

Wie zijn de bewoners van een woonzorgcentrum: welke uitdagingen voor de toekomst van de woonzorgcentra gaan schuil achter de evolutie van het bewonersprofiel?

Rebekka Verniest, Gauthier Vandeleene en Hervé Avalosse - Studiedienst

Samenvatting

De voorbije jaren stond de ouderenzorg in de woonzorgcentra meer dan eens in het oog van de storm. Getuigenissen over ontoereikende zorgkwaliteit in een aantal voorzieningen en de hoge tol van de coronacrisis deden sommigen luidop de vraag stellen naar de toekomst van het woonzorgcentrum. Dit zijn vragen die al langer leven, de coronacrisis heeft de aandacht ervoor opnieuw aangescherpt.

Wij zijn ervan overtuigd dat een woonzorgcentrum een noodzakelijke schakel blijft in de zorg voor ouderen. Wel is het belangrijk om het debat te blijven voeren over hoe een kwaliteitsvolle en toegankelijke zorg ook binnen deze setting gegarandeerd kan worden.

Omdat CM wil bijdragen tot dit debat, analyseerden we gegevens over residentiële ouderenzorg uit het verleden. We stellen vast dat ouderen op steeds latere leeftijd opgenomen worden in een woonzorgcentrum. Ze zijn ook steeds zwaarder zorgbehoevend. We weerhouden hieruit als belangrijk aandachtspunt het belang van een adequate personeelsomkadering die in aantal en samenstelling kan inspelen op de veranderende zorgnoden die hiermee gepaard gaan. Op die manier kunnen kwaliteit van leven, kwaliteit van zorg en een waardig levenseinde gegarandeerd worden. Dit realiseren is een gedeelde verantwoordelijkheid van de bevoegde overheden en van de actoren op het terrein.

Sleutelwoorden: Ouderenzorg, woonzorgcentra, bewonersprofiel, kwaliteit van leven, kwaliteit van zorg, waardig levenseinde

1. Context

De komende jaren zal de vergrijzing zich in België verder doorzetten. Het Federaal Planbureau voorspelt dat het aandeel van de 67-plussers in de totale bevolking zal toenemen van 16% in 2018 tot 20% in 2030 en 23% in 2070. Onder meer omwille van deze vergrijzing, zal de vraag naar ondersteuning van en chronische zorg aan ouderen de komende jaren toenemen. Momenteel worden deze zorg en ondersteuning ofwel thuis in de eigen omgeving ofwel in het woonzorgcentrum (WZC) aangeboden. Ook een combinatie van thuiszorg met semi-residentiële zorg is mogelijk waarbij mensen naar de dagopvang of op kortverblijf in het WZC komen. Daarnaast ontwikkelden zich op het terrein ook meer innovatieve vormen van wonen met zorg, zowel binnen de WZC (vb. kleinschalig wonen met dementie) als alternatief hiervoor (vb. Abbeyfieldhuizen, kangoeroewoningen, duplexwoningen) (Fransen A., 2009).

Ook wanneer ze zorgbehoevend worden, blijven ouderen dus het liefst zo lang mogelijk thuis om daar de noodzakelijke zorg en ondersteuning te krijgen (= 'aging in place') (Koning

Boudewijnstichting, 2017; Beirnaert, 2017). Thuis kunnen blijven zorgt voor de meesten voor een betere levenskwaliteit, onder meer door het behoud van het sociaal netwerk en de vertrouwdheid van de omgeving. Opname in een WZC zorgt voor negatieve associaties (negatieve outcome, hoger sterf-terisico, verminderde levenskwaliteit). Ook de hoge kostprijs schrikt af. Dankzij een uitgebreid aanbod aan zorg en ondersteuning en de inzet van mantelzorgers en vrijwilligers, is thuiszorg voor velen ook een realistische optie.

De meeste ouderen beschouwen een WZC nog steeds als de laatste optie, als andere opties niet mogelijk zijn. Ook op maatschappelijk niveau wordt geregeld de vraag gesteld wat de rol van WZC is binnen het brede zorgaanbod voor ouderen. Vermits we met zijn allen ouder worden, moeten we als samenleving blijven nadenken over de toekomst van onze ouderenzorg. Welke aanbod willen onze ouderen en hun mantelzorgers? Hoe wordt de ouderenzorg georganiseerd? Wat is de plaats van WZC in het zorgaanbod voor ouderen en welke zorg hoort daar wel of niet thuis?

Om deze vragen te kunnen beantwoorden, moeten we vele factoren in rekening brengen. Wat wil de persoon zelf? Hoe houden we rekening met tendensen als vermaatschappelijking van de zorg of toenemende aandacht voor kwaliteit van zorg? En hoe garanderen we ook op latere leeftijd voldoende levenskwaliteit voor iedereen? Deze vragen zijn complex en vragen een antwoord vanuit verschillende hoeken. Vanuit beleidsperspectief zijn we geïnteresseerd waarom men voor een bepaalde zorgvorm kiest.

Dergelijk inzicht is zeer waardevol vanuit beleidsperspectief. Het opent immers mogelijkheden om met doelgerichte initiatieven in te werken op de factoren die nu samenhangen met de opname in een WZC, om zo opnames waar mogelijk uit te stellen of zelfs te vermijden. Daarom wordt in deze bijdrage eerst een globaal overzicht gegeven van de factoren die nauw samenhangen met de opname in een WZC. Daarna wordt voor een aantal ervan gekeken welke conclusies we kunnen trekken op basis van CM-gegevens.

Verder is het ook belangrijk om inzicht te hebben in de kwaliteit van leven binnen de WZC. Een belangrijk item hierbij is een waardig levenseinde. Het WZC is voor vele ouderen dan ook de laatste plaats waar ze naartoe verhuizen. Ook tijdens de coronacrisis waaide het debat hierover terug op. In deze bijdrage staan we hier even bij stil door in te zoomen op de hospitalisaties van WZC-residenten en op de plaats van overlijden.

De coronacrisis bracht de residentiële ouderenzorg nadrukkelijk onder de aandacht. De rol van een WZC in de ouderenzorg, de kwaliteit van de geleverde zorg en de kwaliteit van leven van ouderen werden meer dan eens in vraag gesteld. Maar dit is niet nieuw. Deze thema's vormen al langer onderwerp van debat, de crisis heeft de aandacht ervoor opnieuw aangescherpt. Als gezondheidsfonds wil CM bijdragen tot dit debat. Vanuit een analyse van gegevens uit het verleden, willen we een aantal aandachtspunten formuleren voor toekomstig beleid.

2. Welke factoren hangen samen met de opname in een woonzorgcentrum?

Hoewel mensen het liefst thuis oud worden, zijn en blijven WZC een noodzakelijke schakel in het zorgaanbod voor ouderen. Op individueel niveau blijken zowel de vatbaarheid voor, de mogelijkheden en de behoeften aan zorg samen te hangen met institutionalisering (Luppa et al. 2010).¹

- De **'vatbaarheid' voor zorg** (demografische en sociale kenmerken, overtuiging over en attitude tegenover ziekte en zorg) waarbij vooral een hoge leeftijd en het niet hebben van een eigen woning bepalend blijken. Ook het feit dat

men alleenstaand is of een beperkt sociaal netwerk heeft, speelt een rol, zij het in mindere mate.

- De **mogelijkheden aan zorg** (de individuele kennis en middelen om een beroep te doen op zorg en de beschikbaarheid van zowel informele als formele zorg voor het individu).
- De **behoefte aan zorg** (de ervaren en vastgestelde gezondheidstoestand) met vooral de subjectieve gezondheid en functionele en cognitieve beperkingen, maar ook de diagnose dementie.

Op basis van de bevindingen in de literatuur, besluiten Luppa et. al. dat opname in een WZC vooral het gevolg is van ernstige cognitieve en functionele beperkingen. Aandoeningen op zich spelen minder een rol, het zijn vooral de ernst en de impact ervan op beperkingen die van belang zijn. Zo is er een sterke samenhang tussen opname en de diagnose dementie (risico +17%), vooral indien het om een verder gevorderde vorm van de ziekte gaat of wanneer er sprake is van gedrags- en psychologische problemen.

Ook voor factoren zoals hoge leeftijd of de afwezigheid van (informele) zorg, is een samenhang met opname vastgesteld. Maar ook de invloed van deze factoren kan niet volledig los gezien worden van de aanwezigheid van ernstige beperkingen.

Niet alleen factoren eigen aan de persoon die wordt opgenomen in het WZC zijn bepalend. Ook het al dan niet aanwezig zijn van informele zorg of mantelzorg is cruciaal. En niet alleen aanwezigheid van mantelzorg is bepalend of iemand opgenomen zal worden, ook de draaglast van de mantelzorger bepaalt of ondersteuning thuis nog mogelijk is. Zo toonde Buhr (2006) al aan dat zowel de bij de mantelzorger ervaren nood aan meer gespecialiseerde zorg en ondersteuning, alsook de persoonlijke gezondheid van de mantelzorger en gedragsproblemen bij de zorgbehovende als gevolg van dementie doorslaggevend zijn bij het al dan niet thuis blijven wonen van een oudere met dementie.

Hierboven lag de focus vooral op wat vanuit de persoon zelf of zijn mantelzorger bepalend is. We kunnen ouderenzorg ook vanuit een globaler perspectief bekijken. Stolz en collega's (2019) kwamen in hun onderzoek ook tot het besluit dat vooral de individuele nood aan zorg bepalend is bij een opname. Maar ze stelden evenzeer vast dat er tussen landen verschillen zijn in het gebruik van institutionele ouderenzorg die in belangrijke mate verklaard worden door het verschil in overheidsmiddelen voor residentiële langetermijncare. Ook het gevoerde beleid heeft dus impact op de individuele keuze.

Verder lijkt het niet uit te sluiten dat ook verschillen tussen voorzieningen in opnamebeleid een rol spelen.

Vaak zal het een samenloop van factoren zijn die tot een opname in een WZC leidt. Feit is dat de opname in een WZC er meestal gekomen is 'gedwongen door de omstandigheden' (Plessers, 2010).

1. Gebaseerd op het gedragsmodel voor gebruik van zorg van Andersen en Aday

3. Methode

We stelden ons de vraag of het profiel van WZC-bewoners op basis van onze gegevens een aantal van de vermelde individuele factoren bij opname bevestigen. Voor deze studie zijn de facturatie- en profielgegevens geanalyseerd van CM-leden die tussen 2004 en 2018 minstens één dag in een woonzorgcentrum verbleven, met uitsluiting van opnames in kortverblijf en verblijven van bewoners in de categorie Cc². In de analyses vanaf 2014 zijn ook de specifieke codes voor personen met MS, ALS of Huntington niet meegenomen³.

Er is gekozen voor 2004 als startjaar voor de analyses omwille van de vergelijkbaarheid van de gegevens over de jaren heen. In 2004 is immers een nieuw financieringssysteem voor de woonzorgcentra ingevoerd (Verniest, 2004 en Verniest, 2011). Sinds dat jaar is de regelgeving relatief stabiel gebleven, behoudens de invoering van categorie D vanaf 2013 in ROB (Rustoord voor Bejaarden⁴) voor bewoners met een bevestigde diagnose dementie maar een beperkte(re) fysieke afhankelijkheid. De reden om 2018 als eindjaar te hanteren heeft te maken met de zesde staatshervorming waarbij de bevoegdheid over de WZC naar de regionale overheden is overgedragen en de uitvoering sinds 2019 niet meer in handen van de ziekenfondsen ligt.

De ziekenfondsen beschikken ook niet over gedetailleerde informatie over de gezondheidstoestand (gezondheidsklachten, aandoeningen, comorbiditeit, subjectieve gezondheid, ...) van de bewoners. Ook informatie over de concrete woon- en leefsituatie van mensen (al dan niet alleenstaand, kwaliteit van de woning, beschikbaarheid mantelzorg, ...) is niet gekend. Daarom baseren we ons voor de analyses volgens zorgzwaarte op gegevens die we wel bezitten, meer bepaald de gefactureerde afhankelijkheids categorie die een indicatie geeft van de zorgafhankelijkheid zoals ingeschaald met de KATZ-schaal⁵. Bij opname in een WZC wordt de afhankelijkheidsgraad van elke nieuwe bewoner bepaald (Bijlage 1). In functie van de evolutie van de gezondheidstoestand en de impact ervan op de zelfredzaamheid, kan dit tijdens de opname in het WZC geherëvalueerd worden.

De gegevens werden bekeken volgens geslacht, leeftijd en regio (Vlaanderen, Wallonië en Brussel). Ook het sociaal sta-

tuut van de bewoner (wel of niet recht op de verhoogde tegemoetkoming) en het statuut van de voorziening (OCMW, VZW, privé) werden geanalyseerd. Ten slotte is ook een analyse gedaan van de verblijfsduur, ziekenhuisopnames voorafgaand aan en tijdens het verblijf in WZC en de plaats van overlijden.

Bij de interpretatie van de gegevens is het belangrijk er rekening mee te houden dat het merendeel van de gegevens afkomstig is van voorzieningen in Vlaanderen. In 2018 verbleven 85.546 CM-leden minstens één dag in een WZC waarvan 3,6% in een Brusselse voorziening, 75,6% in een Vlaamse en 20,8% in een Waalse voorziening. Er waren in dat jaar 9.366 nieuwe opnames (2,6% in Brussel, 79,4% in Vlaanderen en 18% in Wallonië). Het aandeel CM-leden in een Brusselse voorziening is dus eerder beperkt. Enige voorzichtigheid is dan ook geboden, zeker in geval van analyses volgens subgroepen. De gegevens voor Wallonië bevatten ook deze van voorzieningen in de Duitstalige Gemeenschap.

4. Resultaten

4.1. Zorgzwaarte bij opname en algemeen zorgprofiel

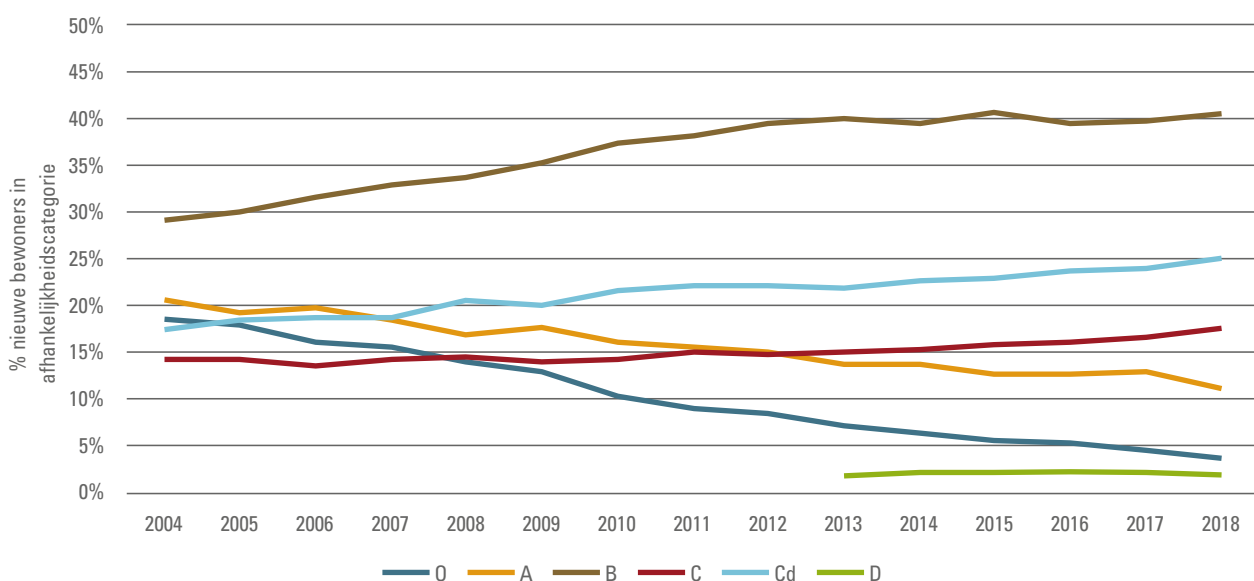
4.1.1. Afhankelijkheid bij opname

We weten dat vooral ernstige functionele of cognitieve beperkingen doorslaggevend zijn voor opname in een WZC. Uit de CM-gegevens blijkt dat in 2018 83,1% van de ouderen bij opname al zwaar zorgbehoevend is: aan 40,4% van de nieuwe bewoners is categorie B toegekend, aan 25,1% categorie Cd en aan 17,6% categorie C (Figuur 1). 15% is lichter zorgbehoevend (3,8% categorie O en 11,2% categorie A).

We zien bovendien dat de zorgzwaarte sinds 2004 is toegenomen, met vooral een stijging van het aandeel bewoners dat opgenomen wordt in categorie B (van 29,1% tot 40,4%). Het aandeel van bewoners in de categorieën C en Cd is eveneens toegenomen. Tegelijk is er een afname van het aandeel licht zorgbehoevenden en vooral van categorie O (van 18,6% naar 3,8%).

2. De categorie Cc, ingevoerd op 1 januari 2006 is bedoeld voor de zogeheten 'comapatiënten'. Het gaat om personen in een vegetatieve toestand of coma. Slechts een paar voorzieningen hebben een erkenning om enkele comapatiënten op te vangen.
3. In het kader van de zesde staatshervorming en de regionalisering van de bevoegdheid voor residentiële ouderenzorg, zijn vanaf 2014 specifieke facturatiecodes van toepassing voor deze doelgroepen aangezien dit zorgaanbod onder de federale bevoegdheid is gebleven. Voorheen werden deze verblijven gefactureerd met de bestaande facturatiecodes en kunnen ze dus niet geïsoleerd worden. Slechts een paar voorzieningen hebben een erkenning om enkele personen met gevorderde MS, ALS of Huntington op te vangen waardoor de impact op de gegevens relatief beperkt is.
4. In een woonzorgcentrum kunnen twee type woongelegenheden erkend worden: woongelegenheden zonder bijkomende erkenning (= vroegere ROB) en woongelegenheden met bijkomende erkenning (= RVT).
5. De KATZ-schaal is een evaluatieformulier dat de zorgbehoevendheid meet voor ADL-activiteiten (zich wassen, zich kleden, zich verplaatsen, toiletbezoek, incontinentie en eten). Voor elke activiteit wordt een score gegeven naargelang de hulp die de persoon daarbij nodig heeft. Bijkomend worden ook de mate van oriëntatie in tijd of ruimte gemeten. Voor elk item wordt, in functie van de vastgestelde zorgafhankelijkheid, een score tussen 1 en 4 toegekend. Men wordt beschouwd als afhankelijk bij een score 3 of 4. Op basis van de combinatie van de scores voor de acht items, wordt een persoon in een bepaalde afhankelijkheids categorie (= forfait) ondergebracht.

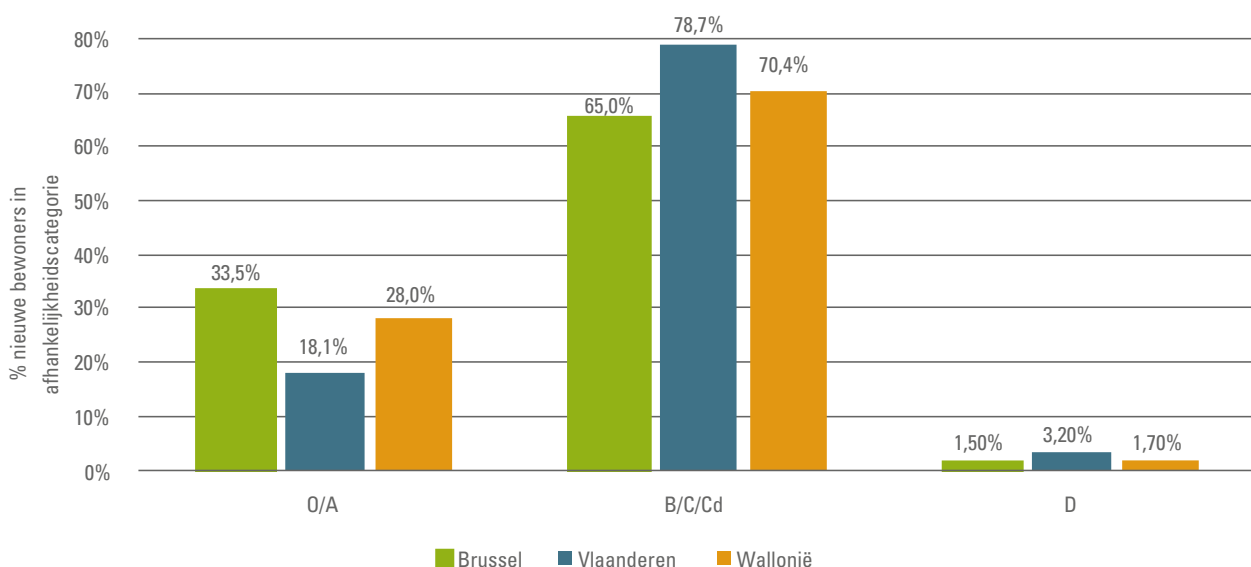
Figuur 1: Verdeling van de bewoners volgens afhankelijkheidscategorie bij opname, evolutie tussen 2004 en 2018



Figuur 2 toont de verdeling van de CM-bewoners in WZC in 2018 over de verschillende zorgcategorieën volgens regio. Hoewel het aandeel zwaar zorgbehoevenden in elke regio groot is, zijn er toch duidelijk regionale verschillen. De Vlaamse voorzieningen kennen de hoogste zorggraad. In de Brus-

selse voorzieningen daarentegen, is 33,5% van de residenten lichter zorgbehoevend, in Wallonië 28% (zowel categorie O als A). Dit wijst erop dat vooral in deze twee regio's niet alleen ernstige fysieke en cognitieve beperkingen meespelen bij de beslissing tot opname (zie 5.2).

Figuur 2: Verdeling van de CM-leden in WZC in 2018 volgens zorgcategorie en volgens regio



Het aandeel van categorie D blijft overal relatief beperkt. Dit kan erop wijzen dat ook personen met een bevestigde diagnose dementie doorgaans pas in een WZC worden opgenomen op het moment dat er ook zeer ernstige functionele en cognitieve beperkingen zijn (= categorie Cd of B⁶).

Van alle CM-leden die in 2018 minstens één dag in een WZC verbleven, verbleef 48% in een voorziening met een non-profit-statuuat (vzw), 29% in een private commerciële voorziening en bijna 29% in een OCMW voorziening.

Het zorgprofiel van voorzieningen toont ook verschillen volgens het statuut van de voorziening. In OCMW-voorzieningen en vzw's verblijven meer personen met een zwaarder zorgprofiel (figuur 3). In OCMW-voorzieningen is in 2018 voor 78% van de bewoners het forfait B, C of Cd gefactureerd. In vzw-voorzieningen is dit ruim 80%, in privaat commerciële voorzieningen 72,6%. In commerciële voorzieningen is vooral het aandeel bewoners in categorie A hoger en het aandeel bewoners in categorie Cd lager. Dit kan wijzen op verschillen in opnamebeleid.

4.1.2. Voorafgaandelijke hospitalisaties

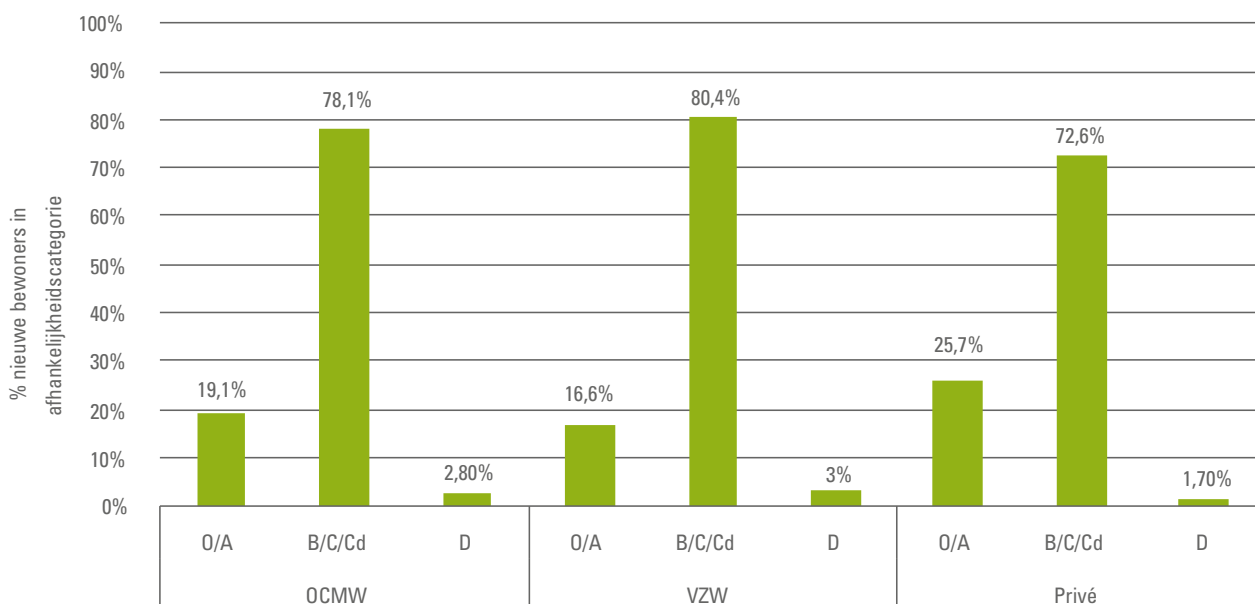
De aanwezigheid van ernstige gezondheidsproblemen bij opname in een WZC kan ook afgeleid worden uit gegevens over

hospitalisaties in de periode voor die opname. Tabel 1 toont dat tussen 2004 en 2018 een steeds groter aandeel nieuwe bewoners in de periode van 50 dagen voor opname in het WZC minstens één dag gehospitaliseerd is. In 2004 was dit nog 41%, in 2018 al 48%. Ook dit is een indicatie van de toenemende graad van zorgbehoefendheid bij opname in het WZC over de jaren heen. Bovendien kan dit een bijkomend signaal zijn van de individuele en maatschappelijke voorkeur voor thuiszorg. Het is dan bijvoorbeeld een acuut gezondheidsprobleem dat eerst aanleiding geeft tot een ziekenhuisopname en vervolgens de opname in een WZC noodzakelijk maakt omwille van de toegenomen kwetsbaarheid of verlies aan zelfredzaamheid (vb. valincident).

4.2. Leeftijd bij opname en algemeen leeftijdsprofiel

In samenhang met het voorkomen van ernstige beperkingen, speelt ook hoge leeftijd een rol bij institutionalisering. Met een mediane leeftijd van 86 jaar in 2018, bevestigen de CM-gegevens dat de meerderheid van de nieuwe bewoners bij opname hoogbejaard is. Amper 391 opgenomen CM-leden waren jonger dan 70 jaar, 120 jonger dan 60 jaar. In Vlaanderen gaan mensen later naar het WZC dan in Wallonië en Brussel.

Figuur 3: Verdeling van de CM-leden in WZC in 2018 volgens zorgcategorie en volgens statuut van de voorziening



6. In woongelegenheden zonder bijkomende erkenning wordt een bewoner met een bilan dementie altijd opgenomen in categorie D, behalve indien de fysieke afhankelijkheid voldoende hoog is voor opname in categorie Cd. In woongelegenheden met bijkomende erkenning, is categorie D niet geïmplementeerd. Bij voldoende fysieke afhankelijkheid wordt een bewoner met bilan dementie opgenomen in categorie Cd. Indien dit niet kan wordt op basis van de scores op de KATZ-schaal de categorie B of C toegekend.

Tabel 1: Aandeel nieuwe bewoners met minstens één hospitalisatie in de periode voor opname in een WZC – evolutie 2004-2018

Jaar	50 dagen voor opname in WZC	100 dagen voor opname in WZC	200 dagen voor opname in WZC
2004	40,9%	60,1%	71,4%
2005	41,8%	61,6%	72,8%
2006	42,1%	61,1%	72,6%
2007	42,7%	62,0%	73,4%
2008	43,0%	63,0%	75,0%
2009	42,3%	61,6%	73,1%
2010	43,9%	63,0%	74,5%
2011	43,0%	62,4%	74,3%
2012	44,6%	63,5%	74,9%
2013	45,5%	63,9%	74,9%
2014	45,1%	63,1%	74,0%
2015	45,8%	63,8%	73,8%
2016	45,7%	63,8%	73,8%
2017	47,4%	64,6%	74,2%
2018	47,7%	64,5%	74,2%

Ook wie bij opname alleenstaand⁷ is, is doorgaans iets ouder dan wie nog een partner heeft (mediaan 88 jaar versus mediaan 85 jaar).

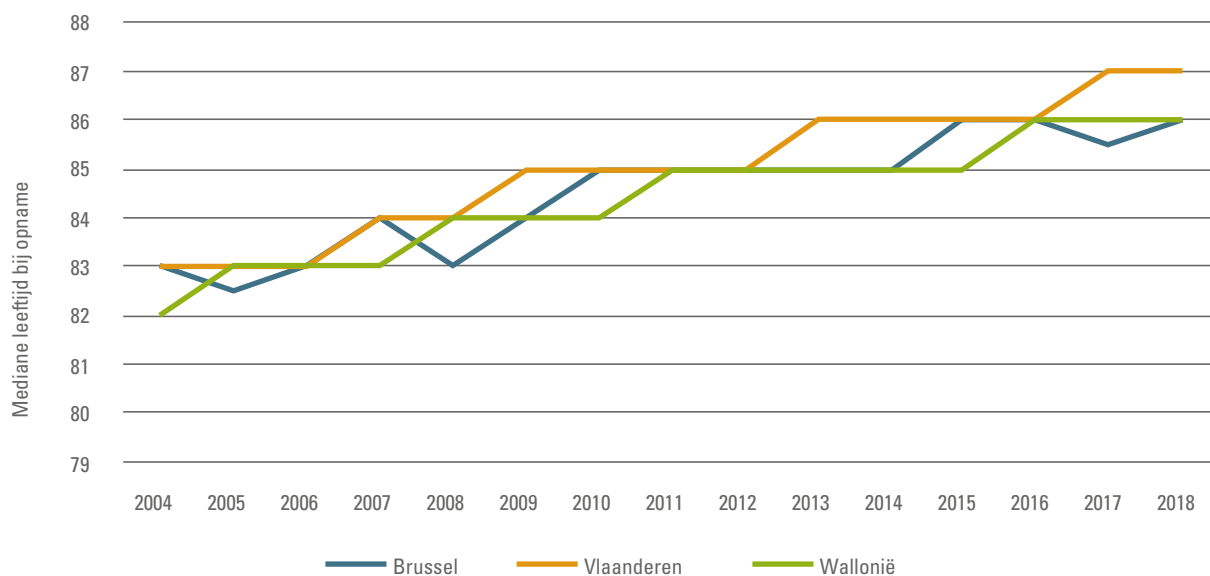
Figuur 4 toont de stijgende trend in de opnameleeftijd tussen 2004 en 2018. In 2004 was de mediane leeftijd bij opname nog 83 jaar in Brussel en in Vlaanderen en 82 jaar in Wallonië. In 2018 was dit gestegen tot respectievelijk 86 jaar, 87 jaar en 86 jaar. De veroudering van de WZC-populatie is ook merkbaar in alle afhankelijkheidscategorieën.

Er zijn regionale verschillen in de leeftijd bij opname. Zowel voor de gemiddelde als de mediane leeftijd noteren we de hoogste waarden in Vlaamse voorzieningen.

De opnameleeftijd verschilt eveneens volgens afhankelijkheids categorie. Hoe hoger de zorgcategorie, hoe ouder men gemiddeld is bij opname. Vooral wie bij opname in categorie 0 wordt ingeschaald, is doorgaans wat jonger. Ook voor de categorieën Cd en D is de gemiddelde leeftijd iets lager. Dit is in lijn met conclusies in ander onderzoek dat zegt dat personen met dementie gemiddeld vroeger opgenomen worden door de vaak snelle evolutie van de aandoening (Luppa).

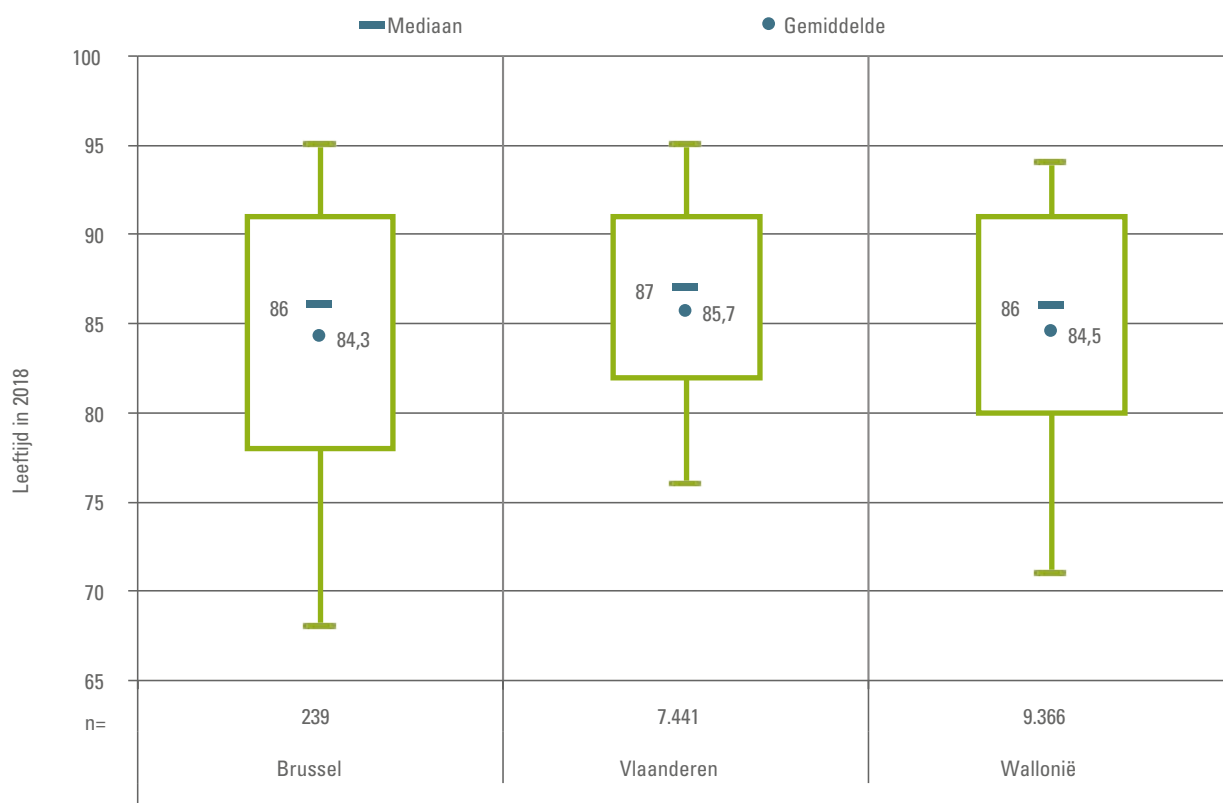
De hoge leeftijd bij opname en de stijgende trend hierin, vertalen zich een sterk verouderde populatie in de WZC (figuur 5).

Figuur 4: Evolutie van de mediane leeftijd bij opname in een WZC bij CM-leden tussen 2004 en 2018, volgens regio



7. Proxy op basis van de MAF.

Figuur 5: Spreiding van de CM-leden in WZC volgens leeftijd en volgens regio (2018)



4.3. Financiële kwetsbaarheid bij opname

In 2018 heeft 48% van de CM-leden die in een WZC zijn opgenomen recht op de verhoogde tegemoetkoming (VT)⁸ (figuur 6). Dit aandeel is hoger dan in de totale CM-populatie van 65-plussers (24,1%) of deze van 80-plussers (37,2%).

Opvallend is dat het aandeel nieuwe bewoners met recht op de VT de voorbije 15 jaar sterk gedaald is: van 57% in 2004 naar 48% in 2018. Deze daling wordt minstens voor een deel verklaard door de algemene dalende trend bij de CM-leden van 65 jaar en ouder en vooral deze van 80 jaar en ouder (figuur 6), onder meer als gevolg van de verbeterde inkomenspositie van een groot deel van de ouderen.

In Brussel zien we evenwel een afwijkende evolutie. Daar blijft het aantal VT-gerechtigden in de CM-populatie van 65 jaar en ouder vrij stabiel en zien we bij de 80-plussers een lichte daling tussen 2004 en 2013 en vervolgens een stagnering. Het aandeel nieuwe WZC-bewoners met recht op de VT in de Brusselse voorzieningen daalt echter even sterk als in de andere regio's.

4.4. Hospitalisaties tijdens het verblijf in een WZC

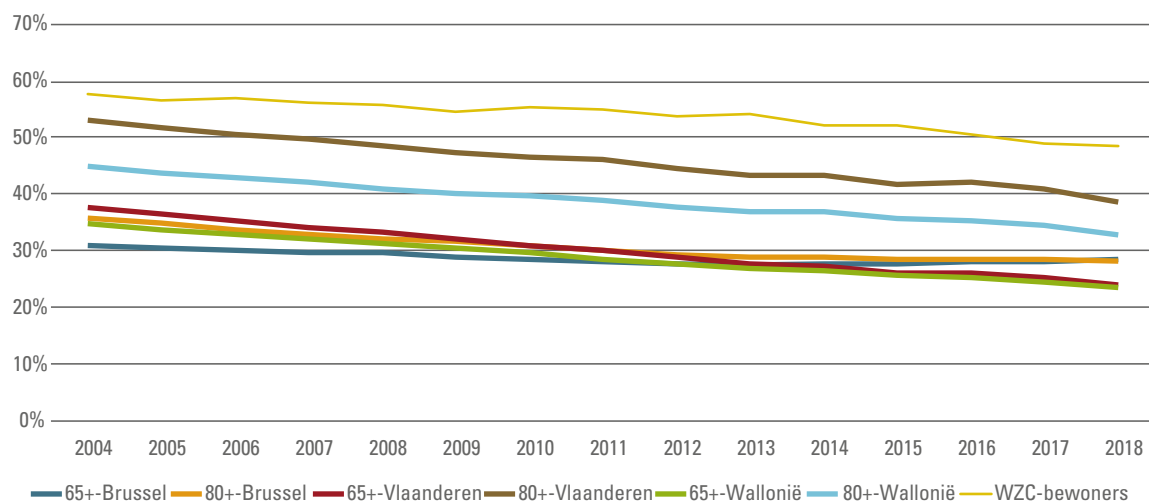
Van de CM-leden die in 2018 in een WZC verbleven, is bijna 16% in dat jaar minstens één dag gehospitaliseerd⁹. Dit aandeel verschilt volgens regio, volgens afhankelijkheidscategorie en volgens het statuut van de voorziening.

Met 17,4% is het aandeel gehospitaliseerde bewoners in Vlaamse voorzieningen lager dan in de Brusselse voorzieningen (19,9%) en de Waalse voorzieningen (19,4%). Figuur 7 splitst de gegevens per regio verder op volgens afhankelijkheidscategorie waardoor de verschillen nog opvallender worden.

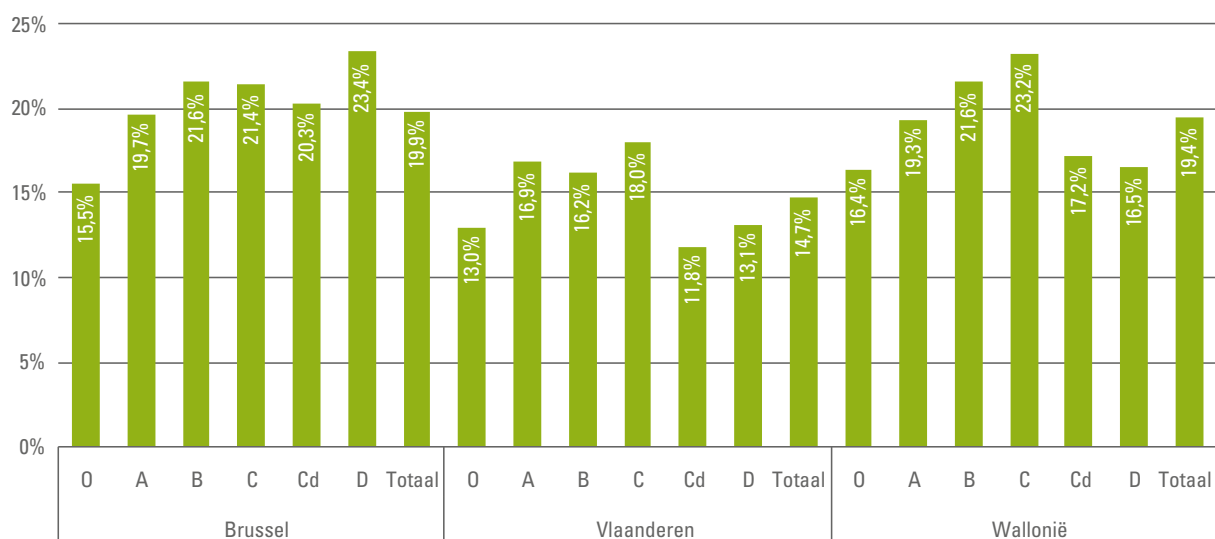
In alle regio's zien we dat het aandeel gehospitaliseerde WZC-bewoners het laagst is voor de categorie O. Dit is niet onverwacht aangezien we er kunnen vanuit gaan dat bewoners in deze afhankelijkheidscategorie niet in de eerste plaats om gezondheidsredenen in het WZC zijn opgenomen, maar dat sociale overwegingen hier ook een belangrijke rol speelden. Toch zien we dat het aandeel tussen de regio's verschilt.

8. De verhoogde tegemoetkoming wordt toegekend aan personen met een laag inkomen. Zie ook: <https://www.cm.be/diensten-en-voordelen/ziekte-en-behandeling/specifieke-regelingen/verhoogde-tegemoetkoming>
 9. Het gaat hier enkel om klassieke hospitalisaties waarbij er minstens 1 overnachting in het ziekenhuis is. Opnames in dagziekenhuis zijn niet in rekening gebracht.

Figuur 6: Aandeel nieuwe bewoners en aandeel CM-leden van 65 jaar en ouder en 80 jaar en ouder met recht op de verhoogde tegemoetkoming volgens regio – evolutie 2004-2018



Figuur 7: Aandeel bewoners met minstens één hospitalisatie in 2018 volgens regio en volgens afhankelijkheidscategorie



In alle regio's kwamen hospitalisaties frequent voor bij bewoners in de categorie C. Maar ook hier is dit aandeel in Vlaamse voorzieningen met 18% lager dan in de andere regio's (21% in Brusselse en 23% in Waalse voorzieningen). De verschillen zijn groter voor categorie B¹⁰.

We hebben echter onvoldoende informatie om deze verschillen te verklaren. Er is verder onderzoek nodig om te kunnen bepalen of hier nog andere factoren meespelen dan de gezondheidstoestand.

Ook de analyse van het aandeel gehospitaliseerden volgens het statuut van de voorziening brengt opvallende verschillen aan het licht (tabel 2)¹¹. Als we deze verdeling van de WZC-bewoners koppelen aan de verdeling van het aantal gehospitaliseerde bewoners volgens het statuut van de voorziening, dan stellen we vast dat er in de vzw-voorzieningen globaal minder hospitalisaties zijn en in de privaat commerciële voorzieningen globaal meer. Er is meer onderzoek nodig om deze verschillen te verklaren.

Het is niet uit te sluiten dat WZC-bewoners omwille van hun slechte gezondheidstoestand in het ziekenhuis moeten worden opgenomen, vb. in geval van ernstige acute gezondheidsproblemen en wanneer de noodzakelijke zorg niet binnen de opdracht van een WZC ligt of een WZC onvoldoende is uitgerust om deze zelf te verlenen. Uit de literatuur blijkt dat het in de eerste plaats infecties (voornamelijk longontsteking) en breuken (vooral heupfracturen) zijn die aanleiding geven tot hospitalisaties (Krüger, 2011). Men is het er wel over eens dat verplaatsingen tussen voorzieningen zo beperkt mogelijk gehouden moeten worden. In de WZC verblijven kwetsbare ouderen, vaak dicht bij het levenseinde. Voor hen is een hospitalisatie een ingrijpende gebeurtenis die ook een negatieve invloed kan hebben op de algemene gezondheidstoestand. Elke beslissing tot hospitalisatie gebeurt dan ook weloverwogen liefst samen met de patiënt en zijn omgeving.

Onderzoek wees bovendien uit dat er vaak mogelijkheden zijn om het aantal hospitalisaties te verminderen en dat bepaalde opnames vermeden kunnen worden. Dit is onder meer mogelijk door in te zetten op vroegtijdige zorgplanning, palliatieve zorg en het werken met zorgpaden. Daarnaast is er ook een effect van de inzet van zowel bijkomende als meer gespecialiseerde professionals en van preventieve maatregelen onder meer voor het voorkomen van (de verspreiding van) infecties (Graverholt et al, 2014).

4.5. Verblijfsduur en plaats van overlijden

Ouderen gaan op steeds latere leeftijd naar het WZC en zijn over het algemeen meer zorgbehoevend dan 10 of 15 jaar geleden. De vraag is of dit zich vertaalt in een kortere verblijfsduur in het WZC. Voor alle bewoners die in een gegeven jaar minstens één dag in een WZC verbleven en die in de loop van dat jaar zijn overleden, is de verblijfsduur in een WZC berekend. De periodes van ziekenhuisopname zijn hierbij niet in rekening gebracht.

Van de bewoners overleden in 2018 bedroeg de mediane verblijfsduur 831 dagen, dit is iets meer dan 2 jaar en 3 maanden. Tussen 2004 en 2008 is de mediane verblijfsduur duidelijk toegenomen (figuur 8). Sindsdien lijkt er een lichte daling merkbaar van een tweetal maanden tegen 2018. We zien dat voor minstens driekwart van de bewoners (p75) de verblijfsduur sinds 2014 afneemt.

Wel zien we dat de gemiddelde verblijfsduur de voorbije jaren is toegenomen. Dit wijst erop dat een aantal bewoners heel lang in een WZC verblijft.

De plaats van overlijden wordt beschouwd als een belangrijke indicator van de kwaliteit van levenseindezorg. We weten dat mensen het liefst afscheid nemen in de omgeving die voor hen het meest vertrouwd is. Vertaald naar WZC-bewoners betekent dit dat zij hun laatste levensfase zo veel mogelijk in het WZC moeten kunnen doorbrengen. We analyseerden daarom ook de plaats van overlijden. Er is per regio, per afhankelijkheids categorie en statuut van de voorziening nagegaan welk aandeel van de bewoners in de loop van 2018 overleden is en welk aandeel daarvan in het ziekenhuis is overleden.

Van de 85.546 CM-leden die in 2018 in een WZC verbleven, zijn er 19.053 in de loop van dat jaar overleden (22,27%). Het aandeel overlijdens is in Vlaanderen iets hoger dan in de andere regio's (22,7% tegenover 20,3% in Brussel en 21% in Wallonië), wellicht voor een deel te verklaren door de hogere gemiddelde leeftijd en het zwaarder zorgprofiel in Vlaamse voorzieningen.

Opvallend is wel dat het aandeel overlijdens dat plaatsvond in het ziekenhuis in Vlaanderen heel wat lager ligt dan in Wal-

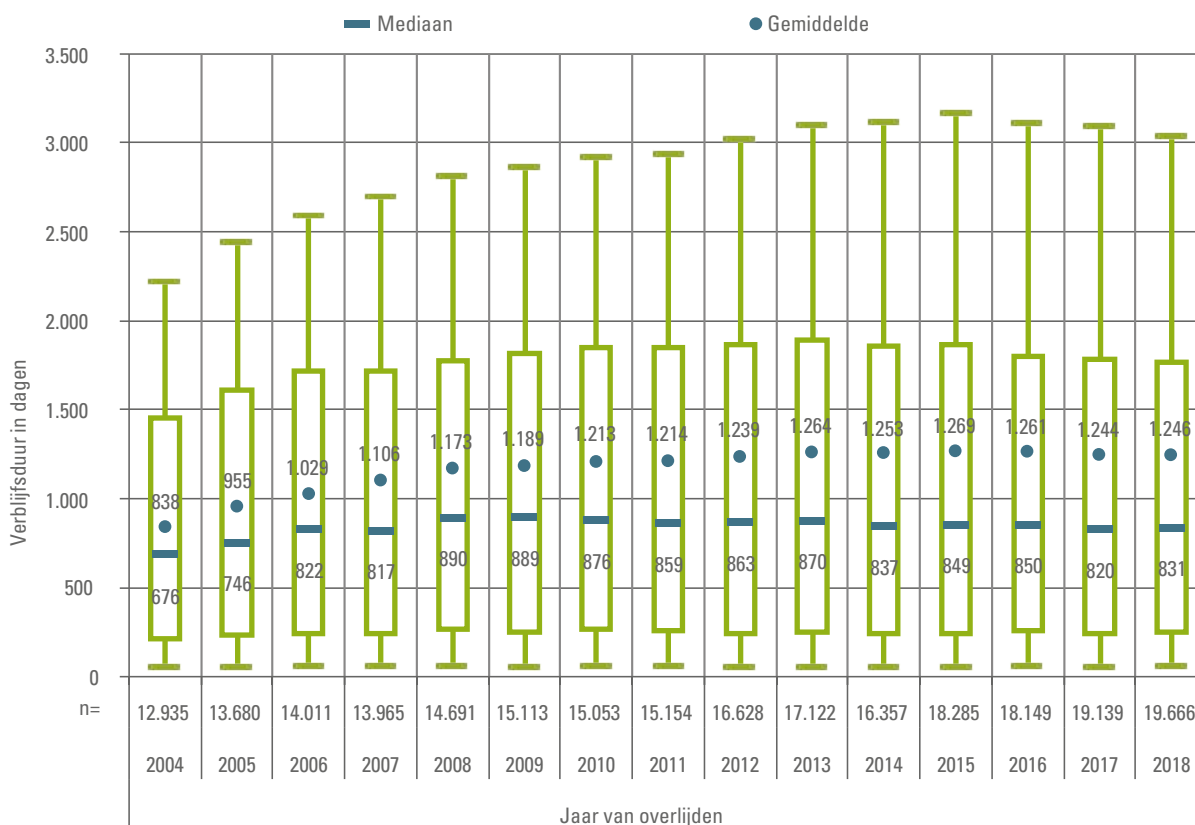
Tabel 2: Aandeel gehospitaliseerde bewoners volgens statuut van de voorziening (2018)

	Verdeling CM-leden in WZC volgens statuut WZC	Verdeling gehospitaliseerde bewoners CM leden volgens statuut WZC
OCCMW	28,7%	28,0%
vzw	47,9%	44,2%
Privé	23,4%	27,8%

10. We gaan niet verder in op categorie D vanwege het beperkt aantal observaties voor Brusselse voorzieningen.

11. De voorzieningen waarvan de informatie over het statuut niet beschikbaar was, zijn voor deze analyse niet meegenomen.

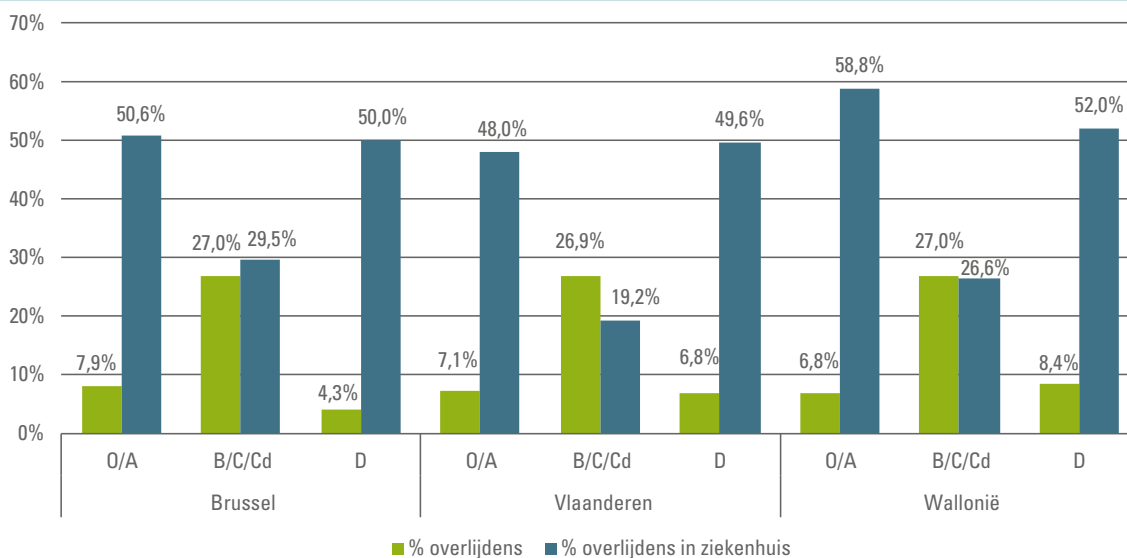
Figuur 8: Evolutie van de spreiding van de verblijfsduur (in dagen) in een WZC tussen 2004 en 2018



lonië en in Brussel. Van alle bewoners in Brusselse voorzieningen die in 2018 zijn overleden, vond dit overlijden bij 32,4% plaats in het ziekenhuis. In Vlaanderen is dit aandeel 21,1% en in Wallonië 29,7%. Het verschil tussen Brussel en Wallonië enerzijds en Vlaanderen anderzijds zien we vooral bij de zwaarder zorgbehoevende bewoners. Figuur 9 toont per regio

voor elke afhankelijkheidscategorie het aandeel bewoners uit die categorie dat in de loop van 2018 is overleden. Daarnaast wordt ook telkens aangegeven welk aandeel van die overlijdens plaatsvond in het ziekenhuis. Zo is in Brussel in 2018 7,9% van de bewoners in de categorie O overleden. Voor de helft hiervan vond dit overlijden plaats in het ziekenhuis.

Figuur 9: Aandeel overlijdens en aandeel overlijdens in het ziekenhuis volgens regio en volgens zorgzwaarte (2018)



Een opvallende vaststelling is dat bij de zwaar zorgbehoevenden het aandeel overlijdens in 2018 vergelijkbaar was, maar dat dit overlijden in Vlaanderen minder vaak in het ziekenhuis plaatsvond dan in de andere regio's.

Uit een meer gedetailleerde analyse is gebleken dat slechts een minderheid van de in het ziekenhuis overleden bewoners, op het moment van het overlijden opgenomen was in een dienst palliatieve zorg. Opvallend is wel dat dit aandeel hoger is in Brussel (7%) en Wallonië (6,2%) dan in Vlaanderen (3,8%). Ouderen verbleven op het moment van het overlijden vooral op de dienst voor geriatrie en revalidatie.

Ook hier is meer onderzoek nodig om de verschillen tussen de regio's correct te kunnen duiden.

5. Discussie

5.1. Steeds ouder en zwaarder zorgbehoevend naar het WZC

De CM-gegevens bevestigen de bevindingen van anderen¹² dat ouderen op steeds latere leeftijd naar het WZC gaan en bij opname ook steeds zwaarder zorgbehoevend zijn (ING & Probis, 2018). Dit is wellicht het resultaat van meerdere factoren.

Aan de basis ligt de toegenomen levensverwachting en het feit dat oudere mensen steeds later met ernstige beperkingen geconfronteerd worden. Ook uit de gezondheidsenquête 2018 weten we dat *"in de oudere bevolking het percentage dat door gezondheidsredenen beperkt is in activiteiten die mensen gewoonlijk doen daalt doorheen de tijd"* (Van der Heyden J., 2019). Er is vastgesteld dat een 65-jarige in 2018 gemiddeld nog zo'n 12,5 jaar in goede gezondheid kan leven. De levensverwachting zonder beperkingen is voor deze leeftijdsgroep tussen 2004 en 2018 toegenomen met 1,4 jaar voor vrouwen en 2,7 jaar voor mannen¹³. Zoals aangegeven zijn het ernstige beperkingen die het meest doorslaggevend zijn voor institutionalisering in een WZC.

Over het algemeen is de verblijfsduur in een WZC de voorbije jaren voor een groot deel van de bewoners in dalende lijn.

Dit kan samenhangen met de persoonlijke en maatschappelijke voorkeur om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen. Ook in geval van toenemende zorgbehoevendheid willen ouderen dat de noodzakelijke zorg en ondersteuning in eerste instantie formeel en informeel thuis georganiseerd kan worden. Op-

name in een WZC is voor velen de laatste optie. In combinatie hiermee is er de impact van het beleid van de voorbije jaren om sterker in te zetten op thuiszorg waardoor langer thuisblijven voor meer ouderen en voor een langere periode mogelijk is. Hiermee speelt de overheid niet alleen in op de persoonlijke voorkeur van een grote groep ouderen, ook de kostprijs wordt hierdoor onder controle gehouden.

Het feit dat WZC-bewoners globaal steeds zwaarder zorgbehoevend zijn, is een belangrijk gegeven waarmee rekening moet worden gehouden door zowel beleidsmakers als verantwoordelijken in de voorzieningen. Een adequate personeelsomkadering om in te spelen op de (zorg)noden van deze mensen is essentieel. Zo moeten er in de eerste plaats voldoende handen rond het bed zijn. Maar ook de samenstelling van de personeelsequipe verdient de nodige aandacht. Deze moet toelaten dat de zorgverlening kan vertrekken vanuit een brede visie op gezondheid. Continue aandacht en antwoorden voor zeer diverse noden van de bewoners (en medewerkers) op vlak van gezondheid en welzijn zijn cruciaal. We moeten stilstaan bij de veelheid aan factoren die hier een impact op kunnen hebben. Waar nodig, moet dit zich vertalen in een nog meer gediversifieerde samenstelling van de equipe en in intensere interprofessionele samenwerkingen voor noodzakelijke expertise in specifieke domeinen. Zo worden kleine stappen gezet naar meer levenskwaliteit voor iedereen.

5.2. Kwaliteit van leven, kwaliteit van zorg en waardig levenseinde

Voor ouderen is het WZC in de eerste plaats de omgeving waar ze wonen en waar ze hun laatste levensfase doorbrengen. De nadruk moet dan ook liggen op de levenskwaliteit van ouderen waarbij rekening gehouden wordt met alle levensdomeinen die voor hen belangrijk zijn (= active ageing). Zorg is hierbij slechts één van de domeinen. Ook het creëren van een aangename woonomgeving, het aanwezig zijn van zinvolle activiteiten en ook participatie dragen bij tot die levenskwaliteit (Van Malderen L., 2016).

Dit neemt niet weg dat het garanderen van kwaliteitsvolle doelgerichte zorg permanent de nodige aandacht moet krijgen. Naast curatie, moet ook preventie hier een volwaardig onderdeel van zijn. Dit kan, naast andere initiatieven, onder meer bijdragen tot het vermijden van ziekenhuisopnames (Krüger, 2011). Denken we maar aan specifieke initiatieven ter preventie van valincidenten of van (de verspreiding van) infecties.

We kunnen er ook niet omheen dat ouderen in het WZC zich doorgaans in de laatste fase van hun leven bevinden. Het ga-

12. Zie onder meer 'Almaar ouder naar rusthuis, maar levenseinde blijft taboe' In: De Standaard, 18 juli 2018 (https://www.standaard.be/cnt/dmf20180617_03567038)

13. <https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/levensverwachting-en-levenskwaliteit/gezonde-levensverwachting> - geraadpleegd op 22 september 2020.

randeren van een waardig levenseinde moet dan ook een van de belangrijke streefdoelen in de zorg en ondersteuning van de ouderen én hun familie zijn. De stem van de ouderen moet hierbij centraal staan. We gaven al aan dat ziekenhuisopnames bij kwetsbare ouderen zeer ingrijpend zijn en dus weloverwogen dienen te gebeuren. We stelden in onze cijfers evenwel vast dat nog steeds heel wat WZC-bewoners tijdens hun verblijf opgenomen worden in het ziekenhuis en dat een aanzienlijk deel van hen overlijdt in het ziekenhuis. We noteerden ook belangrijke verschillen tussen voorzieningen, onder meer volgens regio en volgens statuut van de voorziening. We beschikken niet over voldoende informatie om het al dan niet noodzakelijk karakter van deze opnames te beoordelen. Uit de literatuur weten we wel dat er over het algemeen marge is om het aantal ziekenhuisopnames in de laatste levensfase en overlijdens in het ziekenhuis te verminderen (zie ook 5.3 en 5.4) (Reyniers T. et al., 2016; Stulens et al., 2015). Dit kan onder meer door sterker in te zetten op vroegtijdige zorgplanning en palliatieve zorg.

Het is bijgevolg zinvol om het debat rond levenseinde, vroegtijdige zorgplanning verder te voeren in overleg met de ouderen, met de mantelzorgers en met de ruime sector, en deze principes verder te implementeren in de woonzorgcentra. Op deze manier zal het voor familie en zorgverleners vooraf duidelijker zijn hoe, volgens de wens van de oudere, gehandeld moet worden in ernstige zorgsituaties met een slechte prognose. Dit gesprek kan al worden aangegaan nog voor iemand in een WZC wordt opgenomen, maar moet bij opname hernomen worden. In functie van de evolutie van de gezondheidstoestand kunnen afspraken verder geactualiseerd worden. Belangrijke aandachtspunten bij de implementatie in de praktijk zijn de vorming van zorgmedewerkers, de duidelijke registratie en doorstroming van de informatie tussen zorgverleners, het betrekken van de oudere zelf waar mogelijk, de rol van de huisarts de en acceptatie bij de familie.

De verdere implementatie van het principe van vroegtijdige zorgplanning moet gepaard gaan met voldoende middelen voor palliatieve zorg, ook in de WZC. Dit moet het mogelijk maken dat het personeel van de voorzieningen, samen met de familie een waardig levenseinde kan garanderen.

5.3. Regionale verschillen

In de analyse van meerdere variabelen zijn duidelijke regionale verschillen vastgesteld:

- In de Vlaamse voorzieningen zijn de bewoners globaal ouder en zijn ze zwaarder zorgbehoevend dan in de Brusselse en de Waalse voorzieningen.
- In Vlaanderen worden minder WZC-bewoners opgenomen in het ziekenhuis dan in Brussel en Wallonië.
- In vergelijking met Vlaanderen overlijden bewoners in Brussel en Wallonië vaker in het ziekenhuis.

Meerdere factoren kunnen deze verschillen mee verklaren.

Er is vooreerst de impact van het beleid.

Zo moet er bij de gegevens over de opnameleeftijd rekening worden gehouden met verschillen in opnamevoorwaarden. Daar waar WZC in Brussel en Wallonië (tot 31 december 2018) zich richtten tot ouderen vanaf 60 jaar, is dit in Vlaanderen tot ouderen vanaf 65 jaar. Hoewel ook in Vlaanderen uitzonderingen op deze regel mogelijk zijn, heeft dit mogelijks een impact op de opnameleeftijd.

Verder is door de Vlaamse overheid de voorbije jaren meer dan de andere regio's sterk ingezet op een RVT-beleid wat een financiële stimulans is voor het opvangen van zwaar zorgbehoevenden die doorgaans iets ouder zijn (ING & Probis, 2018). Het is ook gekend dat Vlaanderen al langer een sterk uitgebouwde thuiszorg en meer thuiszorgondersteunende voorzieningen (vb. assistentiewoningen, kortverblijf) heeft dan de andere regio's. In Vlaanderen is het zo voor meer ouderen wellicht een realistische optie om langer thuis te blijven wonen met de nodige ondersteuning. Tegelijk wijst het ING-rapport op een overaanbod aan woongelegenheden in WZC in Brussel, wat op zijn beurt kan leiden tot een bredere rekrutering van nieuwe bewoners en dus ook jongere of minder zorgbehoevende personen met het oog op een rendabele bezettingsgraad.

In een ULB-onderzoek naar de Brusselse WZC (Carbonelle, 2017) wordt ook gewezen op een ontoereikend aangepast aanbod buiten het WZC voor mensen met een specifieke zorgbehoefte/kwetsbaarheid (personen met handicap, psychische problemen, thuislozen). Op het moment dat thuis blijven niet meer mogelijk is, is opname in een WZC vaak de enige oplossing, zelfs al gaat het om jongere mensen of om mensen met een lichter zorgprofiel volgens de KATZ-schaal.

Er wordt in de literatuur ook verwezen naar verschillen in medische cultuur tussen het noorden en het zuiden van het land. Dit verklaart voor een deel de vastgestelde verschillen in hospitalisaties en plaats van overlijden. In haar onderzoek rond beslissingen rond levenseinde met een mogelijk of zeker effect op de levensduur, onderzocht Van den Block (2009) de verschillen hierin tussen Vlaanderen en Wallonië. Het gaat onder meer om de beslissing om niet langer te behandelen of de beslissing voor een meer intensieve bestrijding van pijn of andere symptomen. De onderzoeker stelde vast dat dergelijke beslissingen vaker genomen worden in Vlaanderen dan in Wallonië, ook na controle voor eventuele verschillen in patiëntkenmerken. Deze verschillen doen zich vooral voor bij patiënten in de thuiszorg of in een WZC, minder in de ziekenhuizen. In Wallonië is er dan weer een hogere prevalentie van diepe sedatie waarmee in principe geen verkorting van het leven wordt verwacht of beoogd. De onderzoeker besluit uit de bevindingen dat men in Wallonië de voorkeur lijkt te geven aan behandeldoelen gericht op genezing of levensverlening en meer een beroep doet op levensverlengende behandelingen. De verklaring hiervoor wordt gezocht in een verschil in medische cultuur waarbij Vlaanderen zich meer richt op de Noord-Europese Germaanse cultuur waar mogelijks levensverkortende interventies vaker voorkomen, terwijl dit in Wallonië

de Franco-Latijnse cultuur van de zuiderse landen is, waar levensverlengende behandelingen en sedatieve technieken vaker voorkomen. Ook Houttekier en collega's (2009) wijzen op het hoge aandeel overlijdens in ziekenhuizen van Brusselse bewoners die in aanmerking komen voor palliatieve zorg. Dit "kan wijzen op een gebrek aan oriëntatie richting palliatieve zorg in sommige Brusselse voorzieningen voor langdurige zorg of op zijn minst een gebrek aan capaciteit in deze voorzieningen om adequate levenseindezorg aan te bieden die een transfert naar het ziekenhuis zou vermijden."

De verschillen in hospitalisaties kunnen ook gelinkt worden aan verschillen in het aanbod aan ziekenhuiszorg. In vergelijking met Vlaanderen en Wallonië, is er in Brussel een grotere concentratie aan ziekenhuisbedden die bovendien op nabije afstand zijn en dus makkelijk toegankelijk zijn.

Ook de verschillen in de omvang van het aanbod volgens statuut van de voorziening spelen een rol (zie ook 5.3).

Ten derde kan een deel van de verklaring gevonden worden in verschillen in densiteit van bewoning. Vooral voor Wallonië met meer dunner bewoonde gebieden, kan dit een impact hebben op de mogelijkheden tot zelfredzaamheid (vb. aanbod aan diverse voorzieningen in de directe omgeving), de mogelijkheden om een beroep te doen op thuiszorg en dus op de mogelijkheid om thuis te blijven (ING & Probis).

Ten slotte zijn er ook WZC die een sociale rol vervullen en kwetsbare ouderen opnemen die nog in mindere mate geconfronteerd worden met ernstige beperkingen. Een aantal van deze 'sociale' opnameredenen hangen sterk samen met de grootstedelijke context. Het wonen in een oude en fysiek onaangepaste woning, de hoge huurprijs voor wonen, het gevoel van onveilige of ongestuvige buurten en gemeenschappen en sociale isolatie en eenzaamheid zijn allemaal elementen die een rol spelen bij opnames van lichtere zorgprofielen (Carbonelle, 2017). Dit komt dan ook het sterkst tot uiting in de cijfers van Brussel.

5.4. Statuut van de voorziening

Onze analyses brachten ook enkele duidelijke verschillen tussen voorzieningen volgens hun statuut aan het licht. In vergelijking met vzw- en OCMW-voorzieningen, huisvesten private voorzieningen globaal meer mensen met een minder hoge zorggraad, is een groter aandeel van de bewoners in de loop van 2018 gehospitaliseerd en zijn meer bewoners gestorven in het ziekenhuis. Op basis van onze gegevens, is het niet mogelijk om sluitende verklaringen te geven voor deze verschillen. Toekomstig onderzoek moet uitwijzen in welke mate demografische of gezondheidsgerelateerde factoren hiervan aan de basis liggen, en of ook de organisatievorm en de daarmee gepaarde keuzes hiermee in verband kunnen gebracht worden.

Momenteel weten we dat heel wat voorzieningen, ongeacht hun statuut, investeren in bijkomend personeel bovenop de

vastgelegde financieringsnorm. Inzet van bijkomend gekwalificeerd personeel kan bijdragen tot een vermindering van het aantal hospitalisaties. Toch zet niet elk type WZC gelijk in op extra gekwalificeerd personeel. Zo blijkt uit gegevens van 2012 dat de commerciële sector hier het minst investeert (15,8% bovenop de norm voor commerciële sector vs. 40% in openbare sector). In de non-profit-sector zet men procentueel gelijkaardig in op extra krachten (17,3%), maar daar is het grote verschil dat men hoger gekwalificeerd personeel rekruteert (Pacolet J., 2015).

De omvang van de aanwezige personeelsequipe en de mix van kwalificaties kan ook meespelen in het opnamebeleid en de keuze om al dan niet vooral de meest zorgafhankelijke ouderen op te vangen. Daarenboven bepaalt het indirect de beslissing om zelf bepaalde zorg op te nemen, of om bewoners eerder over te brengen naar het ziekenhuis (Van Camp-Van Rensbergen G., 2005). Vermits eindelevenszorg bijkomende vaardigheden vereist van het personeel, kunnen de kwalificatie en (bijkomende) vorming van de WZC-medewerkers bepalend zijn om deze zorg al dan niet te verplaatsen naar het ziekenhuis, hoewel men weet dat dit vaak negatiever en ingrijpender is voor de stervende zelf.

Het is belangrijk de verschillen tussen de voorzieningen volgens organisatievorm meer in detail te onderzoeken en te blijven monitoren. Zo kunnen we samen niet alleen kwaliteit van leven en van zorg blijven bewaken, maar ook blijven werken aan een waardig levenseinde en financieel toegankelijke zorg voor alle ouderen.

5.5. Financiële toegankelijkheid

We stelden vast dat ook in de Brusselse voorzieningen het aandeel nieuwe bewoners met recht op de VT sterk daalde tussen 2004 en 2018, terwijl dit bij de Brusselse CM-leden van 65 jaar en ouder niet het geval is. Er is meer onderzoek nodig om dit verschil in evolutie te kunnen verklaren. Maar het kan wijzen op een probleem van toegankelijkheid van residentiële zorg en het feit dat kwetsbare en zorgafhankelijke ouderen moeilijker toegang krijgen tot de WZC, ondanks het grote aanbod aan WZC in de hoofdstad. Dit heeft dan mogelijks te maken met de gemiddeld hogere dagprijs in Brussel en het aandeel commerciële voorzieningen in het totale aanbod waarvan geweten is dat de kostprijs ten laste van de bewoners gemiddeld nog hoger is. Deze dagprijs is volledig ten laste van de bewoner. Voor wat betreft de Vlaams erkende voorzieningen was de gemiddelde maandelijkse kost in 2019 met 1.943 euro het hoogst in Brussel, terwijl dit in de goedkoopste provincie, Oost-Vlaanderen, 1.720 euro was. Nog bij de Vlaams erkende voorzieningen was de gemiddelde kost het laagst in OCMW-voorzieningen (1.747 euro per maand). In vzw-voorzieningen was dit 1.796 euro per maand en in privé-voorzieningen 1.967 euro per maand. Hierbij moeten we rekening houden met het feit dat in Brussel in verhouding meer privé-voorzieningen zijn dan in de andere regio's (tabel 3) terwijl de populatie er doorgaans meer financieel kwetsbaar is.

Tabel 3: Verdeling van het aanbod aan WZC per regio en volgens statuut (2018)

	Brussel	Vlaanderen	Wallonië
OCMW	19,0%	25,1%	25,2%
VZW	12,4%	53,9%	20,8%
Privé	68,6%	21,0%	53,9%

Ook een analyse van het aantal nieuwe bewoners met recht op de VT volgens regio en statuut van de voorziening geeft ons een indicatie van het probleem van toegankelijkheid. We stellen namelijk vast dat in Brussel een kleiner aandeel nieuwe bewoners recht heeft op de verhoogde tegemoetkoming dan in de andere regio's. En daar waar dit in OCMW-voorzieningen nog 43% is en in vzw's 40%, is dit in privé-voorzieningen amper 20%. In de andere regio's is het verschil tussen de voorzieningen in aandeel nieuwe bewoners met recht op de VT minder groot of onbestaande.

Ook een algemeen financieel toegankelijke ouderenzorg blijft dus een belangrijk aandachtspunt voor de bevoegde overheden. Dit kan gerealiseerd worden door een verdere verbetering van de inkomenspositie van ouderen en door het voldoende beperken of compenseren van de eigen uitgaven voor zorg en ondersteuning, met bijzondere aandacht voor de meest kwetsbaren.

6. Besluit

De vergrijzing van de bevolking en de daarmee gepaard gaande toenemende vraag naar chronische zorg, verplicht ons om verder na te denken over een sterke ouderenzorg in de toekomst. Al vele jaren wordt in debatten de vraag gesteld naar de plaats van het woonzorgcentrum hierin. Ook de kwaliteit van de geleverde zorg in een deel van de voorzieningen was al meermaals het onderwerp van controverses. Deze debatten zijn de voorbije maanden terug opgeflakkerd naar aanleiding van de coronacrisis die de WZC ongemeen hard heeft getroffen.

Vanuit een analyse van een aantal cijfers van de voorbije jaren, wil CM het debat over de toekomst van de ouderenzorg mee voeren en richting geven. We zijn ervan overtuigd dat in een vergrijzende samenleving met een toenemende vraag naar chronische zorg, de WZC een belangrijke schakel blijven in de ouderenzorg. Uit onze gegevens leiden we af dat de bewonerspopulatie steeds ouder en zwaarder zorgbehoevend wordt. Het is essentieel dat alle betrokkenen hierop inspelen om zo het personeel van de voorzieningen daadwerkelijk in staat te stellen om ouderen een zo goed mogelijke levenskwaliteit te bieden.

Daarnaast moeten we er blijven naar streven om kwaliteitsvolle én financieel toegankelijke zorg te garanderen, ook wanneer het levenseinde nadert.

Betaalbare kwaliteitsvolle ouderenzorg is een gedeelde verantwoordelijkheid. Het is de verantwoordelijkheid van de bevoegde overheden om hiervoor een adequaat regelgevend kader te voorzien met de noodzakelijke incentives en, waar nodig, monitoringsystemen te voorzien. Verder moeten ze voldoende middelen investeren in residentiële ouderenzorg. Na de zesde staatshervorming is het in de eerste plaats een opdracht van de regionale overheden, maar overleg en samenwerking met andere beleidsniveaus blijft noodzakelijk. Daarnaast is het ook de verantwoordelijkheid van de voorzieningen zelf om, binnen dit kader en ondersteund door de overheid, dit in de praktijk te realiseren.

Bibliografie

- Beirnaert A. en Frenier I. Aangepast thuis blijven wonen voor ouderen, voor iedereen mogelijk? Mei 2017
- Buhr Gwendolen T., Kuchibhatla Maragatha and Clipp Elizabeth C, Caregivers' Reasons for Nursing Home Placement: Clues for Improving Discussions With Families Prior to the Transition. *The Gerontologist* Vol. 46, No. 1, 52–61, (2006)
- Carbonelle S., De profielen van de bewoners O en A* in rusthuizen voor bejaarden (ROB) in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Trajecten, oriënteringslogica, opvang en alternatieven. *Institut de Sociologie – ULB*, juni 2017
- Franssen A., Gillis O. en Verniest R. Alternatieve en innoverende vormen van huisvesting, dienstverlening en zorg voor ouderen. In: *CM Informatie* 237, juli 2009
- Graverholt et al. Reducing hospital admissions from nursing homes: a systematic review. *BMC Health Services Research* 2014 14:36.
- Harald A. Nygaard & Grethe Albrektsen (1992) Risk factors for Admission to a Nursing Home: A study of elderly people receiving home nursing, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 10:2, 128-133, DOI: 10.3109/02813439209014049
- Houttekier D., Cohen J., Bilsen J., Deboosere P., Verduyck P. and Deliëns L., Determinants of the Place of Death in the Brussels Metropolitan Region. In: *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol. 37 n°6, June 2009.
- Houttekier D., Cohen J., Surkyn J. and Deliëns L., Study of recent and future trends in place of death in Belgium using death certificate data: a shift from hospitals to care homes. In: *BMC Public Health*, 2011, 11:228
- Koning Boudewijnstichting, ZOOM: Levenskeuzes van 60-plussers, september 2017 (<https://www.kbs-frb.be/nl/Activities/Publications/2017/20170924ND>)
- ING & Probis, Woonzorgcentra: Trends en indicatoren (2018)

- Lippa M., Luck T., Weyer S., König H., Riedel-Heller S. Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. In: *Age and Ageing* 2010; 39: 31–38.
- Overbeek A., Van den Block L., Korfage I., Penders Y., van der Heide A., Rietjens J., Admissions to inpatient facilities in the last year of life of community-dwelling older people in Europe. In: *European Journal of Public Health*, Vol. 27, n°5, 814-821
- Pacolet J. en De Coninck A., Financiering van de residentiële ouderenzorg: het perspectief van de voorzieningen. Steunpunt WVG, Rapport 31, juni 2015
- Pannecoucke, I. & De Decker, P. (2017). Woonsituatie en dynamieken bij ouderen: blijven of verhuizen? Leuven: Steunpunt Wonen.
- Plessers Leen en Geerits Linda, WZC Sint-Jozef Neerpelt. Hoe kijken bewoners zelf aan tegen hun leven in het rusthuis? Studiedag verpleegkundigen ethiek NVKVV, Donderdag 25 maart 2010
- Reyniers T., Deliens L., Roeline H., Pasman W., Roeline H., Pasman H., Cohen J., Appropriateness and avoidability of terminal hospital admissions: Results of a survey among family physicians. *Palliative Medicine* 31(5), July 2016 (DOI: 10.1177/0269216316659211)
- Stolz E., Mayerl H., Rasky E., Freidl W. (2019). Individual and country-level determinants of nursing home admission in the last year of life in Europe. *PLoS ONE* 14(3): e0213787. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213787>
- Stulens J., Vantroyen D., Lisaerde J., De Lepeleire J., Vroegtijdige zorgplanning in een woonzorgcentrum. Analyse van implementatie en zorginhoud. *Huisarts Nu* 2015; 44:101-6 (https://www.researchgate.net/publication/283897583_Vroegtijdige_zorgplanning_in_ee_oonzorgcentrum [accessed Oct 18 2020]).
- Van Camp-Van Rensbergen G., Onderzoek naar de frequentie en oorzaken van ziekenhuisopnamen van residenten in rust- en verzorgingstehuizen. *Arch Public Health*, 2005, 63, 35-56
- Van den Bock L., Deschepper R., Bilsen J., Bossuyt N., Van Casteren V. and Deliens L., Euthanasia and other end-of-life decisions: a mortality follow-back study in Belgium. In: *BMC Public Health* 2009, 9:79
- Van der Heyden J., Charafeddine R., Demarest S., Driessens S., Nguyen D., Tafforeau J., Gisle L., Braekman E., Berete F.. Gezondheidsenquête 2018: gezondheid en kwaliteit van leven. Samenvatting van de resultaten. Brussel, België: Sciensano. Rapportnummer: D/2019/14.440/33 Beschikbaar op: www.gezondheidsenquete.be
- Van Malderen, L., De Vriendt, P., Mets, T. et al. Active ageing within the nursing home: a study in Flanders, Belgium. *Eur J Ageing* 13, 219–230 (2016). <https://doi.org/10.1007/s10433-016-0374-3>
- Van Rensbergen Gilberte and Nawrot Tim, Conditions of Nursing Home Admissions. *BMC Geriatrics* 2010, 10:46 <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/10/46>
- Verniest Rebekka, Infofiche: Financiering ROB's - RVT's. *CM Informatie* 211, februari 2004.
- Verniest Rebekka en Peltier Alex (MD), Infofiche : RIZIV-financiering residentiële ouderenzorg. *CM Informatie* 244, juni 2011.

Bijlage 1: Afhankelijkheidscategorieën in de woonzorgcentra – situatie 2018

Woongelegenheid zonder bijkomende erkenning (voorheen ROB)	Woongelegenheid met bijkomende erkenning (voorheen RVT)	Vereiste afhankelijkheid
0	-	fysiek volledig onafhankelijk en niet dement zijn;
A	-	fysieke afhankelijkheid: <ul style="list-style-type: none"> - Afhankelijkheid om zich te wassen en/of te kleden; psychische afhankelijkheid: <ul style="list-style-type: none"> - desoriëntatie in tijd en ruimte, én - fysisch volledig onafhankelijk;
B	B	fysieke afhankelijkheid: <ul style="list-style-type: none"> - afhankelijkheid om zich te wassen en te kleden, én - afhankelijkheid voor de transfer en verplaatsingen en/of naar het toilet te gaan;
B	B	psychische afhankelijkheid: <ul style="list-style-type: none"> - desoriëntatie in tijd en ruimte, én - afhankelijkheid om zich te wassen en/of te kleden;
D	-	Diagnose dementie vastgesteld op basis van een gespecialiseerd diagnostisch bilan voor dementie uitgevoerd door een geneesheer-specialist in de neurologie, in de psychiatrie of in de geriatrie en waarbij de fysieke afhankelijkheid onvoldoende groot is voor categorie Cdem
C	C	Fysieke afhankelijkheid: <ul style="list-style-type: none"> - afhankelijkheid om zich te wassen en te kleden, én - afhankelijkheid voor de transfer en verplaatsingen en naar het toilet te gaan, én - afhankelijkheid wegens incontinentie en/of om te eten;
Cdem	Cdem	psychische afhankelijkheid: <ul style="list-style-type: none"> - desoriëntatie in tijd én ruimte, of diagnose dementie vastgesteld op basis van een gespecialiseerd diagnostisch bilan voor dementie uitgevoerd door een geneesheer-specialist, én - afhankelijkheid om zich te wassen en te kleden, én - afhankelijkheid wegens incontinentie, én - afhankelijkheid voor de transfer en verplaatsingen en/of om naar het toilet te gaan en/of om te eten.
-	CC	Forfait voor de financiering van aangepast zorg voor patiënten in een persisterende vegetatieve status of in een toestand van minimaal bewustzijn (coma)