

FEDERALE ADVIESRAAD VOOR OUDEREN

Advies 2014/2

De Federale Adviesraad voor Ouderen, opgericht krachtens de wet van 8 maart 2007 tot oprichting van een Federale Adviesraad voor Ouderen en waarvan de leden benoemd zijn bij het koninklijk besluit van 13 november 2012 houdende benoeming van de leden van de Federale Adviesraad voor Ouderen, heeft tot taak om op eigen initiatief, op verzoek van de federale regering of op verzoek van een Wetgevende Kamer advies uit te brengen over de tot de bevoegdheid van de federale overheid behorende aangelegenheden met betrekking tot de pensioenen, de gelijkheid van kansen, de sociale integratie en de bestrijding van de kansarmoede, de toegankelijkheid tot de gezondheidszorg en de mobiliteit.

Met toepassing van artikel 3 §3,1° van voormelde wet van 8 maart 2007 brengt de Federale Adviesraad voor Ouderen volgend advies uit:

ONTWERPADVIES VAN DE FEDERALE ADVIESRAAD VOOR OUDEREN INZAKE EEN GEÏNTEGREERDE VISIE OP DE ZORG VOOR CHRONISCHE ZIEKEN IN BELGIË

SITUERING VAN HET ADVIES

De wet van 8 maart 2007 tot instelling van de Federale Adviesraad voor ouderen bepaalt in zijn art 3 § 2 dat de raad ook op eigen initiatief advies kan uitbrengen omtrent de bevoegdheid van de federale overheid behorende aangelegenheden waaronder de "toegankelijkheid van de gezondheidszorg".

De oriëntatienota voorgesteld door de interkabinetten werkgroep "Chronische Ziekten" van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid om te komen tot het sluiten van een protocolakkoord tussen de federale en de gefedereerde entiteiten voor een Nationaal Actieplan, was aanleiding voor volgend advies.

ADVIES

Vooreerst wenst de FAVO haar appreciatie uit te spreken voor de oriëntatienota "Geïntegreerde visie op de zorg voor chronische ziekten in België" opgemaakt door de interkabinetten werkgroep in functie van een nationale conferentie met de bedoeling te komen tot een nationaal actieplan.

De FAVO vindt dit bijzonder belangrijk gezien de stijgende prevalentie van chronische ziektes en multimorbiditeit. Temeer dat het gelijktijdig voorkomen van chronische ziektes bij een persoon toeneemt met het ouder worden. Vandaar onze interesse voor het document die een verbetering van de zorg moet beogen, meer bepaald voor de meest kwetsbare groepen.

Enkele bedenkingen vooraf:

- We moeten blijven waken over de betaalbaarheid van de zorg, ook voor meest kwetsbare mensen.
- We blijven pleiten voor automatisch toekennen van rechten.
- Systeem "Sociaal derde betalende" is fundamenteel voor deze groep.

- Hoewel de gemeenschappen en gewesten bij de opmaak van de nota betrokken waren, missen we de aandacht voor de zorg in RVT, ROB, WZC en de zorg voor personen met handicap in de zorg voor chronische zieken.
- Empowerment van de zieke is de rode draad in het actieplan. Maar gaat men niet te veel uit van de “mondige patiënt” die de regie van de zorg zelf in handen neemt? Het kan geenszins de bedoeling zijn dat mensen uit de boot vallen.

Advies:

1. De FAVO beklemtoont dat de nota, hoewel ze wetenschappelijk gefundeerd is, toch heel duidelijk en op verstaanbare wijze de krachtlijnen formuleert voor de ontwikkeling van de zorg voor de chronische zieken in ons land.
2. De bijzondere aandacht van de FAVO voor deze oriëntatienota is uiteraard ingegeven door de vaststelling dat met de toenemende vergrijzing van onze bevolking als gevolg van de stijging van de levensverwachting, de aanwezigheid van chronische ziekten en multimorbiditeit zich meer en meer laat voelen. Hoewel multimorbiditeit toeneemt met het ouder worden omvat deze categorie niet alleen ouderen. Voor velen betekent chronisch ziek zijn en multimorbiditeit bijkomende kwetsbaarheid, inkomensverlies, werkonbekwaamheid, extra ziekte- en zorgkosten, invaliditeit, ...
3. De FAVO geeft alle steun aan het conceptueel model dat niet langer de ziekte centraal stelt, maar wel de noden en behoeften van de persoon die geconfronteerd wordt met een of meerdere chronische ziekten. Dit model kadert trouwens binnen het noodzakelijk veranderingsproces van een aanbodgestuurde zorg naar een **vraaggestuurde zorg**. We willen evolueren van een medische benadering naar een **multidisciplinaire benadering** waarbij alle deelaspecten van “chronisch ziek zijn” van belang zijn. We willen evolueren naar een **preventieve multidisciplinaire en geplande globale aanpak van het beleid van de chronische zieken**.
4. We vinden dat de aanpak zich echter niet mag beperken tot louter zorgaspecten. De “zorginvalshoek” kan zoals eerder gezegd niet losgekoppeld worden van andere domeinen die de situatie van een chronisch zieke beïnvloeden. Vandaar de vraag van de FAVO voor een nog veel ruimere aanpak.
5. In een land waar de bevoegdheidsdomeinen en bevoegdheidsniveaus elkaar doorkruisen is een geïntegreerde en ruimere aanpak geen gemakkelijke opdracht. Het inzicht dat - met respect voor de respectieve

regionale opdrachten - **nationaal opgezette actieplannen** succesvol kunnen zijn, is een verheugende vaststelling. We hopen dan ook dat dit nationaal actieplan snel uitvoering kan krijgen en dat de verschillende actoren bij de uitvoering van het plan betrokken worden.

6. Vanuit de FAVO vinden we de equity-benadering een prioritaire opdracht. Voor de ouderen en voornamelijk voor de meest kwetsbaren onder hen is het belangrijk dat systematische verschillen in toegang tot zorg op basis van sociaaleconomische positie, woonplaats, geslacht, etnisch-culturele achtergrond, religie of andere determinanten worden weggewerkt. Vandaar dat de positie van de chronisch zieke | ouderen moet versterkt worden via informatie (betrouwbaar, begrijpbare, beschikbare), hulpmiddelen, mantelzorg...
7. Het invoeren van een **verplicht elektronisch globaal medisch dossier**, gevolgd door het uitwerken en veralgemenen van **een multidisciplinair patiëntendossier, uitgebreid tot de niet-medische zorgen, en toegankelijk voor alle betrokken partijen, met een centrale rol voor de huisarts**, lijken ons essentiële stappen te zijn bij het implementeren van een geïntegreerde benadering. Zo is, wat het multidisciplinair dossier (digitaal beschikbaar) betreft, het niet duidelijk in hoeverre de informatie ook toegankelijk is voor mantelzorgers. Tachtigplussers zitten immers veelal niet op internet maar hun kinderen-mantelzorgers moeten er dan wel toegang toe krijgen. De vraag blijft wellicht ook naar een papieren versie (bijvoorbeeld voor het personeel aan huis die niet noodzakelijk een pc bij zich hebben) en sowieso goede mondelinge communicatie.
8. Niemand zal ontkennen dat **self-management van de zorg door de patiënt**, waarbij de toegang tot kwalitatieve informatiebronnen voor de patiënt/mantelzorgers een conditio sine qua non is, moet bevorderd worden. Nochtans moet dit gebeuren met de nodige voorzichtigheid want niet voor elke patiënt of elke mantelzorgers is dit een voor de hand liggende benadering. Een goede ondersteuning, vorming van mantelzorgers kan hierin helpen. Vrijwilligers-, ouderen- en mantelzorgverenigingen alsmede de ziekenfondsen kunnen een rol spelen op vlak van informatie, sensibilisering, ondersteuning van patiënt en familie. Het inschakelen van een **professionele case-manager** moet zolang als mogelijk vermeden worden. Dit zal uiteraard afhangen van de autonomie en eigen kracht van chronisch zieke en mantelzorgers. Bij de groep afhankelijke, verzwakte ouderen is een vroege opstart van het case-management wellicht aangewezen

9. Indien professioneel casemanagement zich opdringt, gebeurt dit – in ons zorgmodel- het best door de **ziekenfondsen**. Zij zijn het best geplaatst om de **rol van zorgcoach/casemanager** te organiseren in de multidisciplinaire, patiëntgestuurde zorg:
- ▶ het ligt in het verlengde van het veranderende takenpakket van de ziekenfondsen: van uitbetalingsinstelling naar zorgcoach;
 - ▶ vermits de ziekenfondsen alle burgers bereiken en werken op basis van solidariteit en laagdrempeligheid, is dat de beste garantie op toegankelijkheid voor iedereen;
 - ▶ de ziekenfondsen hebben via hun aanvullende diensten goede linken met bepaalde zorgactoren, zoals thuisverpleging en niet-dringend ziekenvervoer. Ook kunnen zij bepaalde eigen diensten voorstellen, zoals noodoproepsystemen.

Belangrijk in de competenties van de case-manager is dat hij/zij dicht bij de zieke staat, diens vertrouwen geniet, kennis heeft van het terrein en in nauw verband samenwerkt met de betrokken huisarts.

10. Als men chronisch zieken zo lang mogelijk thuis wil laten wonen – en dat is het streefdoel van de FAVO voor alle ouderen die dit wensen – moet in de toekomst veel meer aandacht gaan naar **de rol van de mantelzorger**. Dit wordt in actie 6 wel onderlijnd maar met onvoldoende diepgang uitgewerkt.

Zonder mantelzorg is opvang in de eigen thuisomgeving quasi onmogelijk. Om te vermijden dat mantelzorgers afhaken, stoppen met werken, of zelf zorg nodig hebben, is het essentieel dat ze **ondersteund worden** bij de vele taken die ze op zich nemen.

Een zorgnetwerk is essentieel om de zorgsituatie zo comfortabel mogelijk te houden voor alle partijen. Naast het inzetten van meerdere mantelzorgers, is het hierbij vooral belangrijk dat **alle hulpvragers en hun mantelzorgers toegang krijgen tot betaalbare professionele begeleiding/ondersteuning**. Professionele zorgdiensten kunnen de mantelzorgers immers op verschillende praktische vlakken ontlasten, zodat mantelzorgers zich meer op het emotionele aspect kunnen richten. Ook moet er **geïnvesteed worden in toegankelijke begeleiding/ondersteuning in respijt**. Kortverblijf, dagopvang, vakantieformules, professionele thuisbegeleiding,... zijn enkele voorbeelden die de zorg tijdelijk kunnen overnemen en de mantelzorger kunnen ontlasten. Het onderzoek naar nieuwe initiatieven op dit vlak dient ten volle te worden ondersteund.

Voor de werkende mantelzorger, kunnen de bestaande **thematische verloven** (tijdelijk) soelaas bieden om alles gecombineerd te krijgen. Hierbij moet zeker rekening gehouden worden met de impact op de pensioen- en werkloosheidsrechten.

Tot slot is het belangrijk dat mantelzorgers (en hun zorggebruikers) **op tijd de juiste informatie krijgen** die ze nodig hebben. Het zoeken naar de juiste diensten en zaken waar ze al dan niet recht op hebben, vergt veel energie die ze beter kunnen gebruiken in de zorg.

In dit geheel kan professioneel case-management een rol spelen, maar niet noodzakelijk. In een aantal gevallen is de gebruiker en/of mantelzorger het best geplaatst om zelf manager te zijn van de eigen zorg (zie punt 8).

11. Ook de multidisciplinaire aanpak en samenwerking / management binnen het ziekenhuis zijn een meerwaarde voor chronische zieke en verbeteren zeker de kwaliteit van zorg.
12. We zien het aanstellen van een liaisonpersoon in het ziekenhuis voor de coördinatie met de eerste lijn –en in samenspraak met de patiënt en mantelzorgers - als heel belangrijk. Snelle en efficiënte informatie uitwisseling zijn fundamenteel voor naadloze overgang van ziekenhuiszorg naar thuiszorg of woonzorgcentra.
13. In actie 20 wordt terecht gewezen op de belangrijke rol van de eerstelijnszorg (huisartsen, verpleegkundigen en andere zorgverstrekkers) en van de thuiszorgdiensten. Het aantrekkelijk houden van deze zorgberoepen moet een blijvende bekommernis uitmaken. Maar daarnaast moeten de chronisch zieke/ ouderen ook binnen de ziekenhuisopvang een zo goed mogelijke begeleiding krijgen en de rol van de geriater en geriatrische verpleegkundige dient beter gevaloriseerd te worden.
14. Een geïntegreerde aanpak van het zorgbeleid voor oudere chronisch zieken veronderstelt niet alleen een samenspel tussen alle beleidsniveaus maar evenzeer een breed draagvlak met inspraak van alle stakeholders. **Zo wil de FAVO bij de minister nog eens zwaar aandringen om de Federale Ouderenadviesraad rechtstreeks te laten participeren in de werkzaamheden van het Observatorium voor Chronische Ziekten** in de schoot van het RIZIV.

Goedgekeurd in de plenaire vergadering van 29 april 2014.

Willy Peirens

Voorzitter

Luc Jansen

Ondervoorzitter