

ADVIES NR. 1 - *Ethische Commissie Vlaams Welzijnsverbond*

Opnamevrijheid - opnameplicht in particuliere welzijnsvoorzieningen

WOORD VOORAF

1. Geconfronteerd met de problematiek van de toegankelijkheid van de welzijnsvoorzieningen in het algemeen en de wachtlijsten in het bijzonder, wil de Ethische Commissie¹ van het Vlaams Welzijnsverbond in deze nota een advies formuleren over opnamevrijheid versus opnameplicht² naar de aangesloten voorzieningen toe. Het gaat hierbij om een globaal advies, dat zich tot alle sectoren en werkvormen richt, en waarvan de vertaling – zo willen we aanbevelen – binnen de diverse sectoren en in de plaatselijke voorzieningen zal gemaakt worden.

2. Vanuit een **visie op gedeelde verantwoordelijkheid** van de verschillende op de problematiek betrokken partijen, met name de gebruikers (en hun omgeving), de voorzieningen, de overheid en de samenleving, werd in de ethische commissie ruimte gemaakt om de achtergrondvisie en voorstellen tot verbetering van alle partijen te beluisteren. Zo werd uitgegaan van een brede analyse van de problematiek met het oog op het scherper stellen van de probleemstelling. Ook werden enkele experts gehoord, met name rond het juridisch kader en het christelijk-ethisch zorgconcept. Tenslotte werd ook aan de vertegenwoordigers van de overheid de kans geboden om hun kijk breedvoerig aan bod te brengen. In een tweede fase werd hierop telkens vanuit de commissie gereflecteerd.

3. De moeilijkheden rond de toegang tot de zorg³, de onmogelijkheid voor schrijnende situaties om zorg te krijgen, de wachtlijsten in het algemeen, hebben bij sommigen een reactie opgeroepen dat dit niet langer kan in een welvarende maatschappij. Verontwaardiging over menselijk leed roept op tot verzet, reflectie en actie. Vragen rijzen over de wijze waarop hier en nu met welzijnsnoden omgegaan wordt. Voor steeds meer mensen wordt het duidelijk dat de bestaande orde een wanorde is die dringend om herziening vraagt. De oplossing voor dit probleem ligt evenwel niet uitsluitend in een ethische reflectie en appèl. Het probleem kent **vele aspecten**: sociaal-economische, politieke, financiële, juridische, organisatorische, ethische, en ligt in elke sector anders.

4. In de eerste twee delen van deze nota wordt de problematiek binnen zijn **maatschappelijke en sectorale context** geplaatst. Na het schetsen van de achtergrond van de toegankelijkheidsproblematiek van de zorg worden – zoals we dat ook in de Commissievergaderingen deden – heel concreet de problemen van opnames en wachtlijsten verder uitgediept vanuit de betrokken actoren: de hulpvrager, de voorziening, de samenleving en de overheid. In deze analyse wordt verder gegaan dan het louter descriptieve, maar worden ook standpunten ingenomen vanuit een christelijk-ethisch zorgconcept. In het laatste deel wordt het eigenlijke, naar de voorzieningen gerichte advies geformuleerd als "**oriëntaties naar de toekomst**". Hieronder vindt u een meer gedetailleerde inhoudsopgave. De cijfers tussen haakjes verwijzen naar de betreffende paragrafen.

¹ De namenlijst van de leden van de commissie wordt in bijlage bij het advies opgenomen; een aantal inhoudelijke achtergrondteksten bij dit advies verschijnen in een themanummer van het Tijdschrift voor Welzijnswerk.

² De begrippen opnamevrijheid en opnameplicht in voorzieningen zijn de laatste tijd omwille van de wachtlijsten sterk in de actualiteit gekomen. In het kader van particuliere voorzieningen gaat men er van uit dat althans op dit moment (behoudens voor sommige werkvormen in de Bijzondere Jeugdbijstand) geen juridisch afdwingbare opnameverplichting van kracht is, m.a.w. dat de overheid een voorziening niet kan verplichten om een bepaalde cliënt op te nemen of te begeleiden. Naar analogie met de pedagogische vrijheid (in het onderwijs) en de therapeutische vrijheid (in de gezondheidszorg) bestaat er ook in de private welzijnssector een sociaal -agogische vrijheid die daarmee samenhangt. Steeds luider wordt echter de vraag gesteld of de overheid in acute noodsituaties opnameplicht kan opleggen en hoever ze daarin kan gaan zonder de eigenheid van het privaat initiatief aan te tasten. Dit bepaalt grotendeels de context van het voorliggend advies.

³ Van meetaf aan worden we geconfronteerd met het probleem van het begrippenkader: in sommige sectoren is het woord 'zorg' erg gebruikelijk, alhoewel ook voor wijziging vatbaar, in andere gebruikt men bvb. de term 'ondersteuning'. Vooral in meer ambulante werkvormen spreekt men liever van 'hulp- en/of dienstverlening'. Daarom lijkt een eenvormige consequent aangehouden terminologie niet mogelijk en wellicht ook niet wenselijk. We durven de lezer dan ook uitnodigen om zelf de transitie te maken naar wat in zijn sector of werkvorm gebruikelijk is. Dit geldt ook voor het begrip 'cliënt' of hulpvrager. In sommige werkvormen geeft men de voorkeur aan de term 'bewoner', soms ook zelfs klant. Recent maakt ook de term 'gebruiker' heel wat opgang. Ook hier wordt in de tekst geen eenduidige keuze gemaakt voor één bepaald woordgebruik. In de commissie werd verder ook gewezen op de meerzinnigheid van het begrip 'recht' dat naast een erg breed verspreid (common sense) gebruik in het kader van de rechtenbenadering van individuen, meer specifiek nu eens als 'subjectief recht' wordt gebruikt, dan weer voor een (louter) 'morele rechtsaanspraak' staat. Om zoveel mogelijk dubbelzinnigheid te vermijden zullen we het begrip recht (zonder aanhalingstekens) dan ook alleen in de eerste betekenis gebruiken, met name als subjectief afdwingbaar recht opgenomen in de wettelijke orde. De term 'recht' (met aanhalingstekens) wordt gebruikt in de common sense benadering en verder hanteren we het woord rechtsaanspraak waar mensen een duidelijke morele aanspraak doen op een te verwerven recht (bvb. het gevoel hebben dat zij 'recht hebben op...') zonder dat dit reeds in het huidige wettelijke kader is opgenomen. Toch blijft dit onderscheid soms niet eenvoudig in zijn toepassing.

WOORD VOORAF (1-4)

DEEL 1: ACHTERGROND VAN DE PROBLEMATIEK (5-9)

DEEL 2: DE VISIE VAN DE ACTOREN EN DE KIJK VAN DE ETHISCHE COMMISSIE (10-96)

1. De eerste actor: de hulpvrager (11-29)
De beleving van de wachtende (13-15)
De hulpvraag (16-17)
Urgentie (18-20)
Recht op zorg (21-24)
Recht op een menswaardig bestaan (25-27)
De morele dilemma's van de hulpvrager (28-29)
2. De tweede actor: de voorzieningen (30-59)
Taken en verantwoordelijkheden van een voorziening (31-37)
Zorgplicht-opnameplicht (38-42)
Recht op een oplossing in regioverband (43-44)
Beleid en toegang tot zorg (45-50)
Voorkeur voor 'de armen' (51-55)
Participatief overleg hulpvrager-aanbieder (56-58)
Regelmatig intern overleg (59)
3. De derde actor: de samenleving (60-72)
Mantelzorg (61-62)
Zorg en samenleving (63-67)
Responsabilisering en solidariteit (68)
Professionalisering en zorgverschraling (69-72)
4. De vierde actor: de overheid (73-93)
Van caritas over verzorgingsstaat naar zorgzame samenleving (74-75)
Van burgers en klanten (76-77)
Vraag en schaarste, vraag en aanbod (78-79)
Vraag- of aanbodgestuurde zorg (80-82)
De discussie tussen aanbod- en vraaggestuurde zorg voorbij (83-84)
Gepaste zorg (85-86)
Vragen aan de overheid (87-93)

Besluit (94-96)

DEEL 3: OPNAMEPLICHT-OPNAMEVRIJHEID: ORIËNTATIES NAAR DE TOEKOMST (97-122)

1. De gebruikers: recht op zorg met behoud van keuzevrijheid (98-105)
2. De voorziening: naar een ethisch verantwoord 'opnamebeleid' (106-116)
3. De overheid en de samenleving: een zorgzaam sociaal netwerk (117-122)

Bijlage: namenlijst leden Ethische Commissie 2002

Voor alle duidelijkheid vermelden we nog dat dit advies in eerste instantie gericht is op de vrijwillige hulpverlening en dus zo goed als niet ingaat op de specifieke aspecten van de zogenaamde gedwongen hulpverlening die de beleving ervan door de cliënt en zijn omgeving totaal anders kleuren. Toch wijzen we er op dat behoudens het ontbreken van de vrijheid van opname in de hulpverlening zelf, binnen het verder verloop van de hulpverlening maximaal de keuzevrijheid van de cliënt moet worden gerespecteerd.

ACHTERGROND

DEEL 1: ACHTERGROND VAN DE PROBLEMATIEK

5. Eigenlijk is het een rare zaak, dat in een land met een toch wel stevig uitgebouwd professioneel netwerk van welzijnsvoorzieningen, waar voor zowat alle belangrijke **doelgroepen** met specifieke zorg- of integratieproblemen een degelijke opvang voorzien wordt, mensen soms jarenlang in de kou blijven staan. Zij worden met hun vragen op 'stand by' op een wachtlijst gezet met een heel onzeker perspectief, ook al zijn hun zorgvragen soms heel acuut. Dit probleem stelt zich zowel in de ambulante, semi-residentiële als residentiële settings en met in acht name van de specificiteit ook in de verschillende sectoren van het verbond. Alhoewel er natuurlijk een zeker verband bestaat tussen de acutheid van de zorgbehoefte, de mogelijkheden tot opvang in eigen omgeving en de meest aangewezen zorgsetting. Wanneer een residentiële opvang aangewezen is, zijn meestal ook de alternatieven van opvang in andere settings (bvb. in de thuissituatie) veel beperkter. Het is dan ook niet verwonderlijk dat vanuit dit perspectief de vraag naar één of andere vorm van opnameverplichting – al dan niet gekoppeld aan een maatschappelijke keuze voor een urgente doelgroep – aan bod komt.

6. De problematiek van de opnameplicht versus opnamevrijheid moet ook in een breder kader geplaatst worden. Deze problematiek heeft op **macrovlak** te maken met de ontwikkeling van het sociaal netwerk en de vraag naar een rechtvaardige verdeling van de beschikbare middelen binnen de welzijnszorg. Hoeveel willen we besteden aan deze zorg en kan er een maatschappelijke consensus bestaan over een prioritaire toewijzing aan bepaalde doelgroepen? Tevens stelt zich de vraag naar de maatschappelijke toegankelijkheid van het bestaande aanbod.

7. Verantwoordelijken voor de organisatie van de hulpverlening bevinden zich hier dikwijls in een spanningsveld. Enerzijds worden zij geconfronteerd met deze urgente vragen en is er de maatschappelijke opdracht en de morele verantwoordelijkheid om mee te zoeken naar een oplossing. Anderzijds is er de logica van een kwalitatief zinvolle, technisch doenbare en financieel leefbare **organisatie van de zorg**. Daarbij moet uiteraard rekening gehouden worden met engagementen die opgenomen zijn ten opzichte van alle andere betrokkenen.

8. Vanuit dit spanningsveld stellen zich een aantal **ethische vragen** die medewerkers en verantwoordelijken van voorzieningen voor soms moeilijke dilemma's plaatsen.

Bestaat er zoiets als een recht op zorg en hulp dat juridisch afdwingbaar zou zijn en zich zou vertalen in een recht op opname in de hulpverlening? Is een ethisch discours over rechten en plichten wel een goede invalshoek om na te denken over de problematiek van opnamevrijheid? In hoeverre is het aanvaardbaar dat een overheid rechtstreeks ingrijpt in het opnamebeleid van een particuliere voorziening? Is de kwaliteit van de dienstverlening een absolute waarde of wordt die ook begrensd door de problematiek van de wachtlijsten? Kan een opnameverplichting de individuele keuzevrijheid van een gebruiker beperken? In welke mate is het aanvaardbaar dat informele criteria een rol spelen in de toegankelijkheid van een voorziening? Kunnen er vanuit een christelijke inspiratie bepaalde accenten gelegd worden naar kwetsbare groepen in het debat over prioriteiten in de zorg en op welke wijze vertaalt deze voorkeursoptie zich in een daadwerkelijk en transparant opnamebeleid?

9. Vanuit deze vragen wil de ethische commissie van het Vlaams Welzijnsverbond een **advies** formuleren dat niet enkel een bijdrage wil leveren voor de verdere reflectie over deze problematiek, maar ook het werkelijke welzijn van de betrokkenen kan verhogen.

ANALYSE

DEEL 2: DE VISIE VAN DE ACTOREN EN DE KIJK VAN DE ETHISCHE COMMISSIE

10. In dit deel komen achtereenvolgens de partijen aan bod die vanuit een visie op gedeelde verantwoordelijkheid als partners worden aanzien: de hulpvragers, de voorzieningen en de overheid. Daarnaast wordt de maatschappelijke betrokkenheid en verantwoordelijkheid van de brede samenleving bij de zorg en hulpverlening als een vierde, indirecte, maar niet minder belangrijke actor gesitueerd.

1. DE EERSTE ACTOR: DE HULPVRAGER

11. Het probleem van de toegankelijkheid van de zorg en de wachtlijsten is een zeer concreet humaan probleem. Behoudens in de kinderopvang, waar het – meestal – om dienstverlening gaat, gaat het om mensen met een vraag naar hulpverlening, zeer dikwijls vanuit een noodsituatie. Het is belangrijk daarop te wijzen omdat in statistieken de hulpbehoevende mens in getallen verdwijnt. Elke wachtende is een **uniek** verhaal, getallen daarentegen zijn abstract. Achter elke hulpvrager en wachtende staan ook families, vrienden, een kleine kring van intimi. Aangezien hun vraag centraal gesteld wordt in dit advies, wordt hiermee ook begonnen. Met een hulpvraag begint een uniek zorgverhaal, met zijn mogelijkheden, maar ook met de hieraan inherente moeilijkheden en beperkingen. Voor mensen die zoeken naar kinderopvang is de hier aangebrachte benadering slechts in afgeleide zin toepasbaar, alhoewel zich ook in deze sector vanuit wachtlijsten prioriteitsproblemen stellen. In de zgn. 'inclusieve opvang (bvb. de opvang van dove kinderen met een meervoudige handicap) gaat het wel degelijk om ouders met een uitdrukkelijke zorgvraag en speelt de problematiek eveneens.

12. De hulpvrager waarvan in het vervolg sprake is, is (niet steeds) de mondige hulpvrager die voor zichzelf kan opkomen en een vraag duidelijk kan formuleren. De commissie geeft er zich rekenschap van dat er ook minder mondige of helemaal onmondige hulpvragers zijn: kinderen, jongeren, mensen met een mentale handicap, ... In deze situaties zijn het vaak de familieleden die de hulpvraag formuleren, hoewel minderjarigen steeds meer als mondige en autonome partner in de hulpverlening erkend worden. Hier kan verwezen worden naar het project Integrale Jeugdhulp waar aan het statuut van de minderjarige in de hulpverlening wordt gewerkt. Tegelijk is de hulpvrager zelden een 'eiland' of een geïsoleerd individu, steeds is hij ook lid van een netwerk dat bij de noodsituatie betrokken is.

De beleving van de wachtende

13. "Als je zelf wachtende bent, weet je pas wat wachtlijsten zijn!" De leden van de commissie hebben de problematiek van de wachtlijsten en vooral de tragiek van mensen met een dringende hulpvraag niet onderschat. Vandaar dat hier kort expliciet ingegaan wordt op de beleving van de hulpvragers. Het gaat soms om een acute **crisisituatie** waarbij efficiënte hulp nodig is of snel een veilige plek om te verblijven moet gevonden worden.

14. Behoudens in de situatie van gedwongen opname in de hulpverlening wordt naar het moment van hulp, opvang of opname verlangend uitgezien en groot is dan ook de **ontgoocheling** indien het bevrijdend ogenblik steeds verdaagd wordt. De hulpvragende leeft in de vooronderstelling dat de oplossing van zijn probleem geen verdere uitstel duldt. Trouwens, heeft hij als mens in een hulpsituatie geen recht op hulp? Verbittering treedt op, en misschien duiken negatieve gedachten op als: ik word achteruitgesteld, ze willen mij niet, mijn situatie is te ingewikkeld, mijn vraag wordt niet ernstig genomen, enz... Ook het leed van de onmiddellijke omgeving, die zelf ook door de problematiek ten diepste geraakt wordt en die soms ten einde raad is, mag niet onderschat worden.

15. Hulpverleners geven zich vaak onvoldoende rekenschap van wat het betekent een hulpvraag te moeten formuleren. Bekennen **afhankelijk** te zijn van anderen om uit de problemen te geraken, vergt het erkennen van eigen gemis en onmacht. Bovendien betekent het, het opgeven van een stuk zelfstandigheid en onafhankelijkheid, en het intreden in een zorg- of hulpcircuit wat niet zelden jaren kan duren.

De hulpvraag

16. Centraal uitgangspunt in heel de toegankelijkheidsproblematiek van de welzijnssector is dan ook de individuele hulpvraag. Het is deze vraag die bij elk intakegesprek op tafel zal liggen. Voor heel wat hulpvragers is hun vraag de enige vraag, met een haast **absoluut**, quasi verder niet te bevragen gewicht. Dit is een zeer menselijk gegeven, vooral in een noodsituatie. De vraag om hulp legitimeert in de ogen van de hulpvrager zichzelf.

17. Alleszins zal in het gesprek met de zorgaanbieders zowat elke hulpvrager ontdekken dat zijn vraag niet de enige is, en dat zijn vraag als vraag zal **geëvalueerd** worden en in een bredere context geplaatst. In hoeverre is de vraag terecht? Als zijn vraag op deze manier gerelativeerd wordt en gerelateerd aan andere hulpvragen, zal dit spanning te weeg brengen bij de hulpvrager. Dit alles is niet evident tegen de achtergrond van maatschappelijke evoluties waarbij het individu steeds meer wordt aangezet om zichzelf als het centrum van zijn wereld te zien...

Urgentie

18. Centraal aspect bij het indienen van een hulpvraag is de kwestie van de **hoogdringendheid**. In deze materie is dit een zeer flexibel en ambigu gegeven. Het gaat soms om een acute crisissituatie die om een snel en daadkrachtig optreden vraagt, maar niet in alle situaties heeft deze urgentie dezelfde densiteit en intensiteit. Urgentie kan vanuit de persoonlijke beleving een subjectieve kleur krijgen maar is ook een kwestie van interpretatie en van feiten, en kent gradaties welke best door een multidisciplinair team van externe deskundigen mee worden bepaald. Meteen ontstaat een dilemma. Want wie zal bepalen wat urgent is: de hulpvrager of de hulpaanbieder?

19. Voor de hulpvrager is zijn hulpvraag en noodsituatie zoals gezegd haast bij definitie urgent. De hulpverlener daarentegen zal dit vanuit zijn ervaring, zijn kennis van de wachtlijsten en de complexe hulpproblematiek heel anders of tenminste vanuit een breder kader met andere klemtonen inschatten. Hier ontstaat een eerste misverstand dat vlug kan uitdraaien op een pijnlijk conflict, en mogelijk zelfs een machtsstrijd. Het is niet onwaarschijnlijk en zelfs te voorspellen dat in de toekomst, als gevolg van de globale juridisering van de samenleving en de maatschappelijke verhoudingen, deze conflicten voor de rechter uitgevochten zullen worden. Alhoewel de kans ook groot is dat de rechter zich in het licht van de huidige regelgeving ter zake erg terughoudend zal opstellen. Ook hier zal de ethische opdracht van de hulpaanbieders erin bestaan met de hulpvrager tot een breder gekaderde benadering te komen van zijn eis tot hulpverlening.

20. Toch stellen we vast dat niet alle hulpvragers dwingend en eisend op hun rechten staan. Er zijn ook situaties waarin hulpvragers wel begrip tonen voor de dringendheid van de hulpvraag van anderen. In het "spanningsveld" tussen de eigen vraag en die van anderen, tussen de eigen nood en het respect voor de vraag van de anderen, zien we soms een zekere vorm van **solidariteit** ontstaan tussen 'hulpbehoevenden': vanuit hun eigen ervaring worden ze gevoelig voor de nood van anderen en hierin vinden ze de bereidheid en de moed om samen met anderen die (soms) nog een zwaardere zorglast dragen naar gezamenlijke oplossingen te zoeken.

Recht op zorg

21. Voor een modern individu is het haast evident dat hij een '**recht op zorg**' kan laten gelden als onderdeel van het recht op leven en overleven. Na politieke rechten (1789) heeft de burger als gevolg van de sociale strijd ook sociale grondrechten en welzijnsrechten bedongen en gekregen: recht op sociale zekerheid, recht op voorzieningen bij ziekte, ouderdom en handicaps... Daarnaast hebben verschillende initiatiefnemers, vaak vanuit religieuze congregaties, voorzieningen uitgebouwd toen er hiervoor nog geen subsidiëring voorzien was. En steeds meer zijn de betrokken doelgroepen zich ook zelf gaan organiseren om op te komen voor hun rechten. Het moderne individu vraagt, ja eist dan ook hulp en ondersteuning van de staat. Hij percipieert dit niet als een gunst, maar als een recht, want het individu is het ultieme referentiepunt van de sociale werkelijkheid.

22. **Lijden** is in dit kader niet langer een lot, maar **een onrecht**. Lijden kan heel vaak weggewerkt worden en het lot moet gedefataliseerd worden, want de mogelijkheden zijn voorhanden. Vanuit het perspectief van de opdracht van christenen om overtuigd mee te werken aan de bevrijding en heelmaking van gebroken medemensen komt dit nog sterker op de voorgrond te staan. Bijgevolg is het voor de hulpvragende onbegrijpelijk en dus ook inacceptabel dat hij geen gehoor vindt voor zijn lijden. Zijn verzoek om hulp is tot een eis geworden, welke hij kadert binnen de logica van de mensenrechten. Recht op leven en zorg is een basaal mensenrecht.

23. De explosieve groei van de welvaart, ook merkbaar in de budgetten van de welzijnssector, heeft er ongetwijfeld toe bijgedragen dat voor moderne hulpvragers grenzen uitgerekend daarvoor moeilijk te aanvaarden en zelfs inacceptabel geworden zijn. De fout die hierbij gemaakt wordt, is dat men vergeet geen **recht op** geluk en gezondheid te hebben en ten gronde binnen het huidige wettelijk kader evenmin een recht op **voorzieningen** die de randvoorwaarden daartoe kunnen realiseren.

24. Welzijn op zich is geen afdwingbaar, juridisch recht, wel kan de toegang tot de welzijnsvoorzieningen in een noodsituatie als een legitieme rechtsaanspraak gepercipieerd worden. Gezondheid en welzijn zijn nu eenmaal geen maakbare en afdwingbare realiteiten. In de welzijnssector geldt dan ook dat de hulpvrager **geen absoluut recht heeft op alle beschikbare middelen**. Deze perceptie en de attitude om zijn rechten op te eisen, maakt het gesprek tussen hulpvragers en hulpverleners niet altijd gemakkelijk en soms zelfs zeer moeilijk. Het is dan ook

noodzakelijk om bij opnamegesprekken deze meestal onuitgesproken standpunten ter sprake te brengen en kritisch door te nemen.

Recht op een menswaardig bestaan

25. Het is reeds gezegd dat het 'recht op zorg' onderdeel is van het 'recht op menswaardig leven en overleven'. Alle menselijk leven wordt voortdurend geconfronteerd met het streven naar zelfbehoud: leven is 'primaire' een strijd om te leven en te overleven. Dit betekent dat het leven **een schaars goed** is en dat bijgevolg gezondheidszorgen steeds onvoldoende zullen zijn, want op gezondheid mag geen prijs staan, omdat niets zo belangrijk is als (gezond) leven. Dit geldt ook voor de welzijnssector. Mensen willen niet alleen overleven, maar ook lang en gelukkig leven. De vraag en de eis om meer kansen op geluk als een recht zal daarom nog toenemen.

26. Het streven naar fysiek, psychisch en sociaal zelfbehoud maakt dat mensen elkaar als concurrenten benaderen. Ieder individu zal, verwijzend naar zijn zogenaamd recht op leven en geluk, aanspraak maken op een plaats in de zorg. In de strijd om optimaal te leven binnen de gegeven existentiële mogelijkheden, is bijgevolg 'na u' zeggen, haast onmogelijk. Dit is de harde kern van het moderne zelfbewustzijn, dat bijkomend voeding geeft aan menselijke verhoudingen als een **belangenstrijd** tussen overleving zoekende individuen..

27. Toch hoeft dit niet het laatste woord te zijn. Het behoort tot de **morele opgave** van de mens dit concurrentiemodel van één tegen allen te overschrijden naar een model waarin de ene mens leert zijn eisen te milderen tot wensen, omdat andere mensen ook recht moet kunnen geschieden binnen het kader van de beperkte middelen. Mensen die vanuit hun persoonlijke loutering daartoe in staat zijn, zoals reeds werd gesteld, geven dan ook niet mis te verstane tekens van grootmenselijke solidariteit.

De morele dilemma's van de hulpvrager

28. Hier stoten we op morele dilemma's waarmee hulpvragers geconfronteerd zullen worden: niet alleen dat er **grenzen** aan hun welzijnsvragen zijn, maar ook dat hun hulpvraag niet de enige is en dat er nog andere hulpvragenden zijn, zal hen te denken geven. Het dilemma van de hulpvrager zal luiden: ik of de anderen, of: ik én de anderen? Hoe zal ik mij verhouden tot de anderen? In gesprekken zal men de hulpvrager laten beseffen dat zijn vraag niet enig en absoluut is, maar dat er meerdere hulpvragen zijn die ook aanspraak maken op erkenning en voldoening.

29. Daarbij komt ook de inschatting van **de balans tussen draagkracht en draaglast** van de hulpvrager en zijn omgeving (mantelzorg) aan bod. Immers het belang van de inbreng van de omgeving mag daarbij niet onderschat worden. Bijgevolg zal er moeten onderhandeld worden tussen contextueel gesitueerde hulpvragers en hulpaanbieders, die op hun beurt hun visie op de toegang tot zorg en hun opnamebeleid zullen uiteenzetten en beargumenteren.

2. DE TWEDE ACTOR: DE VOORZIENINGEN

30. Nadat de hulpvrager en zijn vraag om zorg en hulp aan bod is gekomen, is het tijd om de tweede actor in het hulpverleningsproces op te voeren en dient nader bekeken te worden hoe de voorzieningen met hulpvragen omgaan en zouden moeten omgaan vanuit een christelijk-ethisch zorgperspectief. Ook in dit gedeelte worden descriptie, inventarisatie en evaluatie nauw met elkaar verbonden.

De taken en verantwoordelijkheden van een voorziening

31. Zorgvoorzieningen of gespecialiseerde diensten (centra) hebben tot taak ondersteuning te verlenen opdat mensen in nood en met specifieke hulp- of zorgproblemen zo **menswaardig en deskundig** mogelijk zouden opgevangen en geholpen worden, opdat zij zo gelukkig mogelijk zouden kunnen leven. Samen vormen de voorzieningen een netwerk dat zou moeten kunnen volstaan om de bestaande hulpvragen in hun diversiteit en ernst op te vangen.

32. Elke voorziening heeft meestal een **specialisatie** waarvoor ze ook officieel erkend is. In de praktijk betekent dit dat elke voorziening niet alle zorgvragen die aan haar gericht worden, dient te beantwoorden. De publieke erkenning van een voorziening verleent een werkingsveld maar begrenst dit tegelijkertijd. Dit leidt reeds tot een restrictief zorg- en opnamebeleid, dat echter wel congruent is met de maatschappelijke erkenning en de eigen deskundigheid. Deze fundamentele **zorgbegrenzing** betekent evenwel niet dat er geen problemen meer zouden zijn in verband met de toegankelijkheid van de zorg.

33. Elke voorziening wordt geconfronteerd met de grenzen van haar **capaciteit**. Zelfs binnen haar doelstelling en deskundigheid kan niet alles. Bijgevolg moet er gekozen worden, en zal er dus ook afgewezen moeten worden. Een voorziening heeft een poort en niet iedereen kan, in naam van een nood, zomaar binnen...

Ethische dilemma's ontstaan waar een hulpvraag als redelijk erkend wordt en toch niet kan gehonoreerd worden om redenen die verderop geëxpliciteerd worden.

34. Elke voorziening heeft ook een **dubbele loyaliteit**. Enerzijds heeft zij een verantwoordelijkheid voor de mensen die zij aanvaard heeft en met wie zij een (al dan niet geëxpliciteerd) hulpverleningscontract of opvangovereenkomst afgesloten heeft, anderzijds heeft zij ook een maatschappelijke opdracht en verantwoordelijkheid voor zorgbehoevende nieuwkomers. Dit betekent dat zij zich niet mag afsluiten van maatschappelijke noden en dringende hulpvragen, maar ook dat zij verantwoordelijk is voor het bieden van de overeengekomen zorg aan de mensen die zich aan haar hebben toevertrouwd. Indien de zorg onder druk komt te staan door overcapaciteit of te uitgebreid zorgaanbod, komt heel de zorg onder druk te staan en wordt uiteindelijk niemand kwalitatief goed geholpen. Een duidelijk voorbeeld hiervan zijn de grenzen aan de flexibiliteit van de kinderopvang. Te verregaande soepelheid kan haaks staan op de bevordering van het welzijn van het kind en het gezin.

35. Bovendien, en dit aspect wordt wel eens verwaarloosd, zijn de hulpverleners ook mensen die, hoe geëngageerd ook, inzetbaarheidsgrenzen hebben. Van **personeel** kan geen extreme flexibiliteit en absolute inzet gevraagd worden. Ook hier stuit een voorziening op grenzen aan haar hulpcapaciteit. De opnamecapaciteit van een voorziening is beperkt, maar ook de werkbelasting van het personeel. Daarnaast zijn er nog een aantal organisatorische en infrastructurele beperkingen die dikwijls een breder opnamebeleid in de weg staan.

36. Bijgevolg is de herhaalde confrontatie met mensen die terecht om hulp en eventueel om een opname komen vragen en die niettemin, om hoger vermelde redenen, moeten afgewezen worden, een bijzondere pijnlijke ervaring voor zorgverantwoordelijken. Dit is een paradoxale ervaring voor de hulpverlener: **hulp moeten weigeren**, ook als deze urgent is. Voorzieningen ontsnappen in de gegeven situatie niet aan pijnlijke keuzes.

37. Dit is des te indringender voor christelijke voorzieningen die staan onder de imperatief van **radicale medemenselijkheid**, met bovendien een voorkeur voor de meest zorgbehoevende, zwak maatschappelijke hulpvragers, de zogenaamde 'verste naasten'. Hieronder kunnen gerekend worden: de mensen met een veelvoudige problematiek, die veel bijkomende zorg vragen en/of niet in staat zijn om een beperkte eigen (financiële) bijdrage te leveren. Voorzieningen die dienstcentra willen zijn voor mensen in nood, komen hier terecht in gewetensnood en worden voor dilemma's geplaatst waarvoor zij niet altijd verantwoorde oplossingen vinden. Ook al zouden ze dit wensen.

Zorgplicht-opnameplicht

38. Meent de hulpvrager, zoals wij in het voorafgaande gezien hebben, een recht op hulp en opname te hebben, voor de voorziening rijst de vraag of zij een hulpvraag kan weigeren. In de welzijnssector bestaat **geen strikte plicht tot urgente hulp** zoals deze gangbaar is in de medische sector. Ook van een plicht tot opname in private welzijnsvoorzieningen kan er geen sprake zijn, behalve onder bepaalde voorwaarden voor de zgn. categorie 1bis-begeleidingstehuizen, voor de diensten begeleid zelfstandig wonen en de thuisbegeleidingsdiensten in de bijzondere jeugdbijstand. Voor sommige urgente situaties zou een beroep kunnen gedaan worden op "de plicht tot hulp voor een mens in urgente nood" en op artikel 1 van de OCMW-wet (recht op menswaardig leven). Maar deze problematiek behoort tot het veld van de juristen.

Recent werd door de wet op het leefloon het recht op maatschappelijke integratie erkend en voor jongeren (beneden de 25 jaar) het recht op aangepaste arbeid. Deze nieuwe opdracht brengt ook een nieuwe verplichting voor OCMW's mee, te realiseren in samenwerking met private diensten. Dit alles duidt op de trend om steeds meer het recht op hulpverlening voor bepaalde doelgroepen te erkennen en te specificeren.

39. Voorzieningen zullen een vraag tot zorg en/of opname vanuit hun professioneel bewustzijn en hun maatschappelijke verantwoordelijkheidsgevoel als een **moreel appèl** tot handelen ervaren. Heel concreet worden zij met de vraag geconfronteerd of zij hulp kunnen weigeren, gelet op hun maatschappelijke verantwoordelijkheid en christelijk engagement. Christelijk geïnspireerde voorzieningen worden geïnterpelleerd door de oproep van Jezus tot radicale inzet voor de armen (in brede zin). De joodse filosoof E. Lévinas wijst vanuit bijbelse bronnen op het radicale appèl dat uitgaat van "het gelaat van de ander" dat om hulp en erkenning vraagt. Moreel vordert de hulpvrager de voorziening op en stelt hij door zijn vraag haar institutionele zelfgenoegzaamheid in vraag. Door deze opvoeding en appèl is elk te weinig afgewogen of zelfgenoegzaam 'neen' onmogelijk, en wordt de voorziening in eer en geweten tot een ethische keuze genoopt.

40. De erkenning dat mensen een **fundamentele rechtsaanspraak op voorzieningen** kunnen doen, betekent een belangrijke stap vooruit in de humanisering van de samenleving. Van een voorziening mag dan ook verwacht worden dat zij zorgvuldig en creatief met de vraag om hulp omgaat, binnen haar eigen grenzen en mogelijkheden, maar ook door het in dialoog met andere voorzieningen in de regio naar een oplossing te zoeken.

41. Een voorziening kan op eigen houtje immers niet alle noden opvangen. Neen zeggen kan zelfs een positieve keuze zijn, in het belang van de hulpvrager, indien de voorziening geen **adequate hulp** kan bieden. Bovendien heeft elke voorziening zoals reeds gezegd een bijzondere verantwoordelijkheid voor haar bewoners en personeel. Deze concrete context speelt terecht altijd mee.

42. Hoe radicaal de hulpvraag ook kan zijn, tot heroïsme is niemand verplicht. Maar de **opnamelat** mag niet zo hoog gelegd worden dat weinigen nog toegang tot de zorg vinden. Om aan dit gevaar te ontsnappen zullen voorzieningen zich voortdurend door de aan haar gerichte hulpvragen in vraag laten stellen.

Recht op een oplossing in regioverband

43. Zo er al geen sprake kan zijn van een recht tot verplichte hulpverlening en opname voor voorzieningen, zou het misschien goed zijn dat er een recht op een zo goed mogelijke oplossing erkend wordt, gerealiseerd vanuit de **gedeelde verantwoordelijkheid van voorzieningen** in een bepaalde regio. Het komt er op aan dat er een oplossing voor de mens in nood gevonden wordt, niet dat het via deze of gene voorziening gerealiseerd moet worden. Regio's en voorzieningen zouden daarom de plicht opgelegd kunnen krijgen om voor dringende probleemsituaties in overleg met elkaar binnen een redelijke termijn tot een zo goed mogelijke oplossing te komen. Dit schept de ruimte om regionaal, naargelang ieders personele en materiële capaciteiten, op dat ogenblik een oplossing te zoeken. Het is mogelijk dat de ene voorziening op een bepaald ogenblik in een professionele dip zit en boven zijn grenzen werkt, terwijl een andere tijdelijk wat marge heeft.

44. Christelijk geïnspireerde voorzieningen zouden mee het voortouw moeten nemen in dit **regionaal overleg**. Het gaat hier immers om een collectieve verantwoordelijkheid om samen in overleg *met alle voorzieningen* oplossingen te vinden voor de noden van de hulpvragers. Indien vanuit dit overleg zou blijken dat er een structureel regionaal tekort aan bepaalde opvangmogelijkheden is, dan zal men dit vanuit het overleg ook collectief aan de overheid signaleren, én intussen zo veel mogelijk 'tijdelijk - haalbare' oplossingen zoeken op basis van gezamenlijke inspanningen.

Beleid en toegang tot zorg

45. Het is niet zo dat elke voorziening haar beleid in verband met hulp en opname in een tekst neergelegd heeft. Sommige voorzieningen hebben dit na een uitvoerig voorzieningbreed intern overleg gedaan als concretisering van hun 'mission statement'. Deze tekst weerspiegelt de visie, de normen en waarden, de optiek en de spiritualiteit van een voorziening. Met de jaren heeft zich naast dit geformaliseerd **opnamebeleid** een feitelijk opnamebeleid ontwikkeld, die niet altijd congruent zijn met elkaar. Merkwaardig is dat men zich niet altijd rekenschap geeft van het bestaan van deze discrepantie.

46. Een ethisch verantwoord hulp- en opnamebeleid moet zo **transparant en consistent** mogelijk zijn, en voortdurend getoetst worden aan zijn uitgangspunten. Voorzieningen moeten daarom de moed hebben hun feitelijk beleid regelmatig kritisch te doorlichten. Daarvoor zijn goede procedures nodig waarin periodiek alle relevante betrokkenen hun bijdrage kunnen leveren.

47. In verband met toegang tot zorg zijn er geen veralgemeenbare criteria aan te geven die voor alle problemen een oplossing kunnen bieden. Iedere voorziening zal, binnen haar erkenning en doelstelling, haar **eigen lijn** uitzetten. Mensen kunnen afgewezen worden om verscheidene redenen: een problematiek die buiten de erkenning en de competenties van de voorziening ligt, een drugsproblematiek die de hulpvraag complexer maakt, de draagkracht van het personeel, de veiligheid, de belangen van de leefgroepen e.a. Ook kan er van voorzieningsgebonden keuzes sprake zijn : geen volledige gezinnen, maar alleen vrouwen en kinderen, alleen jongeren en geen ouderen, enz.

48. Sommige criteria lijken subjectief: wat is de feitelijke draaglast van begeleiders en hulpverleners? Zo kan het lijken dat er alleen maar hard geroepen wordt dat het allemaal teveel is, om zeker niet overvraagd te worden. Veel subjectieve factoren, maar ook de **cultuur binnen een voorziening**, determineren de draagkracht van medewerkers. Niet in alle voorzieningen heerst éézelfde cultuur van noodbetrokkenheid, flexibiliteit, generositeit, creativiteit, stressbestendigheid en humor. Aan de andere kant is het zeker niet zo dat criteria steeds toegepast worden in het eigen voordeel of om zich in te dekken...

49. Binnen het kader van de kritische doorlichting van het hulpbeleid moet ook gedacht worden aan de **zorgpraxis** van de voorziening. Het kan zijn dat een voorziening teveel zorg verstrekt, waardoor de zorgcapaciteit onnodig begrensd wordt. De beperkte beschikbare middelen worden in dat geval niet goed aangewend.

50. Een andere vraag is deze naar de **flexibiliteit**. Flexibiliteit is een zeer actueel item in managementliteratuur. Van bedrijven en medewerkers wordt flexibiliteit gevraagd, zowel in de private als in de publieke sector. Voorzieningen zouden zich de vraag kunnen stellen of zij flexibel genoeg zijn in het bedenken van oplossingen voor hulpvragen. Tegenover flexibiliteit, creativiteit en innovatie staan immers verstarring, weerstand tegen verandering en conservatisme.

De realiteit is hier eerder dat voorzieningen worden geconfronteerd met de druk om niet alleen over hun capaciteit te gaan, maar ook om andere doelgroepen op te nemen. Gelukkig zijn heel wat voorzieningen flexibel genoeg en doen ze heel wat inspanningen om de noden te lenigen en maximaal op concrete, dringende hulpvragen in te spelen.

Hier kan bij wijze van voorbeeld verwezen worden naar de uitdaging om in te gaan op de vraag naar atypische kinderopvang b.v. voor zieke kinderen. Maar flexibiliteit kent ook zijn grenzen en uit het zoeken naar oplossingen voor zware zorgsituaties blijkt dat zelfs met meer financiële middelen en omkadering niet alles onmiddellijk oplosbaar is. Dit komt niet alleen voor in de gehandicaptenzorg maar ook in de bijzondere Jeugdbijstand kan hier bij voorbeeld worden gedacht aan de problematiek van de opvang van delinquente en andere moeilijk begeleidbare jongeren. Hier komt een scherpe verantwoordelijkheid van de directie naar voor om dansend op een slappe koord, het nog juist haalbare van het onmogelijke te onderscheiden.

Voorkeur voor 'de armen'

51. De **voorkeur voor de meest kansarmen** als appèl en imperatief gaat oorspronkelijk terug op de woorden en de handelingen van Jezus van Nazareth. Voor voorzieningen met een evangelische referentie als onderdeel van hun identiteit, is de vraag om voor 'de armen' te zorgen een dwingend aandachtspunt.

52. Ook al lijkt in een tijd van grote gevoeligheid voor gelijke behandeling de ruimte voor **positieve discriminatie**, een moderne versie van het voorkeursbeginsel met betrekking tot minderheden, beperkt. Toch moet dit principe mits degelijke motivatie nog kunnen toegepast worden. Immers, ook al is iedereen gelijk voor de wet, niet iedereen heeft gelijke zorgkansen. De volgorde van een wachtlijst respecteren is een vorm van rechtvaardigheid waarmee zo correct mogelijk moet omgegaan worden, maar toch kan deze niet als absoluut aanzien worden.

53. Een christelijk geïnspireerde voorziening zal haar voorrangsbehandeling legitimeren met een referentie naar de praktijk en het woord van Jezus. De liefde van God gaat bij voorkeur uit naar de armen, de losers, de gekwetsten, de marginalen, de zieken, de kinderen... Maar ook zonder een christelijke referentie zijn **voorrangsbehandelingen** soms aanvaardbaar en wenselijk. Absolute gelijkheid zou voor sommige hulpvragers nog meer ongelijkheid scheppen omdat zij niet de mondigheid hebben om hun belangen te verdedigen of niet de mogelijkheid hebben om wat wel eens de weg van de kruiwagen genoemd wordt, te gebruiken. Het is echter van belang om ook bij het hanteren van deze voorrangsbehandeling zowel naar binnen als naar buiten de grootst mogelijke transparantie na te streven.

54. Natuurlijk heeft het geen zin 'de armen' op te nemen indien men hen weinig effectieve hulp kan bieden. Beschikken over de nodige competenties is en blijft een belangrijk hulp- en opnamecriterium. Het is dan ook logisch dat een voorziening van een bepaald type enkel personen op haar wachtlijst opneemt die daartoe geïndiceerd zijn en die reeds voldoen aan de specifieke binnen de voorziening geldende toegangs criteria. Toch zou moeten nagegaan worden in hoeverre de aandacht voor 'de armen' ook **in het dagelijks beleid aanwijsbaar** is. Zo zou eens bekeken kunnen worden, als oefening, hoeveel slechte betalende de voorziening telt en hoe daarmee wordt omgegaan of hoeveel bewoners uit de zgn. lagere sociale klassen komen. Hebben wij moeilijke, complexe zorgvragen of alleen dankbare meegaande bewoners, voor wie het prettig te werken is en nog wel met zichtbare resultaten? Wie werd er afgewezen en waarom?

55. Het voorafgaande lijkt eenvoudig toe te passen, maar is het in feite niet. Wat wel constateerbaar is, is het **Matteüs-effect**: zij die reeds heel wat gekregen hebben, krijgen steeds meer. Aantrekkelijke gevallen krijgen veel zorg, complexe gevallen minder. 'Armen' blijven in de kou staan of blijven achter het net vissen. Aandacht voor deze niet-gewilde, averechtse zorgeffecten, is een ethische opdracht voor de voorziening. Hulp weigeren louter op basis van financieel onvermogen is dan ook niet verantwoordbaar. Dit is trouwens zeer dikwijls in de regelgeving zelf expliciet als verbod opgenomen.

Het participatief overleg hulpvrager - aanbieder

56. Wie zich aanbiedt bij een voorziening voor ambulante of residentiële hulp, heeft een vraag. Deze vraag dient in heel het volgend proces tussen vrager en aanbieder centraal te staan. Omdat het een vraag om hulp is, die

uitgaat van een mens in nood, wordt deze steeds ernstig genomen. De vraag om hulp is een schreeuw om bijstand of opvang, een appèl tot erkenning. Het minste dat van een voorziening kan verwacht worden is naar de vraag te luisteren. De bereidheid tot luisteren en tot gesprek zijn bij uitstek ethische attitudes. Dit gesprek en overleg mag niet geïdealiseerd worden, want op de achtergrond spelen langs beide zijden **belangen** mee. De hulpvrager wil gehoord worden en hulp krijgen, de hulpaanbieder verdedigt het functioneren van zijn voorziening, zijn personeel, zijn cliënten en bewoners. Onder de belangen van de voorziening vallen: de erkenning, de conditie van het personeel, de financiële situatie, de capaciteit, het welzijn van de cliënten en bewoners, de kwaliteit van de zorg.

57. In een **dialogaal overleg** dienen belangen met elkaar afgewogen te worden en de hulpvraag kritisch bekeken. De vraag van degene die hulp nodig heeft zal de afwijzingsargumenten van de voorziening in vraag stellen, de voorziening de dringende eisen van de hulpvrager. Het is niet prettig voor een hulpvrager dat zijn vraag aan andere hulpvragen zal gerelateerd en getoetst worden. Zijn vraag is weliswaar uniek, maar niettemin een vraag naast vele andere, die met externe, min of meer objectieve criteria bekeken kan worden.

58. Toch zijn **objectieve en subjectieve factoren** meestal onontwaarbaar met elkaar verstrengeld. Zo kan de vraag gesteld worden wat een urgente zorgvraag is naast andere zorgvragen en wie dit uiteindelijk kan bepalen. Hier zijn kennis, inschattingsvermogen, ervaring en macht nauw met elkaar verbonden. De dialoog zal bijgevolg bij wijlen ook een debat zijn, een confrontatie waarbij eisen, belangen en meningen met elkaar de strijd aangaan. Deze strijd zal zich afspelen op de achtergrond van welwillendheid voor beide standpunten en argumenten en de wil tot het zoeken van een oplossing. Een eventuele afwijzing van de vraag tot opname verdient dan ook degelijk gemotiveerd te worden en moet op gepaste wijze aan de hulpvrager worden meegedeeld.

Regelmatig intern overleg

59. Gezien de ernst van de wachtlijstenproblematiek en de toegankelijkheid van de zorg in het algemeen, is het wenselijk dat over deze materie uitvoerig en regelmatig **overleg** plaats heeft **binnen voorzieningen**. Vanuit hun maatschappelijke opdracht en christelijk engagement dienen voorzieningen deze kritische reflectie aan te durven. Het is ook een garantie dat het beleid zo consistent en transparant mogelijk wordt. Naar de hulpvragers toe betekent het dat hun vragen zorgvuldig behandeld zullen worden. In tijden van schaarste hebben zij die 'hebben' veel macht. Intern overleg kan dan ook een tegengewicht vormen, een garantie tegen willekeur, nepotisme en favoritisme.

3. DE DERDE ACTOR: DE SAMENLEVING

60. Het is niet evident in de uitwerking van dit ethisch advies de samenleving als actor te betrekken. Het zou voldoende kunnen zijn alleen te spreken van de triade: individu, voorziening en overheid. Maar in de analyse voorafgaand aan het advies dient ook de samenleving als 'collectieve' actor betrokken te worden. Het hulpvragend individu is immers geen losstaand individu, maar lid van een familiaal en sociaal netwerk dat op zijn beurt deel uitmaakt van een brede **samenleving**. Niemand is een eiland, en de samenleving gaat aan het individu vooraf. De noden waarmee mensen worstelen en de oplossingsmogelijkheden onder meer via voorzieningen, worden goeddeels mee bepaald door de samenleving waarvan ze deel uitmaken. De vragen die in dit deel gesteld worden, luiden dan ook: in hoeverre is de samenleving als actor direct of zijdelings betrokken bij de zorgproductie en in hoeverre bepaalt zij de zorgcultuur?

De mantelzorg

61. Het dient nog maar eens herhaald te worden dat het aandeel van de **mantelzorg** in de totale zorgactiviteit binnen de samenleving niet onderschat mag worden, zeker voor wat betreft de welzijnszorg. Het zou onterecht en sterk overdreven zijn te stellen dat in de huidige erg geïndividualiseerde maatschappij het sociale weefsel dermate is afgebrokkeld dat ze niet meer tot zorg bekwaam zou zijn. Dit klopt niet met de werkelijkheid. Het potentieel aan hulpverlening, zorg en opvang in de samenleving blijft groot en blijft bovendien meestal te weinig zichtbaar. Mantelzorg gebeurt in de schaduw en in de marge van de samenleving. Ouders, familieleden en burens hebben zich vaak jarenlang ingezet voor zij residentiële of ambulante hulp gaan zoeken.

62. Toch is er wat aan de hand en is ook de mantelzorg, omwille van een aantal gekende veranderingsprocessen in de samenleving, zijn evidentiekarakter aan het verliezen. Mantelzorg mag **niet zonder meer geïdealiseerd** worden ten opzichte van professionele zorg. Zorg door mantelzorgers kan humane zorg met een eigen affectieve kwaliteit zijn, maar is niet noodzakelijkerwijze optimaal vanuit zorgtechnisch oogpunt bekeken. Mantelzorg verdient dan ook een duidelijkere ondersteuning vanwege de overheid onder meer door het uitwerken van een wettelijke regeling voor zorgverlof en het niet verliezen van hun sociale zekerheidsrechten.

Zorg en samenleving

63. De vraag moet gesteld worden of er in de samenleving nog voldoende draagvlak bestaat om langs de overheid of bemiddeld door de overheid voldoende (en gezien de wachtlijsten dus nog meer dan nu) financiële **middelen** te reserveren voor de welzijnssector. Het is niet duidelijk hoever wij nog een zorgzame samenleving willen zijn en welke hogere prijs wij als samenleving bereid zijn hiervoor te betalen. Ook hier worden grenzen gesignaleerd. Bestaat er nog een duidelijke wil tot het versterken van de welzijnssolidariteit of is deze aan het stagneren? Volgens sommigen is dit draagvlak nog erg solide. Alleen worden vragen gesteld bij de wijze waarop de financiering gebeurt. Steeds meer kiest men voor een financiering via de cliënt (cf. zorgverzekering, PAB, PGB) om haar finaliteit meer rechtsreeks zichtbaar te maken. Deze ontwikkeling zou zelfs kunnen bijdragen tot het creëren van een nieuw (neoliberaal) draagvlak voor een ruimere financiering van de welzijnszorg. Aan deze ontwikkeling zijn echter ook risico's verbonden. Indien het sociale draagvlak voor welzijnssolidariteit zou afbrokkelen, kunnen politici de welzijnsbudgetten moeilijker met de zorgnoodzaak laten meegroeien. De schuld voor de zorginkrimping ligt in dat geval niet rechtstreeks bij de politici, maar bij een dominante mentaliteit van de bevolking.

64. Dit is niet onwaarschijnlijk in een samenleving die neoliberaal denkt en waarbij het individu self-supporting moet zijn en voor alles aan zijn eigen zelfontplooiing moet werken. Mensen definiëren zichzelf steeds meer als een autonoom individu en niet langer als zorgend lid van een groep die mee **verantwoordelijk** is voor (het welzijn van) de anderen... Individuen beschouwen zichzelf veel minder dan vroeger als hun broeders hoeder.

65. In onze samenleving heerst er een sterke tendens om zo weinig mogelijk geconfronteerd te worden met lijden en mislukkingen, wat ertoe leidt dat men armen, zieken en gehandicapten wel een goede opvang gunt, maar liefst in de marge van de samenleving en voor zover de eigen welstand daarbij niet in gevaar komt. De neoliberale ideologie met haar **verengde idee van zelfontplooiing** en toenemend materialisme werkt de (soms onnodige) verwijzing (zelfs afschuiving) naar professionele hulpverlening in de hand, vanuit ieders recht op zijn eigen vrijheid en geluk. Welzijnsproblemen worden doorgeschoven naar de samenleving die haar verantwoordelijkheid moet opnemen. Al klinkt de hier geschetste diagnose negatief en lijkt ze eenzijdig, toch mag de aanwezige solidariteit onder de burgers ons niet de ogen sluiten voor deze onmiskenbare aanwezige tegenkrachten.

66. Opdat mensen hun zorgtaken ook daadwerkelijk en moedig zouden opnemen, moet er een grotere **maatschappelijke waardering** tot stand komen voor dit duurzame, dagdagelijkse engagement. Waar serieus belaste zorgende ouders en kinderen bijna als 'gekken' worden beschouwd, wordt de motivatie tot mantelzorg geleidelijk maar zeker ondermijnd. Die zorg wordt dan ook steeds minder als een sociale plicht ervaren. In het kader van de nog steeds toenemende arbeidsparticipatie van de vrouw, die anderzijds nog steeds de hoofdfactor in de mantel- en gezinszorg blijft, krijgt de nood aan erkenning wel een specifiek accent in een bredere visie op zorg- en gendergedifferentieerd emancipatiebeleid.

67. Uit het voorafgaande moet duidelijk zijn geworden dat de overheid niet de enige of de hoofdschuldige is, indien de welzijnshulp onvoldoende beantwoordt aan de vraag. Het probleem is evenzeer sociaal omdat de politiek in grote mate de weerspiegeling is van **socio-culturele en ideologische tendensen** in de samenleving, die er het draagvlak van vormen.

Responsabilisering en solidariteit

68. Het is één zaak van de overheid meer werkingsmiddelen voor de welzijnssector vrij te maken, een andere zaak is de samenleving te **responsabiliseren** en tot solidariteit op te roepen. Het is nog onzeker hoe de verhouding tussen het individu en de anderen verder zal vorm krijgen en gedacht worden. Responsabilisering van autonome individuen houdt in dat mensen zich verantwoordelijk weten in solidariteit voor elkaar. Dit is een belangrijke uitdaging voor de toekomst. Steeds meer zal de overheid het sociale netwerk niet alleen actief moeten ondersteunen, maar voorwaarden scheppen om het te helpen construeren, waar het dreigt weg te zinken. Naast een meer consequente erkenning en waardering voor de mantelzorg is ook het promoten van vrijwilligerswerk daartoe een te bewandelen weg.

De zorgverzekering heeft voor het eerstgenoemde alleszins een aanzet gegeven.

Professionalisering en zorgvershraling

69. Alleszins is het ook een taak van de professionele voorzieningen om de omgevende samenleving te appelleren en gebruikers en hun omgeving als partners op hun medeverantwoordelijkheid te wijzen, hen bij de zorg te betrekken én hen daarbij te ondersteunen. Mensen menen op onze dagen immers al te vlug dat de zorg die zij leveren geen goede zorg is, zij geloven dat professionele zorg altijd beter is omdat die zorg wetenschappelijk verantwoord is en door competente zorgverleners uitgevoerd wordt. Volgens een idee van Ivan Illich leidt **professionalisering** tot het afleren van basale vaardigheden als helpen, troosten, het voorzien in eigen behoeften, ...

70. Waar hulpverleners klaar staan, neigen de betrokkenen af te haken door hun zorgproblemen aan professionelen toe te vertrouwen. Spontane, intuïtieve zorg lijkt wel out, en professionele zorg in. Hoewel dit in de praktijk vaak zo is, gaat dit toch niet helemaal meer op: steeds meer mantelzorgers en professionelen gaan immers samen werken en zijn bereid van elkaar te leren. Het is dan ook een achterhaalde opvatting dat professionele zorg het tegenover niet-professionele zorg zou winnen door deskundigheid, maar verliezen door minder basale emotionele verbondenheid. Ook professionele hulpverleners zijn betrokken op hun cliënten. Professionaliteit mag dan ook geen alibi zijn voor mogelijke mantelzorgers voor het weigeren van zorgverantwoordelijkheid, want ook de professionele zorg heeft grenzen... Professionele zorg en mantelzorg worden opgeroepen **complementair** samen te werken in een gedeelde zorgdoelstelling: het welzijn van de zorgbehoevenden.

71. De overheid mag mantelzorg ook niet promoten om goedkope zorgkrachten te mobiliseren en zo het eigen in gebreke blijven te verdoezelen. Ook hier blijkt dat noch professionele zorg, noch mantelzorg principieel alleen zaligmakend zijn, maar dat de centrale vraag moet blijven wat **haalbare en optimale zorg** voor deze unieke hulpvraag is. Idealiter zouden beide vormen van zorg complementair moeten zijn en elkaar wederzijds ondersteunen. Daarvoor is wellicht nog een hele weg af te leggen.

72. De toenemende zorgvraag zal echter steeds sterkere druk leggen op zowel de professionele voorzieningen als de overheid om hier actief werk van te maken. Zoals gezegd kan ook het inschakelen van **vrijwilligers** in dit perspectief zelfs meer dan een tekenwaarde hebben.

4. DE VIERDE ACTOR: DE OVERHEID

73. Als vierde actor in verband met de toegankelijkheid van de zorg en de wachtlijstenproblematiek verschijnt de overheid als verdeler van financiële middelen, als regelgever en kwaliteitswaarborger. Herhaaldelijk heeft de Vlaamse overheid in verschillende sectoren een initiatief genomen ter verbetering: een bijkomend budget en een task-force voor de verdeling in de gehandicaptenzorg, een uitbreidingsplan in de kinderopvang, een doelgroepgericht ontwikkelingsplan in de bijzondere jeugdbijstand. Daardoor heeft zij een signaal gegeven dat de overheid zich rekenschap geeft van haar **verantwoordelijkheid** voor de ontstane situatie. Om de overheid als actor binnen het welzijnsveld te situeren en haar taak beter te vatten, past een beknopte historische toelichting.

Van caritas over verzorgingsstaat naar zorgzame samenleving

74. Waar het in een eerste fase vooral de kerken waren die zich vanuit de christelijke diaconale caritas ontfermden over mensen in moeilijkheden, heeft de overheid vanaf de achttiende eeuw regelmatig haar taak met betrekking tot het geestelijk, lichamelijk en sociaal welzijn van zijn onderdanen herzien om zichzelf uiteindelijk te definiëren als de grote maatschappelijke zorgverlener met eindverantwoordelijkheid voor de organisatie en de financiering ervan. (**Verzorgingsstaat**)

75. De economische recessie die vanaf 1973 als gevolg van de oliecrisis intreedt, brengt de overheid er toe geleidelijk grenzen te stellen aan de verdere uitbouw van de verzorgingsstaat en opnieuw gaat zij haar taak met betrekking tot gezondheid en welzijn herzien. De overheid roept sinds kort de burgers terug op tot meer verantwoordelijkheid voor hun eigen welzijn. De verzorgingsstaat waarbij de burgers welzijn eisen en in een passief consumeren teveel van anderen verwachten, moet terug een **zorgzame samenleving** worden, waarbij een goed uitgebouwde professionele zorg de zelfzorg en mutuele zorg voor elkaar niet in de weg staat. Dit is het punt waar wij aangekomen zijn. De overheid wordt steeds meer in de rol geduwd van zorgzame overheid. Enerzijds zit ze opgescheept met teveel schulden uit het verleden, anderzijds wordt ze geconfronteerd met de steeds toenemende vraag naar zorg vanuit de basis. Ze kan daaraan mede omwille van de chronische economische labiliteit slechts gedeeltelijk voldoen. Niet alles is mogelijk, maar wat nog wel? Welzijn tot (w)elke prijs? Wat mag de welzijnssector kosten, naast andere posten als onderwijs, pensioenen, gezondheidszorg, defensie?

Van burgers en klanten

76. Een van de grootste politieke veranderingen van de laatste decennia is de herdefiniëring van de relatie tussen overheid en burger tot dienstverlener en klant. De overheid dient de staat te beheren en de burgers worden klanten die de overheidsdiensten (steeds meer gratis) krijgen of kopen. **De burger als cliënt en consument** durft de overheidsdiensten ook op kwaliteit aanspreken. Vanuit deze nieuwe verhouding kan de klanttevredenheid inzake welzijnszorg gemeten worden. Duidelijk is dat het huidig aanbod onvoldoende is en de kwaliteit beter kan. Het gaat goed, maar het moet en kan beter. De eisende overheidsklant denkt snel dat de overheid faalt.

77. Ofschoon het nog de vraag is of dit de ideale en enige verhouding is tussen overheid en burger, verwijst deze verschuiving naar een gewijzigde mentaliteit. De maatschappelijke en politieke **verantwoordelijkheid van de burger** wordt steeds kleiner omdat hij er toe gebracht wordt zich te beperken tot het betalen van belastingen en het consumeren van allerlei maatschappelijke voorzieningen.

Vraag en schaarste, vraag en aanbod

78. Voorzieningen, maar vooral de overheid worden geconfronteerd met een erg elastische zorgvraag die in feite onoplosbaar is. **De zorgvraag is onbeperkt** of oneindig want aan het zorgen komt in principe nooit een einde. De mens als wezen van gemis roept een permanente vraag op om vervulling en bevrediging van behoeften. Vragen om zorg verschuiven dan ook voortdurend en antwoorden blijven steeds tekort schieten. Zorg is dus een open-end begrip. Nieuwe visies op welzijn genereren nieuwe vragen en mogelijkheden. Wat vandaag als optimale zorg beschouwd wordt, kan morgen als onvoldoende afgewezen worden.

79. De vraag zal dan ook altijd groter zijn dan het aanbod en de **schaarste** is structureel. Daarom is het concept vraaggestuurde zorg dubbelzinnig: hiermee wordt gesuggereerd dat de vraag het aanbod volledig zal gaan bepalen. Vraaggestuurde zorg zal rekening moeten houden met de vragen, zonder op alle vragen in te gaan. Vraag en aanbod staan in een dialectische spanning tot elkaar: de vraag zal het aanbod corrigeren, het aanbod de vraag. In deze optiek is het nog maar de vraag of de realisatie van alle zorgwensen wel wenselijk is. Immers, het tekort zal altijd blijven, en dus ook de frustratie en het ongenoegen. Deze vaststelling doet uiteraard geen afbreuk aan het ethisch gefundeerd karakter van het appèl dat uitgaat van elke individuele vraag om hulp.

Vraag- of aanbodgestuurde zorg

80. In het voorgaande werd reeds gesignaleerd dat een zorg organiseren die uitsluitend vraaggestuurd is, niet haalbaar is. Wel kan er sprake zijn van een vraaggestuurde zorg die mede door **het aanbod gecorrigeerd en bijgestuurd** wordt, en bovendien begrensd wordt door een maatschappelijk aanvaard kader. Zo wordt nu reeds in verschillende sectoren gewerkt met een toegangspoort, waarbij de vraag voor de zogenaamde niet-rechtstreeks-toegankelijke-zorg vooraf wordt gescreend op basis van bepaalde criteria. Dit systeem zal in aangepaste vorm nog worden uitgebreid in de zes betrokken sectoren van het experiment Integrale Jeugdhulp. Anderzijds is zuiver aanbodgestuurde zorg, die gestandaardiseerde zorg aanbiedt zonder de individuele zorgvragen in rekening te nemen en waar alleen de zorgaanbieder het zorgpakket bepaalt en de samenleving betaalt, ook niet wenselijk.

81. Het concept vraaggerichte zorg neemt zowat een middenpositie in en drukt beter uit wat hier bedoeld wordt: zorg die zich sterk laat richten door de individuele vragen, zonder daardoor helemaal bepaald te worden. **Vraaggericht werken** is er voor zorgen dat het aanbod geflexibiliseerd wordt, zodat het optimaal kan aansluiten bij de behoeften en wensen van de hulpvragers.

82. Volledig vraaggestuurde zorg is financieel, praktisch en organisatorisch niet haalbaar. Het centraal stellen van de zorgvragen betekent niet dat de gevraagde zorg ook de beste zorg voor deze hulpvragers is. Deskundigen hebben het recht de zorgvraag te evalueren en in samenspraak met de hulpvragers eventueel bij te stellen tot **effectieve en haalbare zorg**.

De discussie tussen aanbod- en vraaggestuurde zorg voorbij

83. Vanuit deze overwegingen meent de commissie dat het concept 'zorg-appèl' een eigen specifieke méérwaarde heeft voor de hulpverlener. Hierin wordt scherper uitgedrukt dat er in de zorgrelatie sprake is van een **wederkerigheid**, niet tussen autonome over zichzelf beschikkende gelijke individuen, maar tussen op mekaar betrokken gelijk-waardige partners in een verschillende situatie en context. In de term 'appèl' ligt vervat dat de hulpvraag geen dwingende eis is, maar een open vraag om hulp.

84. Tegenover het appèl van de hulpzoekende (of 'het gelaat' van die hulpzoekende andere) staat de dringende uitnodiging aan de hulpverlener om zich te laten raken, en op de vraag om hulp en erkenning in te gaan. Hulpverlening is in deze visie meer dan 'u vraagt, wij draaien', meer dan het ingaan op een naakte, directe, eventueel eisende vraag. Zo wordt het een genereuze **respons op een appèl**, en een samen op zoek gaan naar wat goed en haalbaar is in een gegeven situatie. Het steeds meer dominerende denken over hulp in termen van rechten (en plichten) sluit verbondenheid tussen mensen niet per definitie uit, maar wordt in deze visie overstegen door een samen op weg gaan om de zorgvraag uit te klaren, in de erkenning dat de hulpverleningsrelatie, ofschoon fundamenteel asymmetrisch, niet paternalistisch maar zelfs wederzijds verrijkend kan zijn.

Gepaste zorg

85. De overheid stelt zich als doel "**gepaste zorg**" mogelijk te maken. Deze notie vraagt nadere invulling, maar biedt een interessant perspectief aan. Duidelijk wordt aangegeven dat zorg naar behoefte of naar vraag niet mogelijk is, omdat - zoals wij reeds schreven - de zorgvraag mateloos en onbepaald is. De overheid wil streven naar zorg die noch optimaal of maximaal is, noch minimaal, maar 'goed genoeg' is, in de zin van de best haalbare en betaalbare zorg.

86. Gepaste zorg schakelt niet alles in wat ook maar op de welzijnsmarkt aan mogelijkheden te vinden is. Gepaste zorg is redelijk, niet optimaal, maar goed overwogen en **gedoseerde zorg**, omdat er altijd meer en beter zou kunnen gedaan worden dan wat effectief gedaan wordt. Met deze spanning en uitdaging, die vaak beleefd wordt als een frustratie, zullen hulpvragers maar ook hulpverleners in de toekomst moeten leren omgaan.

Vragen aan de overheid

87. Gezien de belangrijke rol die de overheid heeft in de financiering en de organisatie van de welzijnssector, wordt dit deel afgesloten met het formuleren van vragen en wensen.

88. Op de eerste plaats zijn dringende maatregelen nodig om de toegankelijkheid van de zorg te blijven verzekeren en de wachtlijsten tot redelijke proporties terug te brengen. Daartoe moeten de budgetten aangepast worden. De zorgplanning en zorgafstemming kunnen beter. Er is niet alleen gepaste zorg nodig, maar in de huidige omstandigheden ook voldoende zorg. Mikken op meer efficiëntie is, hoe plausibel ook, onvoldoende om de huidige problemen weg te werken. Er wordt al zolang gestreefd naar meer efficiëntie. Er zijn dus onmiskenbaar **meer middelen** nodig om voldoende zorg te realiseren en dit vraagt een volgehouden en versnelde inspanning gespreid over enkele jaren.

89. Daarbij moeten ook de inspanningen van voorzieningen met zorg in overtal boven hun capaciteit worden gehonoreerd. De **omkaderingsbeperking**⁴ die - tegen de voorziene regelgeving in - in sommige sectoren nog steeds wordt gehandhaafd moet daarbij ook dringend worden **opgeheven**.

90. Op lange termijn zijn **structurele veranderingen** nodig die de toegang voor zware zorgsituaties tot de welzijnsvoorzieningen zullen vergemakkelijken en garanderen. Hierbij rijst de vraag of er geen meer aangepast financieringssysteem moet komen dat meer gedifferentieerd rekening houdt met o.a. de zwaarte van de zorg, de zorggradatie en het helpend vermogen van de persoon en zijn omgeving, wetende dat de zorgvraag de volgende decennia nog zal toenemen, onder meer als gevolg van de vergrijzing van de bevolking, de verminderde draagkracht van de verdunde gezinnen en de toenemende welzijnseisen.

91. Er wordt geopperd dat meer **marktwerking** de problemen in de zorg zou kunnen oplossen. In een sector waar het relationele primeert op het technische, de zorgen weinig techniek en apparatuur vergen en niet scherp aflijnbaar zijn als producten, **lijkt** de markt **niet geschikt** om als basismechanisme te fungeren voor de regulering van de behoeftedekking in de welzijnszorg. Welzijnszorg is niet maakbaar als marktconform product. Ten diepste is zorg, vooral in deze sector, een gratuite betrokkenheid van persoon naar persoon, met een wederzijds zorgengagement.

92. De markt zou de zorg verder **individualiseren** wat zou leiden tot dienstencentra waar bewoners samenleven, die gebruik maken van verschillende zorgregimes, al naar gelang de financiële mogelijkheden van de ouders of familieleden. Ook als distributiesysteem faalt het marktdenken in het welzijnswerk. Een marktwerking is alleen een aantrekkelijke formule voor mondige en financieel krachtige individuen, die zich vrij op de markt van gezondheid en welzijn kunnen begeven om zorg te shoppen. Voor veel klanten van de welzijnssector **behoort** dit juist **niet tot de mogelijkheden**.

93. Dit betekent echter niet dat sommige diensten niet meer marktgebonden zouden kunnen georganiseerd en verdeeld worden en dat, mits **correctie van de zwakke positie van sommige gebruikers** en een degelijke kwaliteitscontrole, aanvullend elementen van een meer marktgerichte werking in een gezonde concurrentiële sfeer de effectiviteit en efficiëntie zouden kunnen ten goede komen.

⁴ Zo wordt bvb. in de gehandicaptensector reeds verschillende jaren de in de regelgeving voor bepaalde zorgvormen voorziene personeelsomkadering slechts voor een bepaald percentage toegekend. Het spreekt vanzelf dat de opvangmogelijkheden voor moeilijke zorgsituaties hierdoor sterk worden beknod.

BESLUIT

94. Door het feit van schaarste als structureel gegeven in de welzijnssector tegenover een zeer elastische vraag, zullen wachtlijsten blijven bestaan en voor morele dilemma's zorgen. De belangen van de hulpvrager en deze van de voorzieningen zullen tegen elkaar afgewogen moeten worden in een streven naar een zo goed mogelijke, billijke en haalbare oplossing. Deze zal wellicht altijd liggen tussen een noodzakelijk minimum aan basiszorg en een optimum aan ideale zorgverstrekking. De realisatie daarvan kan niet zonder flexibiliteit, maar ook niet zonder creativiteit en edelmoedigheid binnen zowel intern als regionaal overleg. Ook mag van de overheid een grotere financiële inspanning gevraagd worden, zodat gepaste zorg mogelijk wordt en de toegankelijkheid van de zorg sneller verloopt.

95. Eén zaak staat vast: zolang de toegang tot de zorg bemoeilijkt wordt door lange wachtlijsten, zullen de zorgaanbieders zich blijvend voor tragische keuzen geplaagd zien, waardoor zij altijd vuile handen zullen hebben, hoe zorgvuldig zij ook tewerk gaan. Een oplossing vraagt een maximale synergie tussen de verschillende betrokken partners in de zorg, waarbij elk op zijn niveau zijn volle verantwoordelijkheid moet kunnen nemen. Dit vooronderstelt allereerst dat elke partner zich ten volle au sérieux genomen voelt door de anderen. Het gaat om een participatief proces waarbij het beleid ruimte biedt en positieve stimuli aanreikt om deze opdracht gezamenlijk tot een goed einde te brengen.

96. Een puur numeriek gebruik van de wachtlijsten (wie eerst vraagt, eerst krijgt) zal niet voldoende zijn om aan de verschillende vragen tegemoet te komen. De ervaring leert dat zelfs goed bijgehouden wachtlijsten en stevig doordachte urgentiecriteria op zich geen garantie bieden tot een verantwoorde keuzebepaling. Wachtlijsten zijn nuttige maar niet eenduidig hanteer- en interpreteerbare instrumenten, die door de verschillende betrokken partijen dan ook misbruikt kunnen worden. In die zin is er ook nood aan een ethische kijk op het omgaan met wachtlijsten. Daarom willen we oriëntaties geven om met deze dringende en dwingende opvang-, hulp- en zorgvragen om te gaan. Tegelijk pleiten we ervoor alert te blijven voor het juist gebruik van de wachtlijsten door alle betrokkenen: met name als registratie-instrument, en niet als programmatie-instrument.

ADVIES

DEEL 3: OPNAMEPLICHT – OPNAMEVRIJHEID: ORIËNTATIES NAAR DE TOEKOMST

97. Vanuit voorgaande analyse en probleemstelling wil de ethische commissie van het Vlaams Welzijnsverbond enkele algemene en concrete adviezen formuleren in verband met de problematiek van opnameplicht en opnamevrijheid. Alhoewel de focus van dit advies georiënteerd wordt naar voorzieningen kunnen en willen we ook het macro-ethisch perspectief van de samenleving en het micro-ethisch perspectief van de gebruiker aan bod laten komen. Uitgangspunt hierbij was **een visie op gedeelde verantwoordelijkheid** van de verschillende op de problematiek betrokken partijen, met name de gebruikers (en hun omgeving), de voorzieningen, de overheid en de samenleving.

1. DE GEBRUIKERS: RECHT OP ZORG MET BEHOUD VAN KEUZEVRJHEID

98. De commissie opteert ervoor te vertrekken vanuit de notie van gedeeld partnerschap en een ethisch gefundeerd recht op zorg en hulpverlening.

'Recht op zorg' als sociaal grondrecht

99. Als sociaal grondrecht verwijst het 'recht op zorg' niet noodzakelijk naar een opname, maar wel naar **een oplossing** die gezocht wordt die zoveel mogelijk aansluit op de vraag van de gebruiker. De zorgvraag en het verhaal van de gebruiker vormen het uitgangspunt.

100. Daarbij moeten we er rekening mee houden dat elke zorgvraag steeds **contextueel** gesitueerd is. De individuele zorgvrager staat nooit op zich en vormt steeds een deel van een sociaal netwerk waarbinnen de zorgvraag geplaatst moet worden. Een zorgvraag is daarbij niet enkel de uitdrukking van de individuele verwachting van een gebruiker, maar ook het resultaat van een dialogaal proces, waarbij de hulpverlener actief mee zoekt naar een uitklaring van de zorgbehoefte.

101. De commissie is van oordeel dat het ethisch gefundeerd recht op zorg en hulpverlening ook vertaald moet worden in een juridisch individueel afdwingbaar recht op hulp- en dienstverlening. Een individueel afdwingbaar recht versterkt de **positie van de zorgvrager** in dit debat. Een dergelijk juridisch afdwingbaar recht moet ook verankerd worden in een systeem van financiering en regelgeving die de uitoefening van dit recht mogelijk maakt. Het inbouwen van zo een recht, zonder verandering van de huidige werkwijze, zou kunnen leiden tot scheefgroei in de zorg. Vanuit een specifieke christelijke voorkeursoptie voor de zwaksten vragen we aandacht voor de maatschappelijke positie van hen die misschien niet de mogelijkheden of de middelen hebben om in de toekomst langs juridische weg dit recht af te dwingen.

Rechten binnen de hulpverlening

102. De commissie vindt het belangrijk dat ten allen tijde de individuele **keuzevrijheid** van de gebruiker gegarandeerd moet worden. Het 'weigeren' van een bepaalde oplossing door de gebruiker mag niet gesanctioneerd worden door het schrappen van de gebruiker uit één of andere vorm van wachtlijst.

103. Ook wanneer er sprake is van een **gedwongen hulpverlening** binnen de bijzondere jeugdzorg, moeten zoveel mogelijk de keuzemogelijkheden van de jongere (en zijn leefomgeving) gerespecteerd worden.

104. Bovendien vraagt de commissie een toenemende waakzaamheid voor de privacy van de gebruiker, ook al zijn registratie en uitwisseling van gegevens noodzakelijk voor het goed organiseren van de zorg. De waarde van de efficiëntie van de zorgorganisatie moet steeds afgewogen worden tegenover de waarde van het **respect voor de privacy** van de gebruiker.

105. De visie op **gedeelde verantwoordelijkheid** met de hulpvrager en zijn omgeving, het zorgpartnerschap, betekent ook dat zowel de zorgvrager als zijn omgeving bereid zijn hun volle verantwoordelijkheid te nemen om binnen hun mogelijkheden hun deel aan de probleemoplossing bij te dragen.

2. De voorziening: naar een ethisch verantwoord 'opnamebeleid'

Transparantie in het opnamebeleid

106. De commissie vraagt aan de voorzieningen om hun **opnamebeleid** op een ethisch verantwoorde wijze uit te bouwen en te **expliciteren**, én het regelmatig te toetsen aan de feitelijkheid. Op deze manier zal het feitelijke opnamebeleid de kritische toetssteen vormen van de waarden en visies van een organisatie. Zowel naar de individuele zorgvragen als naar de gebruikers(raad) toe kan het transparant maken van de beslissingsprocedures en de daarbij gehanteerde criteria bijdragen tot een betere zorgverlening.

107. Volledige transparantie van de beslissingsprocedures zijn noodzakelijk voor een goed opnamebeleid. Door het vastleggen van deze elementen in een voor iedereen **toegankelijk protocol** kan een open en eerlijke afweging gemaakt worden van alle indicaties en contra-indicaties bij een nieuwe opname. Alle betrokken partners dienen de geëxpliciteerde criteria te kennen en te respecteren. Spanningen en tegengestelde belangen rondom een opname moeten niet verdoezeld worden. Door deze een plaats te geven pleiten we voor een gedeelde verantwoordelijkheid in de zorg en voor het besef dat ook waardeconflicten hierover uitgesproken kunnen worden.

108. Alle criteria in verband met opname, zowel de formele als de soms impliciete 'informele' criteria, moeten **kritisch getoetst** worden in het licht van de waarden, de missie en de maatschappelijke opdracht van een voorziening.

Een breed gedragen beslissingsproces

109. Een beslissing van een opnameteam is de resultante van een cognitief en rationeel afwegingsproces én van de gepersonaliseerde en warm-menselijke betrokkenheid. Niet enkel de objectieve analyse, maar ook de betrokkenheid bieden garanties om te komen tot een **verantwoorde beslissing**. Vertrekkende vanuit het concept van **gedeelde zorg** is het ook noodzakelijk dat binnen een voorziening verschillende betrokken partners betrokken kunnen worden bij de opname. Dit betekent uiteraard niet dat een opname enkel het voorwerp is van een 'meerderheidsbeslissing' van alle betrokken partijen.

110. De commissie benadrukt dat in heel het afwegingsproces zowel de zorgvrager als zijn omgeving als partners in de zorg zo au sérieux genomen worden, dat ze met grote zorgzaamheid blijvend worden betrokken en geïnformeerd over het verloop van de procedure en de besluitvorming. De mate waarin aan de gebruiker – met respect voor de privacybescherming – een **verantwoording** kan gegeven worden van de genomen beslissing, kan hierbij een toetssteen zijn. Bovendien moet het recht voorzien worden om - desgewenst - tijdens de procedure gehoord te worden. Indien er een negatieve beslissing valt, heeft de voorziening de morele plicht de hulpvrager verder op weg te zetten in zijn zoektocht en kan het wenselijk zijn tijdelijke tegemoetkomende maatregelen te voorzien met het oog op een zo leefbaar mogelijke tussentijdse situatie.

111. Binnen de afweging van de indicaties en contra-indicaties voor een nieuw opname moet ook rekening gehouden worden met **de draagkracht en de mogelijkheden van een team**. De commissie wijst er ook op dat de opnameproblematiek het beleid van een voorziening voor de opdracht plaatst om de bestaande hulpverlening kritisch door te lichten en telkens opnieuw de draagkracht en mogelijkheden van een team te ondersteunen en verder uit te bouwen zodat ook nieuwe en complexe zorgvragen begeleid kunnen worden.

Een christelijke voorkeursoptie

112. Vanuit een christelijke voorkeursoptie voor (maatschappelijk) 'zwakke en kwetsbare' mensen, vraagt de commissie dat voorzieningen in hun opnamebeleid een bijzondere aandacht hebben voor diegenen die vandaag in de toegang tot de zorg beperkt zijn. Deze voorkeursoptie zal zich in eerste instantie vertalen in een **mondig maken** en versterken van deze groep mensen, zodat hun vraagstelling even sterk aan bod kan komen als die van de mondige gebruiker.

113. De commissie vindt dat het financieel onvermogen van een zorgvrager geen voldoende argument op zich vormt om iemand niet te begeleiden. De commissie vindt het volstrekt ethisch **onaanvaardbaar** dat informele en niet gecommuniceerde **financiële elementen** een rol zouden spelen in het opnamebeleid van een voorziening.

114. Ook al kunnen individuele zorgvragen moeilijk tegenover elkaar uitgespeeld worden, toch vindt de commissie het zeer problematisch dat **jongeren en kinderen** die nog volop in ontwikkeling zijn en reeds een tijd met een ernstige zorgnood aankloppen, vandaag nog op wachtlijsten voorkomen. Vanuit preventief oogpunt zou elke vorm van wachtlijst voor deze groep moeten kunnen vermeden worden. Immers, de vraag naar opname is op zich reeds een indicatie van een ernstig gevaar voor een gestoorde ontwikkeling. Adequate hulpverlening zou dit moeten voorkomen.

Een regionaal gedeelde verantwoordelijkheid

115. De commissie vindt dat voorziening zich moeten engageren om vanuit het concept van **gedeeld partnerschap in de regio** samen met gebruikers en verwijzers te zoeken naar oplossingen voor het probleem van de wachtlijsten. De commissie vindt dat christelijk geïnspireerde voorzieningen hierin een voortrekkersrol moeten opnemen. Dit houdt in dat ook het ethisch omgaan met de wachtlijst vanuit de voorziening een blijvend aandachtspunt is, zowel naar aanbod van plaatsen voor niet zo eenvoudige zorgvragen als naar het correct toepassen van de gehanteerde criteria voor de vanuit de eigen voorziening aangebrachte zorgsituaties.

116. Samen met de overheid moeten voorzieningen zoeken naar een goed in kaart gebrachte **programmatie** op regionaal niveau die toelaat om een individueel antwoord te formuleren op een individuele zorgvraag.

3. DE OVERHEID EN DE SAMENLEVING: EEN ZORGZAAM SOCIAAL NETWERK

117. Op macrovlak heeft de problematiek van opnameplicht en opnamevrijheid niet enkel te maken met verdeling van beschikbare middelen in de welzijnzorg, maar ook met de uitbouw van een **maatschappelijk draagvlak** waarbij sociale ondersteuning, vrijwilligerswerk en professionele zorg elkaar kunnen aanvullen. Initiatieven die dit sociaal netwerk rondom de zorgvrager uitbouwen moeten gestimuleerd worden. Daartoe moeten de basale zorgrelaties maximaal worden gehonoreerd en ondersteund. Een benadering waarbij alleen vertrokken wordt vanuit het individuele recht van de cliënt op een oplossing mag niet voorbijgaan aan het belang van dit sociaal netwerk dat op micro- en meso-niveau het fundament vormt van een zorgzame samenleving.

118. Binnen het huidige maatschappelijke debat over wachtlijsten komt het 'surplus aan zorg' dat vele voorzieningen vandaag organiseren te weinig aan bod. De commissie constateert dat initiatieven vandaag op een wel doordachte en goed onderbouwde wijze 'meer' doen dan datgene wat de overheid strikt gezien van hen kan verwachten. De bereidheid van voorzieningen om in overtal te gaan en om extra inspanningen te leveren naar moeilijke doelgroepen ontstaat dikwijls als een heel concreet antwoord op het ethisch appèl dat telkens opnieuw uitgaat van de soms schrijnende sociale urgentie van een individuele zorgvraag. Het verdient dan ook een **rechtmatige honorering** vanwege de overheid.

119. Van de overheid wordt verwacht dat zij samen met de partners in de uitbouw van de zorg op basis van wetenschappelijk en statistisch onderbouwde modellen een programmatie voor de welzijnssector zou uitbouwen. Deze programmatie moet toelaten om op middellange termijn een concreet en correct beeld te schetsen van de te verwachten zorgvragen. Hierop kan dan tijdig het beleid worden afgestemd. De commissie is van oordeel dat naast oplossingen op korte termijn en de hiervoor gehanteerde instrumenten (wachtlijsten, urgentiebepalingen...) een rechtvaardige verdeling van beschikbare middelen enkel maar kan gebeuren op basis van dit soort degelijke en transparante **kennis van de feitelijkheid**. In de tussentijd mogen de wachtlijsten dan ook niet (stommelings) als pseudo-programmatie instrument worden gebruikt aangezien ze daar niet voor zijn geconcipeerd. Wel verwachten we van de overheid een correct omgaan met de regionale besluitvorming hieromtrent en een even correct honoreren van de gevolgen daarvan, rekening houdend met de daartoe geleverde bijkomende inspanningen.

120. Het is de taak van de overheid om binnen het kader van kwaliteitsaudits voldoende aandacht te geven aan een kritische **toetsing van het opnamebeleid** van een voorziening. Die toetsing door de overheid mag niet enkel beschouwd worden als een controle, ze heeft ook een ethische dimensie, daar we ze appelleert aan de sociale opdracht van een voorziening.

121. De commissie vindt dat een 'opnameverplichting' niet mag leiden tot een rechtstreeks **ingrijpen van de overheid** op het niveau van het opnamebeleid van een particuliere voorziening. De bestemming van bijkomende middelen om tegemoet te komen aan de meest dringende wachtlijstproblemen kan uiteraard wel aan bijkomende selectiviteitsvoorwaarden voor opname worden gekoppeld. De voorziening dient zich hier dan ook strikt aan te houden.

122. Het vandaag gehanteerde **systeem van financiering** en vergunningsaanvragen laat niet toe om aan de gebruiker de garantie te geven van een antwoord op zijn hulpvraag wanneer dit nodig zou zijn. De commissie is van oordeel dat voor te toekomst moet nagedacht worden over andere financieringsmogelijkheden en een soepeler regelgeving die toelaat om met meer flexibiliteit in te spelen op concrete en acute vragen. Ondertussen vraagt de commissie aan de overheid om zeer voorzichtig te zijn in het uitspreken van garanties hieromtrent naar gebruikers toe. Ook al zou dit een vermindering betekenen van de druk op de wachtlijsten, zolang geen alternatief systeem werd uitgebouwd, is elke vorm van misleiding van de gebruiker in deze richting ongepast.