgestemd zijn met als doel de mensen zo lang mogelijk in hun eigen, vertrouwde omgeving te kunnen laten wonen. De elementen die we in deze paper aanhalen zijn voor ons onherroepelijk met elkaar verbonden. Levensloopgeschikt wonen vergt inspanningen en afstemming in het zorgbeleid en de zorgcontext op het vlak van: (1) grond en ruimte om te wonen, (2) nieuwe financieringsvormen om te wonen, (3) technologie die meegroeit met de bewoner, (4) dienstverlening en services voor levensloopgeschikt wonen en (5) sociale voorzieningen voor een aangename woonomgeving.

Onze propositie is er één waar openheid, samenwerking, toekomstgerichtheid en schaalbaarheid de uitgangspunten zijn voor een zorg die écht langer thuis wonen mogelijk maakt.

Uit de besproken ideeën en suggesties aan het beleid maken we hier een gezamenlijke top-10. Het is onze breed gedragen top-10 van toekomstgerichte prioriteiten, gericht aan beleidsverantwoordelijken en stakeholders, om de komende jaren levensloopgeschikt wonen mogelijk te maken.

OPENHEID, SAMENWERKING EN SCHAALBAARHEID ZIJN VOOR ONS DE UITGANGSPUNTEN VAN EEN ZORG DIE ÉCHT LANGER THUIS WONEN REALISEERT

1.

De noodzaak tot transparantie van de zorgkosten: we dienen te weten wat zorg kost als totaalprijs (kost aan de overheid en de prijs die de gebruiker betaalt). Bewustwording en transparantie van de prijzen in de hele zorgwereld dient gestimuleerd. Transparantie ondersteunt ondernemerschap en innovatie aan de aanbodzijde van de zorg, en vrije keuze aan de vraagzijde. Algemene bewustwording over de waarde van zorg doet ons bewuster met de gemaakte keuze omgaan.

2.

De invoering van **een vraaggerichte ouderenzorg met een persoonsgericht budget** voor alle segmenten van de ouderenzorg, toegekend en volledig afhankelijk van de zorgnood van ouderen. Dit budget is vrijelijk te gebruiken voor basiszorg. Extra of comfortdiensten betaalt de oudere met eigen middelen of via private verzekeringen.

3.

De gelijkschakeling van zorg met zorg op afstand: zorg op afstand = zorg. Zorgverstrekking en zorgopvolging op afstand moet een evenwaardige dienst zijn als fysieke, ter plekke geleverde zorg. De financiering van zorg mag dus niet louter beperkt tot fysieke contactmomenten. Zorg op afstand is een keuze die ook ingebouwd wordt in het persoonsgericht budget.

4.

De **financiering in ouderenzorg mag niet afhankelijk zijn van juridische structuren en vormen, maar dient gestoeld op kwaliteitscriteria.** Er dient een **'level playing field'** gerealiseerd in de zorg: de structuur of organisatie van een aanbieder is niet bepalend voor de regelgeving waaronder deze aanbieder valt. Alle aanbieders op de markt dienen gelijke spelregels te volgen en krijgen daarvoor gelijke mogelijkheden.

5.

Er dienen **stimulansen gegeven aan private spaarders om te investeren in zorg** met name in de alternatieve vormen van financiering van zorg.

6.

De rol van **de zorgcoördinator** wordt steeds belangrijker voor vele ouderen. Deze dient open, ondernemend, innovatief en kwaliteitsvol ingevuld te worden. **We willen geen afscherming van deze rol.**

7.

Er kan en moet **op vele vlakken een veel grotere flexibiliteit in de ouderenzorg ingevoerd worden,** willen we zorgen dat iedereen zo lang en comfortabel mogelijk in

een thuisomgeving woont. Het gaat hierbij om flexibiliteit in onder meer arbeidsorganisatie, aanbod van diensten en van ruimtes waarin deze diensten kunnen geleverd worden, omschakeling of beperking van diensten waarvan de zorgvrager gebruik maakt. Het gaat om combinaties van verschillende zorgvormen en formules binnen één setting, en soepele aanpassingen aan deze formules.

8.

De **proeftuinen zorginnovatie**, gebaseerd op bevragingen van de ouderen zelf, zijn een belangrijke testomgeving voor nieuw ondernemerschap in de ouderenzorg. Producten en diensten met economische en sociale meerwaarde dienen na deze testomgeving ook werkelijk gevaloriseerd te kunnen worden op de markt. **De proeftuin dient met andere woorden over te vloeien in een bestendig kader dat deze innovaties werkelijke valorisatiekansen en toegang tot de markt geeft.** Wat van toepassing is voor de proeftuinen ouderenzorg, is dat trouwens voor het ganse innovatiebeleid van de Vlaamse regering: er dient een beter kader voorzien zodat innovaties niet stoppen na de onderzoeksfase, maar ook gevaloriseerd en geïmplementeerd kunnen worden op de markt. Het innovatiebeleid focust te weinig op ondernemerschap en versterking van onze witte economie en te veel op proeftrajecten die na een tijd stilvallen. Bestendig ondernemerschap moet de doelstelling van én de proeftuinen ouderenzorg en het volledige innovatiebeleid zijn.

9.

Er kan in het hele zorgproces veel meer gebruik gemaakt worden van technologie. Zo blijft **internet voor iedereen** een werkpunt. Het dient betaalbaar, makkelijk en intuïtief toegankelijk te zijn. België dient zijn achterstand inzake internetgebruik in te halen. Ook in residentiële **ouderenzorg** kan **internetgebruik** nog veel ruimer zijn ingang vinden, bijvoorbeeld door het voorzien van tablets voor bewoners. Verder kan technologie bijvoorbeeld ook ruim gebruikt worden bij **de inschaling van de zorgnood** van mensen, onder meer via de monitoring van dagelijkse activiteiten via draadloze sensoren.

10.

Opleiding en ondersteuning voor mantelzorgers bieden grote opportuniteiten. In het kader van netwerkzorg dienen mantelzorgers meer betrokken en geïnformeerd te worden. We dienen ook dynamischer naar mantelzorgers te kijken en een aanbod voor hen uit te werken.

Stuk voor stuk zijn dit punten die een concrete invulling geven aan enkele van de voorname principes uit het verkiezingsmemorandum van Voka met betrekking tot zorg en welzijn, dat u via volgende link kan vinden: <http://www.tweeprocent.be/>:

- Het realiseren van een kader voor zorg op afstand.
- Een financiering van de zorg die gericht is op samenwerking en innovatie.
- Het toekennen van een persoonlijk zorgbudget binnen de ouderenzorg.

De uitvoering van de zesde staatshervorming, die de klemtoon in de ouderenzorg verder verschuift naar de regio's en van het beleidsdomein zorg het grootste budgettaire aandeel in Vlaanderen maakt, kan en moet er voor zorgen dat deze punten uitgevoerd worden. Maar ook de federale overheid blijft grote verantwoordelijkheden hebben inzake de aangegeven voorstellen: inzake bijvoorbeeld BTW, arbeidsmarkt ouderenzorg, en technologie. We hopen met deze paper beide beleidsniveau's aan te zetten tot concrete innovatieve acties.

We beschouwen dit document als een oproep, als een eerste stap tot concreet overleg en een vraag naar concrete antwoorden door de nieuw verkozen beleidsmakers na 25 mei, zowel in de regeerakkoorden als in hun beleidshandelingen. Maar deze paper is ook een oproep naar andere stakeholders in het veld: laten we samen hierover verder in gesprek gaan. En laten we vooral samen deze ideeën omzetten in realiteit, in het Vlaanderen en België van de éénnentwintigste eeuw.

Wil ook uw organisatie zich gooien in die concrete, vernieuwende samenwerking? Dan bent u van harte welkom bij Voka's Health Community.

Met dank aan de volgende leden van de themagroep wonen en zorg:

- Arnold André (vzw Borgerstein)
- Cauwels Katline (bpost)
- Claus Koen (DKV - lead van de themagroep)
- Deboutte Peter (HICT Consultancy)
- De Maesschalck Lieven (Thomas More)
- Dens Jef (Van Roey vastgoed)
- Desmyttere Stefaan (Zorghotel De 3 Eiken)
- Driesen Marc (Z-org)
- Dubois Guido (Ibens)
- Dujardyn Kurt en Valérie (De Zilvertorens)
- El Jaouhari, Fatima (Adexis Law Firm)
- Houben Geert (Aristoco)
- Jonckman Cindy (vzw Oase)
- Lenaerts David (BDO)
- Mattheus Rudy (Niko)
- Mertens Marc (Thomas More)
- Mues Stijn (AG Insurance)
- Polfliet Geert (Placidus)
- Staelraeve Sofie (Voka)
- Van Asch Kim (Solidariteit voor het Gezin)
- Van Eeckhout Stefan (Zorgbedrijf Antwerpen)
- Van Heukelom Peter (Care Property Invest)
- Van Hoezen Thomas (DKV)
- Willems Peter (Aristoco)

colofon

Auteurs

Leden van de themagroep wonen en zorg

Eindredactie

Sofie Staelraeve

Ria Binst

Vormgeving

Bart Vandaele

Comma, merkenmarketeers

Verantwoordelijke uitgever

Verantwoordelijke uitgever

Jo Libeer, i.o.v. VEVA vzw

Koningsstraat 154-158

1000 Brussel

T 02 229 81 11

F 02 229 81 00

info@healthcommunity.be

www.healthcommunity.be

De overname of het citeren van tekst uit deze brochure wordt aangemoedigd, mits bronvermelding.

Wettelijk depot: D/2014/0369/03



www.healthcommunity.be

vo
ka | Vlaams
netwerk van
ondernemingen