

IRISCARE

Herziening van de financieringsnormen
voor rusthuizen en rust- en
verzorgingstehuizen in het Brussels
Gewest

Eindverslag

Uw contactpersonen:

Frédéric DOBBELSTEIN
frederic.dobbelstein@bdo.be

Michaël VAN CUTSEM
michael.vancutsem@bdo.be

Marie Gavroy
marie.gavroy@bdo.be

Onderhavig document is het eindverslag van de herzieningsstudie van de financieringsnormen voor rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen in het Brusselse Gewest.

Concreet is dit verslag opgebouwd rond de volgende vier hoofdstukken:

- Hoofdstuk I: het begrip kwaliteit en de behoeften van de bejaarden
- Hoofdstuk II: competentiematrix
- Hoofdstuk III: vergelijking van de instellingen en mechanismen voor langdurige gezondheidszorg. Vlaanderen, Nederland, Duitsland en Frankrijk
- Hoofdstuk IV: aanbevelingen.

Deze hoofdstukken gaan vergezeld van een document in bijlage, in Excel-formaat. Deze vat alle aanbevelingen samen welke in het kader van deze studie zijn geformuleerd.

HOOFDSTUK I: HET BEGRIP KWALITEIT EN DE BEHOEFTE VAN DE BEJAARDEN

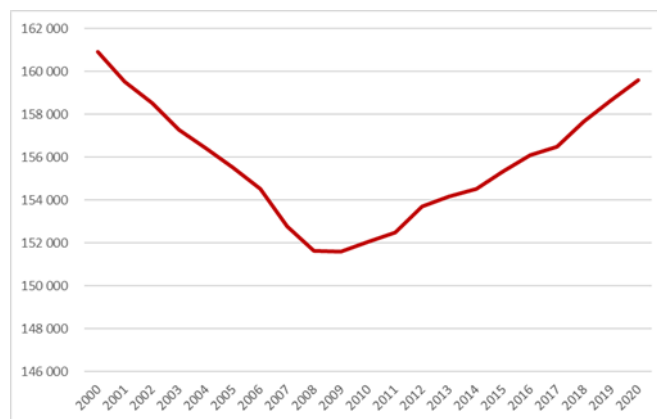
INHOUDSTAFEL

1. Inleiding	4
2. De levenskwaliteit van de bejaarden	5
3. Kwaliteit binnen de rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen	8
3.1. Definitie van kwaliteit	8
3.2. De factoren van invloed op de kwaliteit binnen de rust- en verzorgingstehuizen	8
3.2.1. De omkadering van de bewoners in de rusthuizen	9
3.2.2. De paramedische zorgen in de rusthuizen	11
3.2.3. De (leef)omgeving	12
3.2.4. De sociale contacten	14
3.2.5. De kost	14
3.3. Samenvattende tabel van de indicatoren	16
4. Geschiedenis van de financiering van de verzorging in rusthuis	18
5. Bijlagen	19
5.1. Studies naar de levenskwaliteit van de bejaarden	19

1. Inleiding

De levenskwaliteit van de bejaarden en de kwaliteit van hun verzorging zijn een voornaamste uitdaging in een tijd waarin de vergrijzing van de bevolking steeds duidelijker zichtbaar wordt en de levensverwachting blijft stijgen. Sinds 2010 stijgt het aantal bejaarde Brusselaars in absolute cijfers. Deze toename past in een sterke bevolkingsgroei in alle leeftijdsgroepen.

Afbeelding 1 : bevolking van 65 jaar en ouder (2000-2020) - Brussels Hoofdstedelijk Gewest



Bron: BISA.

In 2020 telde het Brusselse Gewest 159.593 inwoners van 65 jaar en ouder, of 4.257 meer dan in 2015. Tussen 2015 en 2020 merken we een toename van het aantal inwoners van 65 tot 69 jaar, van 70 tot 74 en van 90 jaar en ouder, terwijl in de andere leeftijdsgroepen een daling wordt waargenomen.

Afbeelding 2 : Bevolking van het Brusselse Gewest van 65 jaar en ouder

	1992	1995	2000	2005	2010	2015	2020
65-69	50 631	46 272	42 109	38 208	37222	43206	44956
70-74	38 367	46 478	39 907	36 867	33871	32790	37624
75-79	32 438	25 476	37 824	33 216	31090	28792	27829
80-84	25 369	25 784	18 347	28 154	25282	24092	22570
85-89	11 862	14 260	15 261	11 065	17662	16423	15992
90+	5 850	6 566	7 460	8 001	6952	10033	10622
Total	166 428	164 836	160 908	155 511	152 079	155 336	159 593

Bron: Statbel¹.

Hoe ouder de persoon, hoe hoger het risico op institutionalisering. In deze context hebben residentiële instellingen voor bejaarden de afgelopen jaren belangrijke ontwikkelingen ondergaan². Inderdaad, "hun functie beperkt zich niet tot huisvesting, maar betreft in toenemende mate de zorg voor mensen met complexe medische aandoeningen en die

¹ Statbel. Structuur van de bevolking. <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/structure-de-la-population#panel-14>

² Piron Cécile, Fagnoul Josiane et al. (2020). Les normes et la qualité des soins en MRS : propositions d'indicateurs de suivi et recommandations, UNION GENERALE DES INFIRMIER(E)S DE BELGIQUE vzw., p.7.

verpleegkundige zorg en logistieke bijstand behoeven³. Langdurige verzorging staat voor twee grote uitdagingen⁴ :

- betaalbare en adequate toegang tot deze diensten bieden voor iedereen die ze nodig heeft;
- leveren van kwalitatief hoogstaande langdurige verzorging;
- zorgen voor geschikte arbeidskrachten;
- de financiering van deze zorgen verzekeren in een context waarin de vraag ernaar voortdurend toeneemt.

Hoewel het begrip kwaliteit centraal staat in de huidige uitdagingen op Europees niveau, is het moeilijk om het eens te worden over de betekenis van de 'kwaliteit van de verzorging'.

Focussen op het begrip levenskwaliteit en ouderenzorg komt steeds vaker voor in de literatuur. Studies op dit gebied tonen aan dat⁵ :

- de bewoners, klanten van een zorginstelling, kwaliteitsvolle verzorging verlangen;
- niet-kwaliteit een kostenpost is voor de volksgezondheid;
- er een verband is tussen de kwaliteit van de zorg in het RH/RVT en de levenskwaliteit van de verzorgde persoon.

2. De levenskwaliteit van de bejaarden

Verschillende studies⁶ buigen zich op de levenskwaliteit bij bejaarden, en dit voornamelijk om twee redenen:

- preventie: « *een slechte levenskwaliteit lijkt op de lange termijn gepaard te gaan met meer afhankelijkheid, psychosociale en medische problemen en een verhoogd risico op sterfte. De identificatie van de risico- en beschermingsfactoren op het gebied van levenskwaliteit en de gevolgen ervan op lange termijn kan bijdragen tot de implementering van aanbevelingen ter bevordering van een goede levenskwaliteit bij het ouder worden* »⁷ ;
- de implementering van aangepaste medische en psychosociale interventies: "*het is noodzakelijk om de voordelen van een interventie te evalueren om zich te verzekeren van de doeltreffendheid en de baten/risicobalans ervan, om te vermijden dat onnodige of zelfs schadelijke zorgen voor bejaarden worden opgezet*"⁸.

Een studie door verschillende onderzoekers, gebaseerd op een literatuuroverzicht over de afgelopen 25 jaar, identificeerde negen terugkerende gebieden die door de bejaarden worden genoemd als zijnde sterk verbonden met hun levenskwaliteit⁹. Deze zijn: waargenomen gezondheid, autonomie, activiteiten, sociale relaties, aanpassing, emotionele steun,

³ Piron Cécile, Fagnoul Josiane et al. (2020). Les normes et la qualité des soins en MRS : propositions d'indicateurs de suivi et recommandations, UNION GENERALE DES INFIRMIER(E)S DE BELGIQUE vzw., p.7.

⁴ Social Protection Committee, European Commission. (2021). Long-term care report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society, Vol.1.

⁵ Piron Cécile, Fagnoul Josiane et al. (2020). Les normes et la qualité des soins en MRS : propositions d'indicateurs de suivi et recommandations, UNION GENERALE DES INFIRMIER(E)S DE BELGIQUE vzw., p.8.

⁶ Deze voornaamste studies worden in bijlage opgenomen.

⁷ Roxane Villeneuve.(2019). Qualité de vie des personnes âgées : étude de la transition entre domicile et institution. Psychologie. Université de Bordeaux. Français, pp.27-28.

⁸ Roxane Villeneuve.(2019). Qualité de vie des personnes âgées : étude de la transition entre domicile et institution. Psychologie. Université de Bordeaux. Français, p.28.

⁹ Roxane Villeneuve.(2019). Qualité de vie des personnes âgées : étude de la transition entre domicile et institution. Psychologie. Université de Bordeaux. Français, p.28.

spiritualiteit, directe omgeving en ten slotte financiële zekerheid. De onderstaande tabel geeft een overzicht van deze verschillende gebieden en de beschrijving ervan.

Afbeelding 3: de kwaliteitsgebieden van bejaarden, in Van Leeuwen et al., 2019¹⁰

Gebieden en subthema's	Omschrijving
Waargenomen gezondheid	Je gezond voelen en niet beperkt door je lichamelijke condities
Lichamelijke conditie	- Geen last hebben van lichamelijke, geestelijke of cognitieve stoornissen/symptomen
Referentiepunt	- Je gezond voelen tegenover je eerdere gezondheidstoestand of die van andere mensen
Gezondheid als geschiktheid	- Niet beperkt zijn door je gezondheidstoestand
Autonomie	In staat zijn om voor jezelf te zorgen, waardigheid te behouden en je geen last voelen
Zelfstandigheid	- In staat zijn om voor jezelf te zorgen en te doen wat je wilt
Beheersing	- In staat zijn om je eigen keuzes te maken
Last	- Je niet als een last voor anderen voelen
Waardigheid	- In staat zijn om je waardigheid te behouden door te focussen op de dingen die je kunt doen
Rol en activiteit	Tijd besteden aan het doen van activiteiten die een gevoel van waarde, vreugde en betrokkenheid brengen
Controle over de tijd	- Vrij zijn om je tijd in te delen
Bezig blijven	- iets hebben om bezig te blijven en te voorkomen dat je je verveelt
Valoriserende activiteiten	- Activiteiten doen die vreugde of betekenis aan je leven geven
Geconnecteerd blijven	- Mentaal actief blijven, up-to-date en in contact met de wereld om je heen
Anderen helpen	- Je in staat voelen om bij te dragen aan de samenleving en een verschil te maken
Prestaties	- Je trots voelen over je prestaties uit het verleden en van heden
Eigenwaarde	- Je gewaardeerd voelen en lekker in je vel
Relaties	
Nauwe relatie	- Bevoorrechte relaties hebben (en onderhouden)
Familie	- De relatie met je partner en/of (klein)kinderen waarderen
Ondersteuning ervaren	- Ervaren dat mensen in je geïnteresseerd zijn en om je geven.
Liefde en genegenheid	- Een gevoel van verbondenheid en intimiteit ervaren, geliefd en gewaardeerd worden
Wederkerigheid	- De mogelijkheid hebben om anderen te helpen en te ondersteunen
Geschiktheid en aanpassing	Naar de zonnige kant van het leven kijken
Positieve houding	- Positief zijn en het beste uit je leven halen
Aanvaarding	- In staat zijn om te accepteren wat je niet kunt beïnvloeden
Veranderende normen/verwachtingen	- In staat zijn om je situatie te relativieren (cognitief de effecten van achteruitgang minimaliseren door

¹⁰ Karen M. van Leeuwen, Miriam S. van Loon and al. (2019). What does quality of life mean to older adults? A thematic synthesis. PLoS ONE 14(3): e0213263, p.22.

	de normen te verlagen en jezelf positief te vergelijken met anderen)
Gedragsverandering	- In staat zijn om je gewoontes te veranderen, dingen anders te doen of met de hulp van anderen
Emotioneel comfort	In vrede wezen
Rustig vs. bezorgd/angstig	- Gemoedsrust hebben (je niet bezorgd of angstig voelen)
Gelukkig vs. verdrietig/depressief	- Gelukkig zijn (niet verdrietig of depressief)
Eenzaamheid	- Je niet eenzaam of geïsoleerd voelen
Herinneringen	- Je niet gehinderd voelen door ervaringen uit het verleden
Spiritualiteit	Gevoel van gehechtheid en geloofsbeleving en persoonlijke vervulling vanuit overtuigingen, rituelen en innerlijke gedachtegang
Religieus zijn	- Religieuze overtuigingen hebben, geloof in God
Spiritueel zijn	- Op zoek zijn naar zingeving, persoonlijke ontwikkeling en bewustwording
Religieuze activiteiten	- Betrokken zijn bij religieuze activiteiten of een religieuze gemeenschap
Huis en buurt	Je veilig thuis voelen en wonen in een fijne en toegankelijke buurt.
Betekenis van het woord "huis"	- Over een woning beschikken welke privacy en comfort biedt
Thuis wonen	- Zo lang mogelijk in je eigen huis wonen
Veiligheid	- Je veilig voelen thuis en in de buurt
Buurt	- Wonen in een aangename buurt met vriendelijke buren
Toegankelijkheid	- Toegang krijgen tot belangrijke zones van de buurt en je er mogen verplaatsen.
Financiële zekerheid	Je niet beperkt voelen door je financiële situatie
Genoeg geld	- Genoeg geld hebben om in je basisbehoeften te voorzien
Financiële vrijheid	- Beschikken over de financiële vrijheid om van het leven te genieten
Materiële middelen en omstandigheden	- Beschikken over materiële middelen om je comfortabel en onafhankelijk te voelen

Laten we toch opmerken dat het begrip kwaliteit intrinsiek verbonden is met subjectieve waarden en dat het complex blijft om kwaliteit te beoordelen¹¹.

¹¹ Piron Cécile, Fagnoul Josiane et al. (2020). Les normes et la qualité des soins en MRS : propositions d'indicateurs de suivi et recommandations, UNION GENERALE DES INFIRMIER(E)S DE BELGIQUE vzw., p.8.

3. Kwaliteit binnen de rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen

3.1. Definitie van kwaliteit

Laten we eerst eens kijken naar het begrip kwaliteit. Kwaliteit kan worden gedefinieerd als "de graad of standaard van uitmuntendheid". Zoals gespecificeerd in de publicatie ontwikkeld in het kader van het WeDo-project¹², « de kwaliteitsverbetering van de langdurige zorg zou een continu proces moeten zijn¹³ om de resultaten van een dienst of een activiteit te verbeteren. Dit kan op verschillende manieren (vb. opleidingen voor formele en informele zorgverleners, ondersteuning van de fundamentele rechten van de gebruikers, het promoten van een leeftijdsvriendelijke omgeving). Daarbij moet ook aandacht worden besteed aan de toegang tot diensten, het definiëren van kwaliteitsnormen en de beoordeling van resultaten aan de hand van specifieke indicatoren¹⁴.

Er bestaan andere definities¹⁵: "de gewenste kwaliteit van de patiënt", "de verslechtering van de gezondheidstoestand verbeteren of beperken", "mensen helpen een zo autonoom en zelfstandig mogelijk leven te leiden", enz. Geen enkele lidstaat van de Europese Unie heeft echter een officiële nationale definitie van de kwaliteit van langdurige verzorging¹⁶.

3.2. De factoren van invloed op de kwaliteit binnen de rust- en verzorgingstehuizen

Verschillende studies buigen zich op de indicatoren van de kwaliteit van de verzorging. Deze indicatoren, nuttig om de kwaliteit van de verzorging te verbeteren en op te volgen, zijn talrijk en gevarieerd. Gezien de veelzijdige aard van het begrip kwaliteit is het niet eenvoudig om relevante en adequate indicatoren te vinden¹⁷. Een diepgaande analyse van de literatuur gewijd aan de kwaliteit van de ouderenzorg in rusthuizen, laat ons toe om op dit stadium vijf factoren te identificeren die van invloed zijn op de kwaliteit: de omkadering, de paramedische zorgen, de (leef)omgeving, de sociale contacten en, ten slotte, de kost.

Deze factoren werden geïnspireerd door de "Observable Indicators of Nursing Home Care Quality" (OIQ) tool ontwikkeld door Rantz et al. in de vroege jaren 2000.¹⁸ De tool beoordeelt de zeven dimensies van kwaliteit:

OIQ-tool	→ Factoren die de kwaliteit beïnvloeden
Het personeel	De omkadering
De zorgen	De paramedische zorgen
De betrokkenheid van de familie	De sociale contacten
De communicatie	De sociale contacten
Het milieu	De (leef)omgeving

¹² Europees partnerschap voor het welzijn en de waardigheid van ouderen.

¹³ In dit perspectief van continu proces, heeft Frankrijk een strategisch instrument ontwikkeld om de doelstellingen en middelen van de residentiële instellingen voor ouderen te bepalen: het Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyen (meerjarendoelstellingen- en middelencontract).

¹⁴ WeDo. Europees Kwaliteitskader voor Langdurige Zorg. Uitgangspunten en richtlijnen voor welzijn en respect voor ouderen met een zorg- of hulpbehoefte, p.6.

¹⁵ Social Protection Committee, European Commission. (2021). Long-term care report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society, Vol.1.

¹⁶ Social Protection Committee, European Commission. (2021). Long-term care report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society, Vol.1.

¹⁷ Social Protection Committee, European Commission. (2021). Long-term care report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society, Vol.1.

¹⁸ Piron Cécile, Fagnoul Josiane et al. (2020). Les normes et la qualité des soins en MRS : propositions d'indicateurs de suivi et recommandations, UNION GENERALE DES INFIRMIER(E)S DE BELGIQUE vzw., p.49.

Het huis/de instelling	De (leef)omgeving
De kosten	De kosten

Er moet ook worden opgemerkt dat er veel hulpmiddelen bestaan om de kwaliteit te analyseren en te meten. Voorbeelden hiervan zijn¹⁹ : RAI-MDS (Resident assessment instrument - Minimum Data Set), OSCAR (Online Survey Certification and Reporting), PSRACS (Public Sector Residential Aged Care Services Resources), PAQS (Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des Patients) of ook, CQI (Consumer Quality Index). Elk van deze hulpmiddelen biedt indicatoren voor het meten van de kwaliteit van de zorg aan patiënten.

Hieronder ontleden we de vijf hierboven besproken factoren, waarbij we voor elke factor het effect ervan op de kwaliteit en het verband ervan met de behoeften van de bewoners specificeren. Indicatoren die het toelaten elk van deze factoren te meten worden ook voorgesteld.

Aandachtspunten over de kwaliteitsindicatoren:

Zoals benadrukt in het EU-rapport « EU Long-term care », bevatten de kwaliteitsindicatoren belemmeringen welke moeten worden overwonnen²⁰ :

- de beschikbaarheid en kwaliteit van de verzamelde gegevens;
- de onbeschikbaarheid van een gemeenschappelijke indicator voor het systeem van langdurige verzorging op EU-niveau;
- de indicatoren die worden gebruikt om de kwaliteit van de zorg te bewaken, zijn over het algemeen niet specifiek voor langdurige verzorging;
- de kwaliteit van de langdurige verzorging wordt beïnvloed door een aantal factoren, waaronder financiering, arbeidskrachten, organisatie of ook nog technologie.

3.2.1. De omkadering van de bewoners in de rusthuizen

Verschillende studies wijzen op een positieve relatie tussen de kwaliteit van de ouderenzorg en de kwalificatie van het omkaderingsteam²¹. De omkadering in rusthuizen is immers een essentieel element om tegemoet te komen aan de behoeften van bejaarden en hen kwaliteitszorg te bieden.

Brusselse context: tegenwoordig stellen de meeste Brusselse rusthuizen een onvoldoende omkadering vast, samen met een gebrek aan arbeidskrachten. De omkaderingsnormen, die sinds 1994 niet zijn veranderd, worden vaak aan de kaak gesteld omdat ze liggen onder het aantal professionele arbeidskrachten dat effectief nodig is om hoogwaardige begeleiding aan de bejaarden te bieden. Dit is de reden waarom ze zeer regelmatig worden overschreden. Dit structurele gebrek aan personeel heeft een impact op de kwaliteit, daar de teams niet over de nodige tijd beschikken om de omkadering en nodige aandacht te bieden aan de bewoners. Deze situatie is des te problematischer omdat de vergrijzing van de bevolking en de evolutie van de

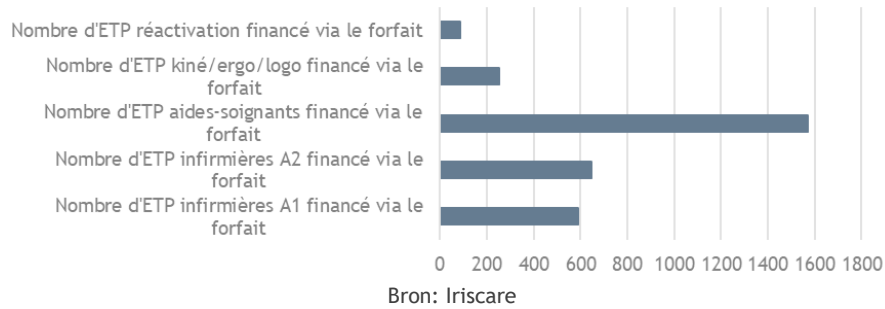
¹⁹ Piron Cécile, Fagnoul Josiane et al. (2020). Les normes et la qualité des soins en MRS : propositions d'indicateurs de suivi et recommandations, UNION GENERALE DES INFIRMIER(E)S DE BELGIQUE vzw., p.48.

²⁰ Social Protection Committee, European Commission. (2021). Long-term care report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society, Vol.1.

²¹ Piron Cécile, Fagnoul Josiane et al. (2020). Les normes et la qualité des soins en MRS : propositions d'indicateurs de suivi et recommandations, UNION GENERALE DES INFIRMIER(E)S DE BELGIQUE vzw., p34.

afhankelijkheid leiden tot een toename van de vraag naar omkadering²². Tot op heden stellen we ongeveer 11.350 bedden vast in Brussel. Voor alle gefinancierde bedden merken we dat 3.145 fte's worden gefinancierd door het forfait:

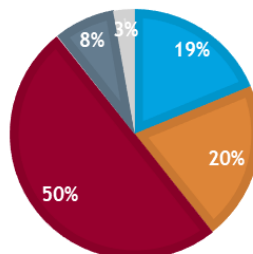
Afbeelding 4: aantal fte's gefinancierd door het forfait



Op basis van deze informatie kunnen we concluderen dat er een gemiddeld omkaderingspercentage is van 0,277 fte per bed. Deze omkadering wordt gefinancierd en verdeeld over de volgende profielen:

Afbeelding 5 : verdeling van het personeel

- Nombre d'ETP infirmières A1 financé via le forfait
- Nombre d'ETP infirmières A2 financé via le forfait
- Nombre d'ETP aides-soignants financé via le forfait
- Nombre d'ETP kiné/ergo/logo financé via le forfait
- Nombre d'ETP réactivation financé via le forfait

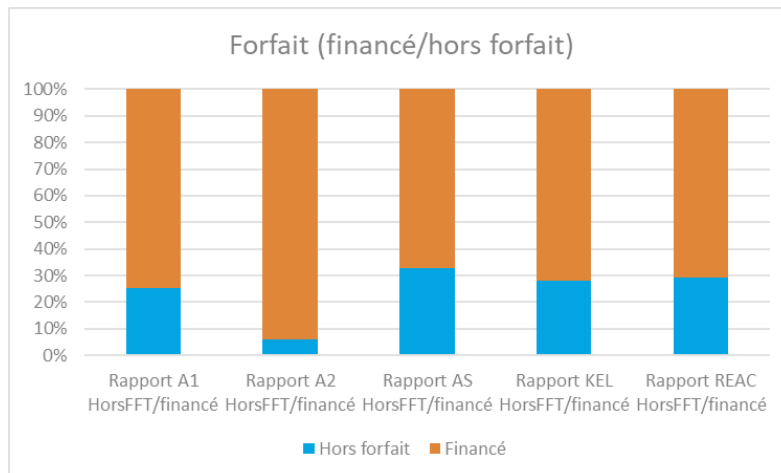


Bron: Iriscare.

Met deze grafiek kunnen we vaststellen dat 39% van het personeel verpleegkundigen zijn.

Daarentegen, als we de fte's in aanmerking nemen die door de verschillende structuren voor het luik "forfait" zijn aangegeven, stellen we vast dat 4.287 fte's worden aangegeven :

²² ING. (2018). Maisons de repos : tendances et indicateurs, p.53.



Het is belangrijk op te merken dat meer dan 30% van het "zorgkundige" personeel buiten forfait zit. Het volume buiten forfait uitgedrukt in fte's bedraagt 1.141 fte's. M.a.w. wordt 26% van het totale personeel beschouwd als zijnde buiten forfait.

De kwaliteit van de omkadering kan worden gemeten aan de hand van verschillende indicatoren, we duiden hier de belangrijkste aan :

- het aantal personeelsleden per bewoner;
- de kwalificatie en opleiding van het personeel;
- de samenstelling van het omkaderingsteam (qua profielen);
- de tijd gewijd aan elke bewoner;
- de stabiliteit en het ziekteverzuim van het personeel.

Ook de werkcultuur, het welzijn van de omkaderingsteams is essentieel voor het verbeteren van de kwaliteit van de verzorging in de rusthuizen.

Le lien avec les besoins des personnes âgées :

<input checked="" type="checkbox"/> Santé perçue	<input checked="" type="checkbox"/> Confort émotionnel
<input checked="" type="checkbox"/> Autonomie	<input type="checkbox"/> Spiritualité
<input type="checkbox"/> Rôle et activité	<input type="checkbox"/> Maison et quartier
<input checked="" type="checkbox"/> Relations	<input type="checkbox"/> Sécurité financière
<input type="checkbox"/> Aptitude et adaptation	

3.2.2. De paramedische zorgen in de rusthuizen

Het meten van de kwaliteit van de zorgen is niet eenvoudig gelet op het multidimensionale aspect ervan en het begrip 'subjectiviteit'²³. Uit de literatuur blijkt een diversiteit aan kwaliteitsindicatoren.

Brusselse context: de algemene vergrijzing van de Brusselse bevolking zal een impact hebben op de vraag naar verzorging en er zullen de komende jaren meer bejaarden zijn die langdurige

²³ Piron Cécile, Fagnoul Josiane et al. (2020). Synthèse. Les normes et la qualité des soins en MRS : propositions d'indicateurs de suivi et recommandations, UNION GENERALE DES INFIRMIER(E)S DE BELGIQUE vzw., p.7.

verzorging zullen behoeven. In deze context moeten de rusthuizen in staat zijn om zichzelf te evalueren, om de kwaliteit van de geleverde zorg te evalueren met het oog op de verbetering van bejaardenverzorging²⁴.

We nemen hier de vier dimensies op die de federale overheidsdienst aankaart in haar analyses van de prestaties van het Belgische gezondheidssysteem en meer bepaald van de ouderenzorg:

- de toegankelijkheid van langdurige zorg: percentage ouderen die langdurige zorg krijgen, in een woonzorgcentrum, het aantal bedden voor langdurige zorg en het optimale gebruik van deze bedden, mensen met een lage afhankelijkheid en verblijvend in instellingen.
- de toegankelijkheid van acute zorg;
- de veiligheid van de zorg: de evolutie van het aantal valpartijen, doorligwonden en infecties met resistente stafylokokken in woonzorgcentra.
- de gepastheid van de zorg: aan de hand van het aantal personen dat antipsychotica wordt voorgeschreven in woonzorgcentra.

Andere indicatoren zijn ook interessant om in aanmerking te nemen bij het analyseren van de kwaliteit van de verzorging, namelijk :

- het aantal personeelsleden per bewoner;
- de kwalificatie en opleiding van het zorgpersoneel;
- de samenstelling van het zorgteam (qua profielen);
- de tijd gewijd aan elke bewoner;
- de stabiliteit en het ziekteverzuim van het personeel;
- de geriatrische bekwaamheid van het personeel;
- de deelname van de bewoners in de medische beslissingen;
- de samenwerkingen/coördinatie tussen de gezondheidswerkers;
- de continuïteit van de zorg;
- de organisatie van de zorg.

Le lien avec les besoins des personnes âgées :

<input checked="" type="checkbox"/> Santé perçue	<input type="checkbox"/> Confort émotionnel
<input checked="" type="checkbox"/> Autonomie	<input type="checkbox"/> Spiritualité
<input type="checkbox"/> Rôle et activité	<input type="checkbox"/> Maison et quartier
<input type="checkbox"/> Relations	<input type="checkbox"/> Sécurité financière
<input checked="" type="checkbox"/> Aptitude et adaptation	

3.2.3. De (leef)omgeving

De architectuur van het rusthuis, het kader en de gevestigde leefomgeving dragen bij aan het waarborgen van een kwaliteitsvol leven voor de bewoners.

Brusselse context: naast functionele en organisatorische normen zijn de Brusselse rusthuizen onderworpen aan verschillende architecturale normen (oppervlakte, uitrusting, enz.) en

²⁴ Piron Cécile, Fagnoul Josiane et al. (2020). Synthèse. Les normes et la qualité des soins en MRS : propositions d'indicateurs de suivi et recommandations, UNION GENERALE DES INFIRMIER(E)S DE BELGIQUE vzw., p.7.

veiligheidsnormen (brand). De specifieke brandveiligheidsnormen waaraan de instellingen voor bejaarden moeten voldoen, vereisen investeringen die een impact hebben op de kost, en worden doorberekend in de lasten van de bejaarde.

Er moet ook rekening worden gehouden met de Brusselse vastgoedcontext, met de demografische groei, de toenemende behoeftes in de stad en een beperkt grondgebied, waardoor de beschikbare percelen steeds zeldzamer worden²⁵. De daaruit voortvloeiende stijging van de prijs van vastgoed en onroerend goederen zorgt voor een stijging van de prijzen van nieuwbouw in Brussel²⁶. Deze stijging is direct terug te zien in de dagprijs, die in Brussel stijgt²⁷. Wat de omgeving betreft, moet ook worden opgemerkt dat de Brusselse vastgoedcontext een factor is waarmee rekening moet worden gehouden.

De kwaliteit van de leefomgeving kan worden gemeten aan de hand van verschillende indicatoren, we creëren hier drie categorieën indicatoren: die met betrekking tot de infrastructuur, die met betrekking tot de maaltijden en ten slotte indicatoren met betrekking tot de leefomgeving.

Infrastructuren:

- grootte van de kamer;
- uitrustingen van de kamer;
- individuele doucheruimte;
- groene ruimten;
- infrastructuur (verwarming, ventilatie, licht, geluidsisolatie);
- toegankelijkheid van de ruimtes;
- Netheid van de ruimtes

Maaltijden :

- verscheidenheid van het voedsel;
- deelname van de bewoners aan het opstellen van de menu's;
- opleiding van het keukenpersoneel;
- uren en organisatie van de maaltijden.

Leefomgeving:

- aangeboden activiteiten / animatie;
- opening op de buurt;
- aangeboden diensten ;
- onthaal van de bewoner en zijn familieleden;
- tevredenheid van de bewoner.

Een essentieel element om rekening mee te houden blijft de tevredenheid van de bewoner.

²⁵ Perspective.brussels. Vastgoedynamiek.

²⁶ BX1. (2019). La maison de repos, bientôt un produit de luxe. <https://bx1.be/categories/news/les-dossiers-de-la-redaction-la-maison-de-repos-bientot-un-produit-de-luxe/>.

²⁷ BX1. (2019). La maison de repos, bientôt un produit de luxe. <https://bx1.be/categories/news/les-dossiers-de-la-redaction-la-maison-de-repos-bientot-un-produit-de-luxe/>.

Le lien avec les besoins des personnes âgées :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Santé perçue | <input type="checkbox"/> Confort émotionnel |
| <input checked="" type="checkbox"/> Autonomie | <input type="checkbox"/> Spiritualité |
| <input checked="" type="checkbox"/> Rôle et activité | <input checked="" type="checkbox"/> Maison et quartier |
| <input type="checkbox"/> Relations | <input type="checkbox"/> Sécurité financière |
| <input type="checkbox"/> Aptitude et adaptation | |

3.2.4. De sociale contacten

Het versterken van het relationele aspect in de dienstverlening van de rusthuizen is een prioriteit.

Brusselse context: de bejaarden die in het rusthuis aankomen, worden ouder en hebben verschillende problemen op het vlak van gehoor, zicht of mobiliteit. In deze context is het niet eenvoudig om de communicatie met de bewoners en het begeleidingspersoneel te vergemakkelijken. Om deze communicatie en sociale relaties aan te moedigen, is het essentieel om te kunnen rekenen op personeel dat de nodige tijd heeft om een aanpak te ontwikkelen waarbij het luisteren naar de bejaarde centraal staat.

Sociale contacten mogen zich niet beperken tot de instelling zelf, maar moeten ook open staan naar de buitenwereld.

De kwaliteit van sociale contacten is complexer om te meten omdat deze afhankelijk is van meerdere factoren. Aan de andere kant kunnen we ons hier concentreren op indicatoren welke kwaliteitsvolle relaties bevorderen:

- het ter beschikking stellen van ruimtes voor de gezinnen;
- modaliteiten van de bezoeken;
- externe activiteiten (opening naar buiten);
- de tijd gewijd aan het luisteren naar de bewoner;
- de duidelijkheid en de toegankelijkheid van de ontvangen informatie.

Le lien avec les besoins des personnes âgées :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Santé perçue | <input checked="" type="checkbox"/> Confort émotionnel |
| <input type="checkbox"/> Autonomie | <input checked="" type="checkbox"/> Spiritualité |
| <input checked="" type="checkbox"/> Rôle et activité | <input type="checkbox"/> Maison et quartier |
| <input checked="" type="checkbox"/> Relations | <input type="checkbox"/> Sécurité financière |
| <input type="checkbox"/> Aptitude et adaptation | |

3.2.5. De kost

Een studie uitgevoerd door Di Giorgio analyseert en evalueert de relatie tussen kost en kwaliteit. Hij wijst erop dat hoewel een relatie tussen kost en kwaliteit over het algemeen

verwacht wordt, deze vaak complex is²⁸. Inderdaad, "hogere kwaliteitsniveaus kunnen worden bereikt door structurele en procedurele verbeteringen, zoals het verkrijgen van duurdere apparatuur of het in dienst nemen van extra personeel. Aan de andere kant kan het verbeteren van de procedures leiden tot hogere kosten, en het toepassen van maatregelen om nadelige effecten te voorkomen kan de kosten verlagen."²⁹. Dit is de reden waarom Di Giorgio erop wijst dat het riskant is om het kostenaspect te koppelen aan unieke kwaliteitsindicatoren.

Brusselse context: in Brussel wordt een groeiende en aanzienlijke stijging van de huisvestingskosten in de rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen waargenomen. Deze stijging wordt o.a. verklaard door de toenemende professionalisering binnen de sector en de eisen van de geldende normen. Als gevolg hiervan zijn in Brussel alle beschikbare rusthuizen financieel niet toegankelijk voor een aanzienlijk deel van de bevolking (gemiddeld besteedbaar inkomen geschat op € 1.353/maand, gemiddelde kost van een rusthuis geschat op € 1.562/maand³⁰). Er moet ook worden opgemerkt dat deze trend de komende jaren lijkt toe te nemen gelet op een toekomstige populatie van sociaaleconomisch minder bevoordeelde bejaarden.

De bejaarden willen vooral betaalbare huisvesting en diensten. Hieronder identificeren we enkele indicatoren verband houdend met de kost:

- de kost van de huisvesting³¹. Deze kosten kunnen worden onderverdeeld in: hotelbenodigdheden, onderhoud, wasserij, afschrijving, serviceagenten voor het wassen/schoonmaken/dragen van maaltijden en, ten slotte, het zorgpersoneel binnen de instellingen;
- de bijkomende kosten;
- de omkaderingsnormen;

Le lien avec les besoins des personnes âgées :

<input type="checkbox"/> Santé perçue	<input type="checkbox"/> Confort émotionnel
<input checked="" type="checkbox"/> Autonomie	<input type="checkbox"/> Spiritualité
<input type="checkbox"/> Rôle et activité	<input type="checkbox"/> Maison et quartier
<input type="checkbox"/> Relations	<input checked="" type="checkbox"/> Sécurité financière
<input type="checkbox"/> Aptitude et adaptation	

²⁸ Piron Cécile, Fagnoul Josiane et al. (2020). Les normes et la qualité des soins en MRS : propositions d'indicateurs de suivi et recommandations, UNION GENERALE DES INFIRMIER(E)S DE BELGIQUE vzw., p.60.

²⁹ Piron Cécile, Fagnoul Josiane et al. (2020). Les normes et la qualité des soins en MRS : propositions d'indicateurs de suivi et recommandations, UNION GENERALE DES INFIRMIER(E)S DE BELGIQUE vzw., p.60.

³⁰ Solidaris studie.

³¹ Voor deze indicator is het interessant om te onderscheiden: de kost voor de bejaarde, de kost voor het Brusselse Gewest en de kost voor de federale overheid.

3.3. Samenvattende tabel van de indicatoren

Omkadering van de bewoners	Paramedische zorgen	Leefomgeving	Sociale contacten
<ul style="list-style-type: none"> • het aantal personeelsleden per bewoner; • de kwalificatie en opleiding van het personeel; • de samenstelling van het omkaderingsteam (qua profielen); • de tijd gewijd aan elke bewoner; • de stabiliteit en het ziekteverzuim van het personeel. 	<ul style="list-style-type: none"> • de toegankelijkheid van langdurige zorg; • de toegankelijkheid van acute zorg; • de veiligheid van de zorg; • de gepastheid van de zorg; • het aantal personeelsleden per bewoner; • de kwalificatie en opleiding van het zorgpersoneel; • de samenstelling van het zorgteam (qua profielen); • de tijd gewijd aan elke bewoner; • de stabiliteit en het ziekteverzuim van het personeel; • de geriatrische bekwaamheid van het personeel; • de deelname van de bewoners in de medische beslissingen; • de samenwerkingen/ coördinatie tussen de gezondheidswerkers; 	<p>Infrastructuren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • grootte van de kamer; • uitrustingen van de kamer; • individuele doucheruimte; • groene ruimten; • infrastructuur; • toegankelijkheid van de ruimtes; • Netheid van de ruimtes <p>Maaltijden :</p> <ul style="list-style-type: none"> • verscheidenheid van het voedsel; • deelname van de bewoners aan het opstellen van de menu's; • opleiding van het keukenpersoneel; • uren en organisatie van de maaltijden. <p>Leefomgeving:</p> <ul style="list-style-type: none"> • aangeboden activiteiten / animatie; • opening op de buurt; • aangeboden diensten ; • onthaal van de bewoner en zijn familieleden ; 	<ul style="list-style-type: none"> • het ter beschikking stellen van ruimtes voor de gezinnen; • modaliteiten van de bezoeken; • externe activiteiten (opening naar buiten); • de tijd gewijd aan het luisteren naar de bewoner; • de duidelijkheid en de toegankelijkheid van de ontvangen informatie.

	<ul style="list-style-type: none">• de continuïteit van de zorg;• de organisatie van de zorg.	Tevredenheid van de bewoner	
--	--	-----------------------------	--

4. Geschiedenis van de financiering van de verzorging in rusthuis

De Katz-schaal dateert uit de jaren 70 en is een van de oudste afhankelijkheidsschalen. De evaluatie ervan is eenvoudig en gebaseerd op 6 criteria met 4 niveaus van afhankelijkheid voor elk. Ze beschrijft de activiteiten van het dagelijks leven: toiletteren, aankleden, verplaatsen, eten, naar het toilet gaan, beheersing van de sluitspieren.

Deze schaal is identiek voor de sector van de rusthuizen en van de rust- en verzorgingstehuizen, terwijl de financiering ervan verschillend is. In Brussel ontvangt een categorie B-bed in een rusthuis bijvoorbeeld niet dezelfde financiering als in een rust- en verzorgingstehuis, terwijl de verzorging (behoefte van de persoon) precies identiek is.

Ondanks het behoud van dit mechanisme in België³², wordt waargenomen dat er sinds de jaren 80 een reflectie en evolutie is over het gebruik van schalen in de sector van de rust- en verzorgingstehuizen. De “RAI”-benadering³³ wordt gebruikt in het kader van een hervorming van de ouderenzorg in 1987. We herinneren eraan dat in het kader van deze aanpak, interRAI een internationale organisatie is die experts uit verschillende gebieden samenbrengt met als doel de kwaliteit van de zorg voor bejaarden te verhogen door het gebruik van gestandaardiseerde beoordelingsmethoden aan te moedigen.

³² Zie benchmark, Vlaanderen wijkt van deze schaal af

³³ RAI : Resident Assessment Instrument

5. Bijlagen

5.1. Studies naar de levenskwaliteit van de bejaarden

Paper: Author year [ref] (country)	Sample and recruitment	Data collection method	Data analysis approach / methodological orientation	Focus of study	(Example of) questions asked to participants	Theoretical perspectives / frameworks that guided development of questions, codes or interpretation of findings	Conclusion
Aberg 2005 [35] (Sweden)	15 older adults (80+) with a diagnosed need of rehabilitation during a hospital admission, purposefully selected at the geriatric clinic	Qualitative interviews on three occasions: at the geriatric clinic, and 1 month and 6 months after discharge	Thematic framework approach	Factors perceived as important for life satisfaction	What is important for you to be able to do in order to be satisfied with life?	NR	Three themes emerged as important for life satisfaction: activity, independence and adaptation
Andersson 2008 [33] (Sweden)	17 older adults (75+) receiving municipal help and care and having a life-threatening disease or receiving palliative care, purposefully selected by nurses working in municipalities	Qualitative interviews with a narrative approach	Content analysis	Experience of aspects that bring about a good life in the last phase of life	Tell about your life situation especially what brought about a good life	NR	The experience was interpreted to be <i>Turning inwards to come to peace with the past, the present and approaching death while being trapped by health complaints</i> . Six categories embraced the experience of aspects that constitute a good life in the last phase of life: maintaining dignity, enjoying small things, feelings of "being at home", being in the hands of others, trying to adjust, still being important for other people and completing life while facing death.
Bergland 2007 [36] (Norway)	282 older women (75+) randomly selected from census files local authorities, participating in a community-based randomized study	Writing down the answer on one open ended question	Grounded theory	What QoL means	Write down what the phrase QoL means to you		Significant dimensions of the quality of life highlighted in the current study relate to holism, a pragmatic approach of health, relationships, participation and activity, belonging and the social environment, and personal values. Feelings of continuity, power, and the ability to grasp meaning in their lives are cornerstones of the quality of life for elderly women.

Bernardo 2014 [37] (Portugal)	48 older adults (65+) selected from a health care centre registry	Semi-structured interviews	Content analysis	Perceptions of QoL	NR	Categories were created by taking consulted literature about QoL definitions into account	The older people who participated in the study described QoL as being healthy, having peace, living in harmony, feeling happy, being satisfied with life, and keeping oneself busy, whether with hobbies, volunteer service or work. It also meant preserving interpersonal relationships and receiving support from family, friends and neighbours.
Black 2015 [38] (US)	1) 51 community-dwelling older adults (65+), purposively sampled in a range of residential and recreational community venues 2) 216 community-dwelling older adults (65+), recruited via a range of media and in community venues with high volumes of older adult presence	1) Focus groups and 2) open-ended surveys	Content analysis	What matters most in the context of everyday community life	What matters most as you live your daily life in this community?	A reality-oriented perspective	Findings suggest five key themes, all underscoring the prominence of the continuation of self as one ages in the community: (1) Preserving and promoting health and well-being; (2) continuing living arrangement and lifestyle; (3) maintaining autonomy and independence; (4) engaging in meaningful social opportunities; and (5) accommodating community assets.
Borglin 2005 [39] (Sweden)	11 independent older adults (80+) living in their own home, purposively sampled via connections of the author	In-depth interviews	Interpretative hermeneutic phenomenological method	Experience and meaning of QoL	I am interested to hear about your thoughts, feelings, and experience of the good life/QoL and how this has influenced you.	NR	QoL in old age meant a preserved self and meaning in existence. The areas contributing to the experience of QoL were: life values, recollection of previous life, activities, health, significant others, material wealth, and home.
Bowling 2003 [40] (United Kingdom)	999 older adults (65+) living at home, randomly selected from British household addresses: The Quality of Life Survey	Face-to-face interview survey with open-ended questions	Content analysis	Definitions of and priorities for a good QoL	Thinking about your life as a whole, what is it that makes your life good/bad? What single thing would improve your QoL?	NR	Social relationships and health were judged to be the most important areas.

Bowling 2007 [41] (United Kingdom)	1) 999 older adults (65+) living at home, randomly selected from British household addresses: The Quality of Life Survey 2) subsample of 80 respondents for the validation of subthemes in in-depth interviews (purposively selected)	Mixed methods including open-ended survey and in-depth interviews	1) thematic categorisation 2) grounded hermeneutic methods + constant comparison	Main attributes that gave life quality (and underlying reasons)	Elicitation of respondent's own descriptions of QoL (good and bad), their prioritisation of these things and how QoL can be improved	NR	The main reasons underlying the things people said gave their lives quality focused predominantly on: the freedom to do the things like they wanted to do without restriction; pleasure, enjoyment and satisfaction with life; mental harmony; social attachment; social roles; feeling secure.
Bryant 2001 [42] (US)	22 community-dwelling older HMO-members (60+) with a history of chronic conditions and high utilization, randomly selected from a group whose reported perceived health differed from that predicted by a regression model	Semi-structured interviews	Grounded theory-type methods	Factors that contribute to healthy aging	What they themselves believe describes and contributes to health/ well-being	NR	To these older people health meant going and doing something meaningful, which required four components: something worthwhile to do, balance between abilities and challenges, appropriate external resources, and personal attitudinal characteristics
Bryant 2004 [43] (Canada)	Older adults in 7 participating cities, more information NR	Focus groups and individual interviews	Each of the seven project sites carried out its own data analysis.	Perceptions of the influence upon their QoL	What are the events or situations that have diminished/ improved quality of life for you or for people living in your community? What things that affect your life could be influenced by governments?	Each of the seven project sites used their own framework, for example the concept of distributive justice, or an ecological approach	There was agreement across all locations as to the importance to seniors' QoL of the following: access to information, health care, housing, income security, safety and security, social contacts and networks, and transportation.
Carr 2017 [44] (Canada)	42 community dwelling older adults (65+), purposefully sampled from a local Center for Seniors, a senior's walking program, a senior's exercise program, a local church and through snowball sampling	6 focus groups and 16 semi-structured interviews	Naturalistic inquiry	Factors that contribute to successful aging during different decades of older adulthood	What does it mean to age successfully? What do you think contributes to successful aging?	NR	Primary themes related to successful aging (staying healthy, maintaining an active engagement in life, keeping a positive outlook on life) were agreed upon by participants in all decades of older adulthood, while age-based differences existed among secondary themes.

Cherry 2013 [45] (US)	90 older adults (60+), drawn from the Louisiana Healthy Aging Study	Survey with 3 open ended questions	Content analysis consistent with grounded theory	Perceptions of longevity and successful aging	What is the key to living a long life? What do you look forward to the most? What advice or words of wisdom would you have for a young person today?	NR	Three major themes: (1) maintaining physical, mental and relational well-being; (2) living a healthy life; and (3) living a faithful life
Dionigi 2011 [46] (Canada)	21 older women (75+) with varying physical activity levels, purposeful selected from a seniors' centre and retirement community	In-depth interviews	Inductive analysis; narrative content analysis	Meaning of 'old' and 'successful aging'	Do you have any hobbies or regular activities that you enjoy? What does successful aging mean to you?	Stories were interpreted in the context of biomedical, psychosocial, and biographical approaches to successful aging	The findings particularly highlighted the multiple ways women make sense of their own aging and the extent to which their stories resist and reproduce cultural discourses of aging and gender. It appears that the more active the women, the more their definitions reflected key concepts in the biomedical model.
Douma, 2015 [47] (the Netherlands)	66 older adults (65+), recruited through local gatekeepers	Interviews with 'participant-generated word-clouds'	Content analysis	Subjective well-being in older age	Write down all aspects that you consider to be important for personal well-being	NR	15 domains were found based on participants' conceptions of subjective wellbeing. The multidimensional domains of social life, activities, health, and space and place were most important.
Duay 2006 [48] (US)	18 healthy senior adults (59+) familiar to the researchers (convenience sampling)	Interviews with open ended questions	Constant comparative method	Perceptions about successful aging and the role of learning in the process of adapting to age-related changes	NR	NR	Successful aging involves engaging with others; coping with changes; and maintaining physical, mental and financial health
Ebrahimi 2013 [49] (Sweden)	22 frail older adults (65+) with diverse ratings of self-perceived health, purposefully selected from a sample who were included in a quantitative study after seeking emergency treatment in a hospital	Qualitative interviews	Content analysis	Influences on subjective experience of health	Can you describe a day/situation, where you experience health? What gives you a feeling of poor health? Please tell me more about your experiences, thoughts, and emotions / your everyday life.	Eriksson's definition of health (endurable suffering) was used as guiding framework	To feel assured and capable was the main theme, which consisted of five subthemes: managing the unpredictable body, reinforcing a positive outlook, remaining in familiar surroundings, managing everyday life, and having a sense of belonging and connection to the whole.

Everingham 2010 [50] (Australia)	33 members (50+) of seniors' groups, purposively selected and via snowball sampling	10 semi-structured interviews and 5 group interviews	Thematic coding	The meaning of aging well	What does aging well mean to you? What are the main issues that should be addressed to improve the lives of seniors in this community?	NR	Community perceptions of aging well are broadly consistent with the goals of national and international policy frameworks in focusing on 3 dimensions—health, social engagement, and security.
von Faber 2001 [51] (the Netherlands)	27 older adults (85+) participating in the longitudinal Leiden 85-plus Study, purposefully selected	In-depth interviews	NR	Perceptions about physical, social, and psychocognitive functioning and well-being	About the experience of growing old and being old, the perception of the concept of successful aging, and the role of health in successful aging	NR	Most elderly patients viewed success as a process of adaptation rather than a state of being. They recognized the various domains of successful ageing, but valued well-being and social functioning more than physical and psychocognitive functioning
Fisher 1992 [52] (US)	19 older adults (62+) recruited at a Senior Activity center	Open ended interviews	NR	Understandings of successful aging and life satisfaction	What successful aging and life satisfaction meant to them, what was necessary for each, and what prevented each.	NR	There were some overlaps in understandings of successful aging and life satisfaction, but there was one key difference. Respondents described life satisfaction in terms of past expectations and present circumstances, while successful aging was more oriented to strategies for coping in later life and maintaining a positive outlook
Fisher 1995 [32] (US)	40 older adults (61+), randomly selected from employees of a foster grandparent program	Open ended survey questions	Content analysis	Understandings of successful aging and life satisfaction	What successful aging and life satisfaction meant to them, what was necessary for each, and whether these concepts were relevant to their own aging experience.	Erikson's concept of 'generativity' and Maslow's self-actualization hierarchy were used to interpret parts of the findings	Successful aging and life satisfaction are two different, yet related dimensions of subjective well-being. Understandings of successful aging involved attitudinal or coping orientations nearly twice as often as those for life satisfaction. Life satisfaction appeared to represent basic needs, whereas successful aging corresponded more closely to higher order needs such as self-understanding, helping others, and feeling like one has made a difference.
From 2007 [53] (Sweden)	19 older people (70+) dependent on community care, purposefully selected by a professional care needs assessor	Two interviews, 2–3 weeks apart	Content analysis	Views about health and well-being	What health, ill-health, well-being and ill-being meant to them	NR	The opportunity to feel healthy was dependent both on the older peoples' own ability to adjust or compensate, and on how the caregivers, relatives and friends in their environment could compensate for the obstacles the older people faced due to their disabilities.
Fry 2000 [54] (Canada)	37 older adults (58+), subsample of households participating in a community-based study	In-depth interviews following an open-ended survey	Content analysis	Considerations, priorities and concerns regarding QoL	What individual domains are the most important to your QoL? What specific concerns do you have about the QoL of your life?	NR	The majority of respondents has clear demands for autonomy, control and independence in making decisions, including the decision to terminate life.

<p>Gabriel 2004 [55] (United Kingdom)</p>	<p>80 older adults (65+) living at home, purposively selected from respondents to a quantitative survey (The Quality of Life Survey)</p>	<p>In-depth interviews using semi-biographical interview techniques, repeated with half of the sample 1 year later if changes were reported</p>	<p>Thematic coding</p>	<p>Perspectives on QoL</p>	<p>What they thought of when they heard the words 'QoL', to describe their QoL, what gave their lives quality and what took it away, how it could be improved and what would make it worse.</p>	<p>NR</p>	<p>The main QoL themes that emerged were: having good social relationships, help and support; living in a home and neighbourhood that is perceived to give pleasure, feels safe, is neighbourly and has access to local facilities and services including transport; engaging in hobbies and leisure activities (solo) as well as maintaining social activities and retaining a role in society; having a positive psychological outlook and acceptance of circumstances which cannot be changed; having good health and mobility; and having enough money to meet basic needs, to participate in society, to enjoy life and to retain one's independence and control over life.</p>
<p>Gilbert 2012 [56] (US)</p>	<p>10 older adults (80+) living in an urban area, purposefully sampled, known by researchers</p>	<p>Semi structured interviews</p>	<p>Phenomenological approach</p>	<p>Perceptions of facilitators and barriers to healthy ageing</p>	<p>What do you do to stay healthy? What are the factors that help you remain active? What are the barriers to remaining active?</p>	<p>Dorthea Orem's Self Care Nursing Theory</p>	<p>Three themes were identified as facilitators to healthy ageing: taking care of self, meaningful activity; and positive attitude. Barriers to healthy ageing identified were: giving up or giving in; environmental limitations; and the ageing process.</p>
<p>Grewal 2006 [57] (United Kingdom)</p>	<p>40 older adults (65+) living in private households, purposefully selected from a respondents to a general population survey</p>	<p>In-depth interviews</p>	<p>Thematic approach</p>	<p>Perceptions about QoL</p>	<p>What was important to them, what they enjoyed, got pleasure from, or valued in their lives. And, what is it about (factor) that is important to you, how does it make a positive contribution to your life?</p>	<p>Results were interpreted using work from Hyde, Higgs and colleagues that distinguishes attributes of QoL from the influences upon it; and Sen's functioning and capability approach.</p>	<p>Initial discussions tended to concentrate upon factors influencing QoL including activities, relationships, health, wealth and surroundings. Further probing and analysis suggested five conceptual attributes: attachment, role, enjoyment, security and control. The data also suggested that QoL was limited by the loss of ability to pursue these attributes.</p>

<p>Hendry 2004 [58] (United Kingdom)</p>	<p>10 older adults (70+) recruited via day centres</p>	<p>Semi-structured interviews</p>	<p>Interpretative phenomenological analysis</p>	<p>Understandings of QoL</p>	<p>Questions focusing on five themes (physical health, psychological well being, social relationships, environment and choice and control) and any aspects of QoL not covered yet</p>	<p>NR</p>	<p>Older people's understandings of quality of life are not readily measurable and should be viewed in terms of phenomenological experience: 1) when offered to give a general picture of QoL, people do not segment their lives into component parts; 2) participants often compared their own experiences to those of others (contextual experience); 3) participants did not share the experience of a linear effect of aspects of aspects on QoL 4) perceived QoL varies on an ongoing daily basis and participants choose which aspect of QoL to make public.</p>
<p>Hinck 2004 [59] (US)</p>	<p>19 older adults (85+) living alone in their own home in a rural area, selected via purposive and network sampling techniques</p>	<p>In-depth interviews, at least 3 per participant</p>	<p>Interpretative phenomenology</p>	<p>Life experiences</p>	<p>Talk about what is meaningful to you. Tell me what yesterday was like</p>	<p>NR</p>	<p>Remaining at home is a strong value of even the oldest-old people. Although they might be managing day to day, their ability to continue safely at home might be tenuous and could easily be upset by illness or injury. Participants were creative in changing their environment and everyday practices and patterns to be able to complete most desired activities.</p>

Hörder 2013 [60] (Sweden)	24 community-dwelling older adults (77+) recruited from a health promotion intervention	Open interviews	Content analysis	Perspectives on successful ageing	Tell me what successful ageing means to you	NR	Successful ageing can be seen as a preserved self-respect through ability to keep fear of frailty at a distance. This embraced the content of four categories: "having sufficient bodily resources for security and opportunities", "structures that promote security and opportunities", "feeling valuable in relation to the outside world", and "choosing gratitude instead of worries."
Kalfoss 2010 [61] (Norway)	20 older adults (60+) living in the community, selected via senior organisations or nurses when acutely hospitalized or attending ambulatory care	Focus group interviews	Thematic content analysis	Issues of importance to QoL	Think about what the phrase QoL brings to mind. What issues contribute positively or negatively to your QoL?	After analysis, themes were compared with Lawton's conceptualisation of QoL.	Many valued aspects of human existence were found to affect QoL, and results lend empirical support to many of the themes appearing under Lawton's four sectors.
King 2012 [62] (US)	62 community-dwelling older adults with late-life disability, recruited from a senior care program (On Lok Lifeways)	Semi-structured interviews	Grounded theory (constant comparative analysis)	Factors that contribute to QoL	About participants' daily lives, including positive and negative aspects and descriptions of daily activities	NR	Participants described a range of factors in four domains (physical, psychological, social, spiritual) that contributed to their QoL. Dignity and a sense of control were central factors that had the strongest effect on QoL by allowing participants to build autonomy and self-worth.
Laditka 2009 [63] (US)	396 older adults from ethnically diverse groups living in the community, recruited within The Healthy Brain Project via a research network	Focus groups interviews	Constant comparative method	Views about ageing well, in the context of cognitive health	Please tell us about someone who you think is ageing well.	NR	There were notable race/ethnicity differences in perceptions of aging well. To promote cognitive health among diverse populations, communication strategies should focus on shared perceptions of aging well, such as living to an advanced age with intact cognitive function, having a positive attitude, and being mobile.

Levasseur 2009 [64] (Canada)	18 community-dwelling adults (60+), theoretically sampled based on disability level and QoL evaluation in a quantitative study	Two face-to-face semi-structured interviews (one week apart)	Phenomenological method	Perceptions and lived experiences about QoL in regards to personal factors, social participation and environment	In your own words, tell me what QoL means to you? What had the most positive/negative effect on QoL? How do everyday activities influence your QoL?	Themes were inspired by a disability and functioning model and Dijkers' conceptualisation of QoL	These results point up the importance of considering perceptions about personal factors, social participation and environmental factors in older adults' QoL.
Llobet 2011 [65] (Spain)	26 older adults (75+) selected from a home health care service database, representative in age and gender	Face-to-face interviews with 4 open-ended questions	Content analysis, grouped into categories	Elements composing QoL	How do you define QoL? What are reasons for your QoL rating? What are aspects related to satisfaction with life?	Results are explained with Role Theory and Engagement Theory	Main reasons for a good perception of QoL were health, family and social relationships, and the ability to adapt.
Lorenc 2012 [66] (United Kingdom)	37 older volunteers (61+) from community voluntary organisations, during a 'participant engagement event'	Focus groups	Content analysis	Perceptions and experiences of well-being (and decision making regarding complementary and alternative medicine)	Perceived meaning of well-being, changes in well-being since the group last met, and factors influencing well-being	Content analysis was partly informed by existing literature	"Keeping going" is important for older people. Five themes emerged: physical well-being, impact on activity, emotional issues, community and health services, and keeping positive.
Lysack 2002 [67] (US)	23 Caucasian and Afro-American community-dwelling women (85+) as exemplars of ageing well, identified via like-aged community peers	In-depth ethnographic interviews	Constant comparative method	Personal meanings of ageing and well-being	Questions to identify what growing older was like and what it meant to participants.	Interviews were analysed through the combined theoretical perspective of symbolic interactionism and continuity theory	Personal competence in the "feminine sphere" is key to understanding older women's health beliefs and behaviours in late life. Findings also point to the importance of occupational competence as a predictor of well-being in late life.
Milte 2014 [68] (Australia)	21 older adults (64+) attending outpatient day rehabilitation services (incl therapy gym and hydrotherapy sessions)	Semi-structured focus groups (including ranking exercise)	Mixed methods; for qualitative part structured content analysis was used with thematic coding procedures	Perceptions of QoL	Tell me about what QoL means to you? / Why did you rank this item as most/least important?	Existing QoL instruments used (ASCOT, OPQoL) for ranking exercise, on which the group discussion was based	Older adults value both health and social domains as important to their overall QoL.
Moore 2006 [69] (Canada)	11 older adults (65+) living in their own homes, lodges and senior complexes, recruited via a written invitation by colleagues of the authors	Narrative inquiry via in-depth interviews	Phenomenological reflection	Experience of meaning and purpose in life	As you reflect back over your life, what are meaningful, important experiences for you?	NR	It is in continuing to have a rich and satisfying life, even if it meant struggling a bit that seemed to contribute to a sense of meaning and purpose in life for the participants in this study.

Murphy 2009 [70] (Ireland)	122 older people with 6 types and different onset of disability, living in the community, purposeful selected	Interviews	Informed by grounded theory	Determinants of QoL	NR	Data collection was complemented by findings from international literature	We identified QoL factors that were important to older people with a disability, and these were consistent across groups, regardless of type of disability. 'Living well' was conceptualized as the core category.
Nilsson 1996 [71] (Sweden)	87 older adults (75+) without severe somatic or psychiatric disorders, living in their own homes, participating in a multidisciplinary longitudinal study (Kungsholmen Project)	Structured interviews with standardized and open questions	Content analysis	Characteristics of QoL	What does QoL mean to you?	The Finnish sociologist Erik Allardt's definition of QoL was chosen as the conceptual framework for the study	The concept of QoL has many dimensions. A definition like Allardt's is too static and does not cover all aspects of the elderly's QoL. To sum up the characteristics of the QoL in old age, it can be stated that the emphasis is not on material things and the elderly's own persons but on contentment and a peaceful life, independence and health as a resource for this personal integrity in terms of moral qualities, and a caring attitude.
Nosraty 2015 [72] (Finland)	45 community-dwelling older adults (90+), invitation sent to every fifth woman and man born in 1921-22, living in the city	Life-story interviews	Thematic analysis with an inductive approach	The meaning and content of good and successful aging	What do you think constitutes a good old age? What do you need in order to experience a good old age? What things are associated with it? And what do you think a good old age is?"	NR	Good health is important, but more in the sense of being pain-free than of being disease-free. Social and cognitive aspects seem to be more important than physical health. The important things for our nonagenarian respondents were to continue living independently, preferably in their own homes, and to have a quick and easy death rather than being institutionalized.

Prieto-Flores 2010 [73] (Spain)	24 older adults (64+), purposively selected at public day care centers and public seniors' centers	Semi-structured interviews	Grounded theory	Connections between the subjective experience of health and other significant QoL domains	Around perceptions of aging, health, QoL, and health and social care	NR	Four major categories were identified: (a) adaptation to the limits of health in aging; (b) subjective health and QoL in aging; seeking a balance; (c) the experience of place in centers for older people; and (d) a central category, health and family interrelated dimensions of QoL in old age.
Puts 2007 [74] (the Netherlands)	25 older frail and non-frail community-dwelling adults (65+), theoretically sampled based on 8 frailty markers from the Longitudinal Aging Study Amsterdam	Semi-structured interviews	Grounded theory	Meaning of QoL	E.g. What is the first thing that you think about when you hear the term QoL? What is important for your own QoL, and why?	Topic guide was based on a literature study on QoL.	Five themes emerged: (physical) health, psychological well-being, social contacts, activities, and home and neighborhood
Reichstadt 2010 [75] (US)	22 community-dwelling adults (60+), purposively selected at retirement communities, a low-income senior housing complex, and a continued learning center	Qualitative interviews	The method of 'Coding Consensus, Co-occurrence, and Comparison' (Grounded theory)	Perspectives on successful ageing	E.g. How would you define successful aging? What is important to aging successfully? What are your suggestions on how to age well?	NR	Two primary themes were identified as key to successful aging—i.e., self-acceptance/self-contentment (with sub-themes of realistic self-appraisal, a review of one's life, and focusing on the present) and engagement with life/self-growth (with sub-themes of novel pursuits, giving to others, social interactions, and positive attitude). A balance between these two constructs appeared critical.
Richard 2005 [76] (Canada)	72 older adults (55+) living in an urban environment, recruited from purposefully selected seniors' groups and community organisations serving older adults	8 focus groups	Descriptive analysis	Factors affecting QoL	On factors related to or affecting QoL, measures to improve QoL and the role governments can play in the QoL of older adults	The ecological model of McLeroy et al. was chosen as an organising framework for categorisation of factors	A broad range of issues were discussed. The most salient themes were health and independence, financial security, social integration, health care services, housing, accessibility of community services, and decision making power.

Romo 2013 [77] (US)	56 community-dwelling older adults (55+) with late-life disability from different race/ethnic groups, recruited from a senior care program (On Lok Lifeways)	Semi-structured interviews	Grounded theory (constant comparative analysis)	Meaning of successful ageing	What comes to mind when hearing the term 'successful ageing'? What does it mean to be old? Do you feel you've aged successfully? Do you feel old?	NR	An overarching theme was that aging results in <i>Living in a New Reality</i> , with two subthemes: <i>Acknowledging the New Reality</i> and <i>Rejecting the New Reality</i> . Participants achieved successful ageing by using adaptation and coping strategies to align their perception of successful ageing with their experiences. Themes were common across race/ethnic groups but certain strategies were more prominent among different groups.
De la Rue 2003 [31] (Australia)	5 rural older (65+) widowed women, voluntarily recruited based on a homogenous sampling strategy	Repeated in-depth interviewing based on a life history research approach	Thematic analysis	(Influence of the geographical location on) the meaning of health and well-being	Tell me about your life here on this property	Social constructionism and socio-environmental theory of gerontology provided the philosophical boundaries to the central research question	The informants' health and well-being were profoundly influenced by the geographical location of living on the land
Thomas 1989 [34] (UK)	20 older men (70+) residing in England, purposively selected (to match an Indian sample) from organisations serving the elderly (50 participants interviewed; analysis based on 20 participants);	In-depth open ended interviews	Hermeneutical approach	Life satisfaction / subjective well-being	About themselves, their past and their present situation (things they enjoy and dread, attitudes toward pain, pleasurable experiences, etc.)	NR	The samples (Indian and English) differ in overarching themes and their level of life satisfaction. The dominant theme for the English sample is dread of incapacitation, of becoming useless and dependent. The term that best describes these men is <i>stoic acceptance</i> , if not resignation.
Tollen 2008 [78] (Sweden)	22 older adults (65+) with disabilities, purposefully selected from persons who applied for (but not yet started) day care rehabilitation	Qualitative interviews	Phenomenography	Everyday life experiences	'I would like you to tell me about your everyday life, what you do and how you experience your situation'.	NR	Disengagement in activities and social contacts resulted in feelings of resignation and dejection for some participants, while others delegated tasks as a satisfactory alternative. Participants also described how activities and social contacts continued, albeit in different ways, and being active and socializing gave feelings of pleasure and a sense of belonging. While receiving help was experienced as valuable, it also increased the fear of becoming dependent.

HOOFDSTUK II : COMPETENTIEMATRIX

Naar aanleiding van de analyse van de behoeften van de bejaarden en het begrip 'kwaliteit' binnen de rusthuizen, hebben we een competentiematrix uitgewerkt. Deze matrix heeft tot doel de profielen van de vakmensen aanwezig in de rusthuizen in kaart te brengen en hoe elk van deze profielen voldoet aan de behoeften van bejaarden.

De matrix is als volgt opgebouwd :

Beroepsprofiel: de profielen van de vakmensen beschikbaar in de rusthuizen.

Beknope beschrijving van de rol: detail, in een paar woorden, van de functie van het voorgestelde beroepsprofiel

De kwaliteitsfactoren: aan welke kwaliteitsfactor(en) draagt het voorgestelde beroepsprofiel bij?

De behoeften van de bejaarden: aan welk(e) type(s) behoefte(n) van de bejaarde kan het voorgestelde beroepsprofiel voldoen?
De vastgestelde categorieën behoeften zijn ontleend aan hoofdstuk I van dit rapport.

Profil de métier	Brève description du rôle	Facteur de qualité					Contacts sociaux	Besoins des personnes âgées
		Encadrement des résidents	Soins paramédicaux	Environnement				
				Infrastructures	Repas	Cadre de vie		
Equipe d'hébergement : en charge de l'intendance de l'établissement - Educateur(rice) spécialisé	L'éducateur spécialisé a avant toute chose un rôle d'accompagnateur. Il est considéré comme un professionnel de la relation qui veille "à maintenir le résident au centre de son projet de vie, à le soutenir dans l'affirmation de son identité et de ses besoins, à faciliter son épanouissement dans la communauté de la maison de repos tout en maintenant des liens étroits avec les autres communautés auxquels il appartenait avant son entrée dans celle-ci".	X		X			X	Autonomie : être capable de se débrouiller seul, être capable de faire ses propres choix. Rôle et activité : se sentir valoriser et confortable dans sa peau, rester connecter (avec le monde autour). Relations : avoir et maintenir des relations étroites, apprécier la relation avec sa famille, éprouver un sentiment d'appartenance, être aimé et apprécié.

Beroepsprofiel	Beknope beschrijving van de rol	Omkering van de bewoners	Paramedische zorgen	Kwaliteitsfactor			Sociale contacten	Behoeften van de bejaarden
				Omgeving				
				Infrastructuur	Maaltijden	Leefomgeving		
Zorgteam : verantwoordelijk voor de dagelijkse zorgen door medische behandelingen uit te voeren								
De medische pool								
- Gespecialiseerde opvoeder (-ster)	De gespecialiseerde opvoeder heeft vooral een rol van begeleider. Hij wordt beschouwd als een relatieprofessional die ervoor zorgt "om de bewoner centraal te houden in zijn levensproject, om hem/haar te ondersteunen bij de bevestiging van zijn/haar identiteit en zijn/haar behoeften, om zijn/haar ontwikkeling in de gemeenschap van het rusthuis te vergemakkelijken al tegelijkertijd nauwe banden onderhoudend met de andere gemeenschappen waartoe hij/zij behoorde voordat hij/zij tot deze trad".	X		X			X	Autonomie : voor jezelf kunnen zorgen, je eigen keuzes kunnen maken. Rol en activiteit : je gewaardeerd en lekker in je vel voelen, verbonden blijven (met de wereld om je heen). Relaties : hechte relaties hebben en onderhouden, de relatie met je familie waarderen, het gevoel hebben erbij te horen, geliefd en gewaardeerd te zijn.
- Animator(rice)	De animator is voornamelijk verantwoordelijk voor de organisatie en ontwikkeling van projecten, animatie en evenementen die sociaal contact, ontplooiing, integratie en autonomie van de bejaarden bevorderen.					X	X	Rol en activiteit : bezig blijven, valoriserende activiteiten uitvoeren.
- Mantelzorger	De mantelzorger faciliteert de bewoners in de handelingen van het dagelijks leven, vooral technisch, om hen in staat te stellen hun autonomie te behouden of te herstellen.	X			X			Autonomie : voor jezelf kunnen zorgen, je eigen keuzes kunnen maken.
-Vrijwilligers	De vrijwilliger neemt deel aan het welzijn van de bewoners, bezoekt de bewoners, is aanwezig en luistert naar hen.						X	Relaties : hechte relaties hebben en onderhouden, ondersteuning ervaren. Emotioneel comfort : je niet alleen of geïsoleerd voelen.
- Sociaal (-ale) assistent(e)	De sociaal assistent zorgt voor de opvang en het welzijn van de bewoner in het rusthuis. Hij komt voornamelijk tussen bij de bewoners om hen te helpen integreren in de gemeenschap, begeleidt de familie en de bewoner wanneer hij/zij het rusthuis binnenkomt (controleert de geschiktheid van het rusthuis, wat het biedt, met de behoeften van de persoon, zijn/haar mate van afhankelijkheid, zijn/haar verlangens)					X	X	Relaties : ondersteuning ervaren, mensen hebben die geïnteresseerd zijn en om je geven. Vermogen en aanpassing : positief zijn en het beste uit het leven halen, je situatie kunnen relativeren, je gewoontes kunnen veranderen/dingen anders kunnen doen.
- Onderhoudsagent (groene ruimten)	De onderhoudsagent zorgt voor het onderhoud van de groene ruimten van de instelling.			X				Buurt : in een aangename omgeving leven, toegang krijgen tot belangrijke zones van de buurt en je er mogen verplaatsen
- Onderhoudsmedewerker	De onderhoudsmedewerker zorgt voor de veiligheid en het onderhoud van de faciliteiten/gebouwen.			X				Infrastructuur : wonen in een woning die privacy en comfort biedt .
- Schoonmaakster	Deze agenten zijn verantwoordelijk voor het onderhoud van de instelling, het nakomen van schoonmaak- en hygiëneprotocollen. Ze zorgen voor het comfort en welzijn van de bewoners.			X				Infrastructuur : wonen in een woning die privacy en comfort biedt .
- Chef-kok	Hij is verantwoordelijk voor de kwaliteit van de catering en het opdienen, houdt toezicht op de ontwikkeling van de menu's al rekening houdend met de specifieke behoeften van bewoners.				X			Infrastructuur : wonen in een woning die privacy en comfort biedt .
- Kok	De kok is verantwoordelijk voor het bereiden van de gerechten.				X			Infrastructuur : wonen in een woning die privacy en comfort biedt .
- Serveerder	Onder de verantwoordelijkheid van de chef-kok is de serveerder verantwoordelijk voor: het dekken van de tafels en zetten van het bestek op de tafels, het verdelen van de maaltijden, het afruimen van de tafels, enz.				X			Infrastructuur : wonen in een woning die privacy en comfort biedt .
- De wasvrouw	Ze is verantwoordelijk voor het onderhouden van het linnen teneinde het leven van bewoners en gezinnen te vergemakkelijken.					X		Infrastructuur : wonen in een woning die privacy en comfort biedt .
- Coördinerend arts	De rol en de opdrachten van de coördinerend arts worden vastgelegd in een Koninklijk Besluit. Zijn verantwoordelijkheden zijn meervoudig, hij komt vooral tussen bij zorgtaken. Hij is ook verantwoordelijk voor: het algemene zorgproject voor de bejaarden, het onderzoek van de opnamedossiers, de beoordeling van de mate van verlies van autonomie, de coördinatie van het werk, enz.		X					Waargenomen gezondheid : geen last hebben van lichamelijke, geestelijke of cognitieve stoornissen/symptomen, je gezond voelen tegenover je eerdere gezondheidstoestand of die van andere mensen, niet beperkt zijn door je gezondheidstoestand. Autonomie : in staat zijn om voor jezelf te zorgen, je eigen keuzes maken, je niet als een last voor anderen voelen, je waardigheid behouden.
- Hoofdverpleger (-ster)	De hoofdverpleger staat de coördinerend arts bij in de implementatie van het zorg- en levensproject van de bewoner. Ze is verantwoordelijk voor het personeelsbeheer (teambegeleiding), zorgmanagement en -organisatie (coördinatie van de activiteiten), kwaliteit van de zorgdiensten in het algemeen, beheer van de apparatuur en, ten slotte, de voortdurende opleiding van de leden van het zorgteam.		X					Waargenomen gezondheid : geen last hebben van lichamelijke, geestelijke of cognitieve stoornissen/symptomen, je gezond voelen tegenover je eerdere gezondheidstoestand of die van andere mensen, niet beperkt zijn door je gezondheidstoestand. Autonomie : in staat zijn om voor jezelf te zorgen, je eigen keuzes maken, je niet als een last voor anderen voelen, je waardigheid behouden.
- Verpleger (-ster)	De verpleger is verantwoordelijk voor de medische zorg van de bewoners, zij is verantwoordelijk voor de uitvoering van de zorgen bij elke bewoner.		X					Waargenomen gezondheid : geen last hebben van lichamelijke, geestelijke of cognitieve stoornissen/symptomen, je gezond voelen tegenover je eerdere gezondheidstoestand of die van andere mensen, niet beperkt zijn door je gezondheidstoestand. Autonomie : in staat zijn om voor jezelf te zorgen, je eigen keuzes maken, je niet als een last voor anderen voelen, je waardigheid behouden.

Beroepsprofiel	Beknopte beschrijving van de rol	Omkadering van de bewoners	Paramedische zorgen	Kwaliteitsfactor			Sociale contacten	Behoeften van de bejaarden
				Omgeving				
				Infrastructuren	Maaltijden	Leefomgeving		
- Zorgkundige	De zorgkundige assisteert de verpleegster, verstrekt hygiëne- en comfortzorgen, werkt mee aan de preventieve en curatieve zorgen, enz.		X					<p>Waargenomen gezondheid: geen last hebben van lichamelijke, geestelijke of cognitieve stoornissen/symptomen, je gezond voelen tegenover je eerdere gezondheidstoestand of die van andere mensen, niet beperkt zijn door je gezondheidstoestand.</p> <p>Autonomie: in staat zijn om voor jezelf te zorgen, je eigen keuzes maken, je niet als een last voor anderen voelen, je waardigheid behouden.</p>
De therapeutische pool								
- Psycholoog (-oge)	De psycholoog werkt nauw samen met de bewoner, de families en het personeel. Hij ontwikkelt en implementeert preventieve en curatieve acties om de autonomie van de bejaarden te bevorderen en hun welzijn binnen het rusthuis te waarborgen.		X				X	<p>Waargenomen gezondheid: geen last hebben van lichamelijke, geestelijke of cognitieve stoornissen/symptomen, je gezond voelen tegenover je eerdere gezondheidstoestand of die van andere mensen, niet beperkt zijn door je gezondheidstoestand.</p> <p>Autonomie: in staat zijn om voor jezelf te zorgen, je eigen keuzes maken, je niet als een last voor anderen voelen, je waardigheid behouden.</p>
- Ergotherapeut(e)	De ergotherapeut draagt bij aan het welzijn van de bewoners, hij voert revalidatie- en preventieacties uit met betrekking tot het levensproject van de bewoner.		X					<p>Waargenomen gezondheid: geen last hebben van lichamelijke, geestelijke of cognitieve stoornissen/symptomen, je gezond voelen tegenover je eerdere gezondheidstoestand of die van andere mensen, niet beperkt zijn door je gezondheidstoestand.</p> <p>Autonomie: in staat zijn om voor jezelf te zorgen, je eigen keuzes maken, je niet als een last voor anderen voelen, je waardigheid behouden.</p>
- Fysiotherapeut(e)	De fysiotherapeut is de specialist in revalidatie, hij werkt aan het onderhouden of herstellen van de motoriek van de bewoners.		X					<p>Waargenomen gezondheid: geen last hebben van lichamelijke, geestelijke of cognitieve stoornissen/symptomen, je gezond voelen tegenover je eerdere gezondheidstoestand of die van andere mensen, niet beperkt zijn door je gezondheidstoestand.</p> <p>Autonomie: in staat zijn om voor jezelf te zorgen, je eigen keuzes maken, je niet als een last voor anderen voelen, je waardigheid behouden.</p>
- Muziektherapeut(e)	Het mobiliseert geluids- en muzikale bemiddeling om communicatie en expressie mogelijk te maken.		X					<p>Waargenomen gezondheid: geen last hebben van lichamelijke, geestelijke of cognitieve stoornissen/symptomen, je gezond voelen tegenover je eerdere gezondheidstoestand of die van andere mensen, niet beperkt zijn door je gezondheidstoestand.</p> <p>Autonomie: in staat zijn om voor jezelf te zorgen, je eigen keuzes maken, je niet als een last voor anderen voelen, je waardigheid behouden.</p>
- Diëtist(e)	De diëtiste zorgt voor het voedsellevewicht bij de bejaarde, ze ontwikkelt de menu's in nauwe samenwerking met de chef-kok.		X		X			<p>Waargenomen gezondheid: geen last hebben van lichamelijke, geestelijke of cognitieve stoornissen/symptomen, je gezond voelen tegenover je eerdere gezondheidstoestand of die van andere mensen, niet beperkt zijn door je gezondheidstoestand.</p> <p>Autonomie: in staat zijn om voor jezelf te zorgen, je eigen keuzes maken, je niet als een last voor anderen voelen, je waardigheid behouden.</p>
- Spraaktherapeuten	De spraaktherapeut komt bij de bewoners tussen die lijden aan taal-, communicatie- of slikstoornissen.		X					<p>Waargenomen gezondheid: geen last hebben van lichamelijke, geestelijke of cognitieve stoornissen/symptomen, je gezond voelen tegenover je eerdere gezondheidstoestand of die van andere mensen, niet beperkt zijn door je gezondheidstoestand.</p> <p>Autonomie: in staat zijn om voor jezelf te zorgen, je eigen keuzes maken, je niet als een last voor anderen voelen, je waardigheid behouden.</p>
- Podologen	De pedicure-podoloog verzorgt voor voetpathologieën.		X					<p>Waargenomen gezondheid: geen last hebben van lichamelijke, geestelijke of cognitieve stoornissen/symptomen, je gezond voelen tegenover je eerdere gezondheidstoestand of die van andere mensen, niet beperkt zijn door je gezondheidstoestand.</p> <p>Autonomie: in staat zijn om voor jezelf te zorgen, je eigen keuzes maken, je niet als een last voor anderen voelen, je waardigheid behouden.</p>
Andere								
- Preventiereferent	De preventiereferent is verantwoordelijk voor de uitvoering van preventieprojecten binnen de inrichting. Mondhygiëne: personeelsbewustzijn (basis qua preventie, vaak verwaarloosd), voeding, valpreventie, hygiëne ...		X	X	X			



HOOFDSTUK III : VERGELIJKING VAN DE INSTELLINGEN EN MECHANISMEN VOOR LANGDURIGE GEZONDHEIDSZORG. VLAANDEREN, NEDERLAND, DUITSLAND EN FRANKRIJK

INHOUDSTAFEL

Inleiding	34
Fiche 1 - Vlaams Gewest	35
Fiche 2 - Nederland	37
Fiche 3 - Vergelijking Brussel, Vlaams Gewest, Nederland	39
Fiche 4 - Duitsland	42
Fiche 5 - Frankrijk	44

Op basis van literatuuronderzoek in verschillende regio's en landen van Europa bepaalden we de contouren van de verschillende types instellingen en hun werkingsmechanismen. De onderzochte landen zijn: Nederland, Duitsland en Frankrijk. We hebben er ook voor gekozen om de situatie in het Vlaamse gewest te analyseren om zo inzicht te krijgen in een verschillend mechanisme op Belgisch grondgebied.

In deze afdeling nemen we de interne werking van de instellingen welke langdurige verzorging aanbieden onder de loep:

1. Toegankelijkheid;
2. De instrumenten die worden gebruikt om de financierings-, kwaliteits- en personeelsbehoeften te meten;
3. Financiering;
4. Kwaliteit;
5. Personeel;

Legende	
Criteria onderzocht binnen de Benchmark	Modaliteiten
Toegankelijkheid 	« Vrije » toegankelijkheid () of aanwezigheid van een vorm van dwang ().
Schaal 	Aanwezigheid van meerdere schalen () of van een complexe schaal met één enkele « eenvoudige » schaal ().
Financieel mechanisme 	Afwezigheid van een financieel mechanisme () of aanwezigheid van een financieel mechanisme gebaseerd op het vermogen ().



Iedereen ouder dan 65 jaar (behoudens afwijking), die niet meer in staat is om zelfstandig thuis te wonen, kan toegang krijgen tot permanente huisvesting en langdurige verzorging via een woonzorgcentrum. Een woonzorgcentrum is een centrum dat permanente huisvesting en verzorging biedt.

Op het vlak van thuiszorg heeft het Vlaamse Gewest zopas een reeks beslissingen genomen om ouderenzorg thuis te versterken om zo het beroep op rusthuizen voor "lichte" profielen te verminderen. We noteren een bezettingsgraad van 93,5%-95% in de woonzorgcentra (2020-2021).

Financieringen

De financiering van de woonzorgcentra wordt voor een groot deel beoordeeld op basis van een schaal van afhankelijkheid van de verzorgde bejaarden.

Sinds 2019 is deze bevoegdheid niet langer de verantwoordelijkheid van de federale overheid, maar werd ze geregionaliseerd. Net als in Brussel, is de Regering van het Vlaamse Gewest belast met het definiëren en verbeteren van de instrumenten vereist voor de beoordeling van de nodige financiering. Op basis hiervan is het mogelijk om het type zorg dat nodig is en het benodigde personeel (en de ad hoc loonmassa) te berekenen. De financiering van de verzorgings- en rusthuizen wordt dus bepaald door het **aantal bewoners** en de **mate van afhankelijkheid** waarvoor naleving van de zorgregels vereist is. Historisch gezien is het belangrijk om te benadrukken dat de financiering, vóór de hervorming en regionalisering van de bevoegdheid, identiek was aan die van Brussel (federale financiering via het RIZIV).

De financiering van de woonzorgcentra is gebaseerd op 3 inkomstenbronnen:

- 1) het eerste deel, het institutionele forfait, werd verkregen via het basispakket (voorheen RIZIV-forfait), dat voorziet in de financiering van de woonzorgcentra;
- 2) het tweede deel van de financiering betreft subsidies verkregen door de overheid: (VAZG) Vergoeding wzc, (VAZG) boven de persoonlijke standaard, (VAZG) eindeloopbaanfinanciering, (VAZG) Aanvullende financiering;
- 3) het derde deel bestaat uit het inkomen dat wordt gegenereerd door de dagprijs (bestaande uit de samenstelling van de dagprijs en de supplementen).

Instrumenten om de behoeften aan gezondheidszorgen te bepalen en de kwaliteit te meten

De KATZ-schaal is het instrument dat door de gewestelijke overheden wordt gebruikt om de zorgbehoefte van de mensen te bepalen, en bijgevolg het bedrag van het forfait dat nodig is om de gezondheidszorg te financieren (en dus geschikte arbeidskrachten die moeten worden betaald, aangeworven, opgeleid, enz.). De schaal lijkt echter niet te voldoen aan de korreligheid en precisie die nodig zijn om de zorgbehoefte te beoordelen; dit heeft een negatieve invloed op de rest van het financieringsproces.

Daarom zal de KATZ-schaal in de nabije toekomst evolueren (1/6/2023) en zal ze verbeterd worden door de inwerkingtreding van de **BelRAI-schaal** (instrument voor de beoordeling van de begunstigde) en de vereenvoudigde versie ervan, **BelRAI screener**, die de zorgbehoefte van de mensen die een beroep doen op langdurige verzorging veel nauwkeuriger zal meten.

De BelRAI vervolgt een tweeledige doelstelling:

- Beschikken over een efficiënt instrument dat een aangepast zorgplan zou voorstellen
- Beschikken over een uniek instrument dat kan worden aangepast aan verschillende zorgcontexten.

Er bestaan drie versies specifiek voor de zorgcontexten:

- BelRAI HC (*Home Care*) voor thuiszorg;
- BelRAI LTCF (*Long Term Care Facilities*) voor langdurige zorg voor Woonzorgcentra;
- BelRAI AC (*Acute Care*) voor acute zorg voor ziekenhuizen.

Vanaf juni 2023 wordt de invoering van BelRAI LTCF (langdurige zorginstellingen) verplicht voor woonzorgcentra, terwijl BelRAI Screener reeds sinds januari 2021 verplicht is voor thuiszorgvoorzieningen.

Vooruitlopend op de implementatie van BelRAI in de residentiële sector, zijn in Vlaanderen verschillende pilotprojecten opgestart.



Personeel

Wat het personeel betreft, zoals geïllustreerd in de volgende afdeling, moeten de arbeidskrachten:

- voldoen aan een bepaald kwalificatieniveau;
- voldoende talrijk zijn;
- voldoen aan bepaalde bewonersratio's (omkaderingsnormen).

Opgemerkt moet worden dat er tot voor kort nog een verschil was in de omkaderingsnormen tussen een profiel in een rusthuis (RH) en een profiel in een rust- en verzorgingshuis (RVT). Dit verschil blijft bestaan in Brussel, maar is in Vlaanderen afgeschaft.

Ter herinnering, de omkaderingsnorm varieert naargelang het afhankelijkheidsprofiel van de instelling (dat wordt verkregen door samenstelling van de profielen van elke bewoner).

Kwaliteit

De levenskwaliteit van de bewoner is een van de centrale pijlers van het beleid inzake langdurige verzorging. Het BelRAI-instrument (gebruikt zowel voor de financiering als voor het beoordelen van de zorglast) zal zich positioneren als het sleutelement in de beoordeling van de kwaliteit van de verzorging.

Daarnaast loopt er een pilootproject, het Vlaams indicatorenproject voor woonzorgcentra, het VIP WZC, dat tot doel zal hebben:

- objectieve indicatoren voor de kwaliteit van de centra vast te stellen;
- de levenskwaliteit in de zorgcentra te meten.

Een **kwaliteitsindicator** is dus een meetbaar element met betrekking tot de gezondheidszorg en geeft een indicatie van de kwaliteit ervan. Het beoogde doel is om:

- de residentiële instellingen voor langdurige verzorging te helpen hun kwaliteitsbeleid te verbeteren;
- een informatie- en transparantiesysteem op te zetten;
- de gewestelijke autoriteiten in staat te stellen de behoeften en hun wensen qua goedkeuring van de financiering te beoordelen;
- een objectieve vergelijking tussen instellingen mogelijk te maken.

De kwaliteitsmetingen worden georganiseerd en opgevolgd door het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van de Zorg. Om deze doelen te bereiken, moeten de woonzorgcentra continu indicatoren meten over de kwaliteit van de verzorging en de veiligheid, maar ook over de zorgverleners en de organisatie. Deze kwaliteitsmetingen moeten twee keer per jaar worden uitgevoerd door de woonzorgcentra

De kwaliteitsindicatoren zijn de volgende:

- drukwonden;
- onverwacht gewichtsverlies;
- valpartijen;
- beperking van de vrijheid;
- geneesmiddelen (medicatie-incidenten) ;
- levenseinde-zorg.



In Nederland is er een neiging om ouderen aan te moedigen om thuis te blijven wonen. Opdat de bejaarden recht zouden hebben op verzorging in een rusthuis, moeten zij een 'afhankelijkheidszorgprofiel' bezitten. Dit profiel is gebaseerd op een evaluatie die zijn/haar groep binnen het Zorg Zwaarte Pakket bepaalt. Het ZZP wordt uitgegeven door de Overheid (CIZ - Centrum Indicatiestelling Zorg). ZZP's 1, 2 en 3, m.a.w. de lichte profielen, worden niet meer meegenomen in de financiering door het CIZ en zijn overgenomen door de gemeenten (via de Wet sociale bijstand).

Opgemerkt moet worden dat in 2021, de bezettingsgraad in rusthuizen 97% bedraagt en dat het privé-aanbod in de residentiële sector 2% is.

Financieringen

De financiering van langdurige gezondheidszorg is zeer complex, omdat deze wordt beheerst door verschillende wetten. De Wet langdurige zorg (Wlz) is sinds 1 januari 2015 van kracht. Dit is de opvolger van de AWBZ. De Wlz geeft recht op verzorging aan de verzekerden die zorgafhankelijk zijn of permanent toezicht behoeven. Om te genieten van verzorging onder de Wlz, dient men een indicatie van het ZZP-niveau te verkrijgen van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Laat ons echter opmerken dat de "lichte" profielen uitgesloten zijn.

Het gezondheidszorgstelsel wordt beheerd door vier wetten: de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet op de sociale bescherming (OMM) en tot slot de Jeugdwet (hier niet van toepassing).

Ten eerste moet de overheidssubsidie gebaseerd op het ZPP-profiel alle zorgkosten dekken. De zorginstelling kan zelf beslissen waar het geld aan wordt besteed. De uitgaven hebben betrekking op de volgende functies:

- ondersteunende begeleiding (OB),
- persoonlijke verzorging (PV),
- verpleegkundige verplichtingen (VP),
- algemene behandeling.

Ten tweede is er ook de bijdrage van de bewoner, welke variabel is naargelang het inkomen van de persoon, met een maximale bijdrage van 80 € per dag.

Bijvoorbeeld kent dit pakket voor een VV7-profiel, dat een profiel beschrijft voor belangrijke verzorging (waaronder speciale zorg voor een combinatie van psychiatrische problemen en lichamelijke problemen), een aanwezigheid toe van 22 uur/week. Teneinde de omkadering in "gecompliceerde" situaties te versterken en zo een specifiek beheer van de behoeften van de bejaarde te bevorderen, kan het basisprofiel dat gebruikt wordt om een exact aantal zorguren te bepalen waarop een bewoner recht heeft, worden verhoogd met een pakket "prioritaire" zorgen op basis van een nauwkeurige omschrijving van de aanvullende zorgen die de bewoner in de beschreven situatie nodig heeft.

Volgens een studie uit 2016 (Socialistische Mutualiteit, barometer van de rusthuizen in Vlaanderen, 2016) ligt de totale kosten van ouderenzorg in Vlaanderen 37% lager dan de financiering in Nederland (voor de toepassing van de nieuwe normen).

Instrumenten om de behoeften aan gezondheidszorgen te bepalen en de kwaliteit te meten

Een ZZP is een zorgclassificatie die gaat van ZZP 1 VV naar ZZP 10 VV (verpleging en zorg = ouderenzorg). Ter herinnering: ZZP 1 tot en met 3 zijn niet meer opgenomen en werden overgenomen door de gemeenten (OMM - Wet op de sociale bescherming).

De schaal bepaalt een aantal uren verdeeld over verschillende functies:

ZZP	WOONZORG				Totaal aantal uren woonzorg
	Uren OB	Uren PV	Uren VP	Uren AB	
1 VV	2,99	1,01			3,99
2 VV	2,85	2,85	0,48		6,18
3 VV	2,62	4,84	1,28		8,75
4 VV	4,80	4,28	0,52		9,61
5 VV	9,15	5,90	0,55		15,60
6 VV	5,30	8,23	2,87		16,40
7 VV	10,60	6,28	2,12		19,00
8 VV	10,67	10,67	2,76		24,10
9a VV	5,08	7,87	2,75		15,70
9b VV	5,08	7,87	2,75		15,70
10 VV	2,75	13,47	10,68		26,90

BDO Nederland



Personeel

In tegenstelling tot de normen die in Vlaanderen en Brussel worden gesteld, is de samenstelling van het personeel naar aantal bewoners in Nederland niet zo duidelijk.

Dit komt vooral doordat de Nederlandse Regering de zorgorganisaties probeert te dwingen om hen een echt vermogen te geven om zelfstandig verzorging op maat te definiëren, gericht op de bewoner. Het gaat er dus om het exacte aantal uren zorg te bepalen waarop de bewoner recht heeft.

De ZZP formaliseert een aantal personeelsuren o.a. op:

- de residentiële zorg,
- de begeleiding
- de behandeling.

Kwaliteit

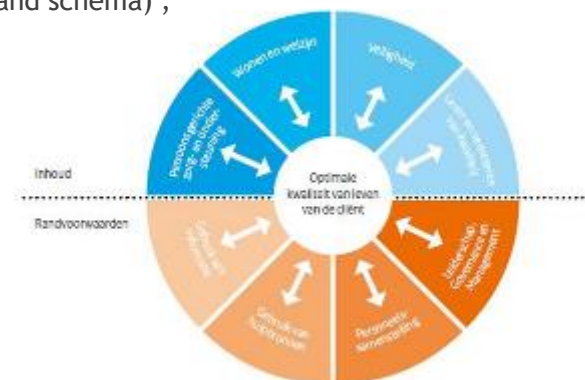
Er bestaat een kader als wettelijke basis voor de kwaliteit van de zorgen in rusthuizen. De geleverde zorgen worden geanalyseerd door de Regering, meer bepaald het Zorgkantoor en de Inspectie Gezondheidszorg. Zorgverleners zijn verplicht om eenmaal per jaar kwaliteitsgegevens te verstrekken. Deze gegevens zijn vervolgens te vinden in een openbare database van het *Zorginstituut*. Het *Zorgkantoor* beoordeelt of de hoeveelheid zorg wordt geleverd. Dit impliceert een aanzienlijke uitwisseling van gegevens. De Inspectie Gezondheidszorg controleert of de geleverde zorg voldoet aan de minimumeisen die de Regering stelt.

De conceptuele veiligheidsbasisindicatoren opgenomen in het kwaliteitskader zijn de volgende:

- drukwonden;
- acute ziekenhuisopname;
- vrijheidsbeperking;
- geneesmiddelen (een inventaris van de medicatie-incidenten en een medicatiebeoordeling worden uitgevoerd).

De incidenten worden geregistreerd en indien nodig wordt de inspectie (zorgkantoor) geïnformeerd. De structuren zijn verplicht om periodiek na te denken over de resultaten/klachten/incidenten en verbeteringsmaatregelen te implementeren.

Als onderdeel van een continu proces van gedeelde kwaliteitsverbetering is een model gecreëerd dat is opgedeeld in twee delen: 1) verzorging en 2) ondersteuning (zie onderstaand schema) ;

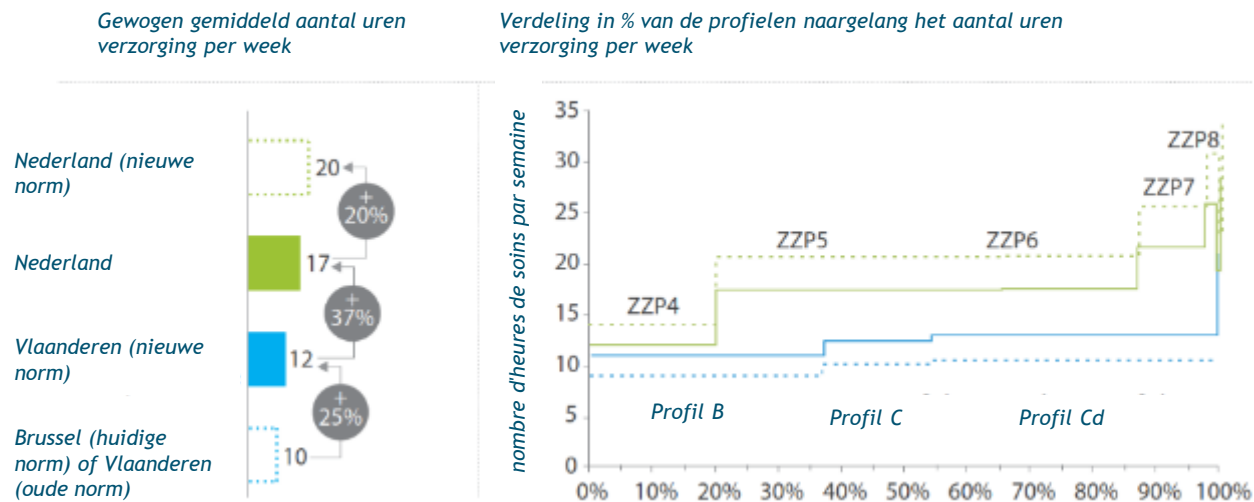


Figuur 1: Integraal model voor dynamisch en ontwikkelingsgericht werken aan kwaliteit verpleeghuiszorg



Gelet op de gemeenschappelijke historische oorsprong van de financiering tussen Vlaanderen en Brussel, en gezien de evolutie in Nederland, lijkt het direct relevant om het historische Brusselse model (dat niet echt is veranderd sinds de overdracht van deze bevoegdheid) te vergelijken met Vlaanderen dat net zijn financiering heeft opgeschud door een evenwicht tussen de omkaderingsnormen tussen de RH'en en de RVT'en en Nederland waarvan de financiering onlangs is versterkt om een betere verzorging van de bewoner te garanderen

Tabel 1: Vergelijking tussen Nederland - Vlaanderen - Brussel, verdeling van profielen naargelang het aantal uren verzorging per week(*)



Wat vooral opvalt is het verschil tussen ZCP 7 en 8 en het Cd zorgprofiel; in Vlaanderen en Brussel, omdat de in Nederland bekende zwaardere zorgprofielen in onze twee Gewesten niet bestaan. Aanvullend moet worden opgemerkt dat er in Nederland ook toeslagen bestaan voor, bijvoorbeeld, de ziekte van Huntington en cerebrovasculaire aandoeningen, terwijl Vlaanderen en Brussel dergelijke toeslagen niet hebben.

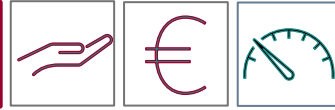
Deze weging, gebaseerd op de omkaderingsnormen, toont aan dat de ter beschikking gestelde omkadering in Brussel reeds ongunstig is tegenover Vlaanderen en Nederland en dat dit verschil zal toenemen met de implementatie van de nieuwe normen in Nederland.



In 2016 heeft de Universiteit Maastricht in opdracht van het Nederlands ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport onderzoek gedaan naar de relatie tussen personeelsinzet en zorgkwaliteit in de zorginstellingen waaronder de rusthuizen. Hun conclusie is dat de inzet van meer verpleegkundigen en verzorgers in rusthuizen niet per se leidt tot een verbetering van de zorgkwaliteit of levenskwaliteit, maar dat er gezocht moet worden naar een optimale oplossing met een mix van arbeidskrachten met verschillende vaardigheden(**).

(*) Gupta Strategists, Verpleeghuiszorg in Nederland en Vlaanderen: wat kunnen we van elkaar leren? Toegankelijkheid, kwaliteit en kosten Amsterdam, mei 2018

(**) Academische werkplaats Ouderenzorg: Meer is niet per se beter. De relatie tussen personele inzet en kwaliteit van zorg in Verpleeghuizen. Universiteit Maastricht, maart 2016



Elke verzekerde met een erkende mate van afhankelijkheid (volgens de "pflegegrad"-schaal) heeft recht op zorguitkeringen in een woonzorginstelling zoals een rusthuis (*Altersheim*) of verzorgingstehuis (*Pflegeheim*). Deze prestaties variëren afhankelijk van de mate van afhankelijkheid (bepaald door de Pflegegrade-schaal van 1 tot 5). Het is noodzakelijk om een beoordeling te laten uitvoeren door de medische dienst van de zorgverzekeraars (MDK).

Enkele uitzonderingen zijn mogelijk, sinds 2016, voor mensen die het ziekenhuis verlaten, maar van wie de "sociale omgeving" niet aangepast is. Er is geen leeftijdsvereiste om van een dienst te genieten.

Financieringen

De financiering van de rusthuizen (Pflegeheim) en bejaardentehuizen (Altersheim) is onderverdeeld in twee luiken:

- de kosten voor de verzorging (of opvang) ten laste van de kas 'afhankelijkheidsverzekering'. Dit betreft een forfait gebaseerd op de afhankelijkheidsschaal, dat varieert van 125,00€ tot 2005,00€ (2019) voor niveau 5.
- de eigen bijdrage van de bewoner. Deze bestaat uit 3 delen:
 - a. accommodatie en catering, dit zijn de kosten die vergelijkbaar zijn met hotelkosten. Dit zijn kosten in verband met een kamer met volpension;
 - b. de investeringskosten, een aanzienlijk deel van de maandelijkse kosten bestaan uit de investeringskosten van het rusthuis, die elk rusthuis heft en evenredig verdeelt onder de bewoners. Maar als een rusthuis wordt gesubsidieerd, hoeven de bewoners de kosten niet te betalen;
 - c. de vergoeding voor de opleiding van het personeel, dit betreft de verdeling van de kosten voor de mensen die een opleiding volgen of zich vervolmaken in de geriatrische zorg in de zorginstelling.

Als de bewoner niet in staat is om de kosten te dekken, kan het maatschappelijk welzijnsbureau helpen een deel van de kosten te dekken als niveau 2 van de schaal wordt bereikt.

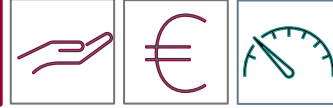
Sinds januari 2022 zijn er hogere subsidies voor het te betalen persoonlijke deel van de kosten, afhankelijk van de verblijfsduur in het rusthuis. Hoe langer de duur van het verblijf in het rusthuis, hoe hoger het toegekende "prestatietoeslag". De bewoners van een rusthuis die er langer dan drie jaar hebben gewoond, ontvangen een toeslag van 70% om de aanzienlijke financiële kosten te compenseren en verarming te voorkomen (merk op dat de gemiddelde verblijfsduur in Duitsland minder dan 36 maanden bedraagt).

Instrumenten om de behoeften aan gezondheidszorgen te bepalen en de kwaliteit te meten

De medische dienst van de zorgverzekeraars (MDK) beoordeelt de afhankelijkheid aan de hand van zes modules. Voor elke module zijn bepaalde criteria gedefinieerd:

- **Mobiliteit.** Voorbeelden van criteria: in welke mate is de persoon onafhankelijk, kan zij/hij alleen in bed van positie veranderen, veilig gaan zitten, zich in het appartement verplaatsen of de trap nemen?
- **Cognitieve en communicatieve vaardigheden.** Voorbeelden van criteria: hoe kan de persoon zich oriënteren in het dagelijks leven en eraan deelnemen, ruimtelijk en temporeel zijn/haar weg vinden, gesprekken leiden?
- **Psychologisch gedrag en problemen.** Voorbeelden van criteria: is de persoon 's nachts rusteloos, angstig of depressief of verzet hij/zij zich tegen de maatregelen aangaande bedrust?
- **Autonomie.** Voorbeelden van criteria: kan de persoon zich zelf wassen, aankleden, eten en drinken, naar het toilet gaan?
- **Vereisten verbonden met de ziekte of therapie.** Voorbeelden van criteria: kan de persoon zelfstandig medisch voorgeschreven maatregelen uitvoeren, medicijnen nemen, de bloedsuikerspiegel meten en beoordelen en doktersbezoeken bijwonen in de praktijk van de dokter?
- **Dagelijks leven en sociale contacten.** Voorbeelden van criteria: is de persoon in staat om zijn/haar eigen dagelijkse routine vorm te geven, bezig te blijven of contact te maken met andere mensen?

Voor elk criterium kent de examinerator punten toe en documenteert hij zo de onafhankelijkheid van een persoon.



Financieringen (vervolg)

Er bestaat ook een kleine subsidie bedoeld om de kosten van de bewoner te dekken, afhankelijk van de regio: de zorgtoeslag (Pflegewohngeld). Het bedrag varieert van Land tot Land en is afhankelijk van het inkomen en vermogen van de zorgbehoevende persoon

Er moet een onderscheid worden gemaakt tussen de afhankelijkheidsverzekering in het kader van de Sociale zekerheid (soziale Pflegeversicherung) en de privé-afhankelijkheidsverzekering (private Pflegeversicherung), welke bedoeld is voor de patiënten die onder een privé ziektekostenverzekering vallen. Deze laatste betreft slechts een klein deel van de bevolking.

Personeel

De ratio ouderenzorgpersoneel geeft de verhouding aan van het aantal bewoners tot het aantal medewerkers. De personeelsratio is geregeld op het niveau van de Länder. De bezettingsgraad van de instelling en de verdeling van de zorgniveaus bepalen de feitelijke personeelssituatie. Dit betekent bijvoorbeeld dat voor elke 8 bewoners met niveau 1 een rusthuis 1,0 verpleegkundigen kan tewerkstellen. In zorgtraject 5 zijn er dus 1,0 verpleegkundigen per 2 bewoners. De regels hieromtrent variëren: in Beieren is de personeelsratio voor niveau 5 in volledige ziekenhuisopname 1:1, terwijl die in Mecklenburg-Voorpommeren 1:2 bedraagt.

Kwaliteit

De Inspectiedienst (PKV) heeft de bevoegdheid om ter plaatse na te gaan of erkende zorginstellingen voldoen aan de kwaliteitseisen van de Codex Sociale Zekerheid. Hij doet meer dan alleen de kwaliteit van de resultaten beoordelen. Hij is ook verantwoordelijk voor het adviseren van instellingen over kwaliteitskwesaties en het doen van aanbevelingen over het voorkomen van kwaliteitsgebreken.

De resultaten van de kwaliteitscontrole van de betreffende zorginstelling kunnen worden geraadpleegd. Ze worden gepubliceerd, in overeenstemming met de wet, en ze moeten in het rusthuis worden uitgehangen.

De kwaliteitscontrole omvat in totaal tien indicatoren:

- behouden mobiliteit;
- behouden autonomie in de dagelijkse activiteiten;
- behouden autonomie in de organisatie van het dagelijks leven;
- optreden van doorligwonden;
- ernstige gevolgen van valpartijen;
- onverwacht gewichtsverlies;
- voeren van een integratiegesprek;
- gebruik van sedativa;
- gebruik van beddekken;
- pijnbeoordeling.

De evolutie van het kwaliteitssysteem is recent en gebaseerd op meer gegevens en maakt het bijgevolg mogelijk om een toezicht uit te oefenen op alle bewoners en niet alleen op een steekproef. Als de kwaliteitsverslag tekortkomingen aan het licht brengt, kunnen sancties worden opgelegd aan de instellingen.

Op managementniveau is het belangrijk om te specificeren dat het quotum van gekwalificeerd verplegend personeel 50% moet zijn in residentiële zorg voor ouderen. Simpel gezegd betekent deze eis dat minstens de helft van het personeel van een verzorgingstehuis gekwalificeerd personeel moet zijn. Op het gebied van de verzorging zijn de vaklieden verplegers/verpleegsters voor bejaarden of verplegers/verpleegsters in de volksgezondheid. Verpleegassistenten voor bejaarden, verpleegassistenten en vergelijkbare assistenten zijn geen gekwalificeerde vaklieden in de zin van de verordening.



Een EHPAD (Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) is een rust- en verzorgingstehuis. Deze structuren richten zich tot de 60-plussers die dagelijks hulp en zorg behoeven. Of het nu om fysieke of mentale redenen is, gedeeltelijk of volledig afhankelijk van de hulp van een derde in de handelingen van het dagelijks leven, de iso-resource groep (GIR) van deze bewoners is meestal 1 of 2, soms 3. Het verlies aan autonomie is dus reëel en hoog. Kleine verliezen aan autonomie worden ontmoedigd door een mechanisme van niet-tussenkomst in de financiële hulp (APA).

Financieringen

Het is belangrijk om vanaf het begin de relatieve complexiteit van het model te onderstrepen, dat is gebaseerd op 3 afzonderlijke financieringen. Elke EHPAD krijgt een accommodatietarief, een afhankelijkheidstarief en een zorgtarief. Elk tarief vertegenwoordigt afzonderlijke inkomsten voor de structuur.

Het **accommodatietarief** dekt volledig de volgende diensten: hotelreceptie, catering, wasserij, animatie, algemene administratie. Dit tarief is niet gerelateerd aan de staat van afhankelijkheid van de bejaarde. Het is identiek voor alle bewoners van een zelfde instelling die hetzelfde niveau van comfort genieten en die op hetzelfde moment zijn binnengekomen. Om de accommodatie te financieren, zijn er twee hulpmiddelen, de APL (Aide Personnalisée au Logement) en de ASH (Aide Sociale à l'Hébergement). Het mediane tarief voor 2019 bedroeg bij benadering 2.000€ per maand.

Het **afhankelijkheidstarief** dekt alle bijstands- en toezichtsprestaties welke nodig zijn voor de uitvoering van de handelingen van het dagelijks leven. De coördinerende arts van de EHPAD evalueert de iso-middelengroep (GIR) van de bejaarde op basis van een nationaal raster van autonomie, gerontologie, iso-middelengroep (AGGIR). Het afhankelijkheidstarief wordt gefactureerd op basis van dit GIR-niveau. M.a.w., hoe afhankelijker de bejaarde, hoe hoger de kosten. Dit tarief kan door de overheid worden gecompenseerd door een gepersonaliseerde autonomietoelage (APA). Het mediane dagelijkse GIR-afhankelijkheidstarief bedroeg in 2019: 20,51€ voor GIR 1-2, 13,02€ voor GIR 3-4, 5,53€ voor GIR 5-6.

Het **zorgtarief** is ten laste van de Zorgverzekering. Het dekt o.a. de medische apparatuur, de kosten van het verplegend personeel. Dit tarief wordt dus niet gefactureerd aan de bejaarde. Het zorgtarief wordt bepaald door de "Pathos"-schaal (zie hieronder). Een algoritme meet voor alle pathologische conditieprofielparen deze die overeenstemt met de staat van de patiënt, de zorgniveaus die nodig zijn om de werkelijke behoeften te waarborgen. De financiering wordt berekend op basis van het globale zorgniveau van de instelling vermenigvuldigd met de accommodatiecapaciteit vermenigvuldigd met het bedrag.

Instrumenten om de behoeften aan gezondheidszorgen te bepalen en de kwaliteit te meten

In Frankrijk worden twee schalen gebruikt:

- een eerste voor de autonomie (AGGIR) ;
- een andere voor de pathologie (Pathos).

Het **AGGIR-raster** bestaat uit 17 rubrieken, variabelen genaamd, waaronder:

- 10 variabelen, met betrekking tot het verlies van fysieke en psychologische autonomie, worden als discriminerend beschouwd omdat enkel deze 10 variabelen worden gebruikt voor de berekening van de GIR;
- 7 andere variabelen als illustratief beschouwd omdat ze niet zijn opgenomen in de berekening van de GIR. Ze bieden nuttige informatie voor de opmaak van het bijstandsplan in het kader van de APA in thuiszorg.

De bejaarden in GIR 1, 2, 3, 4 komen in aanmerking voor de APA in thuiszorg of de APA in zorghuizen (dit zijn de zwaarste profielen). De bejaarden in GIR 5 en 6 komen niet in aanmerking voor de APA. Zij kunnen huishoudelijke hulp of bijstand aanvragen bij hun pensioenkas.

Het "**PATHOS**"-model laat het toe de zorgniveaus te evalueren die nodig zijn voor het beheer van polypathologie van de ouderen in instellingen. Het identificeert de pathologische toestand van de persoon op een thesaurus van 50 pathologische toestanden. Elke pathologische toestand wordt gekwalificeerd door een zorgprofiel of therapeutisch strategieprofiel, geselecteerd uit 12 mogelijke zorgprofielen die de "ernst" van de pathologie aangeven.

Daar een bepaalde pathologische toestand met slechts een beperkt aantal plausibele profielen overeenkomt, beschrijven 240 "paren pathologische toestand - profiel" alle klinische toestanden welke kunnen worden aangetroffen in de geriatrie. De paren pathologische toestand-profiel vertoond door een patiënt, rechtvaardigen de zorgniveaus nodig om de echte behoeften te waarborgen in acht resourceposities: arts, psychiater, verpleegkundige, revalidatie, psychotherapie, biologie, beeldvorming, apotheek. Het is vooral de coördinerende arts van de EHPAD die "PATHOS" gebruikt.



Financieringen (vervolg)

De gedeelde uitgaven in de dagprijzen

Affectation (recettes/dépenses)	Hébergement	Dépendance	Soins
Fournitures hôtelières	70%	30%	
Entretien (matériel, personnel)	70%	30%	
Blanchisserie	70%	30%	
Amortissements	70%	30%	
Agents de service pour blanchissage, nettoyage, portage des repas	70%	30%	
Aides soignants et AMP		30%	70%

Bron : Union confédérale CFDT des retraités

Personeel

Het Observatorium van de EHPAD's van het cabinet KPMG 2018 onderzocht de gemiddelde verdeling van de EHPAD- lasten: 65% zijn personeelskosten, 25% zijn vastgoedkosten, 10% betreffen de wasserij, medische prestaties, incontinentieproducten, verzekeringen, andere.

Volgens een EHPA-enquête uit 2015 zou de typische samenstelling de volgende gemiddelde omkaderingspercentage (TEM) geven (d.w.z. alle fte's in een rusthuis):

- minder dan 60 bedden TEM 0,59,
- tussen 60 en 69 bedden TEM 0,57,
- tussen 70 en 89 bedden TEM 0,54,
- meer dan 90 bedden TEM 0,59.

Richten we ons meer specifiek op verpleegassistenten en verpleegkundigen, dan daalt dit percentage naar +/- 0,3 (dus 1 zorgkundige voor 3 bedden).

Kwaliteit

In Frankrijk bestaat er een kwaliteitsaanpak gericht op het verbeteren van de werking en knowhow van een EHPAD rusthuisinstelling. De evaluaties bepalen de verlenging van de exploitatievergunningen van de inrichtingen door het Nationaal Agentschap voor de Evaluatie en kwaliteit van sociale en medisch-sociale instellingen en diensten (ANESM). Vanaf 2022 heeft de Hoge Autoriteit voor Gezondheid (HAS) de opdrachten van het ANESM overgenomen. Zo is de HAS in september 2019 begonnen met de co-constructie van het nieuwe evaluatiesysteem. Het kader, de evaluatiemethoden en het formaat van het evaluatieverslag worden in de loop van 2022 gepubliceerd.

De kwaliteitsaanpak in EHPAD-rusthuizen is gericht op het optimaliseren van de werking en knowhow van de instelling. Hij begeleidt de organisatie ervan en heeft tot doel de dienstverlening te verbeteren in functie van de verwachtingen van de bewoners en families. Hij stelt het personeel ook in staat om in betere omstandigheden te werken door:

- bevordering van het begrip 'tevredenheid van de bewoner': dit is een actieve en collectieve aanpak om de sterke punten te beheersen en de zwakke punten van de instelling te verminderen;
- bevordering van de ontwikkeling van het personeel: de kwaliteitsaanpak is gericht op de verbetering van de arbeidsomstandigheden van al het personeel van de instelling;
- integratie van een continu verbeteringsproces: het wordt uitgevoerd door middel van tevredenheidsenquêtes, interne en externe evaluaties, actieplannen, toezichtcomités;
- integratie van een interne en externe evaluatie in overeenstemming met de wettelijke verplichting (wet van 2 januari 2002): deze evaluaties bepalen de verlenging van de exploitatievergunningen van de instellingen;
- te kiezen voor certificering (ISO): de certificering volgens ISO 9001 wordt uitgereikt door het Franse agentschap voor kwaliteitsverbetering (AFAQ).

Voor Vlaanderen			
Voor Nederland			
Voor Duitsland			
Voor Frankrijk			

Op basis van de benchmark zien we rechtstreeks een significant verschil tussen het Vlaamse mechanisme en de andere landen opgenomen in deze benchmark.

Het is belangrijk om te benadrukken dat Vlaanderen grote veranderingen ondergaat omdat het de thuisondersteuning wil versterken (teneinde het gebruik van de rusthuizen voor "lichte" profielen te verminderen) en de kwaliteit wil versterken van de schaal (door het gebruik van BelRAI) die wordt gebruikt om het profiel en de financiering ervan te bepalen.

Daarom onthouden we dat het belangrijk is om te werken aan het gebruik van een schaal die beter aansluit bij de behoeften van de bejaarde en dat het helemaal "toegestaan" is om een financieel mechanisme te gebruiken op basis van het profiel van de bewoner en volgens het inkomen van de bewoners.

Belangrijke bevindingen:

- Ongeacht de meetschaal gekozen om de financiering te bepalen, moet rekening worden gehouden met de toereikendheid van de ter beschikking gestelde middelen en de behoeften van de bewoner.
- De vermeerdering van de omkadering is geen doel op zich, want kwantiteit staat niet gelijk met kwaliteit.

HOOFDSTUK IV : AANBEVELINGEN

INHOUDSTAFEL

1.	Inleiding	47
1.1.	Doel van het hoofdstuk	47
1.2.	Toegepaste methodologie	47
1.3.	Contextualisering	48
1.3.1.	Het veranderende imago van de huizen	48
1.3.2.	Verandering van het beroep, overeenstemming met de behoeften van de bejaarden	49
1.3.3.	Een voornaamste verwachting, een luisterend oor	49
1.3.4.	Beperkte financiële middelen	50
1.3.5.	Rijmt kwantiteit met kwaliteit?	50
2.	Overwogen aanbevelingen	52
2.1.	Inleiding	52
2.1.1.	Geïdentificeerde dimensies	52
2.1.2.	De interpretatiesleutel van de aanbevelingen	52
2.2.	Aanbevelingen	53
2.2.1.	Dimensie 1: externe samenwerking	53
2.2.2.	Dimensie 2: interne samenwerking	57
2.2.3.	Dimensie 3: administratieve last	61
2.2.4.	Dimensies 4-5-6: personeel van de rusthuizen	64
2.2.4.1.	Personeel (op korte termijn)	64
2.2.4.2.	Personeel (op middellange termijn)	67
2.2.4.3.	Personeel (op lang termijn)	72
2.2.5.	Dimensie 7: aantrekkingskracht	72
2.2.5.1.	Aantrekkingskracht van de rusthuizen	72
2.2.5.2.	Aantrekkingskracht van de sector ten voordele van de beroepsmensen	75
2.2.6.	Dimensie 8: vaardigheden	80
2.2.7.	Dimensie 9: schaal	82
2.3.	Tussentijds besluit	83
2.4.	Mogelijke evolutiescenario's	91
3.	Financiële draagkracht van Iriscare	92
3.1.	Identificatie van de onderconsumptie door projectie	92
3.2.	Identificatie van de financiële alternatieven	92

3.2.1.	Een sociaaleconomisch retrocessie-/nivelleringsmechanisme	92
3.2.2.	Een financiering gebaseerd op het inkomen van de persoon	93
3.2.3.	Een collectieve en solidaire financiering	94
3.2.4.	Openstelling van de wettelijke hypotheek voor de rusthuissector	94
3.2.5.	Herkwalificatie van de ziekenhuisbedden	95
3.2.6.	Interne herverdeling	95
3.2.7.	Een « multi-erkenning » -bed	96

1. Inleiding

1.1. Doel van het hoofdstuk

Dit hoofdstuk heeft tot doel de aanbevelingen voortvloeiend uit de studie over de herziening van de financieringsnormen voor rusthuizen (RH) en rust- en verzorgingstehuizen (RVT) in het Brussels Gewest voor te stellen. Deze aanbevelingen vormen mogelijke oplossingen die verder kunnen worden uitgediept volgens de behoeften van Iriscare.

Dit hoofdstuk gaat vergezeld van een Excel-bestand dat al deze aanbevelingen samenvat.

1.2. Toegepaste methodologie

Deze aanbevelingen zijn het resultaat van een werk dat is ontwikkeld in samenwerking met Iriscare en actoren uit de sector. Om dit werk tot een goed einde te brengen, werden drie kernactiviteiten gevoerd:

- analyse van de behoeften van de bejaarden en van de kwaliteitsfactoren. Een eerste deliverable was exclusief gewijd aan het **begrip kwaliteit** door zich te concentreren op:
 - o de vertaling van dit begrip door de bejaarden (wat zijn de terugkerende gebieden die door de bejaarden worden genoemd als zijnde sterk gerelateerd aan hun levenskwaliteit);
 - o factoren die de kwaliteit beïnvloeden.
- de samenstelling van een **vaardighedenmatrix**. Eens de behoeften van de bejaarden geïdentificeerd en de kwaliteitsfactoren bepaald, onderzochten we de geschiktheid ervan met de profielen van de beroepsmensen. Ongeveer dertig functies zijn opgenomen in een matrix die voor elk van deze functies aangeeft aan welke behoefte deze voldoet en welke kwaliteitsfactor deze beïnvloedt.
- de organisatie van acht **workshops** met de sector¹. Het doel van deze workshops was om een open discussie te voeren, een reflectie met de actoren uit de sector over specifieke thema's met betrekking tot de omkaderingsnormen en de behoeften van de bejaarden. Elke workshop stond in het teken van een thema en bracht 5 tot 15 actoren uit de sector samen.

Thema	De medische behoeften van de bejaarden	Datum	14/03/2022
	De globale begeleiding van de bejaarden		17/03/2022
	De behoeften van de rusthuizen (beheer)		22/03/2022
	De behoeften van de bejaarden		24/03/2022
	De paramedische behoeften van de rusthuizen		24/03/2022
	De kwaliteit binnen de rusthuizen		25/03/2022
	De geschiktheid van de behoeften met de profielen van beroepsmensen		29/03/2022
	Feedback en synthese van de workshops		21/03/2022

¹ De deelnemers aan deze workshops waren gevarieerd: coördinerend arts, directeur/trice rusthuis, paramedisch team (ergotherapeut, fysiotherapeut, logopedist, diëtist, enz.), verpleger/verpleegster, mantelzorg, maatschappelijk assistent(e), dementiereferent, ziekenkas, Koning Boudewijnstichting, VZW gewijd aan bejaarden, sociale partners, opleider/ster, enz.

Deze workshops werden afgesloten met een feedbackworkshop die vooral gericht was op het bespreken van de voorgestelde aanbevelingen.

Na afsluiten van de workshops en formuleren van de voorstellen voor aanbevelingen, werden deze onderworpen aan een uitwisseling met het Platform voor de Continue Verbetering van de Kwaliteit van Zorg en de Veiligheid van de Patiënten (*Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et la Sécurité des patients*, PAQS vzw). Het doel van deze uitwisseling was om de verschillende voorstellen voor aanbevelingen te valideren.


1.3. Contextualisering

Alvorens de verschillende aanbevelingen uit de doeken te doen, is het belangrijk om de context te schetsen waarin het onderzoek kadert. Deze context draait om de volgende vijf iconen:



1.3.1. Het veranderende imago van de huizen

Het imago van de rusthuizen evolueerde al voor de covidcrisis, maar de versnelling welke sinds de crisis is waargenomen, laat zien dat het huidige model buiten adem raakt. Deze vaststelling wordt zonder taboe gedeeld door de sector, die benadrukt dat de huidige situatie niet kan voortduren als we onze bejaarden in optimale omstandigheden zorg willen aanbieden. Dit betekent dat de medische, paramedische en maatschappelijk werkers zich ervan bewust zijn dat er een omwenteling broeit en dat het belangrijk is om de trein van de verandering niet te missen. Deze omwenteling zal moeten leiden tot meer gepersonaliseerde zorg, waarbij de bewoner een prominente plaats inneemt in de bekommernissen van alle werknemers (administratief, medisch en technisch).

 Denemarken is een inspiratiebron voor de bouw van een nieuw model. Sinds 1987 bouwt Denemarken geen rusthuizen meer. Ze hebben ervoor gekozen om zich te concentreren op investeringen in specifieke habitatten die zijn aangepast aan de bejaarde. In 1986 leefde in Denemarken 16% van de bevolking ouder dan 75 jaar in rusthuizen, tegenover 6% vandaag. Er moet ook worden opgemerkt dat 95% van de structuren openbaar is.

Het Deense alternatief, de "*ældreboliger*", bestaat uit een reeks flats zonder drempels, met liften, noodoproepknoppen in geval van probleem/valpartij, brede rolstoeltoegankelijke deuren, douches en badkuipen met handgrepen. enz. Zo integreren ze een hele infrastructuur die het dagelijks leven van mensen met beperkte mobiliteit vergemakkelijkt.

Bijvoorbeeld bestaan er in de stad Kopenhagen alleen al 4.400 alternatieven. De bewoners kunnen, als ze dat willen, toegang hebben tot vele diensten: medische zorg, huishoudelijke hulp, hulp bij het opstaan 's ochtends, bij het wassen, aankleden. De senioren kunnen hun eigen maaltijden bereiden of laten bezorgen, ze kunnen alleen of in gezelschap hun maaltijden benutten. Een team van professionals is beschikbaar om hen te helpen, maar ze

kunnen ook, als ze dat verkiezen, worden geholpen door een familielid. Het hoofddoel van dit type structuur is om de autonomie van de persoon te bevorderen door hem/haar zijn vrije wil te laten en hem/haar indien nodig toegang tot relevante diensten te garanderen.

Naast dit type structuur van "servicewoningen" bestaan er "residentiële servicegebieden". In Denemarken zijn deze gebieden (of "buurten") gebaseerd op zorg- en huisvestingsservicedistricten die tussen de 5.000 en 10.000 inwoners groeperen. Ze beschikken over een eigen zorgteam, een eigen budget en een eerstelijns servicecentrum dat accommodatie biedt gegroepeerd rond een plaatselijk geheel van zorgen en welzijnsdiensten. Het beheer van deze gebieden berust bij de gemeenten. Deze meervoudige tussenvormen van woningen, gebaseerd op het idee om een woning te associëren met aangepaste diensten, voldoen in wezen aan de behoeften van de bejaarden met een gemiddeld of zelfs aanzienlijk niveau van verlies aan autonomie.

In Denemarken is het de gemeente die verantwoordelijk is voor het bieden van huisvesting die aangepast is aan de bejaarde. De gemeente wijst u toe aan "*ældreboliger*" op basis van uw behoeften inzake woning. Dit betekent dat de gemeente de huisvesting moet toewijzen aan de burger die de woning het meest nodig heeft, ongeacht de rangschikking van de burger op de wachtlijst. De bewoner moet voor zijn part de huur van het appartement betalen, maar in geval van moeilijkheden bestaat er sociale bijstand.

Dit inspirerende model dat Denemarken is, vindt ook een bijzondere weerklank in de Tubbe-projecten (project van Scandinavische oorsprong) die gericht zijn op een meer humane en op de bewoner gecentreerde aanpak.

1.3.2. Verandering van het beroep, overeenstemming met de behoeften van de bejaarden

De werknemers meten al het effect van bepaalde veranderingen op de organisatie van hun dagelijkse werk. De evolutie van de bewonersprofielen wordt door de beroepsmensen heel vaak aangestipt als een niet te onderschatten inzet. Deze evolutie wordt weerspiegeld in steeds latere opnames, door patiënten met een steeds geavanceerder zorgprofiel, door steeds complexere polyopathieën die moeten worden bezorgd, door complexe sociale problemen, door steeds belangrijkere psychische stoornissen. Om zich te kunnen aanpassen aan de bejaarde en aan zijn/haar specifieke behoeften, moeten de professionals in de sector steeds geavanceerdere vaardigheden ontwikkelen.

1.3.3. Een voornaamste verwachting, een luisterend oor

Of het nu is via de geanalyseerde studies of via de feedback van de actoren (van de manager tot de coördinerende arts via de ergotherapeut), ze zijn het er allemaal over eens dat de eerste wens van de bejaarde is dat naar hem/haar wordt geluisterd en dat hij/zij bezig blijft. Aan de andere kant missen de professionals de tijd om aan deze behoefte te voldoen.

Deze vaststelling lijkt afschrikwekkend omdat geen enkele actor tijd heeft om te gaan zitten en naar hen te luisteren, hen te troosten, hen te begeleiden. De begeleiding van de bejaarde is de belangrijkste motivatie van de werknemers en deze motivatie wordt in gevaar gebracht omdat ze niet langer genoeg tijd hebben om zich aan de persoon te wijden.

1.3.4. *Beperkte financiële middelen*

Ondanks de enorme financiële behoeften die door de sector zijn geïdentificeerd en worden gevraagd, is de sector nuchter over het vermogen van Iriscare om extra middelen te vinden en de huidige regels op te schudden. Dit fatalisme weerhoudt de actoren op het terrein er niet van om zich betere dagen voor onze bejaarden voor te stellen.

1.3.5. *Rijmt kwantiteit met kwaliteit?*

Naast deze realiteit gekwantificeerd door het gebrek aan middelen en het gebrek aan financiële middelen, blijft het belangrijk om bepaalde punten op serene wijze te analyseren en de aandacht te vestigen op het feit dat "kwantiteit" niet altijd rijmt met "kwaliteit".

De studie « *Thinking beyond numbers : nursing staff and quality of care in nursing homes* » van Ramona Backhaus² werpt interessant en kritisch licht op bepaalde vooroordelen die ons soms te snel doen concluderen dat een toename van het personeelsbestand onverbiddeijk zal leiden tot betere zorg van de bejaarde.

Als onderdeel van zijn doctoraat wijst de auteur op de effecten van een toename van het verplegend personeel op de kwaliteit van de zorg. Hoewel ze toegeeft dat het moeilijk is om op ontegensprekelijke wijze te concluderen, benadrukt ze bepaalde elementen:

- *Er is geen bewijs van verband tussen de toename van het aantal verpleegsters en de kwaliteit van de zorg.* Er werd geen consistent bewijs gevonden dat een toename van het verplegend personeel direct bijdroeg aan een betere kwaliteit van leven voor de bejaarde. Aan de andere kant geeft ze echter aan dat bepaalde positieve indicaties worden gesuggereerd;
- *Het belang van de werkomgeving.* De resultaten laten zien dat door te focussen op de kwantiteit van de verpleegkundige zorg, de levenskwaliteit in de rusthuizen niet beter wordt. Integendeel moet rekening worden gehouden met de "kwaliteit van het team", omdat de resultaten suggereren dat het klimaat binnen het team een belangrijke factor kan zijn om te overwegen wanneer men probeert de kwaliteit van de zorg te verbeteren;
- *De multidisciplinariteit.* Ze benadrukt ook het belang om meer aandacht te schenken aan deze transversale vaardigheden die zouden kunnen leiden tot verbeteringen in de verzorging in rusthuis. Zo zou bijvoorbeeld het toestaan aan de verpleegkundige(n) om contacten te leggen tussen de bewoners van het verzorgingstehuis, de familieleden en het multidisciplinair personeel van het verzorgingstehuis kunnen leiden tot een betere samenwerking en beter op de persoon gecentreerde zorgen
- *De lenigheid.* Daarnaast acht de auteur het wenselijk dat de overheid lokale initiatieven stimuleert waarbij de rusthuisorganisaties experimenteren met een nieuwe mix van personeelsleden of meer gedifferentieerde personeelsrollen.

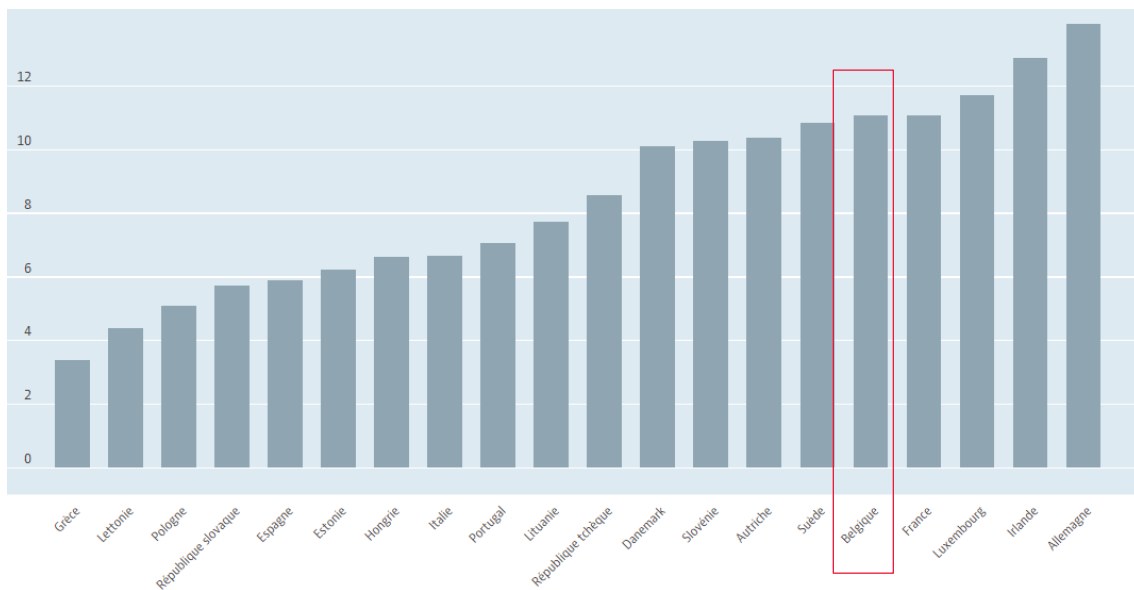
De kwestie van de toename en het aantal benodigde personeelsleden blijft een netelige kwestie als we kijken naar de aanwervingsproblemen waarover de sector klaagt.

² Ramona Backhaus. (2017). « Thinking beyond numbers: nursing staff and quality of care in nursing homes », Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice 15(5).

Om deze moeilijkheid te objectiveren, laten we melden dat op de lijst van knelpuntberoepen (beroepen waarvoor er niet genoeg kandidaten zijn) die in oktober 2021 is gepubliceerd³, de volgende beroepen terug te vinden zijn: koks, verpleegkundigen, sociale wetenschappen, ergotherapie, logopedie en fysiotherapie. Deze beroepen zijn niettemin essentieel voor het goed functioneren van een rusthuis.

Het is ook belangrijk om te onthouden dat België, in vergelijking met andere Europese landen, tot de koplopers behoort wat betreft het aantal verpleegkundigen per 1.000 inwoners.

Afbeelding 1: Totaal aantal verpleegkundigen, per 1.000 inwoners (2019)



Bron : OCDE⁴.

Deze OESO-grafiek duidt op de verpleegkundigen, gedefinieerd als "alle 'praktiserende' verpleegkundigen die rechtstreeks gezondheidsdiensten verlenen, inclusief de zelfstandige verpleegkundigen"⁵.

³ Actiris.brussels. Franstalige lijst van studies die voorbereiden op een beroep waarvoor een aanzienlijk tekort aan arbeidskrachten bestaat. <https://bx1.be/wp-content/uploads/2021/07/liste-francophone-des-etudes-qui-preparent-a-un-metier-en-penurie-h-82A2D4621.pdf>

⁴ OESO. Gegevens. Verpleegkundigen. <https://data.oecd.org/fr/healthres/infirmiers.htm>

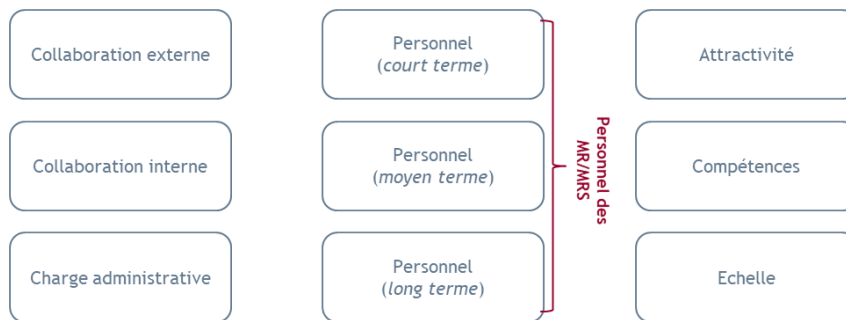
⁵ *Ibidem*.

2. Overwogen aanbevelingen

2.1. Inleiding

2.1.1. Geïdentificeerde dimensies

De acht workshops georganiseerd met de actoren uit de sector hebben ons ertoe gebracht de aanbevelingen te structureren volgens de negen dimensies opgenomen in onderstaand diagram:



1. Externe samenwerking: verwijst naar de samenwerkingen van het rusthuis met zijn externe omgeving;
2. Interne samenwerking: verwijst naar de samenwerkingen binnen het rusthuis zelf, tussen teams en beroepsmensen;
3. Administratieve last: verwijst naar de verplichting van de instelling om een reeks administratieve informatie te verstrekken over zijn activiteiten en de daarmee verband houdende werklast;
4. Personeel: verwijst naar het intern personeel in de rusthuizen. Er is een onderscheid gemaakt tussen korte, middellange en lange termijn, met het oog op het voorstellen van verschillende oplossingen, afhankelijk van de weerhouden doorlooptijd;
5. Aantrekkelijkheid: verwijst naar het vermogen van de rusthuizen om een aantrekkingskracht uit te oefenen op de bejaarden enerzijds en op de beroepsmensen anderzijds;
6. Vaardigheden: verwijst naar de diepgaande kennis van de beroepsmensen uit de sector en de opleidingsbehoeften;
7. Schalen: verwijst naar de beoordelingsschalen voor het analyseren van de gezondheidstoestand en behoeften van de bejaarde.

2.1.2. De interpretatiesleutel van de aanbevelingen

Alle aanbevelingen worden gepresenteerd in de volgende sectie. Deze zijn gestructureerd volgens de negen dimensies die hierboven zijn uitgelegd.

Elke aanbeveling is op dezelfde manier gestructureerd: presentatie van de vaststelling, overwogen aanbeveling. Ze gaat ook vergezeld van twee tabellen:

- een eerste is gewijd aan de operationele implementatie van de aanbeveling. De bedoeling is om te identificeren: het belang van de sector voor de aanbeveling, een schatting van de kosten van de implementatie ervan volgens de huidige barema's met een anciënniteit van 6 jaar (we specificeren ook de IFIC toeslag volgens de schattingen uitgevoerd in de IFIC-salarisstudie van 18/5/2021), de verantwoordelijke actor en de

geschatte uitvoeringstermijn (korte termijn 1 tot 2 jaar, middellange termijn 3 tot 5 jaar of lange termijn meer dan 5 jaar).

- een tweede is gewijd aan de kwaliteitsfactoren. Deze omvat de vier belangrijkste factoren: omkadering, zorgen, infrastructuren en sociale contacten. Voor elke overwogen aanbeveling, geven we de kwaliteitsfactor aan die positief kan worden beïnvloed door de implementatie ervan.

We identificeren ook aanbevelingen die door de sector als prioriteiten zijn aangemerkt. Deze laatste worden geïdentificeerd met behulp van het volgende pictogram: ★

Er moet ook worden opgemerkt dat sommige aanbevelingen met elkaar samenhangen. De banden tussen de aanbevelingen werden geïdentificeerd m.b.v. het volgende pictogram: ↗

2.2. Aanbevelingen

2.2.1. Dimensie 1: externe samenwerking

- **Aanbeveling 1** : De coördinatie binnen de sector versterken, het opereren in silo vermijden.
- **Aanbeveling 2** : Een aangepaste en geharmoniseerde IT-tool bedenken, die een transversale communicatie tussen gezondheidswerkers (behandelende artsen, rusthuizen en ziekenhuizen) mogelijk maakt.
- **Aanbeveling 3**: De opname in het rusthuis anticiperen.

Aanbeveling 1 : De coördinatie binnen de sector versterken, het opereren in silo vermijden.

Deze behoefte aan coördinatie binnen de sector laat zich op twee niveaus voelen:

- dat van de gezondheidszorgen, en meer specifiek tussen de rusthuizen, de ziekenhuizen en de behandelende artsen. Een verzuiling van de actoren wordt regelmatig vastgesteld terwijl de behoefte aan langdurige zorg toeneemt. Multidisciplinariteit, communicatie en informatie-uitwisseling moeten ook worden aangemoedigd. Ondanks het bestaan van een "administratief"⁶ verband tussen het rusthuis en het ziekenhuis, toont de realiteit regelmatig een gebrek aan samenwerking tussen de structuren.
- dat van de wijken. De sociale verankering van deze woonruimtes blijft een inzet, het rusthuis is niet bedoeld om op zichzelf gesloten te blijven maar meer om open te staan naar buiten. Daartoe is het essentieel om de rusthuizen in de wijken te verankeren. Concreet kan dit worden geïmplementeerd door middel van de volgende concrete activiteiten:
 - het verhogen van de uitstappen van de bewoners (deelname aan externe evenementen);
 - het vergroten van de wijkactiviteiten in de rusthuizen (deelname aan het lokale culturele leven in het rusthuis) ;
 - de mogelijkheid onderzoeken om een netwerk op te zetten van beroepsmensen die zorg verlenen binnen een specifieke wijk (bundeling van expertise tussen rusthuizen in dezelfde wijk).

⁶ In het kader van de naleving van de regelgeving van toepassing op rusthuizen

Operationele implementatie (<i>gezondheidszorgen</i>)	
Belang van de sector	De sector steunt deze aanbeveling. Hij wijst er echter op dat het personeel geen tijd heeft om te netwerken.
Geraamde kost	<p>Geraamde kost: 23 miljoen per jaar om de behoeften van de bejaarde te coördineren en in te schatten.</p> <p>Om deze kost te ramen, baseren we ons op de realiteit van de Duitstalige Gemeenschap. In de Duitstalige Gemeenschap beschikt de dienst "Zelfbepaald Leven" over een begeleidingsteam van 25 fte's. De belangrijkste taken zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - informatie, advies en oriëntering van bijstandbehoevende personen; - planning van de bijstand en coördinatie van de diensten voor de mensen; - samenwerking tussen de aanbieders. <p>Deze dienst is belast met alle richtingen (thuis en residentieel). Als we kijken naar de 25 operationele fte's van de dienst oriëntering in de Duitstalige Gemeenschap, die ongeveer 800 bedden beslaat, dan komen we uit op een ratio van ongeveer 32 bedden per fte. Als we een regel van drie toepassen op basis van de 11.500 bedden in Brussel, geeft dat 360 fte's. Als we uitgaan van een uitgave van 63.000€⁷/per fte zou het totale budget 22.680.000€ bedragen.</p> <p>Dit budget lijkt aanzienlijk voor Iriscare. Als we de methode terugbrengen tot een voorstel van 1 fte die verantwoordelijk is voor het beoordelen van de behoeften van de bejaarden en het netwerken van het RH/RVT met externe actoren per 100 bedden, kunnen we deze kosten ramen op 7.245.000€ per jaar.</p>
Verantwoordelijke actor	Iriscare kan een rol spelen in het coördineren van de zorgen in de rusthuizen, samenwerking met de Franse Gemeenschapscommissie (Cocof) is onontbeerlijk (de coördinatiediensten worden momenteel door de Cocof gefinancierd). Zonder Iriscare zou deze opdracht kunnen worden toevertrouwd aan en versterkt tot aan de bestaande coördinatiediensten.
Uitvoeringstermijn	MLT

Operationele implementatie (<i>opening op de wijk</i>)	
Belang van de sector	De sector steunt deze aanbeveling. Hij benadrukt dat naast de medische kant de verankering van het rusthuis in het dagelijks leven van de wijken essentieel is. Hij merkt echter op dat deze opening op de wijken extra omkaderingspersoneel vereist.
Kost	- Actief deelnemen aan het Geïntegreerd welzijns- en gezondheidsplan (GWGP) en aan de implementatie ervan om de

⁷ D.i. het huidige geïndexeerde barema van een gediplomeerde in paramedische zorgen met een anciënniteit van 6 jaar, zonder rekening te houden met de IFIC toeslag van +/- 6%

	<p>integratie van de rusthuizen in het hart van het project te waarborgen.</p> <p>Geraamde kost: 0€</p> <ul style="list-style-type: none"> - De erkenningsnormen wijzigen door verduidelijkingen en uitwisselingsmodaliteiten tussen de rusthuizen en de lokale actoren (thuishulpdienst - thuiszorg) alsook samenwerkingsovereenkomsten met nabijgelegen ziekenhuizen te eisen. <p>Geraamde kost: 0€</p> <ul style="list-style-type: none"> - De implementatie bevorderen van een netwerk van beroepsmensen in de wijken. Het gaat om het verwerven, inrichten en uitrusten van een "medische bus" om mobiele consultatie in rusthuizen mogelijk te maken (het opzetten van een mobiel team). <p>Geraamde kost: Onbekend. Een eerste raming van 500.000€ kan al worden gemaakt om de investering, de ontwikkeling en de kosten van het personeel (chauffeur, assistent-verpleegkundige, arts) te dekken</p>
Verantwoordelijke actor	Iriscare, in samenwerking met de sociale actoren
Uitvoeringstermijn	KT (pilotproject van de mobiele consultaties) MLT (grondgebied en normen)

Kwaliteitsfactoren			
Omkadering	Zorgen	Infrastructuren	Sociale contacten
	X		X

Aanbeveling 2 : Een aangepaste en geharmoniseerde IT-tool bedenken, die een transversale communicatie tussen gezondheidswerkers (behandelende artsen, rusthuizen en ziekenhuizen) mogelijk maakt.

De computersoftware van de rusthuizen, waar alle informatie met betrekking tot de bewoners (medische gegevens en wensen) wordt opgeslagen, is niet compatibel met de dossiers van de huisartsen die hun patiënten in de instellingen komen opvolgen:

- de huisarts beschikt voor zijn patiënt over een geautomatiseerd dossier via een door het RIZIV gelabelde software;
- de rusthuizen beschikken over privésoftware, die niet onderhevig is aan specifieke beperkingen, maar die het niet toelaat om een koppeling tot stand te brengen met het elektronisch medisch dossier van de patiënt.

De implementatie van een gedeeld instrument om te zorgen voor een grotere effectiviteit van de medische opvolging op het vlak van communicatie moet worden onderzocht. Dit vereist op zijn minst een afstemming van twee bestuursniveaus: het gewestelijke niveau (privésoftware van de rusthuizen) en het federale niveau (door het RIZIV gelabelde software).

Operationele implementatie	
Belang van de sector	De sector steunt deze aanbeveling. Hij stelt voor om ook in een continuüm met de ziekenhuizen over deze tool na te denken.

Kost	Geraamde kost: 0€. Aan de andere kant bestaat het risico dat de ontwikkelingskosten van de particuliere operatoren worden doorberekend aan de rusthuizen.
Verantwoordelijke actor	Iriscare, FBHAV, Brussels Gezondheidsnetwerk
Uitvoeringstermijn	MLT

Kwaliteitsfactoren			
Omkadering	Zorgen	Infrastructuren	Sociale contacten
	X		

Aanbeveling 3 : De opname in het rusthuis anticiperen.

De opname in een rusthuis is "een keerpunt in het leven van de bejaarde, vaak een ingrijpende verandering, soms een trauma"⁸. De beroepsmensen belast met het begeleiden van deze verandering merken eerder dat de bejaarden weinig voorbereid zijn. De opname in het rusthuis volgt vaak op een triggerende gebeurtenis, die een snelle opname in een instelling vereist. Het vermogen om te anticiperen, voor de bejaarde en zijn/haar entourage, vereist een passende begeleiding. Hier benadrukken we het belang van:

- *stroomopwaarts van de opname in het rusthuis*: beter anticiperen op de achteruitgang en de kwetsbaarheid van de bejaarde wanneer hij/zij thuis blijft. Dit kan door tools zoals het Individueel Zorgplan (IZP) ;
- *op het ogenblik van de opname in het rusthuis*: acties ondernemen om de overgang van de ene verblijfplaats naar de andere te vergemakkelijken. Voorbeelden hiervan zijn: het systematisch betrekken van de bejaarde bij de keuze van de structuur, het organiseren van een bezoek aan het rusthuis om de persoon en zijn/haar gezin voor te bereiden, het organiseren van een voorbezoek thuis om het opnamedossier samen te stellen en het presenteren van de werking van de structuur, enz.
- *eens de opname in het rusthuis achter de rug is*: acties ondernemen om de integratie te vergemakkelijken. Voorbeelden hiervan zijn: het valoriseren van de plaats van de familie in de instelling, het bevorderen van de aanpassing in de structuur door het aanwijzen van een "peter of meter" onder de beroepsmensen, enz.

Het is ook de bedoeling :

- de rol en de middelen van de beroepsmensen belast met het oriënteren van de bejaarden te versterken;
- een bijzondere aandacht te besteden aan de overeenstemming van het profiel van de bejaarde, zijn/haar behoeften met de structuur;
- de medische begeleiding op het ogenblik van de opname in het rusthuis te verbeteren.

⁸ Donnio, Isabelle. (2005). « L'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes », *Gérontologie et société*, vol. 28/112, no. 1, pp. 73-92.

Operationele implementatie	
Belang van de sector	De sector steunt deze aanbeveling. Niettemin maakt hij een voorbehoud aangaande het versterken van de medische beoordeling uitgevoerd bij de opname in het rusthuis. Er moet er voor worden gezorgd dat er geen te streng selectieproces stroomopwaarts ontstaat.
Kost	<ul style="list-style-type: none"> - Een "BelRai Screener" pilootproject opzetten op het ogenblik van de opname van de bewoners. Voorstel om binnen Iriscare een projectteam op te zetten dat belast zou zijn met de beoordeling van de persoon bij de opname. Geraamde kost: 300.000 is voorgesteld door de administratie voor 2023 - Een medische consultatie opleggen voor de uitvoering van een volledige medische check-up Geraamde kost: 0€ (ten laste van het RIZIV en van de bewoner) - Opzetten van een pilootproject <i>Individueel Zorgplan (IZP)</i> geïnspireerd op het Waalse model (<i>Plan de Soins Personnalisé et Anticipé</i>). Dit zorgplan kan worden uitgevoerd in het ziekenhuis (naar aanleiding van een kort verblijf), in het rusthuis (wanneer de bewoner er klaar voor is) of thuis. Het doel is om maximaal te anticiperen. Het plan thuis uitvoeren, in goede omstandigheden, lijkt de ideale situatie te zijn. Geraamde kost: onbekend - De behoefte van de bejaarde coördineren en evalueren. Geraamde kost: 22.680.000€ (globaal) of 7.245.000€ (RH). (↗ <i>Link met aanbeveling 1 « de coördinatie binnen de sector versterken »</i>)
Verantwoordelijke actor	Iriscare
Uitvoeringstermijn	KT (lancering van pilootprojecten en raadpleging) MLT (coördinatie en evaluatie)

Kwaliteitsfactoren			
Omkadering	Zorgen	Infrastructuren	Sociale contacten
X	X		X

2.2.2. Dimensie 2: interne samenwerking

- **Aanbeveling 1** : De momenten van uitwisseling tussen de beroepsmensen van hetzelfde rusthuis systematiseren en structureren (met het oog op multidisciplinariteit). ★
- **Aanbeveling 2** : De functies binnen de rusthuizen verduidelijken.
- **Aanbeveling 3** : De rol, de opdrachten en het statuut van de coördinerende arts herzien en herwaarderen.

Aanbeveling 1 : De momenten van uitwisseling tussen de beroepsmensen van hetzelfde rusthuis systematiseren en structureren (met het oog op multidisciplinariteit). ★

Zoals in de verordening is aangegeven, organiseren de rusthuizen multidisciplinaire vergaderingen. In de praktijk ondervinden sommige structuren moeilijkheden bij de uitvoering ervan (absenteïsme van het personeel, onderbreking van de activiteit, gebrek aan tijd of aan beschikbare beroepsmensen, enz.). Deze vergaderingen zijn niettemin van essentieel belang, ze maken het o.a. mogelijk:

- het welzijn van de bewoners te waarborgen,
- het verlies aan autonomie te voorkomen;
- de bewoner centraal te stellen in de reflectie;
- de interdisciplinaire samenwerkingen te bevorderen binnen de structuur zelf;
- een transversale en coherente ondersteuning te verzekeren via gecentraliseerde informatie.

Het is bijgevolg aan te raden om deze momenten van uitwisseling meer te systematiseren en te structureren, en dit, op drie niveaus:



- *Als voorbereiding op de vergadering:* een interne persoon aanstellen verantwoordelijk voor de voorbereiding en opvolging van deze vergaderingen (een referent), de meningen verzamelen van de bewoner/familie/behandelend arts (indien nodig), de agenda van de vergadering stroomopwaarts vastleggen: van welke bewoners zal de situatie worden besproken? Dit ook met het doel over het volledige dossier van de betrokkenen te beschikken;
- *Tijdens de vergadering:* een tijdstip vaststellen om deze vergaderingen te houden dat past met de planning van de zorgen en activiteiten, zodat zoveel mogelijk beroepsmensen aanwezig zijn, alle beroepsmensen van het rusthuis betrekken (en niet alleen het verplegend personeel), een typisch verloop definiëren o.a. door de reden voor de institutionalisering van de persoon op te nemen, alsook de reden voor het bespreken ervan;
- *In het verlengde van de vergadering:* zorgen voor de follow-up, op het terrein, van deze multidisciplinaire vergaderingen, (indien nodig) referenten definiëren voor de implementatie van de besloten acties, een deadline vaststellen, de doeltreffendheid en efficiëntie van de uitgevoerde acties bepalen.

Een aandachtspunt moet ook worden gemaakt van de aard gegeven aan deze vergaderingen. Tegenwoordig beschouwd als uren opleiding, er wordt een discussie georganiseerd om deze niet langer als dusdanig te beschouwen. Er bestaat inderdaad een debat tussen het management en de actoren op het terrein waarin de eerste uitdrukt dat het wel degelijk opleiding is, terwijl het terrein tijdens coördinatievergaderingen de nadruk legt op het individuele karakter van het levensproject van de bewoner en dit niet beschouwt als een opleiding voor het personeel.

Operationele implementatie	
Belang van de sector	De sector steunt deze aanbeveling, maar benadrukt dat het geen prioriteit is omdat deze vergaderingen al in de meeste rusthuizen worden uitgevoerd. Het gebrek aan personeel is de belangrijkste oorzaak van het disfunctioneren ervan.

	Het multidisciplinaire belang wordt benadrukt door het terrein en door verschillende studies (cf. rijmt kwantiteit met kwaliteit?).
Kost	<ul style="list-style-type: none"> - Het houden van de coördinatievergaderingen eisen Geraamde kost: 0€ - Een multidisciplinaire coördinator financieren in elk rusthuis. Deze coördinator zou over een paramedisch diploma moeten beschikken en, indien mogelijk, een gespecialiseerde opvoeder zijn. (Link ↗ met de aanbeveling « De professionele profielen diversifiëren »). Geraamde kost: 8.379.000€. <p>Twee voorstellen moeten worden onderzocht:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Voorstel 1: Per structuur een coördinator voorzien (1 fte). Dit is 133⁹ structuren (tijdens de referentieperiode 2020-2021) vermenigvuldigd met 63.000€¹⁰ = 8.379.000€. ○ Voorstel 2 : 0,5 fte coördinator voorzien per 30 bedden. Dit is 190 fte's voor 11.500 bedden = 12.075.000€.
Verantwoordelijke actor	Iriscare
Uitvoeringstermijn	KT

Kwaliteitsfactoren			
Omkadering	Zorgen	Infrastructuren	Sociale contacten
	X		

Aanbeveling 2 : De functies binnen de rusthuizen verduidelijken.

Talrijke functies bestaan naast elkaar binnen de rusthuizen en de rollen en verantwoordelijkheden van sommige variëren afhankelijk van de infrastructuur. Om transparantie te verkrijgen, zowel ten opzichte van de beroepsmensen, van de bejaarden als van de studenten, wordt voorgesteld om de rollen en verantwoordelijkheden van elk van hen te informeren, te specificeren en te verduidelijken.

Bovenop de doelstelling van transparantie en communicatie heeft deze verduidelijking tot doel:

- het bevorderen van de activiteit van de verpleegkundige(n) op taken die expliciet verband houden met hun functie. Voor de andere taken kunnen zorgkundigen tussenkomen en het tekort opvangen;
- de praktijken binnen de sector te harmoniseren, zonder deze te vergrendelen.

Concreet kan deze verduidelijking worden gedaan via onderstaande activiteiten:

- op de website van Iriscare de profielen specificeren aanwezig in de rusthuizen samen met hun functie;
- de transversale communicatie versterken over de rollen van elke professional (tijdens de coördinatievergaderingen, bij de presentatie van de instellingen, enz.)

⁹ Dit is het geschatte aantal structuren in de referentieperiode 2020-2021

¹⁰ Dit is het huidige geïndexeerde barema van de reactivering van het personeel met een anciënniteit van 6 jaar, buiten de IFIC-toeslag van +/-6%.

Opgemerkt moet worden dat deze verduidelijking wordt aanbevolen met het oog op transparantie, communicatie, aantrekkelijkheid van de sector en niet bedoeld is om beroepsmensen definitief te binden aan specifieke taken. Het gebrek aan personeel binnen de rusthuizen creëert solidariteit tussen de beroepsmensen die voor sommigen taken uitvoeren die niet direct binnen hun functie passen. Deze aanbeveling is geenszins bedoeld om dit solidariteitsmechanisme af te schaffen.

Operationele implementatie	
Belang van de sector	De sector maakt voorbehouden bij deze aanbeveling. Zij zijn het ermee eens dat het belangrijk is te benadrukken dat deze verduidelijking wordt aanbevolen met het oog op transparantie, communicatie, aantrekkelijkheid van de sector en niet bedoeld is om beroepsmensen definitief te binden aan specifieke taken.
Kost	Werken aan het beheer van de human resources (functieomschrijving, functieprofiel, organigram, samenwerkingsprocedure, etc.) en transversale communicatie. Geraamde kost: 0€
Verantwoordelijke actor	Iriscare
Uitvoeringstermijn	KT

Kwaliteitsfactoren			
Omkadering	Zorgen	Infrastructuren	Sociale contacten
X	X		

Aanbeveling 3 : De rol, de opdrachten en het statuut van de coördinerende arts herzien en herwaarderen.

De coördinerend arts heeft een sleutelrol binnen de rusthuizen en de sanitaire crisis heeft dit bevestigd. Aan de andere kant zou het wenselijk zijn zijn rol, zijn opdrachten en zijn statuut te herzien en te herwaarderen.

Vandaag kan het attest dat toegang geeft tot de functie van coördinerend arts verkregen worden na "een opleidingscyclus te hebben gevolgd van minstens 24 uren gespreid over maximum twee jaren, en die is erkend door de FOD Volksgezondheid."¹¹. De taken van de coördinerend arts zijn vastgelegd in het besluit houdende vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis¹².

Opgemerkt wordt dat:

- de coördinerend arts onvoldoende geïntegreerd is in het globale project van de instelling;
- de financiering van de coördinerend arts niet gelijk is aan het uurtarief van zijn artsenpraktijk (impact op de aantrekkingskracht van de functie) ;

¹¹ 9 MAART 2014. – Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 21 september 2004 houdende de vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis, als centrum voor dagverzorging of als centrum voor niet-aangeboren hersenletsels.

¹² 9 MAART 2014. - Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 21 september 2004 houdende vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis, als centrum voor dagverzorging of als centrum voor niet aangeboren hersenletsels.

- de opleiding van de coördinerend arts niet gefinancierd wordt op het Brussels grondgebied. De financiering van de opleiding van de Franstalige coördinerende artsen wordt verzekerd door de Waalse begroting.

Operationele implementatie	
Belang van de sector	De sector benadrukt dat deze aanbeveling geen prioriteit is gezien de beperkte financiële middelen en de huidige context van de rusthuizen (gebrek aan intern personeel). Hij wijst er echter op dat de coördinerend arts heel weinig tijd heeft in het rusthuis en dat het beschikken over een gemotiveerde coördinerende arts in elk rusthuis ook een probleem is.
Kost	<ul style="list-style-type: none"> - De vergoedingen van de coördinerende arts verhogen (optie 1) Het aantal uren per week en per bewoner verhogen, in dit voorstel gaat het om een verdubbeling van de uitgaven van het F-forfait (optie 2). Geraamde kost: 1.000.000€ - Financiering van alle RH-plaatsen voor de activiteit van de coördinerende arts (balanceren van de RH-RVT-normen) Geraamde kost: 900.000€ - Opleidingen organiseren voor de coördinerende artsen in Brussel Geraamde kost: nader te bepalen
Verantwoordelijke actor	Iriscare (en Aviq in het kader van de opleidingen in Brussel)
Uitvoeringstermijn	KT

Kwaliteitsfactoren			
Omkadering	Zorgen	Infrastructuren	Sociale contacten
	X		

2.2.3. Dimensie 3: administratieve last

- **Aanbeveling 1** : De administratieve last verlichten.
- **Aanbeveling 2** : De controle over de rusthuizen bedenken in een logica van partnerschap en samenwerking. ★

Aanbeveling 1 : De administratieve last verlichten.

Alle actoren in de sector zijn het er over eens dat de administratieve last binnen de rusthuizen te hoog is, het zorgpersoneel wordt vaak overbelast door administratieve taken. Deze last wordt door de beroepsmensen uit de sector geschat op 30% van hun werklast. Deze administratieve last heeft een grote impact: hij beperkt de tijd die beroepsmensen kunnen besteden aan de bewoners.

Bijgevolg wordt voorgesteld mechanismen te ontwikkelen om de administratieve last te verlichten en zo het verplegend personeel te ontlasten. In dit stadium zijn verschillende denkpijpen besproken en onderzocht:

- een systeem ontwikkelen om de erkennings- en controleprocessen binnen de rusthuizen te vereenvoudigen;
- onderzoek voeren naar de implementatie en financiering van een ondersteuning bij het beheer van de administratieve taken (al dan niet gecentraliseerde ondersteuning);
- werken aan de computeromgeving van de rusthuizen.

Operationele implementatie	
Belang van de sector	De verwachtingen van de sector zijn hoog omdat het administratieve beheer steeds meer tijd inneemt en een echte financiële beperking wordt voor de kleine structuren.
Kost	<ul style="list-style-type: none"> - Werken aan het dematerialiseren van het erkennings- en controleproces om de overdracht van gegevens tussen de structuren en Iriscare mogelijk te maken. Geraamde kost: nader te bepalen. Dit luik is al begroot als onderdeel van de werken van IrisBox. - Een medische secretaresse financieren in elke instelling om het werk van het terreinpersoneel te verlichten Geraamde kost: 8.379.000€. Of één fte per structuur, 133 structuren voor de referentieperiode, vermenigvuldigd met 63.000€¹³ - Een elektronische facturatiesoftware ontwikkelen gemeenschappelijk aan de rusthuizen. Geraamde kost: Onbekend.
Verantwoordelijke actor	Iriscare
Uitvoeringstermijn	KT (medische secretaresse) MLT (dematerialiseren en uniek facturatiesoftware)

Kwaliteitsfactoren			
Omkadering	Zorgen	Infrastructuren	Sociale contacten
	X		X

Aanbeveling 2 : De controle over de rusthuizen bedenken in een logica van partnerschap en samenwerking. ★

De actoren van de sector identificeren disfuncties in de controles uitgevoerd door de diensten van het College verzameld binnen de rusthuizen. De controle focust op technische aspecten, waarbij details/onbeduidende zaken worden benadrukt. De verslagen worden binnen zeer lange tijd naar de rusthuizen overgemaakt, maar de rusthuizen worden gedwongen om heel snel erop te antwoorden. Ze brengen overbelasting teweeg, extra procedures die wegen op de structuren en vooral op die van kleinere grootte.

Dit is de reden waarom wordt aanbevolen om de controle van de rusthuizen niet uit te voeren in een logica van strikte controle, maar meer in termen van partnerschap en samenwerking. Deze logica van samenwerking omvat namelijk:

¹³ Dit is het huidige geïndexeerde barema van een gediplomeerde in paramedische zorgen met een anciënniteit van 6 jaar, zonder rekening te houden met de IFIC toeslag van +/- 6%.

- de opleiding van de inspecteurs. De inspecteurs moeten een minimale kennis hebben van de werking van de rusthuizen, kennis van het veld (met implementatie van een stageperiode op het terrein indien nodig);
- controle over tot op heden weinig opvallende elementen die niet worden gecontroleerd: het welzijn van de bewoner, zijn/haar tevredenheid, het vervullen van zijn/haar behoeften, de voldoening van zijn/haar naasten, enz.;
- meer gerichte controles binnen de instellingen waar bewezen disfuncties worden waargenomen;
- een herziening van de controle in een dynamiek van coaching, uitwisseling van goede praktijken, feedback.

De komende institutionele veranderingen op het gebied van controle, van de vaardigheden van de Diensten van het College bij Iriscare zijn een kans om na te denken en een benadering van begeleiding en ondersteuning te implementeren om rusthuizen te ontlasten en hen in staat te stellen zich volledig te wijden aan de bejaarden.

Operationele implementatie	
Belang van de sector	De sector steunt deze aanbeveling, die tot doel heeft om af te stappen van de logica van controle ten gunste van begeleiding en ondersteuning om tijd vrij te maken voor de beroepsmensen om zich te focussen op hun bewoners. Aan de andere kant is de sector sceptisch over hoe de weinig opvallende maar essentiële aspecten te beheersen.
Kost	<ul style="list-style-type: none"> - De dynamiek van de controles veranderen door ook een partnerschapslogica tussen Iriscare en de rusthuizen te integreren. De overname van de controledienst door Iriscare biedt een kans voor verandering. Geraamde kost: 0€ - de controle combineren met een logica van eerstelijnsadvies voor de rusthuizen. Geraamde kost: nader te bepalen (of zie CE.R1.1) - een structuur opzetten die zich toelegt op de begeleiding van de rusthuizen. Nogmaals, we gebruiken het voorbeeld van de structuur die aanwezig is in de Duitstalige gemeenschap om de globale kosten te ramen. Er is een cel die bestaat uit 7 fte's, deze is verantwoordelijk voor taken die verband houden met strategie, procesontwikkeling en zij zorgen voor samenwerking, bewustwording en kwaliteitsborging. Ze voeren ook de inspectie en controle van de dienstverleners uit. Als we alle activiteiten voor de 800 bedden op het grondgebied in overweging nemen, geeft dit een ratio van 0,00875 fte per bed. Voor Iriscare zou dit resulteren in ongeveer 100 fte's voor de genoemde activiteiten. In het perspectief dat de controleur nooit de begeleider is, stellen we een strategie voor bestaande uit drie luiken: <ol style="list-style-type: none"> 1. de door Iriscare uitgevoerde controle; 2. het eerstelijnsadvies verstrekt door Iriscare ; 3. de ondersteuning van de kwaliteitsaanpak uitgevoerd door een externe dienstverlener.

	<p>In deze ambitieuze aanpak verdelen we de krachten in drieën, wat alleen al luik 3 een budget van ongeveer 33 fte's zou opleveren¹⁴.</p> <p>Geraamde kost: 2.079.000€¹⁵</p> <p>Deze “begeleidingsaanpak” wordt geraamd op 2 miljoen, waaraan nog eens 4 miljoen zal moeten worden toegevoegd voor de controle en het advies. Volgens dit model moet een bedrag van 4 miljoen worden toegewezen aan Iriscare voor de controle en het eerstelijnsadvies (na aftrek van de huidige uitgaven voor haar activiteiten).</p>
Verantwoordelijke actor	Iriscare
Uitvoeringstermijn	KT

Kwaliteitsfactoren			
Omkadering	Zorgen	Infrastructuren	Sociale contacten
X	X		X

2.2.4. Dimensies 4-5-6: personeel van de rusthuizen

Voor de dimensie gewijd aan het personeel werd een analyse in drie stappen uitgevoerd:



2.2.4.1. Personeel (op korte termijn)

Aanbeveling : De profielen van de beroepsmensen aanwezig in de rusthuizen diversifiëren.



Aanbeveling : De profielen van de beroepsmensen aanwezig in de rusthuizen diversifiëren. ★

De rusthuizen ondervinden moeilijkheden bij het aanwerven van bepaalde profielen van beroepsmensen. Talrijke rusthuizen beschikken niet over het nodige verplegend personeel om alle zorgen te verlenen aan de bejaarden. Daarom hebben ze geen andere oplossing dan de uit te voeren verpleegkundige handelingen te rationaliseren, het werk van de verpleegkundigen te beperken tot hun taken *sensu stricto* en het aantal zorgkundigen dat voldoende opleidingsuren hebben om bepaalde verpleegkundige handelingen uit te voeren te verhogen.

Op korte termijn beweren de actoren van de sector dat het niet mogelijk is om de normen van de omkadering aan te scherpen om de aanwezigheid van verpleegkundigen in rusthuizen te vergroten. Dit beroep -geïdentificeerd onder knelpuntberoepen¹⁶- ontbreekt inderdaad op de

¹⁴ Dit is het huidige geïndexeerde barema van een gediplomeerde in paramedische zorgen met een anciënniteit van 6 jaar, zonder rekening te houden met de IFIC toeslag van +/- 6%.

¹⁵ Dit is 33 fte's vermenigvuldigd met 63K€

¹⁶ Actiris (2020). Les 39 métiers qui engagent d'urgence. <https://yes.actiris.brussels/fr/article/les-39-metiers-qui-engagent-durgence>

arbeidsmarkt. Op korte termijn moet een andere oplossing worden overwogen om het gebrek aan arbeidskrachten in de rusthuizen te compenseren.

Daarom wordt voorgesteld om verschillende profielen aan te werven om de teams van de rusthuizen te versterken, de knelpuntberoepen te ontlasten en zo het zorgpersoneel (verplegende profielen en reactiveringspersoneel) te laten focussen op de essentie van hun job, om tijd vrij te maken om zich volledig op de bewoners te focussen. Onder deze profielen kunnen we identificeren:

- zaalpersoneel om de maaltijddienst te organiseren en te beheren;
- extra animatiepersoneel om de bejaarden valoriserende activiteiten aan te bieden. Tegenwoordig zijn het vooral de ergotherapeuten, fysiotherapeuten en logopedisten die deze animatie verzekeren;
- **logistiek personeel**, dat de verschillende diensten kan ondersteunen en ontlasten op basis van hun specifieke behoeften;
- onthaalpersoneel;
- een **medisch secretariaat**.

Ook andere profielen zijn interessant om te onderzoeken gezien de behoeften van de bejaarden. Deze laatste drukken de behoefte uit om bezig te zijn, actief te blijven en om valoriserende activiteiten uit te voeren, ze drukken ook de behoefte uit dat er naar hen zou worden geluisterd. Om aan deze specifieke behoeften te voldoen, moet het rusthuis geen zorgprofessionals hebben, maar meer omkaderingsprofielen. Deze profielen vereisen geen technische vaardigheden, maar eerder een knowhow met sociale vaardigheden (zoals actief luisteren, empathie, gevoel voor communicatie, vertrouwen, geduld). Twee profielen van professionals kwamen aan bod:

- het profiel van de gespecialiseerde opvoeder belast met de transversale begeleiding van de bewoner;
- het profiel van de maatschappelijk werker/psycholoog die luistert naar de bewoners.

Andere ideeën moeten ook worden onderzocht :

- de invoering van een vergoeding voor de mantelzorgers/vrijwilligers die tijd besteden aan de bejaarde in het rusthuis;
- de invoering van een financiering bestemd voor studenten die ook de omkaderingsteams tijdens weekenden en schoolvakanties zouden kunnen komen versterken.

In dezelfde geest moet ook het **reactiveringspersoneel** worden versterkt. Het heeft een essentiële plaats binnen de rusthuizen voor de bewoners met alle afhankelijkheidsprofielen. Deze profielen zijn niet alleen zorgprofielen, maar ook profielen gericht op animatie.

Gezien de diversiteit aan profielen melden de rusthuizen niet dezelfde behoeften aan arbeidskrachten. Daarom is het aan te raden om de rusthuizen enige flexibiliteit te geven in de keuze van de profielen. Elk rusthuis moet in staat zijn om de nodige professionele profielen te definiëren, rekening houdend met de behoeften van zijn bewoners en zijn institutionele project (vorm van individualisering van de verzorging).

Operationele implementatie	
Belang van de sector	De sector steunt deze aanbeveling. Hij benadrukt dat de diversificatie van profielen binnen de rusthuizen een te onderzoeken oplossing is om tijd vrij te maken voor zorg- en reactiveringsprofessionals. De nadruk wordt specifiek gelegd op de volgende profielen: logistiek, medisch secretariaat en

	<p>reactiveringspersoneel. Het is ook een kwestie van het vinden van een kortetermijnoplossing voor de knelpuntberoepen.</p>
<p>Kost</p>	<ul style="list-style-type: none"> - De financieringsregels voor reactiveringspersoneel wijzigen. Uit de analyse komen twee soorten profielen naar voren: <ul style="list-style-type: none"> o het profiel van gespecialiseerde opvoeder, o "niet-afgestudeerde" profielen zoals een logistiek assistent, zaalpersoneel, gezelschapspersoneel. <p>Geraamde kost: 0€ (besparingen zijn mogelijk door minder gekwalificeerde profielen aan te werven)</p> - De jobstudenten financieren (of 1 fte per structuur met 3 uur per dag in de namiddag op weekdays en 6 uur per dag in het weekend). Geraamde kost: 2.803.000 €¹⁷ voor 385 studenten - Bijkomend reactiveringspersoneel financieren 0,3 fte's per 30 fte's of een vrij budget qua toewijzingen toelaten. Geraamde kost: 7.245.000€ (of $63K€^{18} \times 0,01 \text{fte} \times 11.500 \text{bedden}$) voor 115 fte's (of een verhoging van de normen met 0,3 fte per 30 bedden voor alle bedden) <p>Deze kost zou met ten minste 13% naar beneden kunnen worden bijgesteld als de betreffende diploma's zouden kunnen worden uitgebreid (zonder graduaat of bachelor), d.w.z. 6,3 miljoen voor 115 fte's. Dit bedrag zou verder kunnen worden verlaagd als we kijken naar een nieuwe categorie (zie categorie 8 - logistiek assistent in de IFIC-profielen), of 5,7 miljoen voor 115 fte's.</p> - De normen voor het reactiveringspersoneel terug in evenwicht brengen tussen RH en RVT. Geraamde kost: 63.000€ voor 1 bijkomende fte (deze raming berust op de huidige normen en is gebaseerd op het aantal dagen gefactureerd in de B-C-CD-D RH-bedden). We vestigen de aandacht van de lezer op de structurering van de normen voor het reactiveringspersoneel voor een B-profiel dat voordeliger is met het "RH"-statuut. - Bijkomend reactiveringspersoneel financieren 0,5 fte's per 30 ETP fte's of een vrij budget qua toewijzingen toelaten. Geraamde kost: 12.075.000€ (of $63K€^{19} \times 0,0166 \times 115 \text{fte} \times 11.500 \text{bedden}$) voor 192 fte's (of een verhoging van de normen met 0,5 ETP per 30 bedden voor alle bedden)

¹⁷ Voor het Weekend: $104 \times 6 \times 18,75 \times 133$, voor de week $250 \times 3 \times 12,5 \times 133 = 1.556.000€ + 1.247.000€$ wat zou overeenkomen met een aantal van ongeveer 385 studenten (83.000u in het w-e en 100.000u in de week gezien het plafond van 475 uur/student)

¹⁸ D.i. het huidige geïndexeerde barema van een gediplomeerde in paramedische zorgen met een anciënniteit van 6 jaar, zonder rekening te houden met de IFIC toeslag van +/- 6%.

¹⁹ D.i. het huidige geïndexeerde barema van een gediplomeerde in paramedische zorgen met een anciënniteit van 6 jaar, zonder rekening te houden met de IFIC toeslag van +/- 6%.

	<ul style="list-style-type: none"> - De mantelzorgers vergoeden. Verschillende hulpmiddelen zijn bedacht: vergoeding van de transportkosten, terugbetaling van de maaltijden die in de instelling zijn benut, vergoeding van de kledingkosten, enz. Geraamde kost: nader te bepalen. - Zich integreren in de implementatie van de Zones Zonder Langdurige Werkloosheid om op te leiden, maar ook om te genieten van mensen die "komen luisteren" naar de anderen Geraamde kost: 0€
Verantwoordelijke actor	Iriscare
Uitvoeringstermijn	KT

Kwaliteitsfactoren			
Omkadering	Zorgen	Infrastructuren	Sociale contacten
X	X	X	X

2.2.4.2. Personeel (op middellange termijn)

<ul style="list-style-type: none"> • Aanbeveling 1 : De omkaderingsnormen tussen rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen op elkaar afstemmen. • Aanbeveling 2 : De logica van de dementiereferent dupliceren naar de andere behoeften/pathologieën van de bejaarde toe. • Aanbeveling 3 : De implementatie overwegen van een flexibelere financiering, in lijn met het levensproject van het rusthuis en het geïndividualiseerde levensproject van de bewoner.

Aanbeveling 1 : De omkaderingsnormen tussen rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen op elkaar afstemmen.

Op basis van de vaststelling dat te weinig personeel de bejaarden omkadert in de rusthuizen, wordt voorgesteld om op middellange termijn de omkaderingsnormen van de rusthuizen af te stemmen op de omkaderingsnormen van de rust- en verzorgingstehuizen.

Via deze afstemming hebben de actoren bijzonder veel aandacht voor de beste verzorging van de O en A profielen in de rusthuizen. De omkaderings- en financieringsnormen van deze O en A profielen zijn momenteel erg laag. Deze mensen hebben echter te maken met aanzienlijke sociale behoeften, ze lijden aan cognitieve stoornissen die passende begeleiding vereisen, voornamelijk op het niveau van het reactiveringspersoneel.

Deze harmonisering zou het toelaten:

- een betere begeleiding van de bewoners te bieden en voornamelijk van de bewoners van de types O en A ;
- een administratieve vereenvoudiging voor Iriscare tot stand te brengen, die geen onderscheid meer zou moeten maken tussen de instellingen.

Operationele implementatie	
Belang van de sector	De sector steunt deze aanbeveling. Eén aandachtspunt wordt niettemin benadrukt: het is noodzakelijk om ervoor te zorgen dat het rusthuis de nodige middelen op de markt kan vinden om aan de normen te voldoen.
Kost	<ul style="list-style-type: none"> - De RH-normen afstemmen op de RVT-normen voor profielen B, C en Cd. Geraamde kost: 20.000.000²⁰€ voor 364 fte's Dit is een schatting voor de afstemming van de RH-normen op de RVT-normen, er zijn verschillende mogelijkheden die in de volgende tabel worden weergegeven (op basis van de werkelijke kost (anciënniteit en barema) zonder de IFIC toeslag (+/-6%) te integreren. - Een bijkomende financiering losmaken voor de O en A profielen Geraamde kost: 7.245.000€ (1fte REAC per 30 bedden O of A - 63K€²¹x3.450bedden/30) voor 115 fte's
Verantwoordelijke actor	Iriscare
Uitvoeringstermijn	MLT

Kwaliteitsfactoren			
Omkadering	Zorgen	Infrastructuren	Sociale contacten
X	X		X

²⁰ Op basis van de werkelijke uitgaven volgens referentieperiode 2020-2021 en volgens de werkelijke anciënniteit

²¹ D.i. het huidige geïndexeerde barema van een gediplomeerde in paramedische zorgen met een anciënniteit van 6 jaar, zonder rekening te houden met de IFIC toeslag van +/- 6%.

Lits	Catégorie de lits	Lits B			Lits C			Norme par 30 lits		
		Privé	Public	Associatif	Privé	Public	Associatif	Privé	Public	Associatif
	Nombre total de lits facturés (2020-2021)	871	485	924						
	Nombre total de lits facturés par catégorie de lits et par secteur	800	429	818	27	34	72			
	Nombre d'infirmier.e à augmenter (en ETP)	+2,9	+0,9	+0,9						
Infirmier	Coût supplémentaire par secteur	5 662 861 €	159 607 €	339 248 €	7 078,58 €	2 196,80 €	2 196,80 €			
	Coût supplémentaire par lit									
	Coût supplémentaire par secteur	1 828 702 €	51 542 €	109 553 €	2 285,88 €	58 008 €	58 008 €			
Aide-soignant	Coût supplémentaire par lit									
	Coût supplémentaire par secteur	267 757 €	7 547 €	16 041 €	335 €	257 €	257 €			
Personnel de réact.	Nombre de personnel de réactivation à augmenter (en ETP)	+0,15	+0,115	+0,115						
	Coût supplémentaire par lit									
	Coût supplémentaire par secteur	1 785 045 €	50 311 €	106 938 €	2 231 €	59 603 €	59 603 €			
Personnel KEL	Nombre de personnel "KEL" à augmenter (en ETP)	+1	+1	+1						
	Coût supplémentaire par lit									
	Coût supplémentaire par secteur	9 544 365 €	269 007 €	571 779 €	2 944 128 €	183 147 €	183 147 €			
	Total du surcoût de l'alignement MR vers MRS (par secteur et par catégorie de lits)									
	Total du surcoût de l'alignement MR vers MRS (par catégorie de lits)									
	Total du surcoût de l'alignement pour le secteur privé	17 315 683 €								
	Total du surcoût de l'alignement pour le secteur public	667 650 €								
	Total du surcoût de l'alignement pour le secteur associatif	1 179 858 €								
	Total du surcoût de l'alignement MR vers MRS	19 163 191 €								

Intégration du personnel de réactivation pour les lits B dans les MRS :

Secteur	Privé	Public	Associatif
Nombre de personnel de réactivation à augmenter (ETP)		+0,5	
Nombre de lits de catégorie "B" dans chaque secteur	1410	538	400
Coût supplémentaire par lit			1 116 €
Coût supplémentaire par secteur	1 573 071 €	600 221 €	446 261 €

Total du surcoût de l'intégration du personnel Réact. pour les lits B dans les MRS (par secteur)

	1 573 071 €	600 221 €	446 261 €
--	-------------	-----------	-----------

Total du surcoût de l'intégration du personnel Réact. pour les lits B dans les MRS

	2 619 553 €
--	--------------------

Aanbeveling 2 : De logica van de dementiereferent dupliceren naar de andere behoeften/pathologieën van de bejaarde toe.

De dementiereferent is betrokken bij de begeleiding van de mensen met dementie binnen de rusthuizen. Dit met als doel:

- de kwaliteit van de verzorging van de bejaarden met dementie en hun familie te verbeteren (begeleidingsopdracht);
- de arbeidsomstandigheden en vaardigheden van de beroepsmensen die met bejaarden werken te verbeteren (raadgeving-, advies- en expertiseopdracht).

Deze functie wordt binnen de rusthuizen als gunstig beschouwd. Dit is de reden waarom wordt voorgesteld om de logica van de dementiereferent te dupliceren naar de andere behoeften/pathologieën van de bejaarde toe. Om dit te doen, raden we aan om:

- referenten in te schakelen op basis van een voorafgaande identificatie van de behoeften/pathologieën van de bewoners (welke zijn de referenten die het rusthuis moet hebben om aan de behoeften van zijn bejaarden te voldoen?)
- de rol van de referenten te specificeren voor alle personeelsleden: bevoorrechte gesprekspartner, individuele projectleider, resource persoon, enz.
- het delen/de synergie van de referenten tussen de structuren te bevorderen.

Operationele implementatie	
Belang van de sector	De sector steunt deze aanbeveling. Toch benadrukt hij dat het belangrijk is niet te veel referenten binnen een instelling op te hopen, wat de rusthuizen vooral nodig hebben is extra personeel.
Kost	Verbeteringsassen identificeren. Het gaat erom 3 verbeteringsassen te identificeren, bijvoorbeeld: wonden, mondverzorging en sociaal isolement. Als we beschouwen dat de financiering van het E3-deel van het Iriscare-forfait 1 miljoen ²² bedraagt, vermenigvuldigen we dat bedrag met drie. Dat bedrag houdt geen rekening met de organisatie van opleidingsprogramma's. Geraamde kost: 3 miljoen (voor drie verbeteringsassen)
Verantwoordelijke actor	Iriscare
Uitvoeringstermijn	MLT

Kwaliteitsfactoren			
Omkadering	Zorgen	Infrastructuren	Sociale contacten
	X		

Aanbeveling 3 : De implementatie overwegen van een flexibelere financiering, in lijn met het levensproject van het rusthuis en het geïndividualiseerde levensproject van de bewoner.


Zoals eerder aangegeven is het lastig om precies aan te geven welke profielen van beroepsmensen binnen de rusthuizen versterkt moeten worden. Op de vraag welk profiel versterkt (en dus verhoogd) moet worden, benadrukken de actoren van de sector dat dit sterk zal afhangen van de structuur, het institutionele project, de organisatie, de reeds aanwezige beroepsmensen maar vooral de behoeften van de bewoners.

²² Op basis van een gemiddeld geïndexeerd bedrag per gefinancierde dag vanaf 0,25€/plaats in het deel "dementie" op basis van de werkelijke uitgaven in de referentieperiode 2020-2021.

De huidige omkaderingsnormen zijn vrij rigide, het aantal gefinancierde profielen is beperkt, wat de keuze van de instellingen beperkt. Daarom wordt hier aanbevolen om meer flexibiliteit binnen het systeem te stimuleren. Deze aanbeveling is in lijn met die van belanghebbenden in de sector die benadrukken dat het doel erachter is "om de lijst van beroepsmensen die in aanmerking worden genomen in de omkaderings- en financieringsnormen te diversifiëren, zodat instellingen hun verplichtingen kunnen aanpassen aan hun institutionele project en de specifieke behoeften van hun bewoners"²³.

Daartoe werden twee opties besproken :

- optie 1: een minimale basissokkel definiëren die moet worden gerespecteerd in termen van het aantal verpleegkundigen en zorgkundigen en de rusthuizen flexibiliteit gunnen over de andere vereiste profielen. Deze flexibiliteit zal moeten worden onderworpen aan een specifieke controle, op basis van kwaliteitscriteria, zodat de instellingen hun voorstel kunnen rechtvaardigen op basis van hun institutionele project en de behoeften van hun bewoners;
- optie 2: aan elke rusthuisdirectie een enveloppe ter beschikking stellen zodat ze in staat is om financieringskeuzes te maken op basis van de specifieke behoeften van haar bewoners en de realiteit van haar infrastructuur. Deze werkwijze zal ook aan een specifieke controle moeten worden onderworpen.

Operationele implementatie	
Belang van de sector	De sector steunt deze aanbeveling en deze flexibiliteit ten voordele van de rusthuizen. Hij was meer voorstander van optie 1, omdat de tweede optie te veel flexibiliteit overlaat aan de instellingen (risico van neerwaartse spiraal).
Kost	<ul style="list-style-type: none"> - Een vrij budget qua toewijzing toestaan, dat op zijn minst 1 fte per 100 bedden zou moeten bieden. <p>Geraamde kost: 7.245.000€ ( <i>Link met de aanbeveling « De professionele profielen diversifiëren »</i>).</p> <ul style="list-style-type: none"> - In deze vrijere context is er ook een sterke verwachting van grotere administratieve begeleiding voor Iriscare om projecten te ondersteunen (maar die op dit stadium niet is begroot). <p>Geraamde kost: nader te bepalen (of zie CA.R2.3, eerstelijnsadvies)</p>
Verantwoordelijke actor	Iriscare
Uitvoeringstermijn	MLT

Kwaliteitsfactoren			
Omkadering	Zorgen	Infrastructuren	Sociale contacten
X	X	X	X

²³ Iriscare (2021). Omkaderings- en financieringsnormen RH/RVT: Samenvattingen van workshops met belanghebbenden en uitwisselingen met de vakbonden.

2.2.4.3. Personeel (op lang termijn)

- **Aanbeveling** : De omkaderingsnormen voor alle profielen verhogen.

Aanbeveling : De omkaderingsnormen voor alle profielen verhogen.

Op langere termijn zal het erop neerkomen de omkaderingsnormen voor alle profielen te verhogen. Opgemerkt moet echter worden dat deze stijging een kolossale kost voor Iriscare vertegenwoordigt en oplossingen vereist voor de huidige tekorten op de arbeidsmarkt.

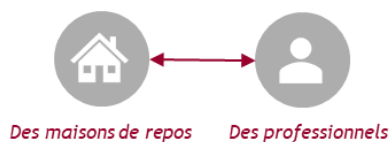
De herziening van deze normen biedt de gelegenheid om te kijken naar de balans tussen het aandeel zorgpersoneel tegenover het omkaderingspersoneel.

Operationele implementatie	
Belang van de sector	De sector en de burgers zijn voorstander van grotere financieringen in de sector van de gezondheidszorgen. Dit voorstel moet kaderen in de implementatie van een nieuwe schaal, de definitie van nieuwe profielen en bijgevolg de financiering van nieuwe omkaderingsnormen.
Kost	De omkaderingsnormen met 10% verhogen Geraamde kost: 25.000.000€. Dit zou leiden tot een aanzienlijke stijging van de kosten voor Iriscare (dit bedrag vertegenwoordigt 10% van de huidige forfaitaire uitgaven van de delen A1 - 3e luik - einde loopbaan volgens de referentieperiode 2020-2021).
Verantwoordelijke actor	Iriscare
Uitvoeringstermijn	LT

Kwaliteitsfactoren			
Omkadering	Zorgen	Infrastructuren	Sociale contacten
	X		

2.2.5. Dimensie 7: aantrekkingskracht

De dimensie aantrekkingskracht is op twee niveaus behandeld :



2.2.5.1. Aantrekkingskracht van de rusthuizen

- **Aanbeveling 1** : Aan de rusthuizen een ware aantrekkingskracht bieden via een verandering van model.
- **Aanbeveling 2** : Werken aan het imago van de rusthuizen.
- **Aanbeveling 3** : De rusthuizen openen op de wijken.


Aanbeveling 1 : Aan de rusthuizen een ware aantrekkingskracht bieden via een verandering van model.

De rusthuizen brengen een negatief imago over, ze worden regelmatig geassocieerd met een oplossing van "geen terugkeer mogelijk" wanneer alle alternatieven zijn overwogen, met een verlies aan autonomie en onafhankelijkheid. Dit negatieve beeld wordt versterkt door de sanitaire crisis, maar ook door de recente schandalen.

De sector is er daarom voorstander van om het huidige model van rusthuizen te herzien om "naar een dynamischer en aantrekkelijker huisvestingsmodel te neigen, een flexibeler, schaalbaarder model, beter aangepast aan de wensen en behoeften van de bewoners"²⁴. Deze modelwijziging impliceert dat het rusthuis niet langer alleen als een plaats van zorg moet worden beschouwd, maar als een plaats van leven waarin de bejaarde zich kan ontwikkelen.

Om naar deze modelwijziging te neigen, wordt aanbevolen om in elk rusthuis een institutioneel project te ontwikkelen en te systematiseren dat tot doel heeft optimaal welzijn voor de bejaarden te garanderen en hun autonomie te behouden. Dit institutionele project moet:

- impact hebben op alle aspecten van de organisatie van het rusthuis (zorg en omkadering);
- worden ontwikkeld in overleg met alle beroepsmensen en bewoners;
- buiten het rusthuis worden gecommuniceerd;
- regelmatig worden geëvalueerd en aangepast.

Operationele implementatie	
Belang van de sector	De rusthuissector steunt deze aanbeveling. Het imago en het model van de rusthuizen moeten evolueren.
Kost	<ul style="list-style-type: none"> - De omzetting van het levensproject van het rusthuis op de organisatie ervan verifiëren/controleren. Geraamde kost: 0€ - Een vrij budget ter beschikking stellen. Ter beschikking stelling van een budget dat ten minste 1 fte per 100 bedden moet bieden om het overleg tussen de partijen te organiseren. 7.245.000€ (d.i. 63K€²⁵x0,01ETPx11.500bedden). Deze kost zou met ten minste 13% naar beneden kunnen worden bijgesteld als de betreffende diploma's zouden kunnen worden uitgebreid (zonder grauaat of bachelor), d.i. 6,2 miljoen. Geraamde kost: 7.245.000€ ( Link met de aanbeveling « De beroepsprofielen diversifiëren »). - In de erkenningsnormen een minimale en reële verplichting integreren van communicatie met de bewoner/familie over de organisatie en het levensproject van de instelling. De instelling zal moeten aantonen hoe de structuur zich aanpast en voldoet aan de behoeften van de persoon die wordt gehuisvest. Geraamde kost: 0€
Verantwoordelijke actor	Iriscare
Uitvoeringstermijn	KT

²⁴ Fermarbel (2021). Le Mag : Cap vers de nouveaux horizon. Rencontres avec Christie Morreale et Alain Maron.

²⁵ D.i. het huidige geïndexeerde barema van een gediplomeerde in paramedische zorgen met een anciënniteit van 6 jaar, zonder rekening te houden met de IFIC toeslag van +/- 6%.

Kwaliteitsfactoren			
Omkadering	Zorgen	Infrastructuren	Sociale contacten
X	X		

Aanbeveling 2 : Werken aan het imago van de rusthuizen.


Nog steeds in dit perspectief van aantrekkelijkheid is de perceptie van het rusthuis ambivalent en vaak geassocieerd met een negatief beeld. Hierbij moet worden gewerkt aan:

- het medische beeld dat rusthuizen uitstralen, het is een plek van leven en niet alleen een plek van verzorging
- de stigmatisering van de bejaarde. De stigmatisering van de bejaarden is geen nieuw fenomeen en is een inzet in onze samenlevingen waar de vergrijzing sociale, ethische en economische kwesties met zich meebrengt. Regelmatig geassocieerd met een representatie gekenmerkt door negatieve vooroordelen, wordt de bejaarde niet langer beschouwd als een sociale actor op zich in de samenleving²⁶. De bejaarde moet een actief persoon blijven met wiens mening rekening moet worden gehouden.

Operationele implementatie	
Belang van de sector	De sector wil van harte dat er een communicatieplan wordt geïmplementeerd in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Hij dringt aan op positieve communicatie in een tijd waarin negatieve communicatie over rusthuizen overheerst.
Kost	Een gestructureerd communicatieproject ontwikkelen Geraamde kost: nader te bepalen
Verantwoordelijke actor	Iriscare - Cocof/Cocom
Uitvoeringstermijn	KT

Kwaliteitsfactoren			
Omkadering	Zorgen	Infrastructuren	Sociale contacten
			X

Aanbeveling 3 : De rusthuizen openen op de wijken.

Deze aanbeveling houdt rechtstreeks verband met de aanbeveling " De coördinatie binnen de sector versterken, het opereren in silo vermijden" ( *Link met dimensie 1: "Externe coördinatie"*). Naast de eerder voorgestelde activiteiten is het essentieel om intern over de nodige beroepsmensen te beschikken om deze opening op de wijken te initiëren en te ontwikkelen.

Het gaat er ook om, via het opzetten van projectoproepen, alternatieve projecten binnen de rusthuizen aan te moedigen. Projecten die, op één enkele plek, een meervoudig aanbod bieden (rusthuis, serviceflat, centrum voor dagverzorging, etc.). Het kan ook worden overwogen om onbezette bedden in rusthuizen om te bouwen tot "sociale kamers" die ter beschikking worden

²⁶ Beloni, P. 2019. Des représentations sociales de la vieillesse aux expériences vécues : impact sur l'accompagnement dans les structures d'hébergement pour personnes âgées. Médecine humaine et pathologie. Université van Limoges.

gesteld van Brusselaars in nood. Door deze diversiteit aan profielen en structuren is het doel om rusthuizen dynamische leefruimtes te maken, open naar buiten.

Operationele implementatie	
Belang van de sector	De sector is er voorstander van, maar geeft aan dat deze logica al wordt ondernomen. Het zou dus een kwestie zijn van deze te stimuleren en te structureren.
Kost	<ul style="list-style-type: none"> - Een FTE ter beschikking stellen belast met de sociale coördinatie, de opening van het rusthuis op de wijk. Het profiel kan een maatschappelijk assistent, een opvoeder, een opleider of een projectleider zijn (nader te bepalen in functie van de ambities van het tehuis). Geraamde kost: 8.379.000€. De raming is gebaseerd op een fte tegen het personeelsbarema van REAC met 6 jaar anciënniteit, vermenigvuldigd met het aantal rusthuizen (=133²⁷). - Een projectoproep organiseren om de sociale coördinatie en de opening van het rusthuis te stimuleren. Geraamde kost: nader te bepalen - Een projectoproep doen op het thema van de “gemengdheid” van de structuren, deze projectoproep zou gericht zijn op de aanpassingen met het oog op de herbestemming van sommige bedden die momenteel leegstaan. Geraamde kost: nader te bepalen
Verantwoordelijke actor	Iriscare
Uitvoeringstermijn	MLT

Kwaliteitsfactoren			
Omkadering	Zorgen	Infrastructuren	Sociale contacten
		X	X

2.2.5.2. Aantrekkingskracht van de sector ten voordele van de beroepsmensen

- **Aanbeveling 1** : De aantrekkingskracht van de sector van de rusthuizen versterken voor de beroepsmensen.
- **Aanbeveling 2** : Werken aan het behoud van het personeel.
- **Aanbeveling 3** : Werken aan de continuïteit van het personeel (absenteïsme).
- **Aanbeveling 4** : Werken aan de erkenning van deze essentiële beroepen.

Aanbeveling 1 : De aantrekkingskracht van de sector van de rusthuizen versterken voor de beroepsmensen.

Het negatieve imago van de rusthuizen treft niet alleen de bewoners en hun familie, maar ook de beroepsmensen in de sector. De sector van de rusthuizen slaagt er onvoldoende in om hun beroepen voldoende onder de aandacht te brengen bij de professionals. De onvoldoende kennis van de sector, de behoeften van de bejaarde en de zwaarte van het werk van het personeel,

²⁷ Aantal structuren waargenomen in de referentieperiode 2021-2022

gelet op de psychologische en fysieke lasten die de zorgactiviteiten eisen, versterken dit gebrek aan aantrekkingskracht²⁸.

Er werden verschillende denkpijlen genoemd om de aantrekkingskracht voor het personeel te versterken:

- werken aan de gebrekkige kennis van de sector om het imago van de rusthuizen te versterken, vooral onder de jongeren. Partnerschap met eenieder die actief is op het gebied van werkgelegenheid, de scholen, de universiteiten lijkt essentieel;
- de basisopleidingen herzien, opdat deze:
 - o niet essentieel zouden zijn gericht op de “zorgdimensie”. Het is belangrijk om te sensibiliseren, en het bewustzijn van de realiteit van de rusthuizen te vergroten, evenals van de begrippen van sociale, psychologische en affectieve begeleiding.
 - o meer de beroepen van de geriatrie zouden aanpakken.
- de professionele omscholing stimuleren door opleidingen aan te bieden op gespreide uren aan beroepsmensen uit andere sectoren die zich willen omscholen.

Operationele implementatie	
Belang van de sector	De sector wenst van harte een communicatieplan gericht op een positief imago van de sector, teneinde de sector aantrekkelijk te maken bij de studenten en de beroepsmensen van de sector. Er zij ook aan herinnerd dat het KCE in zijn rapport van 30 januari 2020 ²⁹ al stelde dat "ook initiatieven nodig zijn om de geriatrische zorg aantrekkelijker te maken voor verpleegkundigen"
Kost	Een gestructureerd communicatieproject ontwikkelen Geraamde kost: nader te bepalen De basisopleiding van het personeel verbeteren (holistisch aspect van de verzorging van een bejaarde) Geschatte kost: 0€ voor Iriscare De beroepsomscholing versterken Geschatte kost: 0€ voor Iriscare
Verantwoordelijke actor	Iriscare - Cocof/Cocom - SPF - Actiris
Uitvoeringstermijn	KT

Kwaliteitsfactoren			
Omkadering	Zorgen	Infrastructuren	Sociale contacten
	X		

Aanbeveling 2 : Werken aan het behoud van het personeel.

De arbeidsomstandigheden in de rusthuizen worden vaak als moeilijk ervaren. De begeleiding van de bejaarden, binnen het huidige kader van de omkaderingsnormen, brengt een fysieke en psychologische belasting met zich mee voor het personeel dat meent dat het niet langer in

²⁸ Petit Renaud, Zardet Véronique (2017). « Attractivité, fidélisation et implication du personnel des EHPAD : une problématique sectorielle et de management », @GRH, 2017/1 (n° 22), p. 31-54.

²⁹ <https://kce.fgov.be/fr/ann%C3%A9e-internationale-des-infirmiers-il-en-faut-davantage>

staat is om zijn werk in de beste omstandigheden uit te voeren. De gevolgen van dit gebrek aan arbeidskrachten zijn meervoudig: terugtrekking, uitputting, motivatie, gebrek aan zinvolheid. De beroepsmensen in de sector wijzen op:

- een betekenisverlies. Het personeel van rusthuizen voert zijn werk uit door roeping, om voor de mens te zorgen, maar het gebrek aan middelen en het daaruit voortvloeiende kwaliteitsverlies kan leiden tot een verlies van betekenis.
- een gebrek aan uitwisselingen. De beroepsmensen hebben geen tijd om de moeilijkheden in het veld te bespreken, momenten waarop ze kunnen spreken om zichzelf uit te drukken, de druk loslaten en naar buiten brengen (over de organisatie van het werk, de verdeling van het werk, enz.);
- een afname van de kwaliteit van het uitgevoerde werk, voornamelijk als gevolg van tijdsgebrek.

Het behoud van het personeel vereist de implementatie van verschillende acties gericht op het versterken van de kwaliteit van het beroepsleven. We focussen hier op het opzetten van uitwisselingsmomenten waardoor beroepsmensen kunnen delen, hun gevoelens naar buiten brengen, hun hart luchten. Het verdient daarom aanbeveling om momenten van uitwisseling tussen beroepsmensen van hetzelfde rusthuis te systematiseren en te structureren (met het oog op het delen en uitwisselen).

Operationele implementatie	
Belang van de sector	De sector steunt graag de logica van het bevorderen van het welzijn op het werk.
Kost	<ul style="list-style-type: none"> - Financiering van de specifieke uitgaven gericht op het verbeteren van het welzijn van het personeel (afzondering, luisterprogramma, teamcoaching, enz.) Het doel is om een korte oproep tot initiatief in de sector te creëren. Geraamde kost: Nader te bepalen - Financiering van 0,5 fte psycholoog/coach in elk rusthuis, belast met het psychologisch welzijn van de werknemers. Geraamde kost: 4.190.000€. Het bedrag wordt als volgt berekend: 63K€³⁰x133huizen/2.
Verantwoordelijke actor	Iriscare
Uitvoeringstermijn	KT

Kwaliteitsfactoren			
Omkadering	Zorgen	Infrastructuren	Sociale contacten
X	X		

³⁰ D.i. het huidige geïndexeerde barema van een gediplomeerde in paramedische zorgen met een anciënniteit van 6 jaar, zonder rekening te houden met de IFIC toeslag van +/- 6%.

Aanbeveling 3 : Werken aan de continuïteit van het personeel (absenteïsme).

Het arbeidsverzuim is hoog in sommige rusthuizen (soms tot 40% van het personeel). Verzuim is een ontwrichtend element in het functioneren van de instellingen en de toename van de werkdruk van de teams³¹. Het induceert:

- meerkosten voor de structuur (geschat op 7.100€ per persoon per jaar³²) ;
- reguleringsmodaliteiten die niet altijd adequaat zijn (verschuivingen in functie, interim, niet-vervanging);
- aanpassingen op het gebied van de interne organisatie (wijziging van de planning);
- werkoverbelasting;
- verlies van kwaliteit van de zorg (door gebrek aan continuïteit).

Dit arbeidsverzuim wordt met name verklaard door de stress en zwaarte van het werk (fysiek en psychologisch), de organisatie van het werk of de diversiteit van de werkregimes van de zorgteams (gebrek aan continuïteit).

Om dit arbeidsverzuim terug te dringen, zou het relevant zijn om de implementatie van een financiering gekoppeld aan een verzuimindicator te overwegen. Verschillende denkpistes zijn onderzocht:

- denkpiste 1: middelen toewijzen aan de instellingen zodat zij proactief acties kunnen uitvoeren om de levenskwaliteit van de beroepsmensen te verbeteren en zo het arbeidsverzuim te verminderen;
- denkpiste 2: vermindering van de dotatie van de instellingen die een te hoog arbeidsverzuim laten optekenen;
- denkpiste 3: een individuele indicator implementeren bedoeld om de beroepsmensen te belonen die komen werken.

Operationele implementatie	
Belang van de sector	De sector steunt deze aanbeveling. Hij benadrukt niettemin de noodzaak om de modaliteiten van deze indicator duidelijk te definiëren (hoe wordt deze geconstrueerd? wat is de norm inzake verzuim?).
Kost	<ul style="list-style-type: none"> - Optie 1: een nieuw deel creëren in de financiering van Iriscare (Ax-deel) om structureel positieve stappen naar een beter welzijn van het personeel te financieren. Geraamde kost: nader te bepalen. - Optie 2: besparingen maken in de financiering van Iriscare (vermindering van de A2-financiering - financiering van de extra middelen bijvoorbeeld) wanneer het arbeidsverzuim te hoog is (hoger dan het gemiddelde)). Geraamde kost: 0€ (besparingen zijn te voorzien)

³¹ Petit Renaud, Zardet Véronique (2017). « Attractivité, fidélisation et implication du personnel des EHPAD : une problématique sectorielle et de management », @GRH, 2017/1 (n° 22), p. 31-54.

³² Petit Renaud, Zardet Véronique (2017). « Attractivité, fidélisation et implication du personnel des EHPAD : une problématique sectorielle et de management », @GRH, 2017/1 (n° 22), p. 31-54.

	<ul style="list-style-type: none"> - Optie 3: een individuele premie toekennen aan het rusthuispersoneel op basis van hun arbeidsovereenkomst en hun aanwezigheid. Geraamde kost: 4.550.000€. We nemen Femarbel's raming over³³, d.i. 4.550 fte's in de « zorgen » die we vermenigvuldigen met een jaarlijkse premie van 1.000€.
Verantwoordelijke actor	Iriscare
Uitvoeringstermijn	KT

Kwaliteitsfactoren			
Omkadering	Zorgen	Infrastructuren	Sociale contacten
X	X		

Aanbeveling 4 : Werken aan de erkenning van deze essentiële beroepen.

De eerdere aanbevelingen benadrukken het belang van het werken aan de levenskwaliteit van de beroepsmensen in de rusthuizen. Naast aantrekkingskracht lijkt het ook essentieel om te werken aan de erkenning van deze beroepen. Daartoe wordt voorgesteld om:

- de toegang tot de extralegale voordelen te versterken. De erkenning van deze beroepen vereist salariserkenning. De ziekenhuizen bieden, in tegenstelling tot de rusthuizen, aantrekkelijke salarispakketten voor hun werknemers, waardoor er een vorm van concurrentie ontstaat tussen de sectoren;
- de mogelijkheden voor interne mobiliteit te versterken. Het interne mobiliteitsbeleid met als doel het professionele loopbaantraject te verrijken en de ontwikkeling van nieuwe vaardigheden moet verder worden aangemoedigd;
- het valoriseren van anciënniteit en het integreren ervan in de financiering.

Operationele implementatie	
Belang van de sector	De sector steunt deze aanbeveling.
Kost	<ul style="list-style-type: none"> - Verhoging van de bezoldiging van het personeel (verhoging van het basissalaris, harmonisatie van de voordelen in natura in de sector, enz.) Geraamde kost: nader te bepalen (met integratie van de implementatie van de IFIC-hervorming) - De interne mobiliteit bevorderen. Hetzij (1) door een organisatorische reflectie over de organisatie van de taken, de organisatie van het rusthuis, of (2) door een gemakkelijker toegankelijkheid van de taken van de andere operatoren (permanente opleiding voor het delegeren van handelingen bijvoorbeeld) Geraamde kost: 0€
Verantwoordelijke actor	Iriscare - FOD Volksgezondheid
Uitvoeringstermijn	MLT

³³ https://www.femarbel.be/wp-content/uploads/2020/01/10_Analysedelaprise_bassedev-1.pdf

Kwaliteitsfactoren			
Omkadering	Zorgen	Infrastructuren	Sociale contacten
X	X		



De primaire motivatie van het personeel blijft de hulp van de naaste. De beloning zal nooit de overbelasting compenseren, het gebrek aan waardering, de dagdagelijkse moeilijkheden ... Het is een prioriteit om te werken aan de oorzaken van de malaise van de zorgverlener die zo ver gaat dat hij walgt van zijn roeping alvorens aan zijn salarispakket te werken.

2.2.6. Dimensie 8: vaardigheden

- **Aanbeveling 1** : De rol en opleiding van de rusthuisdirectie versterken zodat deze: (1) een bron van motivatie en betrokkenheid is voor het personeel, (2) een katalysator van verandering zou worden.
- **Aanbeveling 2** : Permanente vorming aanmoedigen.

Aanbeveling 1 : De rol en opleiding van de rusthuisdirectie versterken zodat deze: (1) een bron van motivatie en betrokkenheid is voor het personeel, (2) een katalysator van verandering zou worden.

De directie van het rusthuis speelt een essentiële rol in de interne dynamiek. De actoren van de sector merken op dat de directies een leidende rol hebben in de ontwikkeling van het individuele levensproject van de bewoner alsook in de transmissie ervan naar andere personeelsleden.

Daarentegen wordt de opleiding van de rusthuisdirecteuren vaak als beperkend bestempeld, uitsluitend gericht op administratieve en boekhoudkundige aspecten die hen niet in staat stellen voldoende gewapend te zijn om een bewonersgerichte interne dynamiek te implementeren. Het is daarom aan te raden om de directies op te leiden niet op commerciële/administratieve aspecten, maar op aspecten die verband houden met het levensproject van de bewoner, zijn behoeften en de relatie met anderen (de bewoner opnieuw centraal zetten).

Operationele implementatie	
Belang van de sector	<p>De sector steunt deze aanbeveling, de directie moet momentum kunnen inbrengen, interne motivatie kunnen creëren, een coachende rol kunnen spelen en innovatie mogelijk kunnen maken. Hij benadrukt echter dat de directies van de rusthuizen op alle fronten moeten zijn. Deze managementprofielen zijn niet gemakkelijk te vinden op de markt omdat het noodzakelijk is om menselijke kwaliteiten en managementkwaliteiten te kunnen combineren in een sterk gereguleerde sector.</p> <p>Hij wijst er ook op dat de huidige opleidingsuren onvoldoende zijn (120 uren) om alle aspecten met betrekking tot de begeleiding van de bejaarden aan te pakken. In dezelfde geest zijn de stages in instelling niet lang genoeg om kennis te maken met het functioneren van een instelling.</p>

Kost	Een bepaald aantal uren omkaderen of financieren, specifiek over de verzorging van bejaarden voor de leden van de directie van een rusthuis. Geraamde kost: nader te bepalen
Verantwoordelijke actor	Iriscare
Uitvoeringstermijn	KT

Kwaliteitsfactoren			
Omkadering	Zorgen	Infrastructuren	Sociale contacten
X	X	X	X

Aanbeveling 2 : Permanente vorming aanmoedigen.

De pathologieën van de bejaarden worden steeds complexer en zwaarder, wat voor beroepsmensen in de sector steeds meer gespecialiseerde vaardigheden vereist. Ze moeten zich kunnen aanpassen aan de bejaarde en aan zijn/haar specifieke behoeften.

Het is daarom aanbevolen dat er een echt, adequaat en kwalitatief hoogstaand opleidingsaanbod is dat aan de behoeften van beroepsmensen kan voldoen. Twee aandachtspunten worden benadrukt:

- een eerste, over de inhoud:
 - o dit opleidingsaanbod moet zich niet alleen richten op de technische vaardigheden van de professional, maar moet zich ook richten op menselijke vaardigheden (luistervaardigheid, geduld, empathie, enz.);
 - o alle personeelsleden van de inrichting, met inbegrip van logistiek en technisch personeel, moeten opleidingen worden aangeboden, zodat iedereen zou worden bewust gemaakt voor de kenmerken van de geriatrie;
 - o de opleidingen tot de digitale tools zouden verplicht moeten worden gesteld voor het zorgpersoneel.
- een tweede, over de praktische modaliteiten: opdat deze opleidingen een echte meerwaarde zouden bieden aan de beroepsmensen, is het aan te raden om tijd vrij te maken om de beroepsmensen toe te staan deel te nemen aan deze opleidingsdagen (tijdens de werkuren).

Operationele implementatie	
Belang van de sector	De sector steunt deze aanbeveling. Drie aandachtspunten worden benadrukt: <ul style="list-style-type: none"> - het quotum aan opleidingsuren is in Brussel reeds hoger dan in Vlaanderen en Wallonië, dus we moeten waakzaam zijn voor dit quotum; - de vaardigheden in geriatrie zijn een prioriteit; - de “softskills-opleidingen” moeten worden aangemoedigd voor al het personeel.
Kost	Opleidingen voor het zorgpersoneel maar ook voor het voltallige personeel omkaderen en/of financieren, over: de specifieke kenmerken van de verzorging van een bejaarde, de organisatie van een rusthuis, digitale technologie, actief luisteren. Geraamde kost: nader te bepalen

Verantwoordelijke actor	Iriscare
Uitvoeringstermijn	KT

Kwaliteitsfactoren			
Omkadering	Zorgen	Infrastructuren	Sociale contacten
X	X		

2.2.7. Dimensie 9: schaal

- **Aanbeveling** : Een holistische tool bedenken en implementeren die rekening houdt met alle behoeften van de bejaarde (sociale behoeften en zorgbehoeften).

Aanbeveling : Een holistische tool bedenken en implementeren die rekening houdt met alle behoeften van de bejaarde (sociale behoeften en zorgbehoeften).

De regelmatig als "verouderd" omschreven Katz-schaal, is zeer beperkend en heeft de neiging om de bejaarden te categoriseren zonder rekening te houden met al hun behoeften. De actoren betreuen ook dat de financiering van de huisvestingsstructuren via deze schaal wordt gekoppeld aan de afhankelijkheid van de bejaarden.

De studie beveelt bijgevolg aan om een holistisch hulpmiddel te bedenken en te implementeren dat:

- rekening houdt met alle behoeften van de bejaarde. De omkaderingsbehoeften, de psychische, sociale en affectieve behoeften moeten immers in aanmerking worden genomen bij de beoordeling van het profiel van de bejaarde, net zoals de zorgbehoeften. De actoren uit de sector hebben bijzondere aandacht voor het **probleem van de profielen O en A**, voor welke de omkaderings- en financieringsnormen momenteel zeer laag zijn. Deze mensen kunnen lijden aan cognitieve stoornissen en hebben aanzienlijke sociale behoeften die een passende omkadering vereisen; ★
- ervoor zorgt dat de autonomie van de bejaarden wordt versterkt en behouden;
- het mogelijk maakt om de toestand van de bejaarde op regelmatige tijdstippen opnieuw te beoordelen.

Operationele implementatie	
Belang van de sector	De sector steunt deze aanbeveling. Ze focussen op: <ul style="list-style-type: none"> - het feit dat de kwestie van de beoordelingschaal die in de ouderenzorg wordt gebruikt, niet los kan worden gezien van de inzet van de omkaderingsnormen; - de inzet van de verzorging van de profielen O en A; - het belang van het beschikken over voldoende recente financiële middelen, de sector is regelmatig gevraagd om na te denken over andere evaluatieschalen, maar de financiële middelen nodig voor de implementatie ontbraken vaak; - het belang van het veranderen, stroomopwaarts, van het paradigma van de huidige zorgvisie, en van de rusthuizen levensplekken te maken.
Kost	De schaalverandering structureren richting BelRai door het uitvoeren van "BelRai screener" pilootprojecten. Het budget moet het

	<p>evaluatiepersoneel dekken, het personeel dat het juiste zorgplan moet ontwikkelen, enz. Deze projectoproep moet worden uitgevoerd om discussies over profielen, over de toegevoegde waarde van de tool te voeren. Een eerste intentie zou zijn om zich te richten op de profielen O en A om de veroudering van de Katz-schaal duidelijk te benadrukken.</p> <p>Geraamde kost: 300.000€ (voorstel van budget 2023)</p>
Verantwoordelijke actor	Iriscare (samenwerking met de Duitstalige Gemeenschap of de Vlaamse Gemeenschap)
Uitvoeringstermijn	LT (maar moet nu reeds beginnen)

Kwaliteitsfactoren			
Omkadering	Zorgen	Infrastructuren	Sociale contacten
X	X	X	X

2.3. Tussentijds besluit

Op dit stadium kunnen we vier aanbevelingen naar voren brengen die we interessant vinden om tegemoet te komen aan de behoeften van de sector en die betaalbaar blijven voor het Gewest gelet op zijn economische en budgettaire realiteit:

1. Diversifiëren van de profielen aanwezig in de aanbevelingen (cf. *aanbeveling van de dimensie « personeel op korte termijn »*).
 - a) Aanmaken en toevoegen van het profiel ‘assistent’

Voor de toevoeging van laaggeschoold en bijstandspersoneel is het noodzakelijk om te werken aan het normatieve kader door een aantal fte's te integreren op basis van de aantrekkelijkheid van de maatregel en de financiële middelen beschikbaar voor Iriscare. Met betrekking tot het logistieke/ondersteunend/zaalpersoneel moet worden benadrukt dat het profiel goedkoper zou zijn dan een verpleegster of een zorgkundige.

Deze nieuwe categorie zal moeten worden toegevoegd op het niveau van de omkaderingsnormen:

RH-norm	O	A	B	C	Cd	D
Verplegend personeel	0,25	1,2	2,1	4,1	4,1	1,2
Verzorgingspersoneel	0	1,05	4	5,06	6,06	4
Reactivering	0	0	0,35	0,385	0,385	1,25
Reactivering kort verblijf	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4
Reactivering palliatieve	0	0	0	0	0	0
Fysio, ergo, logo	0	0	0	0	0	0
Bijstandspersoneel	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3

RVT-norm	O	A	B	C	Cd	D
Verplegend personeel	0	0	5	5	5	2,5
Verzorgingspersoneel	0	0	5,2	6,2	6,7	5,2
Reactivering	0	0	0	0,5	0,5	2,5
Reactivering kort verblijf	0	0	0	0	0	0
Reactivering palliatieve	0	0	0,1	0,1	0,1	0,1
Fysio, ergo, logo	0	0	1	1	1	1
Bijstandspersoneel	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3

Ter herinnering:

- een afgestudeerde uit de paramedische sector wordt gecategoriseerd in 14 volgens de IFIC-normen (of 3.442 op 6 jaar anciënniteit met de spilindex 113,76 van 1/03/2022) ;
- een verplegend personeel wordt gecategoriseerd in 11 volgens de IFIC-normen (of 2.737 op 6 jaar anciënniteit met de spilindex 113,76 van 1/03/2022) ;
- een « assistent » personeelslid wordt gecategoriseerd in 8 volgens de IFIC-normen (of 2.498 op 6 jaar anciënniteit met de spilindex 113,76 van 1/03/2022).

Deze herinnering toont aan dat het creëren van een specifieke categorie voor de functie van assistent Iriscare in staat zou stellen om de omkadering te verhogen tegen meer gematigde kosten (of een besparing van 27% ten opzichte van een bachelorprofiel en een besparing van 8% in vergelijking met een profiel van zorgkundige).

Het aanmaken van deze nieuwe categorie is ook een gelegenheid om te werken aan een andere interne herverdeling (*zie 3.2.6 - interne herverdeling*). Inderdaad, zoals reeds vermeld, is de historische medicalisering van het rusthuis merkbaar aan een aanzienlijke aanwezigheid van profielen van verpleegkundigen en zorgkundigen. In de logica van een vrij budget en in reactie op het gebrek aan arbeidskrachten in de rusthuizen lijkt het ook gepast om de deuren enigszins open te zetten voor verschillende profielen zoals de logistiek assistent of ook nog de zaalassistent.

Op basis van het zorgkundigenprofiel kan een budget van ongeveer 6,3 miljoen worden geraamd als we uitgaan van 0,3 fte per 30 bedden (op basis van 11.500 gefinancierde bedden). Daarentegen zou dit budget met 8% (of 5,7 miljoen) kunnen worden verlaagd als we een "logistiek" profiel overwegen (gebaseerd op de IFIC-categorisatie).

Aan de andere kant moet worden opgemerkt dat het aanmaken van het profiel moet gebeuren met behulp van een juridisch-technische constructie. Dit nieuwe kader zal immers moeten worden besproken en gecreëerd in de regelgevingsteksten. Daarnaast zal ook de software voor financieringsbeheer moeten worden aangepast om rekening te houden met deze specificiteit.

b) Toevoegen van profielen en diploma's (reactiveringspersoon)

Aan de bestaande lijst zouden de volgende profielen moeten worden toegevoegd:

- medische secretaresse (diploma van administratieve bachelor (directieassistente) - bachelor medisch secretariaat). Rekening houdend met de administratieve finaliteit zou dit profiel moeten beperkt zijn binnen de structuren;
- gespecialiseerde opvoeder (Master) ;

- sociaal-culturele animator (graduaat in de kunst). Gelet op de finaliteit van animatie, zou dit profiel moeten beperkt zijn binnen de structuren.

Vanuit operationeel oogpunt, zelfs als de voorgestelde profielen niet als "reactiveringspersoneel" kunnen worden beschouwd, stellen we voor om de profielen toe te voegen aan deze reeds bestaande groep, om de integratie in de financieringssoftware te vergemakkelijken en wijzigingen in de regelgeving te vergemakkelijken.

2. De implementatie van een flexibel en geïndividualiseerd budget mogelijk maken (*cf. personeel op middellange termijn*) door het te integreren in de reflectie van het geïndividualiseerde levensproject van elke bewoner.

De implementatie van een flexibel budget voor rusthuizen is een te onderzoeken denkpiste. Dit met het oog op :

- de responsabilisering van de rusthuizen in de toewijzing van dit budget;
- het creëren van een vertrouwensrelatie tussen Iriscare en de rusthuizen;
- het aan de rusthuizen toelaten dit budget toe te wijzen in functie van de behoeften van de bewoners en de geschiedenis van de structuur.

Deze flexibiliteit moet echter beperkt blijven en daarom wordt voorgesteld de enveloppe in tweeën te splitsen:

- een vast deel, omkaderd door Iriscare. Dit "minimale" kader heeft tot doel een bepaalde drempel van personele middelen, in termen van profiel en aantal, binnen de rusthuizen te handhaven;
- een flexibel deel, waarbij het rusthuis vrijheid heeft in de toewijzing ervan.

Deze werkwijze brengt een administratieve last met zich mee:

- enerzijds moet het rusthuis op elk moment de gemaakte keuzes kunnen verantwoorden (*hoe dragen die bij aan de levenskwaliteit binnen het rusthuis?*) ;
- anderzijds moet Iriscare in staat zijn de juiste toewijzing van deze middelen te verifiëren.

Dit flexibele budget moet worden bedacht in combinatie met het geïndividualiseerde levensproject van de bejaarde, dat rekening houdt met de geschiedenis, de levensgewoontes en behouden vaardigheden van de bewoner. Dit geïndividualiseerde levensproject moet het volgende mogelijk maken³⁴ :

- de sociale rol herstellen van de persoon die in de instelling opgenomen wordt;
- de teamcohesie versterken door samen te werken aan een gemeenschappelijk doel;
- focussen op wat de persoon (nog) kan doen in functie van zijn/haar levensverhaal en zijn/haar behouden vaardigheden.

³⁴ PAQS. Le projet de vie individualisé pour la personne présentant des troubles cognitifs. <https://www.paqs.be/nl-BE/Actualites/Le-projet-de-vie-individualise-pour-la-personne-pr>

Het geïndividualiseerde levensproject werd reeds ontwikkeld in Wallonië. Sinds 2019 moeten "de aangepaste eenheden en de wooneenheden voor dagverblijf geïndividualiseerde levensprojecten opzetten die rekening houden met zowel het verhaal en de levensgewoontes van de bewoner, maar ook met zijn behouden vaardigheden"³⁵.

AViQ heeft een gebruikershandleiding in drie stappen ontwikkeld die essentieel is voor de implementatie van dit project³⁶ :



1. Het **verzamelen van de levensgeschiedenis van de bewoners** door ten minste twee aan deze taak toegewezen professionals;
2. **De observatie van de behouden capaciteiten over** een periode van twee tot drie maanden door alle professionals: van de zorgkundige tot de coördinerende arts, via de schoonmaakster en andere verpleegkundigen;
3. De **ontwikkeling van het geïndividualiseerde levensproject in multidisciplinariteit**, rekening houdend met het levensverhaal van de bewoner en de holistische visie ervan dankzij de observaties van iedereen.

Zo moet de informatie overgenomen in dit document richting geven aan de keuzes van het rusthuis: wat zijn de behoeften van de bejaarden (fysiek en sociaal)? Wat zijn hun verwachtingen? Welke professionals moet worden ingehuurd om aan deze behoeften te voldoen en kwaliteitsverzorging te bieden? De keuzes gemaakt in het kader van de flexibele begroting, moeten in het licht van deze informatie worden uitgevoerd.

3. Innovatieve ideeën ontwikkelen.

De reflecties die binnen de sector gaande zijn, zijn een kans om te innoveren. De denkpijsten zijn talrijk, we denken o.a. aan de volgende :

- De studenten financieren. De bejaarden willen gehoord en bezig zijn, daartoe zouden de rusthuizen een beroep kunnen doen op studenten. Deze zouden dan een deel van hun tijd kunnen besteden aan de begeleiding van de bejaarden;
- De mantelzorgers vergoeden. Hoewel het statuut van mantelzorger sinds 2014 in België wordt erkend, bestaat er momenteel geen financiële of fiscale compensatie voor deze personen. Deze actoren vervullen een eerstelijnsrol in de ondersteuning van de bejaarden, het zou relevant zijn om een compensatiemechanisme te onderzoeken (assimilatie van perioden van loopbaanonderbreking, directe toelage voor de mantelzorgers of via gezondheids-/socialezekerheidsstelsels, specifiek verlof, belastingvermindering, enz.)³⁷ ;

³⁵ AViQ, Lignes directrices pour la rédaction du projet de vie spécifique d'une unité adaptée ou d'une unité de vie en journée.

³⁶ PAQS. Le projet de vie individualisé pour la personne présentant des troubles cognitifs. <https://www.paqs.be/nl-BE/Actualites/Le-projet-de-vie-individualise-pour-la-personne-pr>

³⁷ Mutualités libres. Comment soutenir les aidants proches ? <https://www.mloz.be/fr/content/comment-soutenir-les-aidants-proches>

- Professionele omscholing aanmoedigen om het tekort aan verpleegkundigen aan te pakken. Een beurs kan beschikbaar worden gesteld aan de werkzoekenden die willen beginnen met de bachelorstudie in verpleegkunde.³⁸ Voor mensen die actief zijn en dezen in professionele omscholing, zou kunnen worden voorgesteld om te worden ingehuurd als zorgkundigen voor de tijd nodig om de bachelorstudie te volgen³⁹.
4. Beginnen met de overgang naar een andere beoordelingsschaal ("BelRai screener").

De werken voor de implementatie van de BelRai screener in Brussel kunnen snel van start gaan.

- Wanneer? Reeds in het jaar 2023. De reflectie moet zo snel mogelijk beginnen, de operationele uitvoering zal op langere termijn gebeuren;
 - Hoe? Door pilootprojecten op te zetten om geleidelijk te experimenteren met de tool binnen de sector;
 - Wie? Twee mogelijkheden moeten worden onderzocht:
 - o intern binnen Iriscare;
 - o extern door een specifieke actor.
- In beide gevallen vereist de implementatie van deze tool aangepaste opleidingen.
- Met welke financiële middelen? Twee mogelijkheden moeten worden onderzocht:
 - o via Iriscare ;
 - o via de rusthuizen.



De implementatie van de BelRai Screener in de Duitstalige Gemeenschap

In de Duitstalige Gemeenschap is een dienst voor zelfstandig wonen in het leven geroepen. Deze telt tegenwoordig **67 fte's**.

Deze directie is opgebouwd rond een directeur en vier afdelingen:

- de afdeling strategie, advies en controle van de gesubsidieerde entiteiten, bestaande uit 7 fte's;
- de afdeling gebruikersoriëntatie-/coördinatie bestaande uit 25 fte's;
- de afdeling hulp die werkt aan het verstrekken van (financiële) middelen en ambulante begeleiding en werkgelegenheidsondersteuning, bestaande uit 22 fte's;
- het administratief personeel (interne logistiek, financiën, enz.), bestaande uit 10 fte's.

De medische activiteit is ook opgenomen. Deze activiteit past in het zeer precieze kader van de controle voortvloeiend uit de overdracht van de bevoegdheden (0,5 VTE) van de zesde staatshervorming (bijvoorbeeld voor de vergoeding voor de hulp aan bejaarden).

Voor de implementatie van de BelRai Screener werd de BelRai-tool onmiddellijk unaniem aanvaard, maar er werd beslist om via de BelRai Screener-fase te gaan om in een tweede fase, in 2023, in kracht te winnen met de LCTF-module.

³⁸ Siep. Métiers. Deux pistes pour pallier à la pénurie d'infirmiers. <https://metiers.siep.be/actus/deux-pistes-pour-pallier-a-la-penurie-dinfirmiers/>

³⁹ *Ibidem*.

Deze implementatie is het resultaat van een geleidelijk proces. De Duitstalige Gemeenschap is gestart met het beschikbaar stellen van de webapplicatie in de rusthuizen. Anticiperend daarop is er ook een proces geweest om, enerzijds, Bel Rai-trainers op te leiden en, anderzijds, informatie-evenementen over BelRai te organiseren voor de belangrijkste operatoren (rusthuizen).

Op basis van feedback van de Duitstalige Gemeenschap en het Vlaamse Gewest is het mogelijk om de volgende SWOT op te stellen voor de implementatie van de BelRai:

SWOT analyse van de BelRai

Sterktes		Zwaktes	
<i>Strategisch</i>	<i>Operationeel</i>	<i>Strategisch</i>	<i>Operationeel</i>
<ul style="list-style-type: none"> - De BelRai maakt het mogelijk om de behoeften inzake zorg in kaart te brengen en de zorgen te kwalificeren. - De BelRai leidt tot een verbetering van de kwaliteit van de verzorging in die zin dat hij het toelaat om meer behoeften te identificeren, en zo te anticiperen en de zorgen te plannen die de bejaarde nodig zal hebben. - De tool maakt het mogelijk om een holistische, globale visie te krijgen op de evaluatie van de bewoner (op medisch vlak, maar ook psychologisch, sociaal, cognitief, enz.). - De objectiviteit van de evaluatie wordt versterkt door de implementatie van BelRai. 	<ul style="list-style-type: none"> - De BelRai levert gedetailleerde resultaten in een zeer korte tijdspanne. - De BelRai helpt bij de ontwikkeling van een gepersonaliseerd zorgplan. 	<ul style="list-style-type: none"> - De BelRai-tool werd niet overwogen in verband met de financiering van de zorgstructuren. De link tussen BelRai en het financieringsmodel moet bijgevolg grondig worden onderzocht (is namelijk in Vlaanderen tegenwoordig een onderwerp van reflectie). - De BelRai vervangt de planning van de zorgen niet, die aan een specifieke opvolging moet worden onderworpen. 	<ul style="list-style-type: none"> - De BelRai brengt een grotere administratieve last met zich mee voor de actor belast met de uitvoering van de beoordeling. - Om een goede kennis van de tool te hebben, moet een opleidingsmodule worden gevolgd. Deze module vergt een relatief grote tijdsinvestering. - Het juiste gebruik van de tool vereist een zekere kennis van de digitale wereld. - Het verband tussen de codering in de BelRai en het globale medisch dossier van de bewoner is nog niet gerealiseerd.

Opportunities		Threats	
<i>Strategisch</i>	<i>Operationeel</i>	<i>Strategisch</i>	<i>Operationeel</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Via de BelRai is het mogelijk om zorgbehoeften te identificeren die niet bestaan in de Katz-schaal en die op lange termijn een nood aan nieuwe functies kunnen genereren. - De continuïteit van de zorg wordt door de tool gewaarborgd. - Als alle Gewesten dit instrument overnemen, zal het uniformiteit mogelijk maken op het niveau van het grondgebied. 	<ul style="list-style-type: none"> - De BelRai-tool moet worden toegepast in de hele zorgsector (rusthuizen, ziekenhuizen, artsen, thuishulp). 		<ul style="list-style-type: none"> - Het vertalen van de BelRai-tool van de ene landstaal naar de andere kan leiden tot verkeerde interpretaties. - De integratie van de BelRai-tool met andere bestaande programma's ontbreekt. - De BelRai-tool speelt niet in op het gebrek aan arbeidskrachten dat in de sector wordt waargenomen.

2.4. Mogelijke evolutiescenario's

Deze aanbevelingen leiden ons tot het formuleren van vier scenario's:

- het vertrouwensscenario (*Blok 1 in het Excel-bestand*). Zoals de naam al doet vermoeden, is dit scenario gebaseerd op het begrip vertrouwen. Het heeft tot doel rusthuizen meer flexibiliteit te bieden in hun interne beheer door de implementatie van de volgende mechanismen:
 - De door Iriscare toegepaste controlelogica combineren met advies en begeleiding gericht op met name het versterken van de kwaliteit en het delen van de goede praktijken binnen de sector.
 - De instellingen toelaten de profielen van de aanwezige beroepsmensen te diversifiëren, rekening houdend met de realiteit en de behoeften van de bewoners van elk rusthuis.
 - Een flexibele financiering implementeren, beschikbaar voor de rusthuizen, in lijn met het levensproject van het rusthuis en het geïndividualiseerde levensproject van de bewoner.
- het scenario van de opening op de wijk (*Blok 2 in het Excel-bestand*). Het doel vervolgd door dit scenario is om de huizen aan te moedigen om zich naar buiten toe open te stellen. Daartoe wordt voorgesteld om het personeel binnen de instellingen die verantwoordelijk zijn voor de sociale coördinatie, de opening op de wijken te versterken.
- het human resources management scenario (*Blok 3 in het Excel-bestand*). Dit scenario heeft als doel de arbeidsomstandigheden van de beroepsmensen aanwezig in de rusthuizen te verbeteren. Daartoe zijn verschillende voorstellen geformuleerd:
 - De momenten van uitwisseling tussen de beroepsmensen van hetzelfde rusthuis systematiseren en structureren (met het oog op multidisciplinariteit).
 - Werken aan het behoud van het personeel via financiering van specifieke uitgaven gericht op het verbeteren van hun welzijn, of via de aanduiding in elke structuur van een professional verantwoordelijk voor het psychologische welzijn van de werknemers.
 - Werken aan de continuïteit van het personeel (absenteïsme) via financiering van positieve benaderingen bedoeld om het welzijn van de werknemers te verbeteren.
 - Werken aan de erkenning van deze essentiële beroepen door de bezoldiging van het personeel te verhogen of door interne mobiliteit te bevorderen.
- het coördinatiescenario (*Blok 4 in het Excel-bestand*). Het coördinatiescenario is er vooral op gericht om de coördinatie binnen de sector te versterken en zoveel mogelijk te voorkomen dat er in silo wordt gewerkt. Deze versterking kan gebeuren door de oprichting van een oriënteringsdienst, door het integreren van rusthuizen in het Geïntegreerd Sociaal Plan of door het wijzigen van de erkenningsnormen.

Deze vier scenario's zijn niet exclusief, maar kunnen complementair zijn.

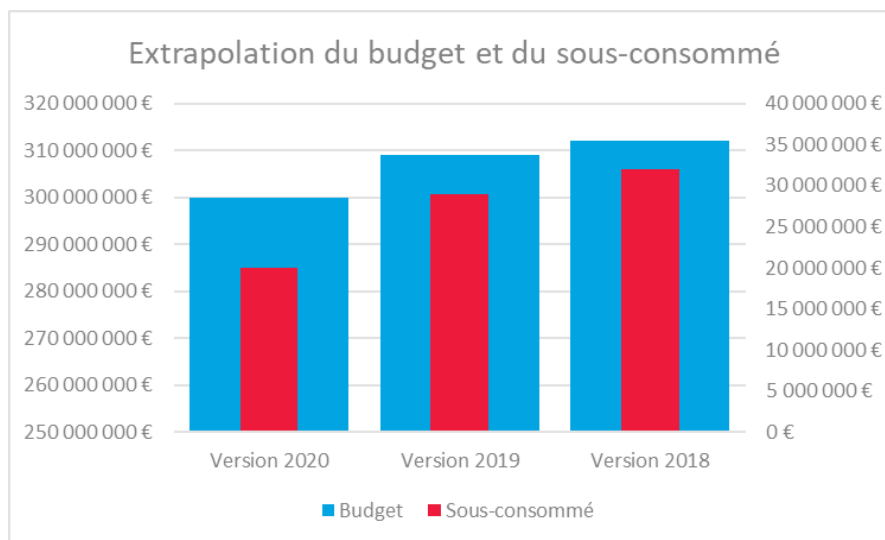
3. Financiële draagkracht van Iriscare

3.1. Identificatie van de onderconsumptie door projectie

Als we de manoeuvreerruimte van Iriscare analyseren om deze hervorming te financieren, stellen we voor om een budgettaire projectie op te stellen op basis van de historische plaatsen.

In 2018 waren er inderdaad meer plaatsen gefinancierd dan tegenwoordig en als we bedenken dat het aantal in 2021 gelijk was gebleven, zouden de uitgaven ook veel groter zijn geweest dan de daadwerkelijk waargenomen uitgaven. We stellen voor om een projectie te maken op basis van de situatie van de in 2018 gefinancierde plaatsen (of 13.132 plaatsen), in 2019 (12.920 plaatsen) en in 2020 (12.520 plaatsen).

Het budget geëxtrapoleerd volgens dit aantal plaatsen wordt in het onderstaande diagram in het blauw weergegeven en de onderconsumptie wordt in het rood weergegeven. Deze onderconsumptie is gebaseerd op het verschil tussen het aantal historisch gefinancierde plaatsen en het aantal momenteel gefinancierde plaatsen.



Helaas is deze theoretische onderconsumptie in een principe van goed beheer al herverdeeld naar andere uitgaven van het Brussels Gewest. Op dit stadium lijkt het echter om een onderconsumptie van ongeveer 14 miljoen euro⁴⁰ te gaan, maar die ongetwijfeld het onderwerp van alle aandacht zal zijn tijdens de voorbereiding van de begroting 2023 van het Brussels Gewest.

3.2. Identificatie van de financiële alternatieven

In de volgende sectie identificeren we zeven mechanismen die voor Iriscare financiële alternatieven vertegenwoordigen.

3.2.1. Een sociaaleconomisch retrocessie-/nivelleringsmechanisme

⁴⁰ Bedrag berekend door het verschil tussen het Forfait gebaseerd op de voorzienbare kosten van 1/1/2022 tot 31/12/2022 en het forfait gebaseerd op de pre-covid-projecties.

Naar het voorbeeld van het mechanisme voor de berekening van de ouderbijdrage bij de plaatsing van een kind in een kinderopvangomgeving aanwezig bij de ONE, zou retrocessie bestaan uit het aftrekken van een bedrag bij de rusthuizen die gemiddeld een hoge bijdrage in de verblijfskosten ontvangen. Dit bedrag zou worden herverdeeld aan Iriscare om het volgende te financieren:

- ofwel de structuren, waarbij de Kost (bijdrage in de verblijfskosten) lager dan het gemiddelde zou zijn
- ofwel om de globale kas van Iriscare te spijzen (bijvoorbeeld om het Iriscare forfait te financieren).

Volgens de Femarbel-studie bedroeg de gemiddelde prijs in Brussel in de publieke sector 52,98€. In het geval van het bovengenoemde mechanisme zou het erom gaan een percentage toe te passen voor de rusthuizen in de particuliere sector (commercieel en associatief) die een bijdrage toepassen die hoger is dan het gemiddelde van de publieke sector. Een heffing van 10% van de hogere bedragen zou een geschat bedrag kunnen vertegenwoordigen van: 2.082.080,09€.

Financieel alternatief goed voor: 2.082.080,09€.

Voor deze berekening baseren we ons op het gemiddelde bedrag van de commerciële privésector (= 59,46€) en de associatieve privésector (= € 60,37). We vermenigvuldigen de verschillen tussen de publieke sector en de commerciële/associatieve privésector met 365 en met het aantal plaatsen in de sectoren⁴¹ (commerciële privésector = 6911 bedden, associatieve privésector = 1659 bedden). Vervolgens passen we het forfait van 10% toe.

	Montant moyen	Différence	Lits	10%
Public	52,98			
Privé Commercial	59,46	6,48	6911	1 634 589,72 €
Privé Associatif	60,37	7,39	1659	447 490,37 €
			Contribution	2 082 080,09 €

3.2.2. Een financiering gebaseerd op het inkomen van de persoon

Dit financieringsmechanisme is geïnspireerd op de financieringsmodaliteiten bestaande in andere Europese landen waar het zorg-/begeleidingsforfait (in dit geval het Iriscare-forfait) afhankelijk is van het inkomen en het vermogen van de begunstigde. Er zou een raster worden opgesteld om de bedragen van de tussenkomst van Iriscare op de inkomens-/vermogensschaal te bepalen.

Een financieel verzwakte begunstigde zou een volledige financiering van zijn profiel genereren, terwijl een financieel meer welvend profiel een gedeeltelijke financiering van zijn profiel zou genereren, wat een extra financiële last voor de bewoner zou veroorzaken.

Om elke betwisting over de implementatie van de gedifferentieerde financiering voor vitale zorg te vermijden, is het ook mogelijk om deze regel te koppelen aan de nieuwe omkaderingsnorm (tafelpersoneel, logistiek personeel, enz.) die expliciet gekoppeld zou zijn aan de bezigheidsactiviteiten en niet aan de directe zorg.

⁴¹ Volgens de dagen gefactureerd in 2021

Als we arbitrair beschouwen dat 25%⁴² van de bewoners in de privésector (commercieel en associatief) een hoog inkomen hebben en we rekening houden met een besparing van 12,00€ op het forfait (of gelijkwaardig aan het O-forfait dat Iriscare in de referentieperiode 2020-2021 heeft toegekend) per dag en per persoon, zou dit bedrag neerkomen op een totaal van ongeveer 4.380€ per jaar. We kunnen een potentiële besparing van het door Iriscare toegekende forfait schatten op 9.384.000€.

Financieel alternatief goed voor: 9.384.000€.

3.2.3. Een collectieve en solidaire financiering

Het recente voorbeeld van het Waals Gewest met de autonomieverzekering wordt hier uitgelicht. Het doel van dit project van autonomieverzekering was om de uitdaging van de vergrijzing van de bevolking en haar verzorging aan te gaan.

Het voorstel was gebaseerd op de solidaire en de forfaitaire bijdrage voor alle inwoners ouder dan 26 jaar. Opgemerkt moet worden dat in Vlaanderen een autonomieverzekering ("zorgverzekering") werd ingevoerd door het decreet van 30 maart 1999.

Met betrekking tot de heffing en uitzonderingen waren vrijstellingen voorzien voor de daklozen, de gedetineerden die in de gevangenis zitten of de mensen geïnterneerd in instellingen voor sociale verdediging, de leefloon-gerechtigden en de IGO-gerechtigden. De inning van de bijdragen was verzorgd door de verzekeringsinstellingen.

Zo telde de actieve bevolking tewerkgesteld in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest in 2019 461.800 mensen⁴³. Als we het jaarlijkse forfait van 50,00€⁴⁴ per tewerkgestelde persoon toepassen, komen we reeds op een bedrag van 23 miljoen euro. Dit bedrag moet worden verfijnd met andere componenten, maar geeft al een gedacht van het verwachte minimale bedrag.

Financieel alternatief goed voor: 23.000.000€.

3.2.4. Openstelling van de wettelijke hypotheek voor de rusthuissector

We behandelen hier het mechanisme van invordering van middelen volgens het model van de wettelijke hypotheek dat bestaat binnen de OCMW 's en dat vaak wordt toegepast wanneer het pensioen, of andere inkomsten van de persoon, onvoldoende zijn om alle kosten van het rusthuis en/of verzorgingstehuis te betalen. Deze hypotheek kan ten nadele komen van de erfgenamen en legatarissen bij het overlijden van de begunstigde.

In het geval van de OCMW 's kunnen dus alle kosten van sociale bijstand worden verhaald op de begunstigde die onroerende goederen bezit (zelfs bijvoorbeeld de kosten van de gezondheidszorgen).

⁴² Dit percentage ligt onder de 30% van de aangiften in de hogere inkomensgroepen (30.000-40.000, 40.000-50.000 en > 50.000). Bron: IBSA.

⁴³ ÉTAT DES LIEUX LE MARCHÉ DE L'EMPLOI EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE, rapport 2020, View.brussels

⁴⁴ Dit bedrag is het bedrag dat aanvankelijk in het Waals Gewest werd genoemd en dewelke in Vlaanderen bestaat.

Met als doel de privéparticipatie van de bewoner te vergroten (bijdrage in de verblijfskosten) zou dit mechanisme binnen de rusthuissector worden toegestaan teneinde de toegankelijkheid van de residentiële sector voor bejaarden te behouden.

Dit zou worden bereikt door een verhoging van de normen zonder een verhoging van de financiering. De sector zal dus de bijdrage van de bewoner moeten verhogen. Om niet alle schuld bij het OCMW te leggen, zou dit mechanisme de verhoging van de bijdrage in de verblijfskosten compenseren en de diensten toegankelijk maken voor zoveel mogelijk mensen.

Hoewel dit een financieringsoptie zou kunnen zijn (verhoging van de bijdrage in de verblijfskosten door hypotheek van het vermogen van de bewoner), lijkt het voorstel moreel dubieus, vooral omdat het verhogen van de last van de uitgaven op de Brusselse bevolking, die sociaaleconomisch verzwakt is, niet echt lovenswaardig is.

3.2.5. Herkwalificatie van de ziekenhuisbedden

Dit is een mechanisme voor de overdracht van medische bedden binnen een rusthuis teneinde te genieten van de federale financiering voor ziekenhuisbedden. Het voorbeeld bevindt zich nabij Duitsland in het rusthuis van INAGO, dat in samenwerking met het ziekenhuis van Eupen een ziekenhuiseenheid met zes bedden heeft ontwikkeld die ter beschikking wordt gesteld van patiënten in de gevorderde of terminale fase van hun ziekte en wier situatie medische, verpleegkundige en paramedische zorgen vereist.

Het is belangrijk op te merken dat dit mechanisme een sterke samenwerking met een ziekenhuis vereist, een wijziging van koninklijke besluiten, een gedifferentieerde omkadering (medisch en paramedisch), maar dat het extra financiering biedt vanuit de federale overheid.

Gezien de crisis van het model zou het een kans kunnen zijn om te werken aan een nieuw model met een bevestigde en gefinancierde medicalisering van bepaalde profielen. Met een daling van het aantal gerechtvaardigde⁴⁵ bedden waargenomen in de ziekenhuissector, moeten discussies over mogelijke reconversies van ziekenhuisbedden (naar meer "PZ"-bedden, palliatieve zorgen) worden gevolgd door Iriscare en de sector om de kans op extra middelen te grijpen.

Deze opportuniteit is gekoppeld aan het KCE-rapport⁴⁶ uit 2017 dat een toename met 7% van de dagen in "palliatieve zorgbedden" tussen 2017 en 2025 aanbeveelt.

Alternatief door aanvullende financiering van het RIZIV

3.2.6. Interne herverdeling

Het is een mechanisme voor het herverdelen van de financiële of personele middelen op basis van een betere afstemming van de middelen gelet op de behoeften.

Opgemerkt moet worden dat als een identiek financieel kader moet worden opgelegd (het beter of anders doen met identieke middelen), het noodzakelijk is om te werken aan de identificatie

⁴⁵https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/donnees_phares_soins_d_e_sante_hg_v07.pdf

⁴⁶ CAPACITÉ HOSPITALIÈRE NÉCESSAIRE EN 2025 ET CRITÈRES DE LA MAÎTRISE DE L'OFFRE POUR LA CHIRURGIE ONCOLOGIQUE COMPLEXE, LA RADIOTHÉRAPIE ET LA MATERNITÉ, 2017, KCE

van nieuwe normen zonder taboes over de diploma's, over de profielen, over de handelingen ...

Als we bijvoorbeeld de terminologie en de barema's van IFIC in aanmerking nemen, kunnen we ons de volgende nieuwe weergave van de omkaderingsnormen voorstellen:

<i>Norme MRS actuelle</i>							
	Total	30 lits B	30 lits C	30 lits Cd	30 lits D		
65 237,20 €	17,5	5	5	5	2,5	3 727,84 €	Infirmière
66 842,81 €	23,3	5,2	6,2	6,7	5,2	2 868,79 €	Aide Soignante
						2 617,52 €	Aide Logistique
						2 776,50 €	Secrétaire
						3 727,84 €	Educateur
132 080 €	40,8	ETP					Total
<i>Norme avec nouvelle répartition</i>							
54 053,68 €	14,5	4	4	4	2,5	3 727,84 €	Infirmière
55 367,65 €	19,3	4,2	5,2	5,7	4,2	2 868,79 €	Aide Soignante
10 470,08 €	4	1	1	1	1	2 617,52 €	Aide Logistique
8 329,50 €	3	1	1	1		2 776,50 €	Secrétaire
3 727,84 €	1	0,3333	0,3333	0,3333		3 727,84 €	Educateur
131 949 €	41,8	ETP					Total

De herbesteding van middelen om assistentiepersoneel (administratief en logistiek) zou het toelaten middelen vrij te maken om een opvoeder te financieren (in dit voorbeeld).

Dit voorstel kan gekoppeld worden aan de vraag van de sector om "assistentieprofielen" te financieren zoals logistieke assistenten, administratieve bedienden, zaalpersoneel, enz. Dit personeel dat in werkelijkheid nu reeds het zorgpersoneel komt ontlasten in de instellingen.

! Er worden toch uiteenlopende meningen waargenomen binnen de sector, sommige actoren op het terrein geven aan dat het aantal aanwezige verpleegkundigen op geen enkele manier mag worden verminderd ten gunste van "assistentie" -personeel.

Opgemerkt moet worden dat de normen voornamelijk voorzien in verpleegkundigen en zorgkundigen. Dit weerspiegelt grotendeels een "medisch-verpleegkundig" model, van verpleegkundige zorgen eerder dan een globale benadering in termen van zorgen. Het verhogen van de aanwezigheid van reactiveringspersoneel, dat momenteel te weinig aanwezig is, heeft tot doel een zekere flexibiliteit binnen de rusthuizen mogelijk te maken door hen een breder profielkeuze te bieden, rekening houdend met de specifieke behoeften van de bewoners en de geschiedenis van het tehuis.

Om het potentieel van deze herziening van de normen te ontwikkelen, moet worden overwogen om de financiering met een nieuwe beoordelingschaal te implementeren (bv. de BelRai-schaal).

Zero-cost alternatief

3.2.7. Een « multi-erkenning » -bed

Dit is een benadering die moet worden overwogen in een "multi-erkenning" -logica van een rusthuisbed. Het doel ligt voornamelijk in een lenig beheer van de financiering van een bed.

Dit kader van multi-erkenning zou het mechanisme van het Iriscare-forfait voor de rusthuizen (RH - RVT - Kort Verblijf) omvatten, maar zou ook andere mechanismen moeten integreren, zoals huisvesting voor mensen met een handicap bijvoorbeeld. Deze multi-erkenning moet het recht openen voor de structuur om het bed te gebruiken (en de financiering ervan) in functie van de situatie van de bewoner en niet op basis van administratieve criteria (historische erkenning van het bed). In een bredere context zou het rusthuis de flexibiliteit kunnen hebben om een bed te gebruiken als een assistentiewoning, als een 'eenvoudige' huisvesting voor bejaarde (zinspelend op een vorm van kot voor bejaarden) of als een traditioneel RVT-bed.

Om dit delen van erkenningen te bereiken, zou administratieve flexibiliteit nodig zijn, wat zou leiden tot bepaalde wijzigingen in de verordeningen.

Het doel is een administratieve lenigheid die zou leiden tot een beter gebruik van de bedden, een betere afstemming tussen de behoeften van de bewoner en de begeleiding geboden door een systematisch aangepaste financiering.

Indirect financieel alternatief