

# FEDERALE ADVIESRAAD VOOR OUDEREN

Advies 2014/4

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:

## ADVIES VAN DE FEDERALE ADVIESRAAD OUDEREN DE BELEIDSNOTA'S INZAKE DE TOEGANG TOT DE GEZONDHEIDSZORG 4 NOVEMBER 2013 Met een blik op de toekomst.

### SITUERING VAN HET ADVIES

De wet van 8 maart 2007 tot instelling van de Federale Adviesraad voor Ouderen bepaalt in zijn artikel 3§2 "*de Adviesraad bespreekt jaarlijks de beleidsverklaring van de regering met betrekking tot de materies die verband houden met de ouderen*"

Hetzelfde artikel voorziet in §3 dat verscheidene commissies worden geïnstalleerd, waaronder deze van toegankelijkheid van de gezondheidszorg.

Rekening houdend met de beperkte bevoegdheden van de commissie werden die punten bekeken die ouderen rechtstreeks of onrechtstreeks aanbelangen en verder rekening houdend met een blik op de toekomst.

Vooreerst willen we een aantal algemene bedenkingen formuleren. Verder wil de Raad ook concrete opmerkingen en suggesties geven bij de punten uit de beleidsnota's die ouderen aanbelangen. Hiermee willen we ook inspirerend zijn voor het nieuwe beleid.

### ADVIES

1. In de regeringsverklaring van eind 2011 en in artikel 42 van het ontwerp van bijzondere wet over de zesde staatshervorming wordt de oprichting van een 'Instituut' vermeld om 'overlegde antwoorden op de grote uitdagingen inzake de gezondheidszorg te waarborgen'. Het is de bedoeling dat het Instituut uitgroeit tot een platform waar de verschillende competentieniveaus elkaar ontmoeten en samenwerken op een gestructureerde manier om te streven naar een harmonieuze en efficiënte integratie van de structuren op de verschillende niveaus."

De FAVO betreurt dat hieromtrent in de beleidsnota geen concretisering terug te vinden is.

2. De FAVO verwijst voor wat de zorg voor chronisch zieken betreft naar het integrale advies 2014-2 dat uitgebracht werd naar aanleiding van de Oriëntatienota “Geïntegreerde visie op de zorg voor chronisch zieken in België” maar wenst nog eens te benadrukken dat een geïntegreerde aanpak van het zorgbeleid voor oudere chronisch zieken niet alleen een samenspel vereist tussen alle beleidsniveaus maar evenzeer een breed draagvlak met inspraak van alle stakeholders. Zo wil de FAVO bij de minister nog eens aandringen om de Federale Ouderenadviesraad rechtstreeks te laten meeparticiperen in de werkzaamheden van het Observatorium voor Chronische Ziekten in de schoot van het RIZIV.

3. Het persoonlijk aandeel van de patiënt / gebruiker is in de verzorging thuis, in een residentiële voorziening en in een ziekenhuis de afgelopen jaren blijven stijgen.

De gevolgen van de financieel-economische crisis en de vergrijzing mogen niet afgeschoven worden op de (ouder wordende) patiënt – gebruiker. Acties zoals het verhogen van het remgeld zijn ontoelaatbaar. Het toenemend persoonlijk aandeel in de ziekte-en zorguitgaven dient opnieuw gesolidariseerd te worden.

4. De onvervulde noden in de gezondheidszorg

Specifieke zorgen zoals hoorapparaten, psychologische zorg, oogzorg, bepaalde tandzorgen,...zouden specifiek voor ouderen geïntegreerd moeten worden in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

5. **Veralgemening van de automatische toekenning van de verbonden rechten en sociale tarieven.**

De FAVO vindt de veralgemening van de automatische toekenning van de verbonden rechten en sociale tarieven een topprioriteit in de stap richting sociale rechtvaardigheid. Indien er nagedacht wordt over de harmonisering van de concepten die in de verschillende sectoren worden gebruikt om de automatisering van de gegevensstromen te vergemakkelijken dan wil de FAVO hierin betrokken worden.

Sinds 1 januari 2014 is de toekenning van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming aan de gezinnen in een permanente moeilijke financiële situatie vergemakkelijkt (KB van 15 januari 2014, BS 29 januari 2014). Dat is zeker een goede zaak.

De **toekenning** dient echter nog te worden voorzien en voor gezinnen in tijdelijke financiële moeilijkheden, vermits financiële problemen ook plots kunnen opduiken.

6. Veralgemening van de “**eBox – Burger**” van de sociale zekerheid. Daar staat de FAVO achter maar stelt zich vragen in hoeverre deze “eBox” raadpleegbaar is voor de burger. De FAVO is eveneens bezorgd voor die mensen die geen toegang hebben tot internet. Daarom pleiten we om voor die mensen attesten en info ook op papier beschikbaar te stellen. Deze vraag stelt zich vanuit de digitale kloof waarbij ouderen een kwetsbare groep zijn. De basisvoorzieningen en basisinfo moeten voor elke burger toegankelijk zijn.
7. Er wordt een terechte nadruk gelegd op de belangrijkheid van de **ondersteunende rol van mantelzorgers** en ook het erkennen in hun rol. Het voorontwerp definitie mantelzorgers genoot onze bijzondere aandacht. De FAVO kreeg nog steeds geen antwoord op haar advies. Wij nemen echter nota van de tekst van het wetsontwerp van 12 maart 2014 maar betreuren echter dat betreffende de erkenning van de mantelzorger, eindigt op het moment dat de geholpen persoon permanent opgenomen wordt in een centrum voor verblijf, een dag- en nachtcentrum. Mantelzorg stopt helemaal niet bij opname in dergelijke centra.

Wij dringen aan op aandacht voor de mantelzorger zoals in ons advies 2014/2 op de oriëntatienota . “Geïntegreerde visie op de zorg voor chronische zieken in België” werd geformuleerd.

#### 8. **Transparantie, kwaliteit en toegankelijkheid van de gezondheidszorgen.**

De wetgeving inzake de geneeskundige verzorging is zo complex dat het voor patiënten onmogelijk is om de correctheid van de medische en paramedische facturen (ziekenhuisfacturen, facturen van ambulante zorg, van laboratoriumanalyses,...) na te gaan. De nieuwe bepalingen van de wet van 7 februari 2014, houdende diverse bepalingen inzake de toegankelijkheid van de gezondheidszorgen en de wet van 10 april 2014 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid waarbij in het bijzonder de ziekenhuizen verplicht worden om hun tarieven op hun website te publiceren volstaan niet om aan dit probleem tegemoet te komen.

De FAVO is dan ook voorstander van een uitbreiding van de rol van de verzekeringsinstellingen. De FAVO stelt een omkering voor van het proces zodat de medische en paramedische facturen vooraf naar de verzekeringsinstellingen worden gestuurd, met het oog op een controle van hun correctheid, vooraleer ze naar de patiënt worden gestuurd.

De FAVO wenst eveneens meer transparantie over de voorschotten die gevraagd worden bij een ziekenhuisopname.

9. **Hervorming van het recht op de verhoogde tegemoetkoming:** het is positief dat de financiële draagkracht van het gezin een element vormt om het

recht op de verhoogde tegemoetkoming toe te kennen, ongeacht de hoedanigheid van de gezinsleden.

FAVO ziet het als heel belangrijk dat ziekenfondsen in de toekomst via een geautomatiseerde gegevensstroom tussen de FOD Financiën en het RIZIV rechtstreeks de potentiële rechthebbenden zullen kennen en contacteren. Hierdoor kunnen verbonden rechten van de verhoogde tegemoetkoming gemakkelijk onderzocht worden. Dit komt financieel kwetsbare mensen zeker ten goede.

10. Voor wat de **continuïteit van de verpleegkundige zorg** betreft, wil men 'verpleegkundigen verplichten om de continuïteit van de zorg te garanderen, niet alleen voor de patiënten die al ten laste zijn genomen, maar voor allen waarvan de toestand de onder dat beroep vallende zorg verantwoordt'. Belangrijk hierbij is ons advies om meer werk te maken van het aantrekkelijk maken van het beroep van verpleegkundige, meer bepaald een specialisatie in de thuiszorg. Pas dan kan de schaarste aan verpleegkundigen opgelost worden en kan de continuïteit van zorg gegarandeerd worden.

#### **Gezondheidszorgberoepen.**

Aantrekkelijkheid van het beroep van verpleegkundige, zeker ook voor de thuiszorg, is en blijft voor de FAVO een uitdaging voor de toekomst. De zorg thuis wordt steeds complexer. Er zijn meer complexe situaties bij chronisch zieken, veelal ook verzwakte ouderen. Hun verantwoordelijkheid is bijzonder groot.

Daarom is een steeds aanpassende opleiding en permanente navorming een must.

Ook multidisciplinaire samenwerking en een goed dossier zijn essentieel.

Het budget voor verpleegkundigen voor de thuiszorg blijft behouden en men wil hiermee de rol van professionals versterken. Dit is heel belangrijk. De proefprojecten voor thuisalternatieven voor een ziekenhuisopname zijn een goede zaak maar plaatsen de thuisverpleegkundigen voor nog complexere situaties.

De FAVO is toch bezorgd dat delegeren van medische taken / toevertrouwde handelingen naar verpleegkundigen en vroedvrouwen zou kunnen leiden naar kwaliteitsvermindering, extra belasting van verpleegkundigen ten koste van empathie voor de patiënt.

Voortgezette opleidingen in diverse sectoren moeten kwaliteit van zorg hoog houden.

11. **Een strijdplan tegen multiresistente bacteriën** is meer dan nodig. Hierop moet verder worden ingezet, in het bijzonder op preventie. Vaak zijn ouderen hier ook veel vatbaarder voor. Dus extra aandacht is niet overbodig. Preventieve maatregelen mogen geenszins verwaarloosd worden door werkdruk. Een adequaat beleid dringt zich op.

12. **Ouderenzorg** Het is overduidelijk dat de kwaliteit van zorg in de woonzorgcentra moet verbeteren. Ook de levenskwaliteit kan beter.

12.1 De rol van de CRA (coördinerend en raadgevend arts) in de woonzorgcentra was in de beleidsnota niet omschreven. Het koninklijk besluit van 9 maart 2014 tot wijziging van het koninklijk besluit van 21 sept 2004 houdende de vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis, als centrum voor dagverzorging of als centrum voor NAH is hierin nu wel heel duidelijk.

Het koninklijk besluit omschrijft zowel de taak, de aanstelling, de opleidingsvoorwaarden, de prestaties, de jaarlijkse bijscholing van de coördinerend en raadgevend arts. Dit is een goede zaak en schept vooral duidelijkheid.

12.2 Het geneesmiddelenbeleid is o.i. niet afdwingbaar als men spreekt van aanmoediging. En nochtans is tarifiering per eenheid en individuele bereide medicatie heel belangrijk om verspilling en fouten te vermijden.

We vernemen dat vanaf volgend jaar het RIZIV de geneesmiddelen per pil wil aanrekenen.

12.3 Proefprojecten in thuiszorg kunnen gefinancierd worden als er gemikt wordt op multidisciplinaire aanpak.

Dit is zeer positief want er is zeker op dit vlak veel werk.

12.4 Wat de normen voor **zorgprogramma's** voor de geriatrische patiënt betreft is de nota heel vaag, in het bijzonder inzake het aantal beschikbare geriateren.

Het is positief dat het geriatrisch dagziekenhuis en de interne liaison nu structureel kunnen worden. Het dagziekenhuis kan gezien worden als een ondersteuning van de eerste lijn. Een huisarts komt dikwijls voor situaties waarbij enkele onderzoeken en een advies van een geriater aangewezen zijn. Een dagopname van de patiënt kan voldoende zijn om de huisarts te adviseren voor zijn zorg thuis (ligt vast in het zorgprogramma). Voorwaarde is natuurlijk dat de huisarts gelooft in de meerwaarde ervan. Wat de interne liaison betreft, is het zo dat alle 75-plussers opgenomen in het ziekenhuis de deskundigheid van een geriatrisch team aan bed kan krijgen. Ook al zijn er geen zichtbare problemen, preventie van mogelijke problemen is zeker bij ouderen heel belangrijk. Dit gebeurt met een eenvoudige screening en waar problemen te verwachten zijn, komt een geriatrisch team aan het bed en wordt advies verstrekt aan de behandelende arts / team. Met het herschrijven van het zorgprogramma zou het geriatrisch team advies kunnen doorzenden naar de huisarts. Dit verbetert zeker de kwaliteit en continuïteit van zorg. Hierbij dient toch een belangrijke randbemerking te worden gemaakt. Dit kan alleen gerealiseerd worden wanneer het aantal geriateren toeneemt.

12.5 De FAVO is uiteraard voorstander van een **uniform evaluatie instrument** voor de zorgafhankelijkheid (BELRAI). Dit instrument zal de communicatie tussen alle zorgverleners optimaliseren. Het is een bilan van de

patiënt die hij/zij steeds meeneemt waar hij/zij zich ook aandient. De opstart zal wellicht veel energie vergen (op weerstand stoten!) doch eens op kruissnelheid zal het een dankbaar instrument zijn. Een aantal proefprojecten tonen dit aan. De FAVO ondersteunt dit initiatief ten volle.

12.6 De FAVO pleit om de prijs die de bewoner is een woonzorgcentrum moet betalen geen belemmering mag zijn voor opname. Het is belangrijk dat de overheid de uitgaven voor zorgdiensten voor oudere afhankelijke personen ziet als een investering en een steun voor de tewerkstelling en niet louter als een kost voor het openbaar budget. Voldoende financiële ondersteuning moet zorgen dat bv. een woonzorgcentrum betaalbaar blijft voor de (toekomstige) bewoner.

12.7 Waardig ouder worden, tot het einde toe.

We stellen vast dat, de bestaande wetgevingen over 'eindigend leven' bij de bevolking onbekend zijn en hierdoor voelen patiënten en familie zich erg onzeker, ongeacht de wettelijke mogelijkheden.

De FAVO pleit ervoor dat ouderen tijdig, objectief en duidelijk geïnformeerd worden over de mogelijkheden van een waardig levenseinde. Er is dringend nood aan een ruime bewustwordingscampagne, die alle elementen van de levenseindezorg omvat: palliatieve zorgen, palliatieve sedatie, de wilsbeschikking, patiëntenrechten en euthanasie.

### 13. eHealth

De FAVO vindt het belangrijk dat veel energie wordt gestoken in richtsnoeren op vlak van informatiseren van de gezondheidszorg. Zowel voor patiënt en zorgverlener moet het echter een meerwaarde zijn: de zorgkwaliteit moet verbeteren, overbodige onderzoeken vermijden, administratie vereenvoudigen. Het is enorm belangrijk dat het persoonlijk en empathisch contact met de patiënt ook aan kwaliteit toeneemt.

### 14. Voedingsbeleid

We missen hier extra aandacht rond voeding van ouderen en de preventie van ondervoeding. Ondervoeding is bij ouderen een ernstig en frequent voorkomend probleem. Vandaar dat moet ingezet worden op preventie gericht op het voorkomen maar ook op het vroegtijdig opsporen ervan. De overheid kan / moet aanbevelingen rond ondervoeding formuleren en implementeren. Aandacht voor voeding / voedingsgebeuren bij ouderen in woonzorgcentra vergt personeel die een adequate voedingszorg garandeert. Deze voedingszorg eist een goede samenwerking tussen verschillende zorgverleners, hoteldienst, catering, vrijwilligers die heel vaak ook betrokken worden.

15. De klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen zijn als gezondheidsberoepen erkend en er is een wettelijk kader voorzien voor de uitoefening van de psychotherapie, maar nu moet de **terugbetaling van de psychotherapie** door de verplichte ziekteverzekering nog volgen. Tegenover

de meerkosten dient men rekening te houden met het feit dat deze bijkomende uitgaven kunnen leiden tot gezondheidswinst en tot minder antidepressiva.

16. De FAVO kan zich vinden in het feit dat de verzekeringsinstellingen worden versterkt in hun rol van eerstelijnsbeheerders van het systeem. De VI's moeten hiervoor dan ook de nodige middelen krijgen om de performantie te verbeteren, o.m. door opleidingen.

17. Tot slot rekent de FAVO erop dat de bevoegdheidsoverdracht uit de zesde staatshervorming naar de deelstaten gebeurt zodat de dienstverlening aan de burgers integraal gewaarborgd blijft. Dit houdt in dat voldoende middelen moeten overgedragen worden om de ouderenzorg te kunnen organiseren en de kwaliteit nog te verbeteren.

**Goedgekeurd tijdens de plenaire vergadering van 16 juni 2014.**

**Willy PEIRENS**

**Voorzitter**

**Luc JANSEN**

**Ondervoorzitter**