



Voor Welzijn en respect voor ouderen

Europees Kwaliteitskader voor Langdurige Zorg

*Uitgangspunten en richtlijnen voor welzijn
en respect voor ouderen met een
zorg- of hulpbehoefte*



We moeten elke dag om 6 uur naar bed en in het weekend blijven we de hele dag in bed. Ze zeggen dat er te weinig personeel is om voor ons te zorgen.



Ik vrees dat mijn dochters plots zullen beslissen om me naar een rusthuis te sturen, zonder eerst met mij te overleggen. Ik woon graag alleen en als het kan, zou ik liever thuisblijven.



Mijn man (79) lijdt al twee jaar aan dementie. Toen ik de Alzheimer-hulplijn belde, kreeg ik precies wat ik wilde: een lang, ongestoord gesprek met een deskundige die me ook praktische tips gaf. Dit is zo belangrijk voor mij!

Twee weken geleden brak ik mijn been, maar toch krijg ik nu precies evenveel zorguren als ervoor. Mijn zoon woont 100 km verderop, maar hij moet me elke dag komen helpen met aankleden en douchen.

We mengen alles door elkaar: voorgerecht, hoofdschotel en dessert. Iedereen weet dat oudere mensen hun smaak verliezen. En we hebben geen tijd om hen die gerechten één na één te laten opeten. Het is makkelijker zo.



Het nieuwe afdelingshoofd deed ons inzien dat onze werkplek de 'thuis' van deze ouderen is. We begonnen ons in te spannen om het leven in ons verzorgingstehuis 'huiselijker' te maken. Met kleine veranderingen moedigten we mensen aan om deel te nemen aan het dagelijks leven. [...] Uiteindelijk daalde het aantal bedlegerige bewoners van 70% naar 20%.



Laten we de krachten bundelen voor het welzijn en de waardigheid van ouderen!



Voor Welzijn en respect voor ouderen

Deze publicatie is ontwikkeld door het Europees Partnerschap voor Welzijn en Respect voor Ouderen in het kader van het **WeDO-project**.

WeDO is een Europees project (2010-2012) met cofinanciering van de Europese Commissie. Het wordt geleid door een stuurgroep van 18 partners uit 12 EU-lidstaten die zich samen sterk willen maken voor een betere levenskwaliteit voor ouderen met een zorg- of hulpbehoefte. Het project heeft als doel om een **duurzaam en open Europees partnerschap te bouwen van Europese, nationale en regionale/lokale stakeholders die zich willen engageren voor het verbeteren van de kwaliteit van de diensten voor ouderen met een zorg- of hulpbehoefte, en die de strijd willen aanbinden tegen ouderenmis(be)-handeling**. Het project wordt in december 2012 afgesloten met de lancering van dit Europees Kwaliteitskader voor Langdurige Zorg.

Het WeDO-project bouwt voort op het Europees Charter voor de rechten en verantwoordelijkheden van ouderen met een langdurige zorg- of hulpbehoefte, op de bijbehorende handleiding die door het EUSTACEA-project werd samengesteld (2008-2010, Daphne III-programma) evenals op het vrijwillig Europees Kwaliteitskader voor sociale diensten van het Europese Comité voor Sociale Bescherming.

Voor de doeleinden van het project is in elk partnerland een nationale coalitie van stakeholders gevormd om de leemtes in de kwaliteit van zorg te identificeren. Deze coalities schrijven mee aan de tekst van het Kwaliteitskader en werken een nationale strategie uit die de waardigheid en het welzijn van ouderen met een zorg- of hulpbehoefte moet verbeteren via langdurige zorg van goede kwaliteit. Op dezelfde wijze is er een Europese coalitie gevormd. Deze coalitie bracht stakeholders en sleutelfiguren uit de Europese Unie bijeen om met de WeDO Stuurgroep de Europese strategie te ontwikkelen.

Nu het project afgelopen is, is het Europees Partnerschap open voor alle geïnteresseerde partijen uit alle EU-lidstaten. We hopen dat meer landen zich bij het initiatief zullen aansluiten en nieuwe nationale en lokale coalities zullen opzetten.

Meer informatie – inclusief voorbeelden van de implementatie van het Europees Kwaliteitskader voor Langdurige Zorg – is beschikbaar op de website van het WeDO-project: www.wedo-partnership.eu.

Dit is de Belgische uitgave van het Europees Kwaliteitskader voor Langdurige Zorg.

We willen hierbij alle leden van de Belgische WeDO-werkgroep danken die met veel inzet en enthousiasme een bijdrage hebben geleverd aan het WeDO-project. De leden van de Belgische werkgroep hebben meegewerkt aan de totstandkoming van dit Europees Kwaliteitskader en de werkgroep heeft een actieplan opgeleverd afgestemd op de Belgische situatie.

De Belgische WeDO-groep bestond uit:

- Belgium Red Cross
- Brussels Meldpunt Ouderenmis(be)handeling
- Coordination des Associations de Seniors
- CPAS de Woluwe-Saint-Lambert
- Espace Seniors
- Familiehulp vzw
- Federatie Onafhankelijke Seniorenzorg
- Fédération des Centrales de Services à Domicile
- HUB Seniorenconsulentenvorming
- Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale
- Mederi vzw
- Mutsoc (Union Nationale des Mutualités Socialistes)
- Ons Zorgnetwerk
- Provincie Antwerpen: Dienst Welzijn en Gezondheid | Coördinatiepunt Geweld en Slachtofferbeleid, Intrafamiliaal geweld en ouderenmisbehandeling
- Provincie Limburg: dienst Welzijn
- Provincie West Vlaanderen
- Respect Seniors
- Université de Liège
- Union des Entreprises à Profit Social
- Vlaams Ondersteuningscentrum Ouderenmis(be) handeling
- Vlaamse Ouderenraad
- Vlaamse overheid: Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
- Vonk 3
- Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten
- Vrije Universiteit Brussel
- Wit-gele kruis
- Zorgnet Vlaanderen

Voor meer informatie en contactgegevens:

www.wedo-partnership.eu

Liesbeth.de.donder@vub.ac.be

Achttien partners uit 12 EU-landen vormden tezamen de WeDO stuurgroep:

- **AGE Platform Europe (coördinator):** Anne-Sophie Parent, Maude Luherne, Alice Sinigaglia
- **EDE (Europese organisatie):** Angela Cluzel
- **50Plus Hellas (Griekenland):** Myrto Ranga, en Antonis Karakousis
- **ANBO (Nederland):** Mildred Theunisz, en Nienke Thurlings
- **Anziani e non solo (Italië):** Loredana Ligabue, en Licia Boccaletti
- **Rode Kruis Oostenrijk:** Claudia Gröschel, Charlotte Strümpel, Cornelia Hackl en Monika Wild
- **BAGSO (Duitsland):** Elke Tippelmann, en Claudia Kaiser
- **DZA (Duitsland):** Dörte Naumann, en Clemens Tesch-Römer
- **FIPAC (Italië):** Elio D'Orazio
- **ISIS (Duitsland):** Karin Stiehr
- **MZU (Slovenië):** Marjan Sedmak
- **National Foundation of Gerontology FNG (Frankrijk):** Geneviève Imbert, Jean-Michel Hôte, en Marianne Séguy
- **THL (Finland):** Sari Jokinen, en Teija Hammar
- **SPF (Zweden):** Ola Nilsson
- **Third Age (Ierland):** Anne Dempsey
- **UNCCAS (Frankrijk):** Kristine Stempien, en Nelly Baudron
- **Universiteit van Helsinki – Palmenia Center for Continuing Education (Finland):** Tiina Savola, en Sirkka Perttu
- **Vrije Universiteit Brussel, Belgian Ageing Studies (België):** Liesbeth De Donder, Dominique Verté, en Deborah Lambotte
- **Zivot 90 (Czech Tsjechië):** Klara Cozlova

Inhoud

TERMINOLOGIE: WAT BEDOELEN WE MET ...?	6
ACHTERGRONDINFORMATIE	7
WAAROM EEN EUROPEES KWALITEITSKADER VOOR LANGDURIGE ZORG?	7
HOE KAN HET EUROPEES KWALITEITSKADER VOOR LANGDURIGE ZORG BRUIKBAAR ZIJN VOOR U?	8
ONZE ANALYSE	8
ONZE VISIE	9
GEMEENSCHAPPELIJKE WAARDEN VAN HET EUROPEES PARTNERSCHAP	9
DEEL 1: KWALITEITSPRINCIPES EN SPEERPUNTEN	11
KWALITEITSPRINCIPES - KWALITEITSVOLLE ZORG EN DIENSTVERLENING IS:	11
<i>Respectvol naar mensenrechten en menselijke waardigheid</i>	11
<i>Persoonsgericht</i>	12
<i>Preventief en rehabilitatief</i>	13
<i>Beschikbaar</i>	14
<i>Toegankelijk</i>	15
<i>Betaalbaar</i>	16
<i>Geïntegreerd</i>	17
<i>Continu</i>	18
<i>Resultaatgericht en empirisch onderbouwd</i>	19
<i>Transparant</i>	20
<i>Gender- en cultuurgevoelig</i>	21
SPEERPUNTEN - EEN KWALITATIEF HOOGSTAANDE DIENSTVERLENING MOET OOK BIJDAGEN TOT:	22
<i>Preventie en bestrijding van ouderenmis(be)handeling en -verwaarlozing</i>	22
<i>Empowerment van ouderen met een zorgbehoefte en scheppen van mogelijkheden voor participatie</i>	23
<i>Goede arbeidsvoorwaarden en werkomgeving garanderen en in menselijk kapitaal investeren</i>	24
<i>Uitbouw van geschikte fysieke infrastructuur</i>	25
<i>Ontwikkeling van een partnerschapsbenadering</i>	26
<i>Uitbouw van een systeem voor goed bestuur</i>	27
<i>Ontwikkeling van geschikte communicatie en bewustwording</i>	28
DEEL 2: RICHTLIJNEN OM DIT KWALITEITSKADER TE GEBRUIKEN	29
SUGGESTIES VOOR GEBRUIK EN IMPLEMENTATIE	29
<i>Aanbevelingen voor beleidsmakers</i>	29
<i>Aanbevelingen voor diensaanbieders</i>	30
<i>Aanbevelingen voor professionele zorgverleners</i>	30
<i>Aanbevelingen voor ouderen, families en organisaties van informele zorgverleners</i>	30
VOORBEELDEN VAN KWALITEITSINSTRUMENTEN	31
<i>Algemeen voorbeeld</i>	31
<i>Voorbeeld van een intern instrument voor kwaliteitsbeheer</i>	31
<i>Voorbeeld van een extern instrument voor kwaliteitsbewaking</i>	31
<i>Voorbeeld van een instrument voor de toewijzing van labels</i>	31
METHODE OP BASIS VAN EEN PARTICIPATORISCHE BENADERING	32
<i>De partnerschapsaanpak en de 'continue verbeteringscyclus'</i>	32
<i>Methode</i>	33
VOORBEELDEN VAN PARTICIPATORISCHE INITIATIEVEN	35
WEDO: ACTIE VOOR HET WELZIJN EN DE WAARDIGHEID VAN OUDEREN MET EEN ZORG- OF HULPBEHOEFTE!	37
WAAROM MEEDOEN?	37
HOE MEEDOEN?	37
VOORBEELDEN VAN GOOD PRACTICES	38
NUTTIGE BRONNEN EN INTERESSANTE LINKS	44
LIJST VAN PARTNERS	45

Terminologie: wat bedoelen we met ...?

Actief ouder worden: “Een proces waarin de mogelijkheden voor gezondheid, participatie en veiligheid worden geoptimaliseerd, om zo de levenskwaliteit van het leven van ouderen hoog te houden. Actief ouder worden veronderstelt dat ouderen aan de samenleving kunnen blijven deelnemen, met een zo hoog mogelijk welzijn en daarbij zo nodig een beroep kunnen doen op adequate bescherming, veiligheid en zorg.” (Wereldgezondheidsorganisatie)

Waardigheid: De gelijke en inherente waarde van elke mens.

Ouderenmis(be)handeling: Eenmalig of herhaald handelen – of het nalaten van gepast handelen – dat een oudere schade of leed berokkent of een schending van zijn mensenrechten en burgerrechten vormt. Het kan gaan om fysiek misbruik, psychologisch misbruik, seksueel misbruik, financiële uitbuiting of verwaarlozing. Ouderenmis(be)handeling doet zich overal voor: binnen het gezin, thuis, in relaties met thuiszorgdiensten en in zorginstellingen. Het kan opzettelijk of onopzettelijk zijn ('ontspoorde zorg').

Informele zorgverleners: Familie, vrienden, buuren en anderen die zorg verlenen aan een oudere. Meestal hebben zij geen formele status en worden zij niet betaald.

Geïntegreerde zorg: Een coherent geheel van methoden om ziekenhuis- en eerstelijnszorg, gezondheids- en sociale zorg, en (in)formele zorg te integreren. Het doel van geïntegreerde zorg is individuele zorgtrajecten uit te werken, die te implementeren en te zorgen voor financiële en administratieve coördinatie. Dit moet leiden tot betere efficiëntie en gebruikerstevredenheid. De juiste zorg op het juiste moment op de juiste plaats, vereist dat er samengewerkt wordt in multidisciplinaire teams, samen met de oudere en zijn omgeving. Een case manager kan deze samenwerking coördineren en verbeteren.

Langdurige zorg of 'diensten voor ouderen met een zorg- of hulpbehoefte': Dit kunnen allerlei diensten zijn: preventie, revalidatie en zelfredzaamheid, genezing, verzorging en palliatieve zorg. Het gaat om een combinatie van gezondheidszorg en sociale zorg bij 'activiteiten van het dagelijks leven' (ADL) zoals eten, wassen, aankleden, verzorgen en het huishouden doen. Deze diensten kunnen ook de 'instrumentele activiteiten van het dagelijks leven' (IADL) bestrijken zoals de eigen financiën beheren en boodschappen doen. Deze zorgdiensten kunnen worden verleend in uiteenlopende zorgkaders, van de thuisomgeving via intermediaire zorgformules tot (semi)-woonzorgvoorzieningen.

Participatie: Actieve betrokkenheid stimuleren van ouderen met een zorg- of hulpbehoefte en hiervoor ondersteunende maatregelen uitwerken: vb. transport aanbieden om sociale activiteiten bij te wonen. Dit zou moeten plaatsvinden tot het einde van het leven.

Professionele zorgverleners: Medewerkers van thuiszorgdiensten, gemeenschapsinstellingen en woonzorginstellingen die voor hun werk worden betaald.

Kwaliteit: We streven naar uitmuntendheid. De kwaliteitsverbetering van de langdurige zorg zou een continu proces moeten zijn 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 rechten van 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 indicatoren.

Dienstaanbieders: Publieke -, non-profit- en commerciële organisaties en initiatieven die diensten verlenen aan ouderen met een zorg- of hulpbehoefte in instellingen, of thuis.

Welzijn: Gevoel van tevredenheid, in de best mogelijke gezondheid verkeren en geïntegreerd zijn in de maatschappij. Sociale interactie met familie, vrienden, burens en zorgverstrekkers, kan het welzijn en de levenskwaliteit van ouderen verbeteren.

Achtergrondinformatie

Waarom een Europees Kwaliteitskader voor Langdurige Zorg?

Mensen leven langer. Ook het aantal ouderen met een zorg- of hulpbehoefte neemt toe. De meesten van hen wonen thuis en slechts een minderheid woont in een woonzorgvoorziening. In vele landen wordt zorg hoofdzakelijk door informele zorgverleners verleend.

De laatste tien jaar is de vergrijzing een fundamentele uitdaging geworden voor alle EU-lidstaten. In het huidige klimaat van bezuinigingen is het probleem zelfs nog scherper geworden. Tegen 2060 zullen 65-plussers in de EU maar liefst 29,5% van de bevolking uitmaken (17,4% in 2010). De overheidsuitgaven voor langdurige zorg waren in 2008 in de OESO-landen goed voor gemiddeld 1,2% van het BBP en naar verwachting zullen zij verdubbelen, mogelijk zelfs verdriedubbelen tegen 2050. Eén van de grootste uitdagingen voor Europa is ervoor zorgen dat de ouder wordende bevolking de zorg en hulp krijgt om op een waardige manier ouder te worden en beschermd te zijn tegen ouderenmis(be)handeling.

Dankzij de steun van verscheidene EU-voorzitterschappen, het Europees Parlement en de Europese Commissie heeft de strijd tegen ouderenmis(be)handeling en de verbetering van de levens- en zorgkwaliteit van ouderen de laatste jaren internationaal en op Europees niveau meer aandacht gekregen.

Het WeDO-project bouwt voort op dit momentum en sluit aan op het Handvest van de Grondrechten van de Europese Unie en meer in het bijzonder artikel 25; het Verdrag van de Verenigde Naties inzake de Rechten van Personen met een Handicap; Algemene Aanbeveling nr. 27 inzake oudere vrouwen en de bescherming van hun mensenrechten die in oktober 2010 door het CEDAW werd goedgekeurd; het VN-Madrid Actieplan inzake Vergrijzing. Ook bouwt het WeDO-project voort op het resultaat van belangrijke, door Europa gefinancierde projecten en op bestaande instrumenten en belangrijk werk op zowel nationaal als lokaal niveau in een aantal EU-lidstaten.

Door de snelle toename van de vraag naar langdurige zorg thuis of elders is een stijgend aantal stakeholders betrokken bij het verlenen van dergelijke diensten. Dit Europees Kwaliteitskader voor Langdurige Zorg richt zich tot al deze stakeholders, d.w.z. beleidsmakers, dienstaanbieders, zorgverleners, ouderenorganisaties, enz. Het Kwaliteitskader wil zorgen voor:

- Een **gemeenschappelijke visie** op langdurige zorg en bewustwording omtrent de noodzaak om de strijd aan te binden met ouderenmis(be)handeling en om de levenskwaliteit van ouderen met een zorg- of hulpbehoefte te verbeteren;
- **Meer participatie van ouderen** bij het identificeren van hun behoeften en van de gezondheids- en sociale zorg die zij nodig hebben, bij maatregelen voor kwaliteitsontwikkeling en bij vernieuwingsprocessen;
- **De ontwikkeling van faire en duurzame oplossingen** om zorgkwaliteit verbeteren. Dit kan gebeuren door uitwisseling van good practices;
- **Een betere coördinatie en uitwisseling van informatie** tussen de verschillende stakeholders om de kwaliteit en de efficiëntie van de diensten te verbeteren, in het bijzonder tussen beleidsmakers, dienstverleners en zorgprofessionals, evenals tussen formele en informele zorgverleners;
- **Een betere kwaliteit van de zorgsystemen door een goed evenwicht tot stand te brengen tussen efficiëntie, kostenbesparing en kwaliteitsverbetering;**
- **Een verbetering van de levenskwaliteit van ouderen met een zorg- of hulpbehoefte** via al het voorgaande.

Hoe kan het Europees Kwaliteitskader voor Langdurige Zorg nuttig zijn voor u?

Dit kader is een uitnodiging voor alle betrokken stakeholders op alle niveaus (EU, nationaal, regionaal en lokaal) om verder te bouwen op wat in hun land al bestaat en om hun systemen te verbeteren. Daarvoor kunnen ze de inspiratie bij elkaar halen. Wij willen:

- **Beleidsmakers** aanmoedigen om de juiste omstandigheden te creëren voor de implementatie van het Europees Kwaliteitskader en hen er toe aanzetten om good practices te identificeren en systematisch overleg te plegen met andere stakeholders zoals ouderenorganisaties en zorgverlenersorganisaties;
- **Dienstaanbieders** (woonzorginstellingen, thuiszorgdiensten, enz.) aanmoedigen om systematisch overleg te plegen met alle betrokken stakeholders (inclusief ouderen- en zorgverlenersorganisaties). Ook willen wij hen stimuleren activiteiten te evalueren, hun intern kwaliteitsbeheersysteem op de kwaliteitsprincipes en speerpunten van WeDO te baseren, voor hun personeel opleidingsprogramma's in verband met het Kwaliteitskader te organiseren en op zoek te gaan naar good practices.
- **Professionele zorgverleners** aanmoedigen om het Kwaliteitskader als uitgangspunt te gebruiken bij gesprekken over kwaliteit van de zorg met collega's, managers, ouderen met een zorg- of hulpbehoefte informele zorgverleners, enz. We willen hen ook stimuleren om leemtes te onderzoeken en samen na te denken over oplossingen.
- **Ouderenorganisaties en organisaties van informele zorgverleners aanmoedigen** om met behulp van dit Kwaliteitskader te werken aan bewustwording omtrent de noodzaak om de levenskwaliteit te verbeteren van ouderen met een zorg- of hulpbehoefte, en hun zorgverleners te verbeteren. Hen stimuleren om de strijd aan te binden met ouderenmis(be)handeling, om netwerken rond dit thema op te zetten / verder uit te bouwen, en om te communiceren over de behoeften van ouderen en hun (in)formele zorgverleners is tevens een doel.

De implementatie van dit Kwaliteitskader vereist een sterk partnerschap en een participatorische benadering waarbij alle betrokken stakeholders (beleidsmakers, dienaarbieders, financiers, onderzoekers, ouderenorganisaties, informele zorgverleners, vrijwilligers, industrie, vakbonden, enz.) **samenwerken om kwaliteitszorg af te leveren**. Deze oplossingen moeten rekening houden met de standpunten van de betrokken ouderen en moeten hun waardigheid en hun recht om beschermd te worden tegen misbruik en verwaarlozing ondersteunen. Voorbeelden hoe het Europees Kwaliteitskader voor Langdurige Zorg kan gebruikt worden, vind je op de website: www.wedo-partnership.eu.

Onze analyse

Het aanbod van zorgdiensten in de hele EU is bijzonder divers, en overal veranderen de modellen voor ouderenzorg in een snel tempo. Er is wel een algemene trend om de opname in een instelling uit te stellen en ouderen zo lang mogelijk thuis te laten wonen, om zo hun levenskwaliteit te verbeteren en de kosten van de langdurige zorg te drukken.

In heel de EU ondervinden ouderen dezelfde problemen met hun hulp- en zorgbehoeften. Er zijn talloze voorbeelden van overeenkomstige aandachtspunten op het vlak van zorg: gebrek aan ondersteuning voor informele zorgverleners die vaak zelf ouderen zijn; onvoldoende opleiding en slechte werkomstandigheden voor professionele zorgverleners; gebrek aan specifieke ondersteuning voor mensen met dementie; het negatieve beeld van ouder worden en van ouderen in de maatschappij; het taboe rond ouderenmis(be)handeling; de moeizame zoektocht naar geïntegreerde zorgsystemen die flexibel genoeg zijn om zich aan de veranderende behoeften en wensen van de betrokkenen aan te passen en die participatie en empowerment ondersteunen, enz.

De overheid toont zich **bezorgd om het verbeteren van de kostenefficiëntie van de openbare diensten**, en wil in het bijzonder de kosten van gezondheidszorg, sociale en langdurige zorg drukken. In de huidige context wordt het in sommige landen steeds moeilijker voor ouderen om toegang te krijgen tot betaalbare kwaliteitszorg, vooral wanneer er besparingen worden doorgedrukt zonder oog te hebben voor de kwaliteit van die zorg.

Ouderen lijden onder leeftijdsdiscriminatie en seksisme, waardoor ouderenzorg sterk wordt ondergewaardeerd door de maatschappij. De onderwaardering van deze sector stelt vooral de vrouwelijke zorgverleners – de meerderheid van de werknemers in de sector – voor grote uitdagingen. Tot slot kan de oververtegenwoordiging van vrouwen in de groep van oudste ouderen met dementie of een langdurige zorgbehoefte dit verergeren.

Zoals uitgebreid onderzoek de afgelopen tien jaar heeft aangetoond, **is in alle EU-lidstaten ouderenmis(be)handeling een probleem**. Het komt voor in alle zorgsituaties (instellingen, thuiszorg enz.), binnen publieke, non-profit en commerciële dienstverleners, maar ook in gezinnen en bij vrijwilligersinitiatieven. In haar oproep voor projectvoorstellen die aan de basis lag van het WeDO-project legde de Europese Commissie uit: *“Ouderenmis(be)handeling in instellingen en thuis wordt steeds meer erkend als een belangrijk maatschappelijk probleem. Het risico bestaat dat dit probleem groter zal worden naarmate de lidstaten hun bevolking snel zien vergrijzen. Bij ouderenmis(be)handeling blijkt het echter slechts in een minderheid van de gevallen te gaan om opzettelijke pogingen om de slachtoffers te schaden of uit te buiten.”*

Onze visie

Het Europees Partnerschap voor het Welzijn en de Waardigheid van ouderen (hierna ‘het Partnerschap’ genoemd) vindt dat Ouderen, net als elke andere leeftijdsgroep, het recht hebben om op een waardige manier oud te worden en om als volwaardige leden van onze maatschappij te worden gerespecteerd. Het Partnerschap deelt de visie dat meer kan en moet worden gedaan om de **kwaliteit en kostenefficiëntie van de diensten voor ouderen en hun zorgverleners te verbeteren door middel van betere zorg- en hulpdiensten**.

Het waarborgen van kwaliteit en waardigheid in de zorg moet bijdragen tot een betere levenskwaliteit voor alle ouderen die zorg en hulp ontvangen, en tot het voorkomen van ouderen(be)mishandeling. We kunnen en moeten zorgmodellen ontwikkelen die op lange termijn in sociaal en financieel opzicht duurzaam zijn en die voor alle generaties en sociale groepen rechtvaardig zijn. Alle betrokken stakeholders – d.w.z. overheid, dienstverleners, zorgaanbieders, ouderenorganisaties, organisaties van zorgverleners en financiers – moeten zich constructief, proactief en vernieuwend opstellen.

Gemeenschappelijke waarden van het Europees Partnerschap

1. Het Partnerschap komt op voor een rechtengebaseerde benadering van zorg zoals wordt uiteengezet in het EUSTACEA-Charter. Daarnaast verdedigt het Partnerschap het recht om waardig ouder te worden tot het einde van het leven.

“Menselijke waardigheid is onschendbaar. Leeftijd en afhankelijkheid kunnen geen grond zijn voor beperkingen van mensenrechten en burgerlijke vrijheden zoals erkend door internationale standaarden en ingebed in democratische grondwetten.” (Europees Charter voor de Rechten en Verantwoordelijkheden van Ouderen met een langdurige Zorg- of Hulpbehoefte).

Ouderen – en vooral ouderen met complexe behoeften zoals mensen met cognitieve beperkingen of met een verminderde mobiliteit – zijn blootgesteld aan een groter risico op verwaarlozing en mis(be)handeling, sociale uitsluiting en isolement.

Kiezen voor een rechtengebaseerde benadering betekent strijden tegen leeftijdsdiscriminatie, de rechten van de gebruikers van de diensten beschermen, de toegang tot betrouwbare en uitgebreide informatie waarborgen, werk maken van een toegankelijke omgeving en ondersteuning bieden op het vlak van mobiliteit, communicatie, overleg en participatie. Deze benadering beoogt ook de implementatie van het inclusieconcept, verdedigd door het VN-verdrag over de rechten van personen met een handicap. Binnen de sociale en juridische context moet specifieke aandacht worden besteed aan de bescherming van de rechten van ouderen met cognitieve aandoeningen. Deze kunnen hun zelfbeschikkingsrecht beïnvloeden of beperkingen rechtvaardigen van het recht van de betrokkenen om zich vrij te bewegen.

2. Het Partnerschap wil dat actief ouder worden en leeftijdsvriendelijke omgevingen worden beschouwd als fundamentele concepten voor de ontwikkeling van langdurige zorgsystemen.

Het Partnerschap roept op tot een verandering in de manier waarop onze samenlevingen georganiseerd zijn en wil dat ouderen en ouder worden in het algemeen op een andere manier worden bekeken: als volwaardig lid van de maatschappij. Voortbouwend op de concepten van actief ouder worden en leeftijdsvriendelijke omgevingen benadrukt het Partnerschap dat alles in het werk moet worden gesteld om ervoor te zorgen dat mensen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen leven. Ouderen met een zorg- of hulpbehoefte moeten worden betrokken bij het definiëren hoe hun behoeften, verwachtingen en voorkeuren kunnen worden ingevuld.

3. Het Partnerschap acht een geïntegreerd aanbod voor zorg- en hulpbehoeften de beste manier om ervoor te zorgen dat de zorgverlening wordt geoptimaliseerd en afgestemd op de behoeften van de gebruikers en hun zorgverleners.

Een geïntegreerd aanbod voor zorg- en hulpbehoeften bestrijkt zeer uiteenlopende types van zorg: alle vormen van gezondheidszorg; sociale diensten die zich tot ouderen met een zorg- of hulpbehoefte richten, zorg voor cognitieve aandoeningen; palliatieve zorg en levenseindezorg; diensten die thuis, in de gemeenschap of in een woonzorginstelling worden verleend met overheids- of privéfinanciering; en informele zorg of zorg door vrijwilligers. Voor al deze diensten is een 'persoonsgerichte' houding van prioritair belang: d.w.z. dat de waardigheid, participatie en *empowerment* van een oudere met een zorg- of hulpbehoefte worden ondersteund.

4. Het Partnerschap erkent de cruciale rol van informele zorgverleners. Maatregelen moeten dan ook in hun ondersteuning voorzien. Daarbij mag vooral niet worden vergeten dat zij tijd nodig hebben om tot rust te komen.

Het merendeel van de zorg voor ouderen wordt geleverd door informele zorgverleners (afhankelijk van het land tussen 70 en 90%). Vooral familieleden en vrouwen boven de 55 nemen een groot deel van deze zorgtaken voor hun rekening. Ze vormen echter een bijzonder kwetsbare groep en lopen een groot risico op *burn-out*, mis(be)handeling en/of sociale uitsluiting.

De levenskwaliteit van de informele zorgverlener hangt nauw samen met de levenskwaliteit van de oudere met een zorg- of hulpbehoefte. Diensten moeten de ondersteuning van informele zorgverleners dan ook beschouwen als een integraal onderdeel van het kwaliteitsverbeteringsproces, net als de noodzaak om de samenwerking tussen formele en informele zorg te verbeteren. Het Partnerschap meent dat zowel familieleden als ouderen het recht zouden moeten hebben om te weigeren om informele zorg te verlenen/ontvangen. In sommige landen spelen (illegale) migranten een belangrijke rol in de zorg. Het is een grote uitdaging om deze moeilijk bereikbare groep te ondersteunen en de kwaliteit van de zorg die zij leveren aan ouderen te verbeteren.

Deel 1: Kwaliteitsprincipes en speerpunten

De principes en speerpunten van het Europees Kwaliteitskader voor Langdurige Zorg zijn onderling verbonden. Zij moeten samen worden nagestreefd via verscheidene middelen en door verschillende stakeholders. Om de kwaliteit van een dienst te verbeteren, moet ook de omgeving in het algemeen worden verbeterd. Het Partnerschap erkent dat er sprake kan zijn van tegenstrijdige doelstellingen. In een dergelijk geval moet via een dialoog tussen de stakeholders een evenwicht worden gevonden. De beslissing zou altijd moeten worden genomen in het belang van de oudere met een zorg- of hulpbehoefte, waarbij verbetering van hun welzijn en waardigheid centraal staat. De voorbeelden van good practices waarnaar in elk hoofdstuk wordt verwezen, zijn terug te vinden vanaf pag. 38.

Kwaliteitsprincipes

Kwaliteitsvolle zorg en dienstverlening is:

Respectvol naar mensenrechten en menselijke waardigheid

Diensten voor ouderen met een zorg- of hulpbehoefte en de overheidsinstanties die hiervoor bevoegd zijn, moeten de fundamentele rechten respecteren van ouderen, hun families en zorgverleners zoals die in de nationale, Europese en internationale mensenrechtenwetgeving ingeschreven staan.

Je autonomie verliezen kan een traumatiserende ervaring zijn. Een menselijke aanpak is vereist die de waardigheid van de oudere tot het einde van zijn leven beschermt.

Wat betekent dit?

- Ouderen hebben dezelfde rechten als mensen uit elke andere leeftijdsgroep.
- Een dienst moet de menselijke waardigheid van de oudere respecteren en moet worden verleend zonder enige discriminatie op grond van leeftijd, ras, huidskleur, nationale of sociale herkomst, financiële middelen, overtuiging, geslacht, seksuele geaardheid of identiteit, of de mate waarin zorg en hulp vereist zijn.

Voorbeeld: Oostenrijk

"Eén van onze bewoners kon niet met ons praten om te zeggen wat hij wilde. Zijn vrouw, die hem elke dag opzocht, was zijn stem. Op een ochtend was deze oude man er heel slecht aan toe. We brachten zijn vrouw op de hoogte en die drong erop aan om haar echtgenoot naar het ziekenhuis over te brengen. Een dokter vertelde haar echter dat de toestand van haar man zo slecht was dat hij het transport waarschijnlijk niet zou overleven. Toen een verpleegster haar vroeg wat haar man zou hebben beslist, werd ze heel boos en zei ons dat hij geen beslissing kon nemen en dat zij een ziekenhuisopname wilde. Enkele

minuten later hoorden we dat onze bewoner vóór het rusthuis in de ambulance overleden was. Zijn vrouw wist toen niet meer of ze wel de goede beslissing had genomen."

In Oostenrijk lijdt 80% van de bewoners van verzorgingstehuizen aan dementie. Velen onder hen kunnen niet meer zeggen wat ze willen. De **'ethische bewonersconferentie'** is een procedure waarbij alle stakeholders worden betrokken om dit soort problemen met de bewoner te bespreken. De deelnemers bespreken alternatieven en hun positieve en negatieve gevolgen. Ze luisteren naar de wensen en behoeften van de bewoner, en diens familieleden worden hierbij betrokken. De beslissing die na de bespreking wordt genomen, geeft aan wat goed wordt geacht in deze welbepaalde situatie en meestal wordt een palliatieve fiche opgesteld. Dit verschaft de werknemers meer zekerheid bij het nemen van ethische beslissingen. De beslissingen moeten als voorlopig worden beschouwd en moeten bij elke nieuwe vraag worden bekeken. Voor meer informatie kunt u terecht op: bit.ly/Mf7HP4

► Zie good practices 15, 16 en 24

Persoonsgericht

Diensten voor ouderen met een zorg- of hulpbehoefte moeten op een tijdige en flexibele manier aan de veranderende behoeften van elk individu tegemoetkomen. Zij moeten zijn persoonlijke integriteit volledig respecteren met het doel de levenskwaliteit te verhogen, en garant staan voor gelijke kansen inzake de toegang tot zorg. Elk individu heeft niet alleen eigen interesses en een eigen karakter, levensgeschiedenis en familiale achtergrond, maar ook eigen sociale en gezondheidsbehoeften, eigen capaciteiten en eigen voorkeuren. Deze eigenheden moeten de basis vormen voor de zorgplanning, het zorgbeheer, de vorming van het personeel en de kwaliteitszorg.

Diensten moeten rekening houden met de fysieke, intellectuele, culturele en sociale situatie van ouderen, hun families of andere mensen die belangrijk zijn in hun leven. Bovendien moeten diensten ervoor zorgen dat ze hun personeel de nodige ondersteuning, middelen en faciliteiten ter beschikking stellen om op die manier te werken. Persoonsgerichte diensten moeten vertrekken vanuit de behoeften van de ouderen en, wanneer noodzakelijk, vanuit die van hun familieleden of zorgverleners.

Wat betekent dit?

- Rekening houden met en respect tonen voor de vrije wil en de eigen levenskeuzes van de oudere.
- Rekening houden met en respect tonen voor de ethische, religieuze en sociale achtergrond en overtuigingen en behoeften van de oudere.
- De betrokkene helpen en in staat stellen om in elke levensfase zijn of haar wensen voor de korte en lange termijn uit te drukken.
- Indien de betrokkene zelf geen beslissingen meer kan nemen, moet een derde of advocaat zijn fundamentele rechten, levenskeuzes en wensen trachten te respecteren.

Voorbeeld: Duitsland

“Mevrouw L. was lid van een kerkkoor waarin ze al vele jaren zong. Door haar cognitieve aandoening was ze vaak rusteloos en ijsbeerde ze door de zaal tijdens de pauzes of vroeg ze tijdens het optreden welk lied ze daarna zouden zingen. Al gauw wilden de andere koorleden niet langer dat ze nog meezong en was ze gedwongen om te vertrekken.”

Een goed opgeleide vrijwilliger kon mevrouw L. helpen en persoonlijk bijstaan zodat ze verder in het koor kon blijven zingen. Deze vrijwilliger kon haar opvangen en ondersteunen tijdens de repetities en bemiddelde tussen haar en de andere koorleden. Deze werkwijze versterkt de burgerrechten van mensen met dementie. Sinds de hervorming van de **Duitse Wet inzake Langdurige Zorg** in 2008 (SGB XI) kunnen ouderen ‘met beperkte levensvaardigheden’ – voor het merendeel ouderen met

cognitieve aandoeningen – een jaarlijkse toelage van maximaal € 2.400 krijgen voor laagdrempelige bijstand of toezicht en ondersteuning in groepen of thuis. Tegelijk werden in het hele land organisatiestructuren opgezet om deze vrijwillige, laagdrempelige ‘dagelijkse begeleiders’ (Alltagsbegleiter) op te leiden en in te zetten. Dankzij de jongste hervorming van de Wet inzake Langdurige Zorg in 2012 zal de toelage voor mensen met dementie vanaf 2013 stijgen (zowel in natura als in geld).

► Zie good practices 1, 12 en 20

Preventief en rehabilitatief

Diensten voor ouderen met een zorg- of hulpbehoefte moeten proberen om een achteruitgang te voorkomen en voor zover mogelijk een herstel te realiseren van de gezondheid, het welzijn en het vermogen van ouderen om zelfstandig te leven. Ouderen in staat stellen om bepaalde vermogens te herwinnen of om nieuwe manieren te vinden om met hun beperkingen om te gaan, helpt hen om langer de controle over hun eigen leven te behouden.

Wat betekent dit?

- Zelfstandigheid zoveel mogelijk ondersteunen, inclusief met behulp van aanpassingen aan de woning, het gebruik van ondersteunende hulpmiddelen of revalidatieverpleging.
- Vroegtijdige gezondheidsbevordering en preventie van leeftijdgerelateerde ziekten.
- Voorkomen van sociaal isolement.
- Focus op de gezondheid en vermogens van de persoon, niet op ziekte of handicaps.

Voorbeeld: Finland

“Helaas gaven we de ‘voorkeur’ aan incontinenten mensen omdat ze ons door het gebruik van luiers minder werk bezorgden dan continente mensen. Zelfs mensen die niet incontinent waren, gaven we daarom soms luiers en na verloop van tijd werden ze incontinent.” (Voormalige rusthuis verpleegster)

“We hebben gemerkt dat we in ons verzorgingstehuis steeds meer incontinent bewoners krijgen. Tegelijk neemt het aantal urinewegontstekingen toe. Ik denk dat deze twee problemen met elkaar verband houden. En ik vind het ook niet menselijk om volwassenen luiers te laten dragen. Er moet iets gebeuren maar ik weet niet wat ...” (Een verpleegkundige)

Incontinentie tast de levenskwaliteit sterk aan en het aandeel continente bewoners is dan ook vaak een goed criterium voor de zorgkwaliteit. In 2010 ging in een verzorgingstehuis in Finland een **project van start om de blaascontinentie van de bewoners te verbeteren**. De verpleegkundigen volgden eerst een cursus over zindelijkheidstraining. Daarna werd een interventiegroep van bewoners samengesteld (tussen de 71 en 94 jaar oud). Voor de evaluaties werd gebruikgemaakt van RAI (Resident Assessment Instrument), een multidisciplinair kwaliteitsmetingsinstrument (www.interrai.org).

De aanvankelijke incontinentietoestand van elke bewoner werd beschreven en bijgehouden. Er werden individuele doelstellingen geformuleerd en in functie van ieders persoonlijke toestand werden de nodige middelen voorzien. Individuele schema's moesten ervoor zorgen dat elke deelnemer regelmatig het toilet opzocht of daarbij werd geholpen. De bewoners werden gemotiveerd, herinnerd aan het toiletbezoek en/of geholpen. 's Nachts werden indien nodig bedpannen of urinalen gebruikt. Er werd duidelijk aangegeven waar de toiletten waren.

Uit de evaluaties bleek dat de continentie van 16 van de 24 mensen verbeterd was tijdens de 5 maanden dat het project liep. Velen leerden zelfstandig naar het toilet te gaan of werden gemotiveerd om hulp te vragen wanneer dit nodig was. 19 mensen konden lichtere incontinentieverbanden of -slips dragen, bij 3 mensen was de blaascontinentie verbeterd, bij 9 mensen was de darmcontinentie verbeterd en bij 4 mensen zowel de blaas- als de darmcontinentie. Daarnaast waren er minder urineweginfecties én daalden de kosten van incontinentieverbanden jaarlijks met ongeveer 4.000 euro. Dit project toont aan dat het de moeite loont om de competenties van zelfs zeer oude mensen te identificeren en te ondersteunen. Website: bit.ly/Nmrl3E

► Zie good practices 1, 7, 23 en 27

Beschikbaar

Ouderen met een zorg- of hulpbehoefte moeten toegang krijgen tot een brede waaier van diensten zodat ze een keuze kunnen maken voor de meest gepaste zorg die afgestemd is op hun behoeften. Ze moeten zich op de meest gunstige locatie bevinden voor de ouderen, hun families en zorgverleners.

De overheid moet ervoor zorgen dat de capaciteit, de geografische dekking en het professionele aanbod van de diensten voor ouderen toereikend zijn.

De beschikbaarheid van diensten kan worden verzekerd door middel van strategische planning (waarbij potentiële gebruikers worden betrokken), financiering en organisatie door de overheid met de steun van de dienstaanbieders, om zo een passend antwoord te bieden op de behoeften van ouderen.

Wat betekent dit?

- Er is een dienst om tegemoet te komen aan elke hulp- en zorgbehoefte.
- De oudere heeft de keuze uit verschillende opties.
- Er zijn geen lange wachtlijsten.
- Er is voldoende financiering om de vrije keuze mogelijk te maken.

Voorbeeld: Griekenland

“Mijn vader lijdt aan Alzheimer. We letten goed op hem maar toch verdwaalt hij vaak. Als we hem vroeger moesten gaan zoeken, vroegen we meestal de burens om hulp, belden we familieleden op of hingen we affiches uit in drukke straten en op kruispunten in de buurt, altijd biddend en hopen dat iemand ons zou laten weten waar hij was. Eén keer werd mijn vader na drie dagen gevonden. Hij was er erg slecht aan toe en zat in een park, ver weg van huis. De artsen zeiden dat het een wonder was dat hij niet doodgegaan was van de honger en de

kou. Een maand geleden raakte mijn vader weer vermist. Toen vertelde een vriend me over Silver Alert. In enkele uren tijd werd een hele procedure opgestart: via televisiezenders, luchthavens en metrostations werd door Silver Alert een opsporingsbericht de wereld ingestuurd. Ik had het gevoel dat de hele wereld samen met mij op zoek was naar mijn vader. Hij werd gezond en wel teruggevonden door een buschauffeur die het opsporingsbericht van Silver Alert op de televisie gezien had.”

Life Line Hellas ontwikkelde het **Silver Alert**-project samen met 7 overheidsinstanties (het Ministerie van Burgerbescherming, het Ministerie van Justitie en Mensenrechten, het Ministerie van Openbaar Vervoer, het Ministerie van Volksgezondheid, het Hooggerechtshof en de lokale politie) en 6 radio- en televisiestations. Het heeft in de eerste plaats tot doel om mensen die – in hoofdzaak als gevolg van dementie – vermist raken, zo snel mogelijk weer op te sporen. Een foto wordt samen met wat elementaire informatie gedurende 30 seconden getoond op televisie, radio, digitale schermen op treinen, in metrostations en luchthavens. Op die manier worden vele mensen zeer snel teruggevonden en naar hun familie gebracht.

Het project wordt gedurende een jaar gefinancierd door de Niarchos Stichting. Gezien het succes heeft de nationale WeDO-coalitie het project uitgebreid en zal zij de verdere groei ervan ondersteunen via seminars voor ziekenhuispersoneel, studenten van de politieacademie, enz. Er staat ook een samenwerking met de Vereniging van Griekse rusthuizen op stapel. Het is de bedoeling dat mensen die dolend op straat aangetroffen worden maar niet als vermist opgegeven zijn, – een omgekeerde Silver Alert – enkele dagen kunnen worden opgenomen, totdat hun familie gevonden is of er een permanentere huisvesting voor hen geregeld is. www.lifelinehellas.gr

► Zie good practices 3, 4 en 18

Toegankelijk

Diensten voor ouderen met een zorg- of hulpbehoefte moeten makkelijk toegankelijk zijn voor al wie ze nodig heeft. Informatie en onpartijdig advies over het beschikbare dienstenaanbod moeten vlot toegankelijk zijn voor zowel de ouderen als voor hun families en informele zorgverleners. Mensen met een handicap moeten toegang hebben tot de diensten, tot adequaat en betaalbaar vervoer van en naar de diensten, en tot aangepaste informatie en communicatie (met inbegrip van informatie- en communicatietechnologieën).

Wat betekent dit?

- De dienst of informatie moet beantwoorden aan de principes van het 'Universal Design': dit concept houdt in dat alle producten en de bebouwde omgeving in de grootst mogelijke mate bruikbaar moeten zijn voor iedereen, ongeacht leeftijd, vaardigheden of status.
- De communicatie is eenvoudig en voor iedereen makkelijk leesbaar.
- Wanneer een dienst voor iemand niet toegankelijk is, komt de dienst zelf naar de betrokkene toe of wordt de toegang mogelijk gemaakt door een intermediaire dienst.

Voorbeeld: Nederland

"Mevrouw T. is 83. Ze is nierpatiënte en geeft als vrijwilligster Nederlandse les aan migranten in een andere stad. "Ik ging altijd met het openbaar vervoer, maar nu ik tweemaal per week naar het ziekenhuis moet voor mijn dialyse, heb ik gemerkt dat ik erg weinig energie heb. Reizen met het openbaar vervoer en al het overstappen met treinen en bussen is te vermoeiend voor mij. Ik kan niet heel ver meer lopen. Toch wil ik graag blijven lesgeven. Ik beleef er veel plezier aan en het geeft me voldoening. Bovendien heb ik het gevoel dat ik nog nuttig ben voor de maatschappij."

Dankzij de **aanvullende vervoersdiensten** kan mevrouw T. haar vrijwilligerswerk voortzetten en de meeste dingen blijven doen die ze vroeger deed. Er

zijn in Nederland verscheidene diensten voor mensen die het openbaar vervoer niet kunnen gebruiken. Speciale vervoersdiensten om de noodzakelijke zorg toegankelijk te maken, worden gedekt door de ziekteverzekering van patiënten met een chronische aandoening. Om sociale contacten te onderhouden, activiteiten bij te wonen of naar de dokter te gaan, boodschappen te doen, enz. zijn er vervoersdiensten die door de gemeente en de nationale overheid worden gefinancierd. Wie hiervan gebruik wil maken, moet een aanvraag indienen en aan de criteria voldoen. Mensen hebben recht op een maximaal aantal kilometers per jaar. Een vervoersdienst moet op voorhand worden gereserveerd en wordt vaak gedeeld met andere mensen.

► Zie good practices 7, 18, 21, 23 en 26

Betaalbaar

Diensten voor ouderen met een zorg- of hulpbehoefte moeten kosteloos of voor een betaalbare prijs worden aangeboden, zonder de levenskwaliteit, waardigheid of keuzevrijheid van de ouderen onnodig in het gedrang te brengen (concept van universele toegang).

Wat betekent dit?

- De toegang tot essentiële diensten die een oudere nodig heeft, is niet afhankelijk van zijn financiële middelen.
- De dienstverlening is kosteloos en indien dit niet het geval is, kunnen ouderen rekenen op een breed aanbod van steunmaatregelen (financiële toelage of steun in natura) om de kosten van de dienst zoveel mogelijk te dekken.

Voorbeeld: Italië

"Een Italiaanse stad telt onder haar inwoners meer dan 2.000 mensen met een handicap of mensen die niet zelfstandig kunnen wonen. 70% van hen heeft een laag inkomen en kan de vereiste diensten ter ondersteuning van het dagelijks leven, niet betalen."

In 2004 introduceerde de regio Emilia Romagna het zogenaamde **Regionaal Fonds voor Afhankelijkheid**. Het fonds wordt gespijsd met een bijkomende belasting op het inkomen van natuurlijke personen (IRPEF). In 2011 leverde dit een beschikbaar jaarbudget van zo'n 480 miljoen euro op (waarvan 30 miljoen euro rechtstreeks

uit belastingopbrengsten en de rest uit het regionale budget).

Het fonds richt zich tot oudere en jongere mensen met een handicap. Het wordt op lokaal niveau beheerd volgens regionale richtlijnen die de overheidsdiensten voor gezondheidszorg en sociale zorg samen met vertegenwoordigers van ngo's en vakbonden uitwerkten.

Het fonds financiert uiteenlopende diensten die voornamelijk gericht zijn op de ondersteuning van thuiszorg (d.w.z. zorgtoelagen, thuiszorgdiensten, opleiding voor thuiszorgwerkers, ...). Een gedeelte ervan wordt gebruikt om de kosten te drukken voor gebruikers van woonzorgdiensten (zoals woonzorgcentra).

► Zie good practices 14

Geïntegreerd

Diensten voor ouderen met een zorg- of hulpbehoefte moeten worden ontwikkeld en verleend op een geïntegreerde manier die de uiteenlopende behoeften, mogelijkheden en voorkeuren van ouderen – en desgevallend van hun familie en zorgverleners – weerspiegelt en de verbetering van hun welzijn tot doel heeft.

Wat betekent dit?

- Een oudere met een zorg- of hulpbehoefte heeft zeer uiteenlopende behoeften en verwachtingen.
- De dienstverlening houdt in haar aanbod zoveel mogelijk rekening met deze complexiteit. De dienst streeft daarom naar een partnerschapsbenadering binnen een organisatie en tussen de organisaties die met de oudere werken.
- De zorg draait rond de persoon en beperkt de inspanningen die de oudere moet leveren om een passende dienstverlening voor zijn behoeften te vinden.
- Een alomvattende benadering door de dienst moet worden ondersteund door een adequaat regelgevend kader, organisatorische inzichten en missies, en professionele benaderingswijzen van langdurige zorg.

Voorbeeld: Frankrijk

“Mevrouw D. is 79 en lijdt aan Alzheimer. Ze woont thuis en haar man zorgt voor haar. Hij kan sinds kort rekenen op thuiszorgdiensten die hem helpen bij de verzorging. De toestand van mevrouw D. gaat echter achteruit, voornamelijk door een gebrek aan cognitieve stimulering en uitdaging. Zij begint zich overdag plots uit te kleden, ze herkent haar man niet meer en het is onmogelijk te begrijpen wat ze zegt.

Meneer D. is uitgeput. Hij voelt zich gedeprimeerd omdat hij niet meer kan communiceren met zijn vrouw met wie hij al 50 jaar dag in, dag uit samenleeft. Hij krijgt een burn-out en de professionele zorgverleners van de thuiszorgdiensten maken zich zorgen om hem.”

Het lokale overheidsnetwerk voor thuishulp van de Gironde verenigt het lokale netwerk van sociale diensten van de provincie Gironde en 34 andere publieke stakeholders. Dit lokale netwerk kon worden opgericht dankzij het bestaan van een bijzondere **juridische vorm: het ‘samenwerkingsverband van sociale en medische stakeholders’**. Dit biedt kwetsbare mensen

een gemeenschapsgebaseerde en een kwalitatief hoogstaande publieke dienstverlening en vereenvoudigt het administratieve en financiële beheer van de geboden ondersteuning.

Het systeem voorkwam dat in de budgetten voor kwetsbare mensen werd gesnoeid en waarborgt tegelijk een kwalitatief hoogstaande dienstverlening in een uitgestrekt geografisch gebied (met 164 steden). Het draagt ook bij tot een holistische benadering, terwijl toch lokaal wordt gewerkt met respect voor de behoeften van de zorgontvangers. Zo lanceerde dit lokale netwerk bijvoorbeeld een studie over de behoeften van ouderen met een zorgbehoefte en hun zorgverleners in samenwerking met een universitair labo voor cognitieve wetenschappen. De prioriteiten werden vastgelegd na overleg met de universiteit, de ouderen zelf, de zorgverleners en de financiers. De samenwerking zal leiden tot de ontwikkeling van diensten op basis van ICT die door mensen als mevrouw D. kunnen worden gebruikt om hun mentale vermogens te stimuleren.

► Zie good practices 2, 3 en 16

Continu

Diensten voor ouderen met een zorg- of hulpbehoefte moeten zo worden georganiseerd dat de continuïteit van de dienstverlening verzekerd blijft zolang dit nodig is. Ouderen kunnen dan rekenen op een continue, ononderbroken reeks diensten, gaande van vroegtijdige interventie, over zorg en ondersteuning tot palliatieve zorg, zonder enige onderbreking in de dienstverlening. Zorgverleners moeten samenwerken om de overgang tussen de verschillende zorgdiensten en -kaders vlot te laten verlopen naarmate de behoeften evolueren.

Wat betekent dit?

- De dienst is betrouwbaar, wordt tijdig verleend en is flexibel.
- De dienst is gebaseerd op de veranderende behoeften van de betrokkene en kan makkelijk worden aangepast om steeds op deze behoeften afgestemd te blijven.
- De persoon kan één coördinerende dienst vragen om aan al zijn uiteenlopende behoeften tegemoet te komen.
- Er wordt werk gemaakt van een goede coördinatie tussen de verschillende diensten – ook wanneer een persoon in een ziekenhuis wordt opgenomen of naar huis terugkeert – teneinde een goede informatieoverdracht te waarborgen.
- Een continue benadering door de dienst moet worden ondersteund door een adequaat regelgevend kader, organisatorische inzichten en missies, en professionele benadering van langdurige zorg.

Voorbeeld: Slovenië

“Zeven jaar geleden verloor Rok zijn vrouw. Ze hadden geen kinderen en na de dood van zijn vrouw vereenzaamde Rok en werd depressief. Uiteindelijk begon het ook met zijn gezondheid bergaf te gaan. Zeven jaar geleden ging het eerste Dagactiviteitencentrum open en Rok was nieuwsgierig genoeg om het uit te proberen. Hij is schuchter van aard en probeerde zelfs niet om met anderen te praten. Hij sloot zich aan bij de ochtendgymnastiekgroep. Eerst kwam hij nu en dan, daarna elke ochtend. Zijn fysieke conditie verbeterde snel. Hij begon te praten over het verdriet dat hij door de dood van zijn vrouw had en er begon bij hem een gevoel van aanvaarding te groeien. Hij begon deel te nemen aan andere activiteiten: het koor, de kaartclub, geheugentraining en kookcursussen. Nu leidt hij elke ochtend de gymnastiekgroep en de ‘taarten van Rok’ zijn een begrip geworden. Zijn sociale netwerk is nu erg uitgebreid en hij leidt weer een actief leven.”

In de jaren negentig waren institutionele zorgvoorzieningen zowat de enige oplossing voor ouderen met een zorg- of hulpbehoefte. In 1999 besloot de stad Ljubljana na overleg met ouderenorganisaties om **dagactiviteitencentra (DAC) op te richten:**

laagdrempelige adviespunten en een eerste stap op weg naar de uitbouw van een ononderbroken keten van diensten. Andere stappen waren de oprichting van een Instituut voor Thuiszorg in de vorm van een gesubsidieerde overheidsdienst en andere publieke of publiek-private diensten.

Er zijn nu vijf DAC's en zij worden als een succes beschouwd. Het lidmaatschap kost 7 euro per maand en verder worden ze voornamelijk door de stad Ljubljana en het Ministerie van Arbeid, Gezinszaken en Sociale Zaken gefinancierd. Ze bieden elk wekelijks 30 tot 35 verschillende activiteiten aan. Met behulp van de participatorische methode werd gepeild voor welk type activiteiten ouderen belangstelling hebben. Inmiddels bieden de meeste woonzorginstellingen ook dagopvang aan. In 2011 droegen twee nieuwe initiatieven bij tot de verbetering van de zorg- en ondersteuningsketen: de verzorgingskliniek en de palliatieve kliniek. De druk op de institutionele zorg lijkt af te nemen.

► Zie good practices 3 en 4

Resultaatgericht en empirisch onderbouwd

Diensten voor ouderen met een zorg- of hulpbehoefte moeten in eerste instantie focussen op de voordelen voor de oudere. Ze moeten gericht zijn op het verbeteren van de gezondheid, het welzijn en de onafhankelijkheid van de ouderen, ook proberen rekening te houden met de voordelen voor hun families, informele zorgverleners en de gemeenschap. De dienstverlening moet worden geoptimaliseerd op basis van periodieke evaluaties en specifieke controles die onder meer rekening moeten houden met de feedback van de gebruikers en stakeholders, teneinde de dienstverlening te verbeteren en naar uitmuntendheid te streven. Deze resultaten moeten onderbouwd zijn met het best beschikbare bewijsmateriaal dat deze verbeteringen aantoont.

Wat betekent dit?

- De dienst onderzoekt de tevredenheid, de gezondheid en het welzijn van de gebruikers en koppelt deze informatie terug om duidelijke, overeengekomen kwaliteitsdoelstellingen op te stellen en dus de kwaliteit van de dienst te verbeteren. De dienst focust in hoofdzaak op de voordelen voor ouderen, en weegt kostenefficiëntie af tegen deze voordelen.
- De dienst werkt samen met de educatiesector, inclusief universiteiten.

Voorbeeld: Zweden

"Het debat over zorg voor ouderen flakkerde weer op in de winter van 2011/2012. Het had stilgelegen sinds een verpleegster – Sarah Wägnert – (Lex Sara) in 1997 in de openbaarheid sprak over hoe ouderen in een privéruithuis in Stockholm leden. Toen ging de discussie over het al dan niet privatiseren van de langdurige zorg in Zweden. Nu draaide het debat in de media voornamelijk rond de winsten van de private dienstverleners en de vraag of welzijnsdiensten kunnen beheerd worden door een risicokapitaalvennootschap. Om de winsten van de eigenaars veilig te stellen, werden besparingen doorgedrukt ten nadele van de patiënten, zoals bleek uit een hele reeks voorbeelden.

Een ander probleem was dat de lokale overheden de controle leken te hebben verloren over de aanbestedingsprocedures. De schandalen in de media wekten de aandacht. De regering stelde een nieuwe wetgeving voor. In 2012 gaf het Ministerie van Volksgezondheid het SIS (Swedish Standards Institute) de opdracht om **Zweedse kwaliteitsnormen voor de ouderenzorg op te stellen, zowel voor publieke als private aanbieders van langdurige zorg**. Zo wilde de overheid de levenskwaliteit van ouderen met zorgbehoeften verbeteren en de effectieve implementatie van de verbeterde kwaliteit afdwingen. De opdracht omvatte de uitwerking van nieuwe kwaliteitsnormen voor verzorgingstehuizen en thuiszorgdiensten. Deze kunnen door lokale overheden worden gebruikt, bijvoorbeeld bij een aanbesteding voor langdurige zorg of als vergelijkingsbasis voor de kwaliteit.

De normen zullen onder meer worden gebruikt om de verantwoordelijkheden van de dienstverleners duidelijker te stellen en organisaties te helpen bij het beheren van kwaliteitsbewakingsprocessen en -activiteiten. Verder zullen de normen ook worden gebruikt als basis voor interne verbetering. Normen kunnen duidelijkheid verschaffen omtrent wat kenmerkend is voor kwalitatief hoogstaande langdurige zorg in verzorgingstehuizen of in het kader van thuiszorg. Het SIS is van plan om twee taskforces met betrokken stakeholders en experts op te zetten om normen te ontwikkelen. Een brede waaier van stakeholders wordt bij het proces betrokken (met inbegrip van ouderenorganisaties, maar ook publieke en private stakeholders van alle niveaus).

► Zie good practices 6, 10, 15, 19 en 24 + pag. 31

Transparant

Diensten voor ouderen met een zorg- of hulpbehoefte moeten duidelijke en volledige informatie en adviezen verschaffen aan (potentiële) gebruikers over de diensten die zij aanbieden, de kosten, en de manier waarop gebruikers toegang tot deze dienst(en) kunnen krijgen én de dienst(en) kunnen opzeggen.

De informatie moet betrouwbaar en up-to-date zijn, op verzoek verkrijgbaar en ook publiek toegankelijk via communicatie-instrumenten zoals hulplijnen, folders, websites, enz. Gebruikers van diensten moeten tijdig op de hoogte worden gebracht van alle veranderingen in verband met de dienst die ze ontvangen en moeten informatie ontvangen over alternatieve oplossingen indien ze dit wensen. Resultaten van audits door controle-instanties en kwaliteitsbeoordelingen moeten ook kenbaar worden gemaakt via publiek toegankelijke communicatie-instrumenten. Zij moeten op elk moment vlot toegankelijk zijn voor de gebruikers, in overeenstemming met de nationale wetgeving aangaande de bescherming van persoonsgegevens.

Wat betekent dit?

- De dienst verstrekt volledige en toegankelijke informatie over zijn activiteiten en de kosten die aan de gebruiker worden aangerekend.
- De dienst verstrekt informatie over de verslagen van kwaliteitsaudits in verband met de dienst.
- De dienst is transparant over het besluitvormingsproces inzake zorg.

Voorbeeld: Ierland

"Onze 78-jarige moeder werd onverwacht ziek. Ze zou waarschijnlijk niet meer beter worden en het was duidelijk dat ze naar een verzorgingstehuis moest. In de familie wisten we niets over woonzorginstellingen en er leek nergens informatie te vinden te zijn. We bezochten enkele plaatsen, maar het was moeilijk om een tehuis te vinden waar plaats vrij was en die we geschikt voor haar vonden. We moesten een tijdelijke oplossing aanvaarden die niet was wat mijn moeder nodig had. Ze bleef er niet lang en toen vonden we een plek waar mijn moeder erg gelukkig is. Een geliefde ouder in een

instelling voor langdurige zorg plaatsen, is meestal moeilijk. Zonder ondersteuning of informatie kan het nog problematischer zijn." (Een Ierse dochter)

Een verzorgingstehuis kiezen kan moeilijk zijn. Mensen moeten in een crisissituatie een snelle beslissing nemen. Soms zijn ze verdrietig omdat een gezin niet langer thuis kan blijven wonen. Sommige mensen weten ook weinig over verzorgingstehuizen en voelen zich niet in staat om de verschillende mogelijke opties te beoordelen.

www.myhomefromhome.ie is een Ierse website die families helpt om het verzorgingshuis te kiezen dat het best bij hun behoeften aansluit. De website bevat een lijst van private verzorgingshuizen in Ierland, gerangschikt volgens naam en ligging. Verder biedt de website nadere informatie aan over de beschikbare diensten en faciliteiten in elk tehuis, zodat gezinnen vergelijkende informatie krijgen. Hij bevat ook links naar HIQA-verslagen (Health Information & Quality Authority), informatie over financiering, en advies omtrent alternatieven voor verzorgingstehuizen.

www.myhomefromhome.ie is een dienst in het kader van het Third Age Advocacy Programme dat in 2008 werd opgezet om een onafhankelijke instantie in het leven te roepen die de belangen van ouderen in woonzorginstellingen behartigt. Voor meer informatie, zie www.myhomefromhome.ie en www.thirdageireland.ie

► Zie good practices 8, 15 en 22

Gender- en cultuurgevoelig

Dienstaanbieders moeten in de zorg de nodige aandacht besteden aan gender en cultuur, d.w.z. aan de specifieke behoeften van vrouwen en mannen, en aan de culturele diversiteit onder personeelsleden en zorgontvangers.

Het concept 'cultuurgevoeligheid' houdt rekening met de biografische, linguïstische, culturele, godsdienstige en seksuele diversiteit van de persoon met een zorgbehoefte en zijn zorgverleners. Het streeft naar de openstelling van het zorgsysteem voor iedereen; de bewustwording van professionele medewerkers; het aanbieden van gezondheidszorg en langdurige zorg in de moedertaal van migranten of met behulp van tolken; en aandacht voor genderspecifieke aspecten van zorg.

Wat betekent dit?

- De dienst respecteert de rechten van personeelsleden en zorgontvangers, en voorziet redelijke aanpassingen aan hun cultureel erfgoed, sociale achtergrond, religieuze waarden en praktijken.
- De dienst discrimineert niemand (d.w.z. bestrijdt leeftijdsdiscriminatie, homofobie, seksisme en racisme).

Voorbeelden: Nederland en Duitsland

"Mevrouw S., een aimabele oudere dame van 83, woont in een ouderentehuis in een grote Nederlandse handelsstad. Mevrouw S. is een sociale vrouw die soms bang is om voor haar lesbische geaardheid uit te komen of om over haar lesbische levensstijl te praten. Op een dag ontvangt ze een anoniem bericht in haar mailbox waarin staat: 'Ga naar je eigen soort! We willen mensen als jij niet in dit huis!'"

Roze50+ is een beweging in Nederland die lobbywerk verricht en de belangen van oudere holebi's behartigt.

Ze voeren heel wat projecten uit in het kader van hun masterplan met de naam 'De Onzichtbaarheid Voorbij'. Het **project 'Roze Loper'** moet woonzorginstellingen en zorgpersoneel helpen en stimuleren om 'holebi-vriendelijk' te werken en te denken. Het management van woonzorgcentra is zich vaak niet bewust van de behoeften van oudere holebi's om hun leven voort te zetten zoals ze dat gewoon waren. Daarom ontwikkelde Roze 50+ een tolerantietest (zie ook: www.rozezorg.nl). Na een eerste succesvolle audit ontvangt een ouderentehuis een certificaat van De Roze Loper. Vervolgens moet het de audit driemaal per jaar uitvoeren. Er werd ook een internetgemeenschap (Roze50+) opgericht (www.roze50plus.nl).

"Meneer Ü. is een Turkse migrant in Berlijn die aan dementie lijdt. Hij werkte vroeger als technicus in de automobielindustrie en sprak vrij vloeiend Duits. Doordat hij Alzheimer kreeg, spreekt hij niet meer zo vlot in het Duits en moet hij zijn moedertaal kunnen spreken. Vorig jaar overleed zijn vrouw en zijn vier kinderen kunnen niet de hele dag voor hem zorgen omdat ze allemaal werken. Ze zoeken een zorgomgeving voor hun vader waarin zijn cultuur, godsdienst en gewoonten worden gerespecteerd en hij op zijn vertrouwde manier kan leven."

Oudere migranten zijn in vele gevallen benadeeld om toegang te krijgen tot en gebruik te maken van adequate zorg. In 2000 richtten sociale welzijnsorganisaties die met ouderen en migranten werken een werkgroep op, die in 2006 werd omgevormd tot een **Forum voor Cultuurgevoelige Ouderenzorg**. Hierbij zijn vertegenwoordigers van de nationale overheid, welzijnsorganisaties en migrantenorganisaties in Duitsland betrokken. De werkgroep stelde een memorandum op, schreef een handleiding met vernieuwende benaderingen en ontwikkelde praktische instrumenten voor de implementatie van cultuurgevoelige ouderenzorg. Het houdt zich ook bezig met opleiding, netwerking, lobbywerk en public relations. www.kultursensible-altenhilfe.de

► Zie good practices 20

Speerpunten

Kwaliteitsvolle zorg moet ook bijdragen tot:

Preventie en bestrijding van ouderenmis(be)handeling en verwaarlozing

Diensten voor ouderen met een zorg- of hulpbehoefte en overheidsinstanties die voor deze ouderen bevoegd zijn, moeten alles in het werk stellen om ervoor te zorgen dat ouderen, hun zorgverleners, familieleden en personeelsleden gevrijwaard blijven van mis(be)handeling, pesterijen en verwaarlozing. Maatregelen moeten ook voorzien in de bescherming van slachtoffers en klokkenluiders.

Wat betekent dit?

- De dienst beschikt over de nodige kennis, opleiding en voorbereiding om ouderenmis(be)handeling op te sporen en te bestrijden, en om te werken aan de bewustwording hieromtrent.
- Er wordt een protocol opgesteld om gebruikers, families en personeelsleden in staat te stellen om ouderenmis(be)handeling en verwaarlozing te melden op een manier die bescherming biedt aan zowel het slachtoffer als de persoon die het misbruik meldt.
- Verschillende vormen van ouderenmis(be)handeling vereisen verschillende interventieplannen (financieel, fysisch, psychologisch, enz.).

Voorbeeld: België en Finland

“Toen Paul, een man van 76, een kleine chirurgische ingreep moest ondergaan, verleende hij zijn kinderen uit voorzorg volmacht op zijn bankrekening. Toen hij thuiskwam uit het ziekenhuis, was een groot deel van zijn meubels weg. Toen de thuisverpleegkundige voorstelde om maaltijden aan huis en een poetshulp te laten komen om het Paul wat makkelijker te maken, zei hij dat hij daar het geld niet voor had. Omdat de verpleegkundige wist dat Paul vroeger een hoge functie bij het postbedrijf had, werd ze achterdochtig. Na enig aandringen gaf Paul toe dat zijn kinderen de volledige controle over zijn bankrekening hadden en dat ze hem slechts een kleine toelage gaven. Toen de thuisverpleegkundige de kinderen hierover aansprak, zeiden ze dat een bejaarde niet meer geld nodig had en dat hij het ‘anders allemaal zou uitgeven’.

Enkele maanden ervoor had de thuisverpleegkundige een opleiding gevolgd van het Meldpunt Ouderenmis(be)handeling. Er was gesproken over verscheidene vormen van ouderenmis(be)handeling en hoe deze te herkennen. Ze herinnerde zich enkele voorbeelden van financieel misbruik en dacht dat dit wel eens het geval kon zijn bij Paul. Ze besloot daarom om het Meldpunt te bellen en de situatie voor te leggen. De medewerkers van het Meldpunt waren erg behulpzaam en regelden een ontmoeting met Paul en zijn kinderen om over de toestand te praten en een oplossing voor Paul uit te werken.”

In België kunnen mensen die het slachtoffer van ouderen mishandeling zijn of die hiervan getuige waren, voor advies, counseling en tussenkomsten terecht bij **meldpunten voor ouderenmis(be)handeling**. Verder geven ze ook opleidingen en workshops voor sociale diensten en zorgorganisaties over hoe ouderenmis(be)handeling kan worden herkend en opgespoord. www.meldpuntouderenmishandeling.be (NL), www.respectseniors.be (FR), www.home-info.be (NL en FR), www.inforhomes-asbl.be (NL en FR).

In Finland kon Paul contact opnemen met de **Finse Vereniging voor de Opvang van Ouderen**. Deze organisatie richt wekelijkse praatgroepen in voor ouderen die het slachtoffer zijn of waren van misbruik. De groepen worden geleid door twee professionals. Ze hebben als doel om mensen bewust te maken van de verschillende vormen van misbruik, om het misbruik te stoppen en ouderen in staat te stellen om de controle over hun eigen leven te herkrijgen. suvantory.fi/en.

► Zie good practices 5, 11, 25 en 28

Empowerment van ouderen met een zorgbehoefte en scheppen van mogelijkheden voor participatie

Diensten voor ouderen met een zorg- of hulpbehoefte en overheidsinstanties die voor deze laatste bevoegd zijn, moeten de actieve betrokkenheid van de gebruikers bij de planning, verlening en evaluatie van de diensten aanmoedigen. Desgevallend moeten ze ook de participatie van hun families of vertrouwenspersonen, en van hun informele zorgverleners stimuleren. De dienstverlening moet gebruikers in staat stellen om hun persoonlijke behoeften te definiëren en de controle te behouden over de zorg en hulp die ze ontvangen. Overheidsinstanties moeten ouderen (niet alleen de huidige gebruikers) betrekken bij de planning en evaluatie van zorg- en hulpdiensten, alsook bij de lokale beleidsvorming. Doel hiervan is de totstandkoming van leeftijdsvriendelijke gemeenschappen te bevorderen.

Wat betekent dit?

- Diensten moeten de sociale integratie van ouderen die zorg ontvangen, bevorderen.
- De oudere is zelf het best geplaatst om zijn behoeften te definiëren en te bepalen wat kan helpen om zijn welzijn te verbeteren. De oudere moet het recht hebben om bepaalde risico's te nemen en zorgverleners moeten dat respecteren, binnen de grenzen van hun nationale wetgeving.
- De oudere krijgt de kans om vroegere hobby's voort te zetten en om thuis of elders deel te nemen aan nieuwe vrijetijdsactiviteiten, met inbegrip van sociale, culturele, politieke of godsdienstige activiteiten, indien hij dit wenst.
- De betrokkene beschikt over volledige en toegankelijke informatie omtrent de wijze waarop het zorgsysteem georganiseerd is, hoe hij als vrijwilliger aan de slag kan of een actieve burger kan zijn, en wat zijn juridische rechten zijn.

Voorbeeld: Finland

"Mijn moeder woont in een woonzorginstelling. Zij lijdt aan Alzheimer en begint haar spraak te verliezen. Ze is een lieve oude dame zolang ze vertrouwd personeel om zich heen heeft. Nieuw aangeworven krachten en vervangers kennen haar gewoonten en wensen niet, en dat zorgt voor problemen. Plots werd mijn lieve, gelukkige moeder een brompot en 'een moeilijk geval'. Ik wou dat er een manier bestond waardoor mijn moeder meer invloed kreeg op de manier waarop haar dagelijks leven georganiseerd wordt." (Zoon van een 87-jarige dame)

Elo-D is een instrument dat in de periode 2005-2008 in het kader van een Fins project werd ontwikkeld om het welzijn en de levenskwaliteit van ouderen met een cognitieve stoornis te verbeteren. Elo-D is gebaseerd op observatie en de informatie die door de oudere wordt geuit. Eén van de doelstellingen is om de interactie tussen de oudere en zijn verzorger te verbeteren. Met behulp van Elo-D kan worden beoordeeld of de verleende zorgen en diensten volledig aan iemands behoeften tegemoetkomen en ertoe bijdragen om deze persoon te verzekeren van een goede levenskwaliteit en psychosociaal welzijn. Elo-D verstrekt meetgegevens over gevoelens van welbehagen of onbehagen en over de sociale interactie. Het toont ook in hoeverre de zorg- en dienstencultuur het welzijn van

een persoon met een cognitieve stoornis ondersteunt. Dankzij opvolgingsevaluaties kunnen veranderingen in iemands welzijn worden gemeten. Elo-D wordt gebruikt bij bijzondere zorg, langdurige zorg, woonzorg en respijtzorg. Er bestaat een opleidingsprogramma om met Elo-D te leren werken. www.muistiasiantuntijat.fi/page.php?page_id=95

► Zie good practices 12, 13 en 19 + pag. 35-36

Goede arbeidsvoorwaarden en werkomgeving garanderen en in menselijk kapitaal investeren

Professionele ouderenzorg moet worden verstrekt door gekwalificeerde en competente werknemers met een fatsoenlijk loon, stabiele werkomstandigheden en een beheersbare werkdruk. De rechten van de werknemers moeten worden gerespecteerd en confidentialiteit, beroepsethiek en professionele zelfstandigheid moeten worden beschermd. Er moeten voor alle werknemers in de zorg mogelijkheden bestaan voor vorming, trainingen, ... Migranten die als zorgverlener werken, vrijwilligers en informele zorgverleners moeten ook worden ondersteund.

Wat betekent dit?

- Het personeel heeft een goede opleiding gehad, inclusief een opleiding of bijscholing in geriatrische en gerontologische vaardigheden en er is voldoende personeel om voor alle gebruikers te kunnen zorgen.
- Het personeel heeft toegang tot levenslang leren en wordt ondersteund om met moeilijke situaties en problematisch gedrag te kunnen omgaan.
- De directie waardeert het werk dat door het personeel wordt gedaan en investeert in het verbeteren van hun werkomstandigheden en de ondersteuning van een goed evenwicht tussen werk en gezinsleven.
- Het loon weerspiegelt de verantwoordelijkheden en de werkdruk.
- Informele zorgverleners krijgen de kans om passende opleidingen te volgen en kunnen hun verkregen vaardigheden officieel laten erkennen.

Voorbeeld: Italië

“Mevrouw L. is een 45-jarige Russische vrouw. Sinds ze drie jaar geleden in Italië aankwam, heeft ze altijd als privéverzorgster van mevrouw R. gewerkt. Nu mevrouw R.'s gezondheid achteruitgaat en ze naar een verzorgingstehuis verhuisd is, moet mevrouw L. een andere baan vinden. Ze trok daarom naar het arbeidsbemiddelingsbureau voor de zorgsector. De ambtenaar vertelde dat ze, om in de databank te kunnen worden opgenomen, haar vaardigheden in de zorgsector moest aan tonen. Daarvoor moet ze ofwel een diploma voorleggen, ofwel aantonen dat ze over alle noodzakelijke competenties beschikt.

In Italië ging een initiatief van start om een manier te vinden waarop mevrouw L. haar vaardigheden zou kunnen valideren: het **Zorgtalentenproject**. Het werd gefinancierd in het kader van het Leonardo Da Vinci Programma voor Levenslang Leren (2007-2010) – Actielijn Transfer van Innovatie. Het betreft een transfer van het Franse model voor de validering van vaardigheden (VAE). Met behulp van een aantal tests en oefeningen wordt vastgesteld of een kandidaat een reeks noodzakelijke vaardigheden bezit om de taken uit te voeren die bij het beroep horen. De zorgverlener wordt getest tijdens

twee sessies van telkens vier uur. Op het einde van de testprocedure ontvangt hij een certificaat van verworven vaardigheden en een opleidingspakket om de overblijvende lacunes op te vullen. Het certificaat wordt momenteel erkend door een heel aantal diensten voor huis- en zorgpersoneel. De tests van het Zorgtalentenproject zijn beschikbaar via papier en een webapplicatie. Tot dusver zagen meer dan 300 zorgwerkers hun vaardigheden erkend via deze methode. Zie: www.caretalents.it

► Zie good practices 9, 12, 13 en 17

Uitbouw van een adequate fysieke infrastructuur

Diensten voor ouderen met een zorg- of hulpbehoefte moeten worden verstrekt binnen een aangepaste fysieke omgeving met inachtneming van de gezondheids- en veiligheidsreglementering voor gebruikers, werknemers en vrijwilligers, conform de toegankelijkheidsnormen van de Design for All-benadering, en in overeenstemming met de milieu- en energiebesparingsvereisten.

Wat betekent dit?

- Een aangepaste infrastructuur is een infrastructuur die zelfstandig wonen en goede werkomstandigheden ondersteunt.
- De dienst voert de nodige aanpassingen uit om ervoor te zorgen dat de infrastructuur geschikt is voor kwetsbare en/of ouderen met dementie, dat de gezondheids- en veiligheidsregels worden gevolgd en dat personeel en gebruikers in het algemeen verzekerd zijn van een schone, veilige en gezonde omgeving.
- Investerings gebeuren in overeenstemming met de beginselen van Design for All.

Voorbeeld: Ierland

“Angela’s moeder keerde na een operatie in het ziekenhuis terug naar huis. Ze was niet zo mobiel meer als voorheen en had het moeilijk met lopen. Gelukkig woont ze in een bungalow en hoeft ze geen trappen te doen, maar Angela maakte zich zorgen over de badkamer: in en uit het bad stappen was een probleem. Ze wilde liever dat haar moeder een douche liet installeren omdat ze die makkelijker zou kunnen gebruiken. Angela ging langs bij het lokale gemeentebestuur om te vragen of er subsidies werden gegeven om dit te helpen betalen. Tot haar grote vreugde stelde ze vast dat zij inderdaad subsidies kunnen krijgen. Haar moeder diende een aanvraag in en Angela zorgde ervoor dat de werkzaamheden werden uitgevoerd.

Angela diende een aanvraag in voor een persoonlijk assistentialarm voor haar moeder. Daarmee kan ze in

noodgevallen om hulp vragen. Angela’s moeder wil in haar eigen huis blijven wonen en dankzij de douche en het persoonlijke alarm kan ze dat ook.” (website van Louth Age-friendly County)

Het **concept ‘leeftijdsvriendelijkheid’** werd in 2005 door de Wereldgezondheidsorganisatie in het leven geroepen. Een leeftijdsvriendelijke stad streeft ernaar om mensen aan te zetten tot “actief ouder worden door hen zoveel mogelijk kansen te bieden op het vlak van gezondheid, participatie en veiligheid teneinde de levenskwaliteit te verbeteren naarmate mensen ouder worden.” Praktisch gezien past een leeftijdsvriendelijke stad haar structuren en diensten aan zodat ze toegankelijk en inclusief zijn voor ouderen met uiteenlopende behoeften en capaciteiten. In totaal namen 35 steden deel aan het eerste project via een participatieve bottom-up benadering. Ouderen worden betrokken bij het analyseren en kenbaar maken van hun noden bij wijze van input in de het beleid van de overheid.

Op dit ogenblik wordt het concept ‘leeftijdsvriendelijkheid’ toegepast op grotere geografische gebieden. In Ierland werden programma’s voor ‘leeftijdsvriendelijke counties’ uitgewerkt, zoals in Louth. In Spanje ging onlangs het project ‘leeftijdsvriendelijk Andalusië’ van start. In Frankrijk konden steden en gemeenten overal in het land een ‘Ageing well’ label aanvragen. In Duitsland worden in de komende jaren plannen voor leeftijdsvriendelijke regio’s ontwikkeld. AGE Platform Europe voert campagne voor een **‘leeftijdsvriendelijke EU tegen 2020’** en vertrekt daarbij van de holistische benadering van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO): publieke ruimte, transport, huisvesting, participatie, respect, sociale inclusie, communicatie, informatie, gemeenschapsondersteuning en gezondheidszorg. www.age-platform.eu/en/component/content/article/1457

► Zie good practices 16

Ontwikkeling van een partnerschapsbenadering

De uitbouw van kwaliteitsvolle zorg vereist de actieve betrokkenheid en medewerking van alle stakeholders uit zowel publieke als private sectoren: lokale overheden, gebruikers van de diensten, hun families en informele zorgverleners, gebruikersorganisaties, dienstaanbieders en de organisaties die hen vertegenwoordigen, sociale partners en organisaties van het maatschappelijk middenveld die in de lokale gemeenschap actief zijn. Dit partnerschap is van fundamenteel belang voor de totstandkoming van een ononderbroken keten van diensten die aan zowel individuele als lokale behoeften tegemoetkomen. Het is ook noodzakelijk voor een efficiënt gebruik van middelen en expertise, en voor het verwezenlijken van sociale cohesie. Dergelijke partnerschappen zijn essentieel om leeftijdsvriendelijke gemeenschappen te promoten.

Wat betekent dit?

- Een goede coördinatie tussen alle betrokken partijen waarborgt dat passende zorg op de meest efficiënte manier wordt verleend aan alle ouderen met een zorg- of hulpbehoefte.
- Een partnerschapsbenadering zorgt er ook voor dat geen enkele zorgverlener alleen de verantwoordelijkheid voor een afhankelijke oudere moet dragen en voorkomt dat zorgverleners worden overbelast met verantwoordelijkheden.
- Een partnerschapsbenadering houdt in dat de verantwoordelijkheden duidelijk worden gesteld en dat problemen in verband met privacybescherming worden opgelost wanneer andere dienstverleners bij de zorg worden betrokken.

Voorbeeld: België

“Een gemeente wilde een lokaal plan voor haar ouderenbeleid opstellen. Daarbij wilden de beleidsmakers van ouderen zelf horen wat ze wilden en wat ze nodig hadden. Bovendien wilden ze ouderen betrekken bij de uitwerking en opstelling van het beleidsplan. Het idee leek fantastisch maar uitvoeren vond men moeilijk. Omdat het zeer duur bleek om de uitvoering aan een universiteit uit te besteden, werd beslist om een partnerschap op te zetten: gemeentelijke en provinciale ouderenadviesraden, ouderenorganisaties, gemeentelijke en provinciale beleidsmakers en onderzoekers werden samen rond de tafel gebracht. Via dit netwerk werden drie doelstellingen gerealiseerd: ouderen betrekken bij (a) onderzoek, (b) lokaal beleid, en (c) gemeenschapsvorming.

Het netwerk ontwikkelde een onderzoeksinstrument om de lokale uitdagingen en kansen op het vlak van ‘goed ouder worden’ te identificeren. De nadruk lag daarbij op de actieve betrokkenheid van ouderen op

alle verschillende niveaus van het project. Er werd besloten welke thema’s moesten worden gemeten, hoe ouderen konden worden betrokken, welk soort opleidingen ze nodig hadden, enz. Op deze basis werd een draaiboek ontwikkeld om op een wetenschappelijk verantwoorde manier de behoeften van ouderen in de gemeente in kaart te brengen. In een volgende fase werken de verschillende partners samen aan het opzetten van acties op basis van de onderzoeksresultaten.

Dit partnerschapsproject bleek zo succesvol te zijn dat andere gemeenten besloten om hetzelfde te doen. In 2012 namen 160 gemeenten deel aan het **BAS-project (Belgian Ageing Studies)**. Het project loopt ook in Nederland en Italië. Eén van de belangrijke troeven van het project is de lokale partnerschapsbenadering. Door op zoek te gaan naar voordelen voor alle partners en tegelijk de kosten voor elke partner te drukken, werd een sterke projectbetrokkenheid gecreëerd. www.belgianageingstudies.be

► Zie good practices 2, 11, 12, 16, 19 en 24

Uitbouw van een systeem voor goed bestuur

Diensten voor ouderen met een zorg- of hulpbehoefte moeten werken op basis van openheid en transparantie, met respect voor internationale, Europese, nationale, regionale en lokale wetgeving. Ze moeten de principes van efficiëntie en doelmatigheid in acht nemen en uitgaan van een verantwoordingsplicht tegenover gebruikers en overheidsinstanties. De diensten moeten door de bevoegde overheidsinstanties worden gecoördineerd met de sociale partners, het maatschappelijk middenveld en andere betrokken stakeholders voor wat betreft hun uitwerking, correcte financiering (inclusief prioritering van middelen binnen het beschikbare budget) en het verlenen van de diensten.

Wat betekent dit?

- Regels op papier volstaan niet, zij moeten worden geïmplementeerd en de doelstellingen moeten worden nagestreefd.
- Stakeholders moeten zich bewust zijn van de complexiteit van de behoeften en verwachtingen van gebruikers en andere groepen. Er is een beleidskader nodig om de samenwerking en integratie tussen de relevante actoren te bevorderen.
- Kosten mogen niet het enige criterium zijn. Kwaliteit moet een even belangrijke rol spelen bij de beslissingen van de overheid aangaande de zorgfinanciering. De aanbestedingsprocedure moet transparant zijn.

Voorbeeld: Oostenrijk

“Mevrouw K. was op zoek naar een verzorgingstehuis voor haar 89-jarige moeder. Ze wilde er zeker van zijn dat zoveel mogelijk rekening zou worden gehouden met haar moeders gewoonten en persoonlijkheid, en dat het personeel in goede omstandigheden kon werken, zodat de sfeer vriendelijk en ontspannen zou zijn. Vele van de huizen die ze natrok, hadden een kwaliteitsbeheersysteem dat op zich perfect leek. Het was echter niet duidelijk of in voldoende mate rekening zou worden gehouden met de persoonlijkheid van haar moeder.”

In Oostenrijk heeft elke regio voor zijn institutionele zorg een eigen wetgeving en vrij verschillende structuren. Zo'n 25% van alle rust- en verzorgingstehuizen in Oostenrijk werkt met een eigen kwaliteitsbeheersysteem. Aangezien de focus van deze systemen kan verschillen, was de kwaliteit van de diensten niet transparant en nauwelijks vergelijkbaar vanuit het oogpunt van de

gebruikers. Er was geen nationale, eenvormige en onafhankelijke evaluatieprocedure om de levenskwaliteit in de rust- en verzorgingstehuizen te beoordelen.

Het vrijwillige **Nationale Kwaliteitscertificaat voor Rust- en Verzorgingstehuizen in Oostenrijk (NQC)** is een nieuw initiatief voor de certificering van woonzorgcentra. Het behalen van het certificaat bewijst dat een tehuis naar kwalitatief hoogstaande zorgverlening streeft en de verplegings- en zorgdiensten optimaal en efficiënt op de behoeften van de bewoners afstemt. Door te focussen op de kwaliteit van procedures en resultaten, incentives aan te bieden voor continue kwaliteitsverbetering in woonzorginstellingen en de transparantie van de dienstverlening in verzorgingstehuizen te vergroten, stelt het Nationaal Kwaliteitscertificaat de levenskwaliteit van de bewoners centraal.

Dankzij deze procedure en het certificeringssysteem kunnen gebruikers makkelijk zien of een verzorgingstehuis aan deze criteria beantwoordt. De resultaten van de evaluatie en de sterke vraag naar certificering vanuit de tehuizen tonen de vlotte werking van dit positieve incentivesysteem. Voor meer informatie: bit.ly/Mf7ATu

► Zie good practices 16 en 24

Ontwikkeling van geschikte communicatie en bewustwording

Diensten voor ouderen met een zorg- of hulpbehoefte en overheidsinstanties die voor deze lasten bevoegd zijn, moeten bijdragen tot het waarborgen van een betere communicatie tussen alle betrokken actoren en tot het scheppen van een positiever beeld van ouderen in de maatschappij.

Wat betekent dit?

- ➔ Promotie van een positieve houding waaruit waardering voor ouderen spreekt.
- ➔ Communicatie om negatieve beeldvorming rond ouder worden te veranderen. Het behoort tot de doelstellingen om de bewustwording omtrent leeftijdsdiscriminatie en ouderenmis(be)handeling te vergroten.
- ➔ Effectieve communicatie tussen de verschillende zorgverleners, de families en de oudere met een zorgbehoefte enerzijds, en de externe gemeenschap anderzijds.

Voorbeeld: Tsjechië

"Jana is 88 en zorgde heel haar leven voor haar enige zoon. Toen hij trouwde, besloot ze om haar flat aan hem te geven en naar een kleiner huisje op het platteland te verhuizen. Na zijn scheiding kon hij niet langer in de flat blijven wonen en verhuisde hij naar het plattelandshuisje van zijn moeder.

Zij werd ziek en minder zelfredzaam. Eerst probeerde ze alles zelf op te lossen, maar haar ziekte werd chronisch en ze moest hulp vragen aan haar zoon. Helaas weigerde hij om haar te helpen en voor haar te zorgen. Op een dag realiseerde ze zich dat haar geld verdwenen was. Toen ze hem ernaar vroeg, werd hij agressief, dreigde ermee haar te slaan en vroeg haar om niet de hele

erfenis erdoor te jagen. Jana voelde zich hulpeloos en haar burens vonden dat zij niet konden tussenkomen in wat zij een familiekwestie beschouwden."

In 2006 voerde Zivot 90 een **grootscheepse campagne onder de naam 'Stop ouderenmis(be)handeling en verwaarlozing'** om mensen bewust te maken van het probleem. Er werd systematisch met de pers, de media en de betrokken stakeholders gewerkt om de campagne tot een succes te maken.

De bewustwording van de publieke opinie was de eerste stap. Er werden posters gemaakt met foto's die de overeenkomsten tussen ouderenmis(be)handeling en kindermis(be)handeling aantoonde. Deze posters verschenen op de voertuigen van het openbaar vervoer en in de straten. Daarna volgde een mediacampagne. Via radio en tv werd duidelijke informatie verspreid. Het Ministerie van Sociale Zaken was een sterke partner: het toonde de campagne op zijn website en maakte er gebruik van om fundamentele stakeholders en maatschappelijk werkers te informeren. Tot slot werden brochures verspreid om slachtoffers te helpen identificeren.

De brochures werden verspreid op plaatsen waar ouderen wonen of waar ze de brochures konden vinden: in dokterspraktijken, wachtzalen van gemeentehuizen, ouderenclubs en vrijetijdscentra. Het onderwerp werd in de brochure op een tactvolle manier behandeld: het was niet alleen de bedoeling om te tonen wat er allemaal kan gebeuren, maar ook wat de rechten van ouderen zijn en hoe het probleem van ouderenmis(be)handeling kan worden opgelost.

De campagne loopt nog steeds. De brochures worden nog steeds verspreid en opnieuw gedrukt met nieuwe informatie. Continue campagnes bouwen verder op het netwerk dat tijdens deze campagne tot stand werd gebracht. www.zivot90.cz en www.mpsv.cz/cs/3021

► Zie good practices 11, 15 en 19

Deel 2: Richtlijnen om dit Kwaliteitskader te gebruiken

Het Europees Kwaliteitskader voor Langdurige Zorg ten behoeve van ouderen met een zorg- of hulpbehoefte kan door verscheidene stakeholders op vrijwillige basis worden gebruikt op lokaal, regionaal, nationaal en Europees niveau. De algemene doelstelling van het kader bestaat erin om een **holistisch en gecoördineerd programma uit te werken met acties die allemaal dezelfde doelstelling nastreven: de waardigheid van ouderen met een zorg- of hulpbehoefte beschermen en hun welzijn verbeteren.**

Suggesties voor gebruik en implementatie

Deze aanbevelingen zijn het resultaat van de input van alle nationale en Europese coalities, en in het bijzonder de ervaring van de Duitse coalitie met de implementatie van hun Duitse Charter. Ook de resultaten van de Europese WeDO-conferenties (21.06.2011 in Utrecht en 24.04.2012 in Wenen), en de bijdragen van de leden van de stuurgroep leverden input voor deze aanbevelingen.

De aanbevelingen vormen een aanvulling bij de **nationale strategieën en actieplannen** die door de nationale WeDO-coalities werden opgesteld en de EU-strategie die de Europese coalitie uitwerkte. Om doeltreffend te kunnen zijn, **moeten ze in het kader van een participatorische benadering** (zie de methode op pag. 32) **worden toegepast** en op de nationale en lokale context worden afgestemd.

Aanbevelingen voor beleidsmakers

Op Europees niveau

- Het Comité voor Sociale Bescherming moet een **vrijwillig Europees Kwaliteitskader voor Langdurige Zorg** opstellen dat op de kwaliteitsprincipes en speerpunten van WeDO geïnspireerd is. Dit moet door de EPSCO-Raad worden goedgekeurd als een fundament van zijn principes inzake actief ouder worden en als resultaat van het Europees Jaar van Actief Ouder Worden en Solidariteit tussen de Generaties. De lidstaten moeten deze principes in de toekomst toepassen in hun Nationale Sociale Rapporten waarin ze verslag uitbrengen over de mate waarin hun bestaande nationale diensten voor langdurige zorg deze principes respecteren.
- De Europese Commissie moet **in het weldra te verschijnen “Werkdocument van de Diensten van de Commissie over Communicatie” kwaliteitsprincipes voor langdurige zorg promoten**, en zich daarbij inspireren op het WeDO-Kwaliteitskader.
- De Europese Commissie moet **adequate informatie** verstrekken aan ouderen, hun families, zorgprofessionals, informele zorgverleners en dienstaanbieders over thema's die verband houden met de grensoverschrijdende verstrekking van langdurige zorg, kwaliteitscontrole, verhaalmechanismen, enz.
- **Er moeten op regelmatige basis peer reviews en thema-seminars** over kwalitatief hoogstaande zorg worden georganiseerd, zodat ervaringen en good practices kunnen worden uitgewisseld.

Op nationaal niveau

- Lidstaten moeten **dit WeDO Kwaliteitskader goedkeuren** en toepassen binnen hun nationale systemen voor langdurige zorg (gezondheid en sociale).
- **Indien nodig moeten de nationale overheden nationale kwaliteitsnormen uitwerken of de bestaande nationale kwaliteitsnormen aanpassen** op basis van het WeDO-kwaliteitskader. Daarbij moeten zij alle betrokken stakeholders betrekken – met inbegrip van hun nationale coalitie (indien er in hun land één is) – en ervaringen uitwisselen met EU-lidstaten door peer reviews en thema-seminars.

- Ontwikkel voor ouderen, hun families, zorgprofessionals en dienstaanbieders **brede en onafhankelijke centra die counseling en informatie** aanbieden over de beschikbare kwaliteitsvolle zorg voor ouderen met een zorg- of hulpbehoefte.
- **Ondersteun de samenwerking tussen interne en externe processen voor kwaliteitsontwikkeling en -controle.** Voorzie counseling, begeleiding en tools voor zorgorganisaties hoe ze de WeDO-kwaliteitsprincipes kunnen implementeren en hoe ze met gemeenschappelijke structurele beperkingen voor de sector van de langdurige zorg kunnen omgaan (vb. problemen met HR en financiën, een tekort aan toegankelijke ruimten, enz.). Incentives zijn noodzakelijk om de implementatie van kwaliteitsnormen te waarborgen en om personeel en management in staat te stellen om deze taken uit te voeren (bv. via opleiding).
- **Klachtenprocedures implementeren of aanpassen** in overeenstemming met het Kwaliteitskader, en de juridische bescherming van gebruikers en zorgverleners versterken (bv. termijnen vastleggen waarbinnen een klacht moet worden behandeld). Extra counseling en informatie aanbieden over bestaande rechten, zowel aan de gebruikers als aan hun vertegenwoordigers of belangenbehartigers.
- **Tools ontwikkelen voor de toekenning van kwaliteitslabels op basis van de WeDO-kwaliteitsprincipes, of deze integreren in bestaande certificerings-/registratie- of inspectieprocedures.** vb. door het uitwerken van een WeDO-controlelijst.

Op lokaal en regionaal niveau

- **Regionale of lokale coalities (of 'zorgnetwerken') oprichten of ondersteunen**, en daarbij alle relevante lokale actoren betrekken, met het doel innovatieve en duurzame oplossingen voor langdurige zorg te vinden.
- **Het Europees Kwaliteitskader voor Langdurige Zorg promoten** in de volledige dienstverlening voor ouderen met een zorg- of hulpbehoefte.

Aanbevelingen voor dienstaanbieders

- **Procedures voor zelfevaluatie en concrete actieplannen** op basis van het WeDO-kwaliteitskader **ontwikkelen en implementeren** om de levenskwaliteit van ouderen met een zorg- of hulpbehoefte te verbeteren.
- **Opleidingsprogramma's** uitwerken op basis van de kwaliteitsprincipes voor het verzorgend personeel en informele zorgverleners. Deze opleidingsprogramma's kunnen worden uitgewerkt met de directe betrokkenheid van de gebruikers.
- Het Kwaliteitskader zien als een kans om op een nieuwe manier naar dienstverlening te kijken en gebruiken als een **bruikbaar instrument voor positieve concurrentie** in een steeds concurrentiëlere sector.

Aanbevelingen voor professionele zorgverleners

- Het Kwaliteitskader gebruiken als uitgangspunt voor gesprekken over hoe de kwaliteit van de zorg kan worden verbeterd op het niveau van de diensten.

Aanbevelingen voor ouderen, families en organisaties van informele zorgverleners

- Het Kwaliteitskader gebruiken als uitgangspunt voor gesprekken over hoe de kwaliteit van de zorg kan worden verbeterd en als lobby-instrument om de inhoud van hervormingsprogramma's voor de langdurige zorg te beïnvloeden.
- Het Kwaliteitskader gebruiken als een bewustwordingsinstrument om de levenskwaliteit van ouderen met een zorg- of hulpbehoefte en hun zorgverleners te verbeteren, en de strijd aan te binden met ouderenmis(be)-handeling.

Voorbeelden van kwaliteitsinstrumenten

Er worden in de EU-landen op alle niveaus al heel wat kwaliteitsinstrumenten gebruikt. U kunt enkele voorbeelden vinden op de website van WeDO (www.wedo-partnership.eu). Hieronder volgt een selectie:

Algemeen voorbeeld

Het Duitse Charter aangaande de Rechten van Mensen met een Zorgbehoefte is het resultaat van de 'Rondetafel voor langdurige zorg' die in de herfst van 2003 van start ging met zo'n 200 Duitse experts uit alle domeinen die met ouderenzorg verband houden. Het Charter bevat een gedetailleerd overzicht van de rechten van mensen met een langdurige hulp- of zorgbehoefte in Duitsland (ook verkrijgbaar in het Engels). Er werden op basis van het Charter verscheidene tools ontwikkeld, waaronder een informatiecentrum over langdurige zorg, brede bewustwordingsactiviteiten (conferenties, campagnes, een gespecialiseerde website, enz.), chartergeoriënteerde kwaliteitsbeheerinstrumenten (bv. zelfevaluaties, kwaliteitscirkels, missieverklaringen, doelstellingenovereenkomsten) en opleidingsmateriaal. Het Charter wordt ook gebruikt om externe kwaliteitsbeheerinstrumenten en wetgeving te ontwikkelen. www.pflege-charta.de en bit.ly/MelgYL

Voorbeeld van een intern instrument voor kwaliteitsbeheer

E-Qalin is een praktisch en gebruiksvriendelijk model voor kwaliteitsbeheer dat op de behoeften van de bewoners, hun familie en de medewerkers van de verzorgingstehuizen gericht is. E-Qalin onderzoekt in het bijzonder de in de instelling geleverde diensten en de tevredenheid van alle betrokken personen daarover. Het stimuleert en formaliseert het leren binnen de organisatie door middel van zelfevaluatie en schept ruimte voor innovatieve verbeteringen en potentiële ontwikkeling. Het systeem is ontwikkeld met medewerking van de gebruikers. Wanneer E-Qalin in een tehuis wordt toegepast, betekent dit dat alle medewerkers naar de beste kwaliteit streven en zich voor het welzijn van de cliënten inzetten. Meer informatie vindt u op de website van E-Qalin: www.e-qalin.net

Voorbeeld van een extern instrument voor kwaliteitsbewaking

De Ierse Health Information and Quality Authority (HIQA) is sinds 2009 wettelijk bevoegd voor de registratie van en het toezicht op alle publieke, private en vrijwillige verzorgingstehuizen en woonzorginstellingen voor ouderen in Ierland. Hun nationale kwaliteitsnormen hebben betrekking op de rechten van ouderen, bescherming, behoeften op het vlak van gezondheidszorg en sociale zorg, levenskwaliteit, personeel, de zorgomgeving, beheer en bestuur. Ze omvatten bijkomende criteria voor gespecialiseerde zorgafdelingen voor mensen met dementie. Elke woonzorginstelling voor ouderen moet zich verplicht registreren bij het HIQA, dat telkens verifieert of de instelling in regel is met de normen. Dit gebeurt via een systeem van permanente inspecties door HIQA-medewerkers. Deze inspecties kunnen zowel aangekondigd als onaangekondigd zijn. De inspecteurs overleggen met managers, personeelsleden, bewoners (als de bewoners dat wensen) en families. De klemtoon ligt daarbij op de ervaring van de bewoners van het verzorgingstehuis. Het inspectieverslag waarin het woonzorgcentrum bij naam wordt genoemd, wordt op de website van het HIQA gepost. Op deze website is ook informatie te vinden over hoe een geschikt verzorgingstehuis te kiezen en welk niveau mag worden verwacht. www.hiqa.ie.

Voorbeeld van een instrument voor de toewijzing van labels

De Duitse website www.heimverzeichnis.de besteedt bijzondere aandacht aan de zorginstellingen die aan strenge normen voldoen met betrekking tot de levenskwaliteit van hun bewoners. Op basis van de WHO-definitie van 'goede zorg' wordt de levenskwaliteit beoordeeld voor wat betreft de autonomie, participatie en waardigheid van de bewoners. Hiervoor wordt gewerkt met een controlelijst die door een brede waaier van organisaties werd opgesteld. De informatievergaring gebeurt door opgeleide vrijwilligers. Elke week worden op de website good practices gepubliceerd. www.pflege-charta.de/EN

Methode op basis van een participatorische benadering

De partnerschapsaanpak en de 'continue verbeteringscyclus'

Deze methode wil de beweging voor leeftijdsvriendelijke omgevingen ondersteunen met behulp van een participatorische *bottom-up* benadering die verder bouwt op de methode van de WHO. Verder steunt deze methode ook het voorstel van het Comité van de Regio's aangaande de implementatie van een leeftijdsvriendelijk netwerk op EU-niveau en een Convenant van burgemeesters en regionale overheden betreffende de demografische verandering waarbij verscheidene bestuursniveaus betrokken zijn: lokaal, regionaal, nationaal en Europees. De voorgestelde methode wordt toegepast op langdurige zorg.

Overleg, informatie van en aan gewone mensen, en het uitwisselen van ervaringen: dit zijn fundamentele elementen om de duurzaamheid van het systeem van langdurige zorg te waarborgen. Het doel van een participatorische benadering bestaat erin om alle stakeholders te betrekken doorheen het hele proces van de 'continue verbeteringscyclus'. **Deze methode is van toepassing op specifieke initiatieven die hun resultaten naar een breder geografisch gebied of naar andere domeinen willen uitbreiden. De methode kan op verschillende niveaus worden afgestemd, van buurt/dienstoniveau tot nationaal en Europees niveau, en van zeer kleine projecten tot nationale of Europese projecten.**

Waarom is een partnerschapsbenadering belangrijk als stimulans voor verandering? Het is belangrijk om ouderen – inclusief ouderen met een zorg- of hulpbehoefte – en alle belangrijke stakeholders te betrekken bij het proces om zorgkwaliteit te verbeteren. Dit draagt bij tot de ontwikkeling van een bottom-up proces en biedt de mogelijkheid om de verwachtingen van de verschillende doelgroepen te leren kennen. Zo krijgen lokale actoren het gevoel mee vorm te hebben gegeven aan het proces, wat er ook voor zorgt dat overheidsbeslissingen op een breder draagvlak kunnen rekenen, en beter op de behoeften van de burgers afgestemd zijn. Tot slot waarborgt deze benadering dat nieuwe strategieën op lange termijn duurzaam zijn.

De partners van het WeDO-project testten de eerste stappen van de participatorische benadering via de oprichting van 'nationale coalities'. Deze verenigen een brede groep van organisaties die rechtstreeks of onrechtstreeks in de sector van de langdurige zorg actief zijn, bv. beleidsmakers, dienstverleners, zorgverleners, werknemers van sociale diensten en gezondheidszorgdiensten, informele zorgorganisaties, ouderenorganisaties en vertegenwoordigers van de politie. **Met deze methode moedigt het Partnerschap de betrokken stakeholders aan om zich aan te sluiten bij de bestaande nationale WeDO-coalities (zie de info op het einde van dit document) of – als deze niet bestaan – om vergelijkbare netwerken op lokaal en regionaal niveau op te zetten en hun initiatieven via een participatorische benadering te implementeren.**

Methode

De participatorische methode verloopt in vier grote stappen: planning, implementatie, evaluatie en continue verbetering.

A. Planning

Deze eerste fase heeft tot doel om een gecoördineerd werkplan op te stellen. Daarvoor moet worden nagegaan wat goed gaat en wat niet, en welke praktijken moeten behouden blijven. Vervolgens moeten doelstellingen worden geïdentificeerd, waarna de veranderingen kunnen worden gepland. Volg daarbij de volgende stappen:

Organiseer een stuurgroep

- Vorm een team en identificeer de stakeholders.
- Betrek hierbij vertegenwoordigers van ouders. Er moet specifiek op worden toegezien dat kwetsbare mensen met weinig sociale contacten ook gehoord worden.

Evalueer wat moet worden geïmplementeerd om de naleving van het Europese Kwaliteitskader te waarborgen

- Analyseer de huidige toestand, met inbegrip van bestaande nationale/regionale/lokale actieplannen, en verzamel actuele prestatiegegevens.
- Verzamel gegevens over de behoeften, verwachtingen en klachten van ouders (via vragenlijsten, overlegondes, debatten) om bij de evaluatie te gebruiken.

Identificeer de doelstellingen

- Stel ideeën voor om deze problemen op te lossen.
- Wat zijn de doelstellingen van het project? Wat willen we bereiken? Welke veranderingen willen we uitvoeren waardoor de kwaliteit van de zorg zal verbeteren? Het is belangrijk om een doel te hebben (voor resultaat én proces) om op te focussen en om de voordelen voor de betrokken organisaties te kunnen tonen.

Werk een actieplan uit op basis van het resultaat van de analyse

- Werk manieren uit om verbetering tot stand te brengen. Hoe gaan we de doelen verwezenlijken? Welke maatregelen zullen worden uitgewerkt om deze doelstellingen te realiseren? Dit is het moment waarop het actieplan wordt opgesteld.
- Definieer wat de verschillende actoren kunnen doen om de overeengekomen doelstellingen te realiseren (rol, plichten, verantwoordelijkheden, enz.) en pas hun acties indien nodig aan. Definieer wie voor het taakbeheer instaat.
- Stel een kalender op voor het plan. Wanneer zullen we vergaderen, wat zijn de deadlines, wat is het tijdschema voor elke projectfase die we willen uitvoeren? Definieer de procesvereisten. Hoe gaan we het praktisch aanpakken?

Identificeer indicatoren om de vorderingen te monitoren

- Hoe meten we of de doelstellingen bereikt zijn? Hoe zullen we weten dat de veranderingen voor verbetering hebben gezorgd? Hoe zullen we de vooruitgang op het einde van het project monitoren?

B. Implementatie

Dit is het ogenblik om 'te handelen' en het actieplan uit te voeren.

Voer veranderingen door

Begin de eerste keer met het implementeren van de verandering op beperkte schaal, in een experimentele fase. De routine-activiteiten worden dan zo weinig mogelijk verstoord terwijl wordt geëvalueerd of de veranderingen al dan niet werken.

Ontwikkel een monitoringprocedure op basis van de overeengekomen kwaliteitsprincipes, gebruikmakend van de overeengekomen indicatoren

Het is belangrijk om het proces te documenteren, bijvoorbeeld door bij te houden en te beschrijven op welke manier het nieuwe proces werd geïntroduceerd. Verzamel verslagen van vergaderingen, opleidingen en acties.. Maak foto's en video-opnames. Informatie over het aantal deelnemers, metingen van tijd, kosten, bewegingen, ... het is allemaal kostbare kennis om te vergaren voor de volgende fase.

C. Evaluatie

Op het einde van de implementatiefase moet de stuurgroep beoordelen of de doelstellingen die tijdens de planningsfase werden geformuleerd, inderdaad gehaald zijn. Zijn de veranderingen doorgevoerd? Moeten deze veranderingen worden verbeterd? Werkt het plan zoals het was bedoeld of zijn er bijstellingen nodig?

Betrek externe vrijwilligers om de doelstellingen met betrekking tot de implementatie te controleren

- Vergelijk de resultaten met de doelstellingen.
- Gebruik de prestatie-indicatoren die tijdens de planningsfase werden ontwikkeld.

Definieer met de stuurgroep aanbevelingen voor de volgende actieronde (verbeteringscyclus)

- Analyseer het project met betrekking tot: methoden die worden gebruikt om de doelstellingen te realiseren, mensen die bij de realisatie van de doelstellingen worden betrokken, uitrusting, kosten, materiaal, enz. om de doelstellingen te realiseren.
- Gebruik de gegevens die in de loop van het proces en bij de evaluatie van de doelstellingen werden verzameld.
- Formuleer aanbevelingen: welke lessen kunnen we trekken uit de plannings- en implementatiefase? Wat was goed? Wat moet worden aangepast? Waar werd vertraging opgelopen en waarom? Identificeer eventuele nieuwe problemen wanneer die opduiken.

D. Continue en permanente verbetering

Deze fase waarborgt de waarde van het project op lange termijn en verhoogt de kansen om de kwaliteit van de zorg te verbeteren.

Continue verbetering: regelmatige beoordeling via de ABC-cyclus (plannen – implementeren – evalueren)

- In deze fase van het project hebben we normaal gezien al enige verbetering tot stand gebracht, maar hebben we nog niet de perfectie bereikt. Daarom kunnen er na de evaluatie nieuwe doelstellingen worden geformuleerd en nieuwe acties gepland.
- Herhaal de kwaliteitsverbeteringscyclus en definieer nieuwe mogelijkheden.
- Bij het begin van de volgende planningsfase worden de evaluaties en de aanbevelingen gebruikt om nieuwe doelen en een nieuw plan te maken.

Op deze wijze wordt de cyclus steeds herhaald. Dankzij de laatste stap krijgen we een cyclus van verbetering. Tijdens de tweede en derde cyclus kunnen acties op ruimere schaal worden uitgevoerd (bv. verruiming van buurtniveau naar gemeentelijk niveau en vervolgens naar regionaal en nationaal niveau) of meer stakeholders bij het proces betrokken worden.

Permanente verbetering=onafgebroken feedback vragen

Wacht niet tot het einde van het project om de prestaties te evalueren, maar gebruik het evaluatieproces om regelmatig te beoordelen hoe de projectresultaten kunnen worden verbeterd. De herhaalde toepassing van de plannings-, implementatie- en evaluatiefasen leidt tot verbetering.

Standaardiseer de instrumenten

- Cyclus 1 kan vaak als een proefproject worden beschouwd.
- Gebruik de kennis die tijdens de evaluatiecyclus werd vergaard om de instrumenten die bij het proces succesvol werden gebruikt, te verbeteren en te standaardiseren.
- Organiseer opleidingen en workshops, en stel vragenlijsten, evaluatieroosters, enz. op om het proefproject van cyclus 1 op te schalen.

Voorbeelden van participatorische aanpak en initiatieven

Een exhaustive lijst van projecten die gebruik maken van een participatieve benadering en ervaringen van de nationale WeDO-coalities zijn te vinden op de website van WeDO. Hieronder alvast een greep uit het aanbod:

Op nationaal niveau

De nationale WeDO-coalities

Zij werden opgericht om organisaties uit zeer uiteenlopende sectoren die met langdurige zorg bezig zijn, samen te brengen: ouderenorganisaties, institutionele zorg en thuiszorgdiensten, ministeries en overheidsdiensten, universiteiten en onderzoeksinstituten, organisaties voor geweldbestrijding, vakbonden, vertegenwoordigers van zorgverleners, enz. De volledige rapporten en ervaringen van de nationale coalities zijn terug te vinden op de website van het WeDO-project: www.wedo-partnership.eu. Nu het project afgelopen is, staat het Europese Partnerschap open voor alle geïnteresseerde partijen uit EU-lidstaten. Hopelijk sluiten meer landen zich aan en worden er nieuwe nationale en lokale coalities opgericht.

De ervaring van de Vrije Universiteit Brussel – Belgian Ageing Studies

Het *Belgian Ageing Studies*-team ontwikkelde een onderzoeksprogramma om de leefsituatie en behoeften van thuiswonende 60-plussers op lokaal niveau in kaart te brengen. De resultaten van het onderzoek staan in dienst van de ondersteuning van lokaal ouderenbeleid. Het onderzoek focust zich op diverse sociaal gerontologische thema's: sociale, culturele en politieke participatie op latere leeftijd, vrijwilligerswerk, inclusie en exclusie, kwetsbaarheid, leeftijdsvriendelijke woonomgevingen, veiligheidsgevoelens en sociaal beleid voor en door ouderen. Het project steunt op de inzet en enthousiaste medewerking van heel wat partners zoals provincies, gemeentes, ouderenorganisaties en oudere vrijwilligers. Via een participatorische methode worden ouderen actief betrokken in alle fases van het project. Oudere vrijwilligers spelen een centrale rol in de planning, de ontwikkeling en de realisatie van het onderzoek, maar ook in de ontwikkeling van lokale beleidsplannen op basis van de onderzoeksresultaten www.belgianageingstudies.be

Op regionaal niveau

Duitsland: Handleiding voor de uitbouw en implementatie van regionale netwerken voor dementie

De werkgroep 'Netwerking en buurtwerk' maakt deel uit van de Demenz-Service Noord-Rijn-Westfalen. Het initiatief publiceerde een 46 pagina's tellende 'Handleiding voor de uitbouw en implementatie van regionale netwerken voor dementie – Aanbevelingen uit het veld met geselecteerde voorbeelden'. De handleiding is uitsluitend in het Duits verkrijgbaar en kan worden gedownload op bit.ly/L8iFFl.

Ierland: Programma voor leeftijdsvriendelijke counties

Dit programma heeft tot doel om gemeenschappen tot stand te brengen waarin mensen, naarmate ze ouder worden, van een goede levenskwaliteit blijven genieten en volledig aan het gemeenschapleven blijven deelnemen. Het programma wordt in verschillende fasen uitgewerkt en heeft de ambitie dat op termijn elke lokale overheid in Ierland zich erbij zal aansluiten. In elke county heeft het programma een gemeenschappelijke infrastructuur met een nationale integratiegroep, county-allianties die via de county-ontwikkelingsraad tot stand worden gebracht, een ouderenforum en een county-strategie. Er werden al in vele Ierse counties leeftijdsvriendelijke strategieën uitgewerkt, zoals bijvoorbeeld in Louth en Kilkenny. Zie www.louthagefriendlycounty.ie, bit.ly/OiVvM7 of www.ageingwellnetwork.ie

Op lokaal niveau

Opleidingen voor multiprofessionele gezondheidszorg verbeteren (PRO TRAIN)

Het Europese PRO TRAIN-project (2007-2009) werd door het Daphne-programma medegefinancierd en moest de professionele opleiding verbeteren om de strijd aan te binden met het geweld in de gezondheidszorg. Het project ontwikkelde een 'Optimum-model voor multiprofessionele samenwerking rond geweldpreventie'. Het model bestaat uit vijf stappen: 1) contextanalyse, 2) strategie en actieplan om met geweld om te gaan, 3) multiprofessionele werkgroepen rond geweldcases, 4) mate waarin de multiprofessionele groep voorbereid is om te werken aan de preventie van huiselijk geweld, en 5) welke invloed hebben het actieplan en de respons op praktijkgevallen in een multiprofessionele omgeving? Het model is gebaseerd op een sterke betrokkenheid van de lokale overheden bij de vorming van multiprofessionele groepen die samengesteld zijn uit vertegenwoordigers van de politie, sociale diensten, gezondheidszorgprofessionals, beleidsmakers, onderwijs, enz. www.pro-train.uni-osnabrueck.de / opleiding beschikbaar op bit.ly/SarPAM.

Duitsland: Workshop continu leren over dementie in Arnsberg

Met de steun van het programma *Menschen mit Demenz in der Kommune* van de *Robert Bosch Stiftung* en geïnspireerd door de *Aktion Demenz e. V.* van deze laatste stichting startte de burgemeester van Arnsberg een 'leer-workshop' over dementie. Stadsambtenaren, burgers en experts werkten hiervoor samen aan de ontwikkeling van een alomvattend gemeenschapsactieprogramma om mensen met dementie te ondersteunen. Alle burgers, lokale overheden, werkgevers, handelaars en sociale diensten werden uitgenodigd om deel te nemen onder het motto 'Samen voor een beter leven met dementie'. De resultaten van het project zijn terug te vinden in een handboek: www.projekt-demenz-arnsberg.de

Duitsland: WohnQuartier4 (netwerk rond lokale buurtontwikkeling voor ouderen)

WohnQuartier4 is een proefproject rond de uitbouw van gemeenschappen, rekening houdend met de behoeften van ouderen. Het project fungeert als een leer-netwerk waarbij administratieve en lokale stakeholders worden betrokken om aan de volgende vier punten te werken: 1) huisvesting en woonomgeving, 2) gezondheid, diensten en zorg, 3) participatie en communicatie, 4) onderwijs, kunst en cultuur. Het doel is om de beschikbare huisvestings-, gezondheids- en zorginfrastructuur alsook de sociale infrastructuur in kleinschalig aanbod vorm te geven en die in residentiële zones te integreren. Dit moet het zelfstandig wonen stimuleren door nieuwe samenwerkingsmodellen te ontwikkelen in functie van de lokale behoeften en middelen. www.wohnquartier4.de

Op dienstniveau

In Frankrijk werd in elke woonzorginstelling een **Conseil de la vie sociale (Raad voor het sociaal leven)** opgericht waarin verkozen vertegenwoordigers van de bewoners, hun families en het personeel zetelen. De bewoners kunnen ook regelmatig vergaderen om de maaltijden en andere diensten die de instelling verleent, te bespreken.

In België vinden **wekelijks groepsgesprekken plaats tussen zorgverleners en zorgontvangers**. In woonzorgcentra in Vlaanderen wordt de participatie van de bewoners verzekerd via wekelijkse groepsgesprekken waaraan telkens 15 mensen deelnemen. De bewoners worden geraadpleegd over wat aan de verleende zorgen, de zorgomgeving en het beleid van de zorginstelling moet worden veranderd om hun levenskwaliteit te verbeteren. Een psycholoog coördineert deze gesprekken.

In Oostenrijk brengt de **'Ethische bewonersconferentie'** alle betrokken stakeholders bijeen (ouderen, familie, verplegend personeel, vrijwilligers, artsen, enz.) om ethische thema's te bespreken en ervoor te zorgen dat de wens van de oudere met een zorgbehoefte wordt gerespecteerd.

‘WeDO’: voor het welzijn en de waardigheid van ouderen met een zorg- of hulpbehoefte!

Kleine veranderingen doen al heel wat. Het WeDO-Partnerschap is een uitstekende kans om **uw ervaringen te delen en toegang te krijgen tot vernieuwende ideeën. Doe dus mee!**

Waarom meedoen?

Als lid van het WeDO-Partnerschap krijgt u toegang tot een gemeenschap van stakeholders uit de hele EU die vastbesloten zijn om de kwaliteit van de langdurige zorg te verbeteren. U kunt deelnemen aan een online forum, informatie uitwisselen met andere leden van het Partnerschap en ervaringen delen.

Hoe meedoen?

U kunt op de volgende manieren vragen om tot het Partnerschap toe te treden:

- Neem contact op met de coördinator van uw nationale coalitie en neem deel aan hun werkzaamheden indien u in één van de 12 landen gevestigd bent die bij het WeDO-project betrokken zijn (zie hieronder voor meer informatie).
- Neem contact op met het AGE Platform Europe indien uw land niet bij het WeDO-project betrokken was. We bieden de nodige informatie en ondersteuning om aan te sluiten bij het Partnerschap of om in uw land een coalitie op te richten.
- Implementeer het Kwaliteitskader voor Langdurige Zorg en stuur ons informatie over de manier waarop u dit hebt gedaan.

De WeDO-website is er om u te helpen!

Op de website van WeDO (www.wedo-partnership.eu) vindt u het volgende:

- Contactgegevens van alle voorzitters van de nationale WeDO-coalities;
- Voorbeelden van kwaliteitsinstrumenten;
- Een onuitputtelijke en rijke databank met good practices;
- De online methode voor een participatorische benadering met extra tips en advies;
- Een samenvatting van de ervaringen van de nationale WeDO-coalities;
- Een forum waarop u met andere leden van het Partnerschap ideeën kunt wisselen.

De **nationale strategieën** die door de nationale WeDO-coalities werden uitgewerkt, zijn ook te vinden op de website van het project en kunnen een nuttige bron van inspiratie zijn. Ze helpen u om lokale, regionale of nationale partnerschappen van stakeholders uit te bouwen ter ondersteuning van uw initiatieven om de levenskwaliteit van ouderen met een zorg- of hulpbehoefte te verbeteren.

→ **Zie www.wedo-partnership.eu!**

Voornaamste contactpunt:

AGE Platform Europe – Froissartstraat 111 – B-1040 Brussel
Tel.: +32 2 280 14 70 – E-mail: info@age-platform.eu met als onderwerp ‘WeDO’

Voor Nederland: ANBO - Houttuinlaan 3, 3447 GM Woerden
Telefoonnummer: Telefoon: (0348) 46 66 66 – E-mail: info@anbo.nl met als onderwerp WeDO

Voor België: Belgian Ageing Studies
www.ouderenbehoefteonderzoeken.be – E-mail: Liesbeth.de.donder@vub.ac.be

Voorbeelden van good practices

Er bestaan in de EU-landen al heel wat goede initiatieven. Nieuwe initiatieven kunnen daarom voortbouwen op wat al bestaat. Dit kan met de hulp van onderstaande selectie van good practices en de online databank: www.wedo-partnership/good-practices.

Oostenrijk

1. Ondersteuning van zelfstandigheid door in ziekenhuizen afdelingen voor revalidatie en acute geriatrie op te richten

Patiënten worden geholpen om zich opnieuw in het dagelijks leven te integreren en om in hun eigen huis te blijven wonen door een tijdelijke behandeling op de afdeling acute geriatrie/revalidatie (AG/R). De 'activerende zorg' en de therapie zijn belangrijke elementen in het proces. Het team bestaat uit artsen, verpleegkundigen en zorgverleners, therapeuten, sociaal werkers, psychologen, diëtisten en priesters/lekenhulpers. www.goeg.at/de/Bereich/Akutgeriatrie-Remobilisation-Begleitung-und-Steuerung.html

2. Dienstverlening inzake dementie door een multiprofessioneel team

Deze dienstverlening – een initiatief van Volkshilfe, een Oostenrijkse ngo uit de provincie Burgenland – omvat een gratis dementie-hotline, gemeentelijke informatiesessies, technische lezingen over dementie en zorg, gratis informatieve thuisbezoeken met dementiecontroles en bespreking van de resultaten, informatie over bezigheidstherapieën, tijdige individuele bezigheidstherapieën, bezigheidstherapieën in groep in rust- en verzorgingstehuizen, evenals rondetafelgesprekken voor informele zorgverleners. www.volkshilfe-bgld.at/Demenzteam

België

3. Federaties voor hulp en thuiszorg, een case manager voor thuiswonende ouderen

Deze federaties zijn netwerken van professionals die ouderen helpen om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen door henzelf en hun families de professionele zorg en hulp te verlenen die ze nodig hebben. Deze multidisciplinaire en gedecentraliseerde netwerken coördineren

een brede waaier van diensten: gezondheidszorg (huisarts en ziekenhuis), professionele schoonmaakdiensten en hulp bij de dagelijkse activiteiten, maar ook een kappersdienst, professionele werkzaamheden om de woning aan te passen, enz. Een case manager volgt de betrokkene op en is verantwoordelijk voor de contacten met de verschillende professionals. Het systeem wordt gefinancierd door de overheid. De Federaties bieden ook gemeenschappelijke dienstverlening voor hun leden en vertegenwoordigen hen op verschillende beleidsniveaus, bieden hen administratieve ondersteuning, enz.

Links: *Fédération Aide et Soins à Domicile* (www.fasd.be/fasd (FR)), *Fédération des Centrales de services à Domicile* (www.fcsd.be/fcsd (FR)), Familiehulp vzw (www.familiehulp.be (NL)), Vereniging van de Diensten voor Gezinszorg van de Vlaamse Gemeenschap (www.vvdg.be (NL)), Wit-Gele Kruis (www.wgk.be (NL)).

4. Nachtzorg

België heeft verscheidene organisaties die op professionele en vrijwillige basis nachtzorg- en nachtwaakdiensten aanbieden aan kwetsbare ouderen om hen zo te helpen om thuis te blijven wonen. Ze verstrekken ook respijtzorg aan informele zorgverleners, zodat deze gedurende langere tijd voor de zorg kunnen instaan. Na een ziekenhuisopname kunnen ouderen dankzij deze diensten ook sneller terug naar huis. Afhankelijk van de behoeften verleent een team hulp en ondersteuning, begeleidt ouderen bij de revalidatie, bevordert hun zelfredzaamheid en is verantwoordelijk voor de verpleegzorg.

Links: Nachtzorg (www.nachtzorg.be (NL)), www.nachtzorgvlaamsbrabant.be (NL), www.nachtzorgbrussel.be (NL), *Connector Night* (public.guidesocial.be/associations/conectar-night-asbl.152087.html (FR)), *Infirmières de nuit* (www.ucp-bruxelles.be/IMG/pdf/Gaz_electricite_tarif_social.pdf (FR)), Nachtopvang bij WZC De Vijvers (www.ocmwgent.be/Woonzorgcentra-De-Vijvers.html (NL)), Ambulante Nachtdienst aan huis www.ocmw-destelbergen.be/?q=node/98 (NL)

Tsjechië

5. Senior Academy: leren over ouderenmis(be)handeling

De *Senior Academy* organiseert seminars voor ouderen om hen te informeren over hoe ze ouderenmis(be)handeling kunnen voorkomen. De seminars zijn specifiek voor ouderen bedoeld en gaan over de strafbare feiten waar ze het slachtoffer van kunnen worden. Ze worden gegeven door de politie die info verstrekt over de verschillende types ouderenmis(be)handeling, daderprofielen en manieren waarop ouderen zich kunnen beschermen, waar ze hulp kunnen vinden en wat ze kunnen doen. De politie is van mening dat deze preventieve actie bijdraagt tot het terugdringen van het aantal gevallen en het vinden van oplossingen wanneer er effectief sprake is van ouderenmis(be)handeling.

6. Kwaliteitsnormen in de sociale zorg

De normen beschrijven hoe een kwalitatief hoogstaande sociale dienstverlening er moet uitzien. Het gaat om een reeks meetbare en verifieerbare criteria, niet om een wetsontwerp of een ontwerp van regelgeving. Het doel is om de kwaliteit van de verleende diensten te evalueren. Deze normen benadrukken de waardigheid en het ondersteunen van de onafhankelijkheid en autonomie van de gebruikers, hun participatie aan het gewone leven in hun natuurlijke sociale omgeving, en meer in het bijzonder het respect voor hun mensen- en burgerrechten. Dienstaanbieders die de principes leren kennen die in deze publicatie worden uiteengezet, kunnen de vereiste veranderingen in hun dienstverlening al beginnen door te voeren, nog vóór de naleving van al deze criteria door de wet verplicht wordt gesteld. www.mpsv.cz/files/clanky/2057/standards.pdf

Finland

7. Wettelijk recht op een behoefte-evaluatie voor 75-plussers

Een wet verleent alle 75-plussers het recht om een behoefte-evaluatie te laten uitvoeren. Dit gebeurt binnen de 7 dagen na de aanvraag hiertoe, wanneer het niet-dringende gevallen betreft. Bij de evaluatie worden de precieze behoeften van de betrokkene onderzocht: thuiszorg en huisvestingsdiensten, ondersteu-

ning van informele zorg, sociale diensten (diensten voor mensen met een handicap, diensten voor middelmisbruik, maatschappelijk werkers) en woonzorg. De behoefte-evaluatie is gratis. Indien een oudere de evaluatie aanvaardt, wordt samen met de gemeente, de oudere zelf en zijn wettelijke vertegenwoordiger (indien nodig) een zorgplan opgesteld. www.stm.fi

8. Door de overheid gefinancierde website om gezondheids- en sociale diensten te vergelijken

Op de website www.palveluvaaka.fi is informatie te vinden over hoe gezondheids- en sociale diensten presteren. De internetgebruiker kan verschillende diensten met elkaar vergelijken, heeft toegang tot statistieken over gezondheidszorg- en sociale diensten, en kan de diensten evalueren. www.palveluvaaka.fi biedt ook informatie aan over gezondheids- en zorgdiensten in woonzorginstellingen en verzorgingsflats. De website wordt regelmatig geüpdatet en uitgebreid met nieuwe informatie. www.palveluvaaka.fi werd ontwikkeld in samenwerking met stakeholders uit de sociale zorg en de gezondheidszorg. www.palveluvaaka.fi

Frankrijk

9. Opleidingsprogramma's voor MobiQual-professionals

Het MobiQual-programma is een nationaal initiatief dat de kwaliteit van de professionele diensten voor ouderen met een zorg- of hulpbehoefte en voor mensen met een handicap wil verbeteren. Het maakt deel uit van de actieplannen voor ouderen op het vlak van volksgezondheid en wordt uitgevoerd door de Société Française de Gériatrie et Gérontologie. Sinds 2010 wordt het programma door de Caisse Nationale pour l'Autonomie en andere betrokken ministeries gefinancierd. Het programma richt zich tot alle professionals uit de sector van de gezondheidszorg en de sociale zorg, en houdt zich bezig met goede zorg, pijnbestrijding, palliatieve zorg, depressie, voeding en dieet, alzheimer en infectierisico's. Voor elk thema is er een toolkit ontwikkeld voor de opleidingsondersteuning en de praktijk van professionals. Voor meer informatie: www.mobiquial.org

10. Verplichte interne evaluatie van thuiszorgdiensten

Gecertificeerde thuiszorgdiensten zijn wettelijk verplicht om op regelmatige basis een interne evaluatie uit te voeren. Om hen daarbij te helpen is er een specifiek model voor thuiszorgdiensten opgesteld, gebaseerd op de ervaringen van professionals en experts. Er is een opleidingsprogramma dat door de lokale sociale centra wordt georganiseerd en er wordt gewerkt aan de online versie van het model.

Duitsland

11. Bundesarbeitsgemeinschaft der Krisentelefone, Beratungs- und Beschwerdestellen für alte Menschen (BAG – Nationale vereniging van telefonische hulplijnen en counseling- en klachtendiensten voor ouderen)

BAG telt momenteel 17 regionale hulplijnen. De vereniging wil mensen met een zorg- of hulpbehoefte helpen bij hun klachten – vooral in crisissituaties – en streeft ernaar om het aantal mistoestanden op het vlak van behandelingen en het aantal gevallen van ouderenmis(be)handeling thuis en in verzorgingstehuizen te verminderen. BAG ontwikkelde normen voor counseling en informatie om de telefoondiensten te ondersteunen. Sinds 2011 biedt een gemeenschappelijk internetportaal informatie over het bestaande aanbod in de verschillende *Länder*. www.beschwerdestellen-pflege.de

Nationale Alzheimer-hulplijn

De Alzheimer-hulplijn is een nationaal initiatief van DalzG, de Duitse vereniging voor patiënten met Alzheimer of andere vormen van dementie en hun families. DalzG ondersteunt alle mensen die op zoek zijn naar hulp van professioneel opgeleide maatschappelijk werkers. Tijdens telefonische counselingssessies krijgen zij medische informatie over Alzheimer en andere vormen van dementie, de diagnose, omgaan met moeilijk gedrag, juridische aspecten en persoonlijke problemen. Jaarlijks krijgen zij meer dan 58.000 vragen. www.alzheimer-telefon.de

12. Netzwerk pflegeBegleitung (zorgbegeleidingsnetwerk)

Dit is een nationaal netwerk van 2.500 vrijwilligers die op 150 plaatsen in Duitsland als zorgconsulent werken. Ze zijn opgeleid door het FOGERA-centrum voor volwassenenopleiding (volgens een specifiek opleidingsconcept) om familiale zorgverleners te helpen en te ondersteunen met advies over hoe ze de zelfhulp kunnen organiseren en hoe ze de bestaande zorgstructuren kunnen gebruiken.

www.netzwerk-pflegebegleitung.de

Griekenland

13. Online ondersteuning voor zorgverleners van ouderen met Alzheimer

De Alzheimer-vereniging van Thessaloniki biedt online ondersteuningsgroepen aan, o.a. voor zorgverleners die buiten Thessaloniki wonen of die geen enkele vergadering kunnen bijwonen. Dit is gratis en zorgverleners die in de provinciesteden deelnemen, kunnen via het online platform met elkaar communiceren en ervaringen uitwisselen. Het doel van de vergaderingen is informatie en praktisch advies verschaffen over efficiëntere zorgverlening, en zorgverleners emotioneel ondersteunen zodat ze kunnen omgaan met woede, verdriet, verlies en eenzaamheid die tot burn-out en ouderenmis(be)handeling kunnen leiden.

www.alzheimer-hellas.gr/english.php

14. Gratis alarmdienst

Life-Line Hellas biedt 24 uur per dag een gratis alarmdienst aan. De mensen betalen alleen voor de installatie. Voor wie dit niet kan betalen, probeert de organisatie sponsors te vinden, zoals de Rotary Club, enz. om de kosten te dekken. Familieleden, burens, vrijwilligers of de politie reageren op het alarm indien nodig.

Ierland

15. Week van het positief ouder worden

De 'Week van het positief ouder worden' kwam er in 2011 op initiatief van Age Action. De week wordt nu jaarlijks georganiseerd rond 1 oktober (de Internationale Dag van de Verenigde Naties voor Ouderen) en vraagt meer aandacht voor het feit dat we allemaal ouder worden. Ook wil de week de inbreng van ouderen onder de aandacht brengen. Honderden gemeenschappen overal in het land werken aan het initiatief mee en vullen het op hun eigen manier in. Meer dan 1.000 verschillende events worden georganiseerd door uiteenlopende actoren – met inbegrip van verzorgingstehuizen, *Positive Ageing Committees*, huisvestingsmaatschappijen en ouderenclubs – en vinden plaats op diverse locaties, gaande van bibliotheken over galerijen tot ontspannings- en zorgcentra. Bovendien organiseren een aantal Steden voor Positief Ouder Worden een hele week lang allerlei events. Het programma van de 'Week van het positief ouder worden' oogt buitengewoon veelzijdig: muziek- en dansvoorstellingen, kunst en fotografie, verhalen vertellen, koken, bowls-wedstrijden, geleide wandelingen, natuurwandelingen, theatervoorstellingen, gezond eten, aerobics, shows met oldtimers, vriendschapsclubs, anekdotes, computerlessen, tentoonstellingen, talentwedstrijden en nog veel meer. www.ageaction.ie

16. Leeftijdsvriendelijke counties

Op basis van het WHO-programma voor leeftijdsvriendelijke steden streven zij om gemeenschappen tot stand te brengen waarin de levenskwaliteit bij het verouderen en de participatie aan het gemeenschapsleven verzekerd wordt. De WHO definieert een 'leeftijdsvriendelijke' gemeenschap als een gemeenschap waarin dienstverleners, overheidsambtenaren, leiders van lokale gemeenschappen, geloofsleiders, zakenmensen en burgers de grote diversiteit onder ouderen erkennen, hun inclusie en hun bijdrage tot alle domeinen van het leven promoten, hun beslissingen en levensstijlkeuzes respecteren, anticiperen en flexibel inspelen op leeftijdgerelateerde behoeften en voorkeuren. Het doel is dat elke lokale overheid een eigen 'Programma voor een Leeftijdsvriendelijke County' krijgt. Dit is een essentieel onderdeel van het Ageing Well Network, een onafhankelijk netwerk van officiële en publieke instanties, privé- en vrijwil-

ligersorganisaties die de ambitie hebben om van Ierland het beste land te maken om oud te worden. www.ageingwellnetwork.com

Italië

17. Diensten- en instrumentenplatform voor familiale zorgverleners en thuiszorgwerkers

Dit online platform bevat een schat aan gratis informatie, opleidingen en tools. Zorgverleners krijgen ook instrumenten zoals een agenda, een vragenlijst en een handleiding over de lokale diensten aangeboden. Verder werden ook specifieke instrumenten voor thuiszorgwerkers ontwikkeld: een zelfstudiepakket, een opleidingsprogramma, een programma voor het valideren van vaardigheden en een dagboek. www.caregiverfamiliare.it

18. No alla solit'Udine (neen aan de eenzaamheid)

Dit zijn buurtdiensten die door het stadsbestuur van Udine worden aangeboden. Ze kunnen worden aangevraagd via een contactcentrum dat elke dag van 07.00 tot 23.00 uur open is. De diensten omvatten: geneeskundige zorgen aan huis, thuislevering van boodschappen, boeken en voorgeschreven geneesmiddelen, klusjes en kleine herstellingen in huis, counseling, gezelschap en voorlezen. Vrijwilligers staan in voor de diensten.

Nederland

19. Initiatief 'waarde-volle zorg'

LOC, Zeggenschap in Zorg vertegenwoordigt 2.200 cliëntenraden en 600.000 cliënten in de sectoren geestelijke gezondheidszorg, maatschappelijke opvang, verpleging & verzorging, verslavingszorg, thuiszorg en welzijn. Als grootste vereniging van cliëntenraden in Nederland heeft LOC een visie op zorg ontwikkeld die ernaar streeft alle samenlevingsniveaus, het zorgsysteem en de zorgorganisaties met elkaar te verbinden. www.loc.nl/loc/english

20. Bouwstenen voor (geïntegreerde) multidisciplinaire informele zorg

Dit is gebaseerd op de stelling dat er tussen zorgontvanger en zorgverlener een sterke onderlinge relatie bestaat. De problemen die de zorgontvanger ervaart, vertalen zich meestal in problemen voor de zorgverlener en omgekeerd. Deze bouwstenen verschaffen lokale besturen en ziekteverzekeringsmaatschappijen het nodige inzicht om te weten welke tussenkomsten noodzakelijk zijn en wie hiervoor moet instaan, naast aanvullende informatie voor verdere bijsturing. www.cmo-flevoland.nl

Slovenië

21. Ljubljana: toegankelijke stad

In 2012 kende de Europese Commissie de Access City Award toe aan steden met meer dan 50.000 inwoners die systematisch maatregelen plannen en implementeren om de stedelijke omgeving toegankelijker te maken voor kwetsbare mensen. Uit de 114 kandidaten werd een groep van 8 steden gekozen, waaronder Ljubljana. Informatie voor mensen met een handicap is te vinden op: www.ljubljana.si/si/zivljenje-v-ljubljani/osebe-z-oviranostmi.

22. Advieslijn voor sociale zekerheid en gezondheidszorg

Sinds 2007 bemant de Sloveense Vereniging voor Gerontologie elke woensdag een advieslijn. Bellers kunnen er informatie krijgen over diverse thema's die voor het merendeel verband houden met wetgeving op het vlak van gezondheidszorg en sociale zekerheid. Daarnaast organiseert de vereniging workshops over onderwerpen als omgaan met geneesmiddelen in een thuisomgeving, zelfmedicatie en de grenzen ervan, gezonde voeding en levensstijl, en het identificeren van vroege symptomen van dementie.

Zweden

23. Janitor-diensten voor ouderen

Deze diensten voor ouderen zijn recent in vele steden en gemeenten vertrouwd geworden. De regels om gebruik te kunnen maken van de dienstverlening, verschillen echter van stad tot stad. De Janitor-dienst biedt praktische hulp bij alledaagse taken met het doel allerlei risico's te vermijden (bv. valpartijen). Mensen kunnen er terecht voor korte maar niet acute probleemgevallen. Zo is het bijvoorbeeld mogelijk om hulp te krijgen bij het ophangen van gordijnen, het vervangen van zekeringen, lampen of batterijen, het ophangen of verplaatsen van schilderijen of rekken, en het verhuizen van meubilair. Janitor helpt mensen ook om dingen naar zolder te brengen of naar opslagruimten te verhuizen, of om spullen uit hoge kasten te halen of er net in op te bergen. En *last but not least* zorgt Janitor er desgewenst voor dat alle snoeren en tapijten goed bevestigd zijn, zodat de thuisomgeving veiliger wordt.

24. Nationale kernwaarden voor langdurige zorg

De nationale kernwaarden voor langdurige zorg werden in Zweden vastgelegd in een nieuwe wet (vanaf 1 januari 2011) die zegt dat de zorg op de waardigheid en het welzijn van ouderen moet focussen. Dit betekent dat de zorg ieders recht op privacy en fysieke integriteit, autonomie, participatie en personalisering moet beschermen en respecteren. Deze nieuwe wetgeving verplicht de gemeente- en stadsbesturen tot het ontwikkelen van een nieuwe waardigheidsgarantie die door de overheid zal worden gecontroleerd. Met het oog hierop werkt de Raad aan opleidingsmateriaal, begeleiding voor het lokale niveau, de ontwikkeling van een website en informatiemateriaal, een nationaal instrument voor behoeftebeoordeling, enz. www.socialstyrelsen.se/aldre/nationellvardegrund

Europa

25. Taboedoorbrekende projecten

'Breaking the Taboo – Violence against older women within the family: Recognizing and acting' was een Europees project gefinancierd door het Daphne II-Programma. Het moest zowel het grote publiek als het personeel van thuiszorgdiensten voor ouderen (bv. verpleegkundigen, verpleeghulpverleners, huishoudelijke hulpverleners, sociaal werkers) sensibiliseren omtrent het geweld tegen oudere vrouwen in gezinnen. De algemene doelstelling van het project bestond erin om de situatie van oudere vrouwen in gezinnen te verbeteren door het personeel te leren om misbruikssituaties te herkennen en hen te helpen om deze situaties te bestrijden door middel van bewustmaking. Een tweede Daphne-project *'Breaking the Taboo 2'* moest leidinggevend en/of opleiders helpen bij het opzetten van bewustwordingsworkshops voor de hierboven genoemde personeelsleden rond het thema 'geweld tegen oudere vrouwen binnen het gezin – problemen onderkennen en optreden'. Er is een opleidingshandboek op cd-rom beschikbaar in het Duits, Engels, Nederlands, Bulgaars, Sloveens en Portugees. www.btt-project.eu

26. Project voor een verbeterde toegankelijkheid van gemeenschapsgebaseerde diensten voor thuiswonende ouderen (IACS)

Dit project, medegefinancierd door het Programma van de Europese Gemeenschap voor Werkgelegenheid en Maatschappelijke Solidariteit PROGRESS, werkte rond de problemen van vele kwetsbare ouderen met een zorg- of hulpbehoefte en hun families die er vaak niet in slagen om gebruik te maken van de bestaande zorgdiensten. Dit is vaak te wijten aan een gebrek aan kennis over de mogelijkheden maar evenzeer aan het negatieve imago dat aan het gebruik van de diensten verbonden is. Daarom werd in twee Oostenrijkse regio's, in Litouwen en in Polen nagedacht over strategieën om zorgadvies beter toegankelijk te maken voor kansarme ouderen en hun families. Voor deze strategieën werd een beroep gedaan op bemiddelaars uit de gezondheidszorg en sociale zorg zoals artsen of maatschappelijk werkers, maar ook uit andere domeinen zoals ouderenverenigingen, culturele verenigingen, migrantenorganisaties of kerkgemeenschappen, en op netwerkactiviteiten tussen beide domeinen.

Tijdens het onderzoek naar strategieën om de toegankelijkheid te verbeteren, werden over 539 mensen voorafgaande gegevens verzameld. 77% van hen (415) deed een beroep op het zorgadvies. De aanbevelingen zijn beschikbaar in het Engels, Duits, Pools en Litouws. www.rokeskreuz.at/pflege-betreuung/projekte

27. EHLE-project: ouderen in staat stellen om bij te leren over gezondheid

Het *Empowering Health Learning for Elderly*-project creëert innovatieve modellen om de vaardigheden en competenties van professionals die met ouderen werken, te verbeteren. Het project moet partners ook in staat stellen om kennis en ervaringen uit te wisselen teneinde relevante resultaten te boeken op het vlak van levenslang leren voor ouderen. Tot slot wordt op het hele grondgebied op basis van de resultaten opleidingsmateriaal en -ondersteuning ontwikkeld en verspreid. (Gefinancierd door de Europese Commissie in het kader van het Programma voor Levenslang Leren – Grondtvig.) www.ehle-project.eu

28. MILCEA-project: controle in de langdurige zorg – proefproject rond ouderenmis(be)handeling

Het *Monitoring in Long-Term Care – Pilot Project on Elder Abuse* heeft als doel om Europese landen een kader te bieden voor het oprichten van de vereiste structuren om een controle op ouderenmis(be)handeling in te bouwen. Het kader werd ontwikkeld voor gebruik in alle Europese landen en werd door verscheidene internationale experts op het vlak van ouderenmis(be)handeling en/of langdurige zorg geëvalueerd. Het project wordt gefinancierd door de Europese Commissie. Voor de resultaten, zie: www.milcea.eu.

Nuttige bronnen en interessante links

Officiële documenten

Europees Vrijwillig Kwaliteitskader voor Sociale Diensten
ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=758&langId=en

Resolutie van het Europees Parlement over langdurige zorg
www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_en.pdf

Verdrag van de Verenigde Naties inzake de Rechten van Personen met een Handicap
www.un.org/disabilities

Actieplan van de Verenigde Naties inzake Vergrijzing
www.un.org/esa/socdev/ageing/madrid_intlplanaction.html

Wereldgezondheidsorganisatie: Preventing elder mistreatment
www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf

Wereldgezondheidsorganisatie: Guide to Age-friendly Cities
www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf

OESO-studie: Help wanted? Providing and paying for Long-term Care
www.oecd.org/document/15/0,3746,en_2649_37407_47659479_1_1_1_37407,00.html

EU-projecten

Milcea
www.milcea.eu (kader voor de preventie van ouderenmis(be)handeling in de EU)

Eustacea (EU-charter voor de rechten en verantwoordelijkheden van ouderen met een langdurige zorg- of hulpbehoefte)
www.age-platform.eu/en/daphne

Breaking the taboo
www.btt-project.eu

EURoPEAN
www.preventelderabuse.eu

INTERLINKS
interlinks.euro.centre.org (informatie over langdurige zorg met praktijkvoorbeelden)

Ancien
www.ancien-longtermcare.eu (analyse van langdurige zorgsystemen in verscheidene landen)

AVOW
www.thl.fi/en_US/web/en/research/projects/avow (studie naar geweld tegen oudere vrouwen)

IPVOW en Mind the Gap
ipvow.org en zoom-institute.eu/projects/current-projects/-mind-the-gap

IACS
www.rotekreuz.at/pflege-betreuung/projekte

Lijst van partners

Projectleider



AGE Platform Europe is een Europees netwerk van zo'n 165 organisaties van en voor 50-plussers dat de belangen van de 150 miljoen oudere burgers in de Europese Unie wil vertolken en promoten. Het ijvert voor bewustwording in verband met de problemen die hen het sterkst aanbelangen. www.age-platform.eu

Europese organisatie



E.D.E. is een **Europese Vereniging voor Directeuren en Aanbieders van Langdurige Zorg voor Ouderen**. De leden van E.D.E. zijn organisaties van rusthuisdirecteuren uit 18 Europese landen. Er zijn in totaal 23 nationale verenigingen bij aangesloten. www.ede-eu.org

Oostenrijk



AUSTRIAN RED CROSS

Rode Kruis Oostenrijk – opgericht in 1880 – is een onafhankelijke private NGO die deel uitmaakt van de Internationale Rode Kruis Beweging. Rode Kruis Oostenrijk werkt volgens de basisprincipes van de Rode Kruis Beweging, en zijn vrijwilligers en werknemers zijn betrokken bij tal van humanitaire acties die de meest kwetsbaren in de samenleving moeten bijstaan. www.rotekreuz.at/i18n/en/

België



BAS (Belgian Ageing Studies) ontstond vanuit de noodzaak om leefomgevingen te gaan analyseren, inclusief het potentieel waarover ze beschikken om sociale verandering te bevorderen met betrekking tot ouderen. De voornaamste doelstelling van het project bestaat erin om lokale beleidsmakers, professionele stakeholders en individuele of georganiseerde ouderen te ondersteunen bij de ontwikkeling van een lokaal ouderenbeleidsplan. www.ouderenbehoefteonderzoeken.be

Tsjechië

ZIVOT 90



Život 90 is een NGO die ouderen helpt om op een actieve en zinvolle manier zo lang mogelijk in hun eigen huis te blijven wonen. De ngo streeft ernaar om hun levenskwaliteit in het algemeen te verbeteren en hun recht op waardig leven te ondersteunen. Život 90 biedt sociale diensten aan, met inbegrip van respijtzorg, thuiszorg, een telefonische hulplijn voor ouderen, counselingssessies, opleidingen en theatervoorstellingen. www.zivot90.cz

Finland



NATIONAL INSTITUTE
FOR HEALTH AND WELFARE

THL (Nationaal Instituut voor Gezondheid en Welzijn) is een onderzoeks- en ontwikkelingsinstituut onder het Finse Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid. THL werkt aan de bevordering van welzijn en gezondheid, preventie van ziekten en sociale problemen, en de uitbouw van sociale en gezondheidszorgdiensten. www.thl.fi



De Universiteit van Helsinki – Palmenia Center for Continuing Education is in Europa het grootste en meest multidisciplinaire centrum op dit gebied. Via Palmenia kunnen mensen het nieuwste onderzoek en universitaire expertise verkrijgen ter ondersteuning van hun persoonlijke ontwikkeling of die van hun organisatie. www.helsinki.fi/palmenia

Frankrijk



FNG (Fondation Nationale de Gérontologie – **Nationale Stichting voor Gerontologie**) werkt rond ouderen en ouder worden. Het ontwikkelde in 1987 een eerste Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante (Charter voor de rechten en plichten van afhankelijke ouderen). www.fng.fr



UNCCAS (Union Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale – **Nationale Unie van Gemeenschapscentra voor Sociale Actie**) is een vereniging waarbij 4.000 gemeenschapscentra en 6.000 gemeenten en/of samenwerkingsinitiatieven tussen organisaties uit naburige steden en gemeenten aangesloten zijn. Het hoofddoel van UNCCAS bestaat erin om de sociale buurtwerking van gemeenschapscentra te ondersteunen. www.unccas.org

Duitsland



BAGSO (Bundesarbeitsgemeinschaft der Ouderen-Organisationen – **Vereniging van ouderenorganisaties**) wil de belangen van de oudere generaties in Duitsland vertegenwoordigen. Het wil er meer in het bijzonder voor zorgen dat elke oudere de kans krijgt om zelfstandig te leven en daar ook de nodige middelen voor ontvangt. BAGSO vertegenwoordigt 102 verenigingen, organisaties en initiatieven die samenwerken en allemaal samen 13 miljoen ouderen in Duitsland vertegenwoordigen. www.bagso.de



DZA (Deutsches Zentrum für Altersfragen – **Duits Centrum voor Gerontologie**) is een instituut voor wetenschappelijk onderzoek en documentatie op het vlak van sociaal en gedragsonderzoek bij ouderen. DZA werkte aan de opvolging van het Duitse Charter aangaande de Rechten van Mensen met een Langdurige Zorgbehoefte. www.dza.de



ISIS is een privé-instituut voor toegepast maatschappelijk onderzoek, sociale planning en beleidsadvies. ISIS is betrokken bij de interne evaluatie van het WeDO-project. Website: www.isis-sozialforschung.de

Griekenland



50plus Hellas is een NGO en non-profitorganisatie die de levenskwaliteit van 50-plussers in Griekenland wil verbeteren. Via acties en activiteiten die met alle aspecten van het leven verband houden, ijvert het voor een samenleving met minder ongelijkheid. www.50plus.gr/english

Ierland



Third Age is een vrijwilligersorganisatie die werkt aan empowerment van lokale gemeenschappen overal in Ierland. Het pleit voor een optimale benutting van het potentieel dat ouderen vertegenwoordigen. www.thirdagerland.ie

Italië



Anziani e Non Solo is een coöperatieve vereniging die sinds 2004 actief is op het vlak van sociale vernieuwing. Zij focust specifiek op projectbeheer en de ondersteuning van project in verband met welzijn en sociale inclusie. www.anzianienonsolo.it



FIPAC is een grote organisatie die ouderen uit heel Italië vertegenwoordigt en die de dienstverlening aan ouderen wil verbeteren, hun waardigheid wil beschermen en hun financiële onafhankelijkheid wil vergroten. www.fipac.it

Nederland



ANBO is een vereniging in Nederland die ouderen vertegenwoordigt. Haar voornaamste doelstelling bestaat erin om de onafhankelijkheid van ouderen te beschermen en hun belangen te verdedigen bij de nationale, provinciale en lokale overheden en instanties. www.anbo.nl

Slovenië



MZU Ljubljana (Mestna zveza upokojencev Ljubljana) is een federatie van 101 lokale ouderenverenigingen met meer dan 30.000 leden en een traditie van vier decennia. www.mzu.si

Zweden



SPF was de eerste Zweedse organisatie voor gepensioneerden die in 1939 werd opgericht. SPF is een in politiek en religieus opzicht onafhankelijke organisatie en telt ongeveer 270.000 leden in 850 clubs die over 27 districten in heel het land verspreid zijn. www.spf.se

Dit Kwaliteitskader wordt ook gesteund door:



Het Europees Centrum voor Maatschappelijk Welzijn, Beleid en Onderzoek: een bij de VN aangesloten intergouvernementele organisatie die zich met alle aspecten van maatschappelijk welzijn, beleid en onderzoek bezighoudt. www.euro.centre.org

Eurocarers, European Association Working for Carers, wil alle informele zorgverleners vertegenwoordigen en namens hen optreden, ongeacht hun leeftijd of de welbepaalde gezondheidsbehoefte van de persoon aan wie ze zorgen verlenen. www.eurocarers.org

ESN (European Social Network) brengt mensen samen die een belangrijke rol spelen bij het ontwikkelen en verlenen van lokale publieke sociale diensten in heel Europa, zodat ze van elkaar kunnen leren en met hun ervaringen en expertise kunnen bijdragen tot het uitbouwen van een efficiënt sociaal beleid in de praktijk.

Een bijzonder woord van dank aan alle organisaties die via de nationale en Europese coalities hebben meegewerkt aan de totstandkoming van dit document.

WeDO is een Europees project (2010-2012) met medefinanciering van de Europese Commissie. Het werd geleid door een stuurgroep van 18 partners uit 12 EU-lidstaten die wilden samenwerken aan de verbetering van de levenskwaliteit van ouderen met een zorg- of hulpbehoefte.



Voor Welzijn en respect voor ouderen

Contact:

AGE Platform Europe
Froissartstraat 111
B-1040 Brussel

Tel.: 0032 2 280 14 70

E-mail: info@age-platform.eu

Voor België:

Belgian Ageing Studies

www.ouderenbehoefteonderzoeken.be

Liesbeth.de.donder@vub.ac.be

Voor Nederland:

ANBO, Houttuinlaan 3, 3447 GM Woerden

Tel.: (0348) 46 66 66

info@anbo.nl met als onderwerp WeDO

We kunnen heel wat **DOEN** door te beginnen met kleine veranderingen.

Het WeDO-Partnerschap richt zich tot elke stakeholder die de levenskwaliteit van ouderen met een zorg- of hulpbehoefte wil verbeteren via de implementatie van het Europees Kwaliteitskader voor Langdurige Zorg.

Het WeDO-Partnerschap is een uitstekende gelegenheid om uw ervaringen te delen en toegang te krijgen tot vernieuwende ideeën.

→ **Doe dus mee! Word lid van het Partnerschap!**

→ **Voor meer informatie, zie www.wedo-partnership.eu**

Op de website van WeDO vindt u:

- De contactgegevens van alle voorzitters van de nationale WeDO-coalities en een overzicht van hun ervaringen in de loop van het WeDO-project
- Meer voorbeelden van good practices en kwaliteitstools
- Een online methode voor een participatorische benadering met meer tips en adviezen
- Een forum waar u met andere leden van het Partnerschap van gedachten kunt wisselen

Het Europees Kwaliteitskader voor Langdurige Zorg omvat:

- Kwaliteitsprincipes en speerpunten om het welzijn en de waardigheid van ouderen met een zorg- of hulpbehoefte te verbeteren
- Richtlijnen voor de implementatie
- Een selectie van good practices en nuttige links



Deze publicatie werd medegefinancierd door de Europese Commissie. De auteur is als enige verantwoordelijk voor de inhoud en de Europese Commissie wijst elke aansprakelijkheid af voor het eventuele gebruik van de informatie uit deze publicatie.