

REGION DE BRUXELLES-CAPITALE — BRUSSELS HOOFDSTEDELIJK GEWEST

COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE
DE BRUXELLES-CAPITALE

[C – 2021/42681]

19 JUILLET 2021. — Arrêté ministériel fixant le guide pour l'évaluation du degré de réduction d'autonomie

Les Membres du Collège réuni de la Commission communautaire commune, en charge de l'Action sociale et de la Santé,

Vu l'arrêté du Collège réuni de la Commission communautaire commune du 28 janvier 2021 portant exécution de l'ordonnance du 10 décembre 2020 relative à l'allocation pour l'aide aux personnes âgées, article 2, § 1^{er} ;

Vu l'avis du Conseil de gestion de la santé et de l'aide aux personnes de l'Office bicommunautaire de la santé, de l'aide aux personnes et des prestations familiales du 22 juin 2021 ;

Considérant que, conformément aux articles 9 et 30 de l'arrêté du 8 mars 2007 relatif au contrôle administratif et budgétaire ainsi qu'à l'établissement du budget, le présent arrêté ministériel ne doit pas être soumis à l'accord préalable des membres du Collège réuni, en charge du Budget, et à l'avis préalable de l'Inspecteur des Finances;

Vu l'évaluation au regard du principe de handstreaming, réalisée le 29 juin 2021 ;

Vu l'évaluation de l'impact sur la situation respective des femmes et des hommes, réalisée le 29 juin 2021 ;

Vu la demande d'avis dans un délai de 30 jours, adressée au Conseil d'État le 8 juillet 2021, en application de l'article 84, § 1, alinéa 1, 2^o, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973;

Considérant l'absence de communication de l'avis dans ce délai;

Vu l'article 84, § 4, alinéa 2, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973;

Sur la proposition des membres du Collège réuni, en charge de l'Action sociale et de la Santé ;

Après délibération,

Arrêtent :

Article 1^{er}. L'évaluation du degré de réduction d'autonomie, tel que visée à l'article 2, § 1^{er}, de l'arrêté du 28 janvier 2021 portant exécution de l'ordonnance du 10 décembre 2020 relative à l'allocation pour l'aide aux personnes âgées, se fait au moyen du guide pour l'évaluation du degré de réduction d'autonomie, annexé au présent arrêté ministériel.

Art. 2. Le présent arrêté ministériel produit ses effets le 1^{er} janvier 2022.

Bruxelles, le 19 juillet 2021.

Les membres du Collège réuni,
en charge de l'Action sociale et de la Santé,
A. MARON

GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE
VAN BRUSSEL-HOOFDSTAD

[C – 2021/42681]

19 JULI 2021. — Ministerieel besluit tot vaststelling van de handleiding voor de evaluatie van de graad van verminderde zelfredzaamheid

De Leden van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, bevoegd voor Welzijn en Gezondheid,

Gelet op het besluit van 28 januari 2021 tot uitvoering van de ordonnantie van 10 december 2020 betreffende de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden, artikel 2, § 1;

Gelet op het advies van de Beheerraad voor Gezondheid en Bijstand aan Personen van de bicommunautaire Dienst voor Gezondheid, Bijstand aan Personen en Gezinsbijslag van 22 juni 2021;

Overwegende dat dit ministerieel besluit, overeenkomstig de artikelen 9 en 30 van het besluit van 8 maart 2007 betreffende de administratieve en begrotingscontrole evenals de begrotingsopmaak, niet aan het voorafgaandelijke akkoord van de leden van het Verenigd College, bevoegd voor de Begroting, en aan het voorafgaandelijk advies van de Inspecteur van Financiën moet worden voorgelegd;

Gelet op de evaluatie vanuit het oogpunt van handstreaming, uitgevoerd op 29 juni 2021;

Gelet op de evaluatie van de impact op de respectieve situatie van vrouwen en mannen, uitgevoerd op 29 juni 2021;

Gelet op de adviesaanvraag binnen de 30 dagen, die op 8 juli 2021 bij de Raad van State is ingediend, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2^o, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Overwegende dat het advies niet is meegedeeld binnen die termijn;

Gelet op artikel 84, § 4, tweede lid, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Op voorstel van de Leden van het Verenigd College bevoegd voor Welzijn en Gezondheid;

Na beraadslaging,

Besluiten :

Artikel 1. De evaluatie van de graad van verminderde zelfredzaamheid, zoals bedoeld in artikel 2, § 1, van het besluit van 28 januari 2021 tot uitvoering van de ordonnantie van 10 december 2020 betreffende de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden, gebeurt aan de hand van de als bijlage gevoegde handleiding.

Art. 2. Dit ministerieel besluit heeft uitwerking met ingang van 1 januari 2022.

Brussel, 19 juli 2021.

De leden van het Verenigd College,
bevoegd voor Welzijn en Gezondheid,
E. VAN DEN BRANDT

Annexe. Guide pour l'évaluation du degré de réduction d'autonomie**1. Généralités :**

Pour l'évaluation du degré de réduction d'autonomie, ce ne sont pas les troubles et maladies eux-mêmes qui sont mesurés, mais bien leurs répercussions sur les facteurs suivants :

- I. possibilités de se déplacer ;
- II. possibilités de se nourrir ou de préparer sa nourriture ;
- III. possibilités d'assurer son hygiène personnelle et de s'habiller ;

IV. possibilités d'entretenir son habitat et d'accomplir des tâches ménagères ;

V. possibilités de vivre sans surveillance, d'être conscient des dangers et d'être en mesure d'éviter les dangers ;

Bijlage. Handleiding voor de evaluatie van de graad van verminderde zelfredzaamheid**1. Algemeen:**

Voor de evaluatie van de graad van verminderde zelfredzaamheid worden niet de stoornissen of ziekten zelf gemeten, maar de gevolgen ervan voor de volgende factoren:

- I. verplaatsingsmogelijkheden;
- II. mogelijkheden om zijn voedsel te nuttigen of te bereiden;
- III. mogelijkheid om voor zijn persoonlijke hygiëne te zorgen en zich te kleden;
- IV. mogelijkheid om zijn woning te onderhouden en huishoudelijk werk te verrichten;
- V. mogelijkheid om te leven zonder toezicht, zich bewust te zijn van gevaar en gevaar te kunnen vermijden;

VI. possibilités de communiquer et d'avoir des contacts sociaux.

Quels que soient :

- les troubles physiques ;
- les troubles psychologiques ;
- les troubles cognitifs ;
- les troubles sensoriels ;
- les troubles du comportement;
- les maladies chroniques ;

— présentés isolément ou de manière combinée chez le bénéficiaire, ces facteurs doivent être évalués et cotés.

Pour chaque facteur, le médecin ou l'équipe pluridisciplinaire, composée d'au moins un médecin fera une évaluation des conséquences de l'ensemble des troubles et maladies présentés par le bénéficiaire.

Le fait que le bénéficiaire séjourne dans une institution ne veut pas dire que ses troubles ou ses maladies ayant des conséquences sur l'autonomie soient résolus mais peut au contraire déjà constituer une indication de l'existence d'une réduction d'autonomie. De même, la situation particulière du bénéficiaire au moment de l'évaluation ne peut pas être décisive pour déterminer son degré de réduction d'autonomie. C'est la situation moyenne qui doit être évaluée.

Aussi bien lors de la première évaluation que lors des évaluations suivantes, on veille à ce que l'amélioration du degré de réduction d'autonomie ne soit pas pénalisée pour autant qu'elle résulte d'efforts fournis par le bénéficiaire lui-même, de l'emploi d'aides techniques ou de prothèses ou de toute forme de service fourni au bénéficiaire.

Etant donné que l'instrument de mesure utilisé doit permettre de mesurer les conséquences de n'importe quel trouble ou maladie, il s'en suit, lors de la réponse aux questions au sujet des facteurs, une attention maximale doit être réservée aux particularités que comporte chaque type de trouble ou de maladie. En outre, on doit se référer à une situation moyenne d'une personne de la même catégorie d'âge.

En pratique, l'évaluation du degré de réduction d'autonomie est basée sur l'analyse de différents documents concernant la situation médicale et concernant l'autonomie de chaque bénéficiaire. Si cela est nécessaire pour l'établissement de la réduction d'autonomie, le bénéficiaire est convoqué pour un examen. A noter qu'il est tout à fait possible que la prise de décision relative au degré de réduction d'autonomie se fasse uniquement sur base de documents.

La décision faisant suite à l'évaluation sera transcrite dans un rapport, disponible à la demande du bénéficiaire ou de son médecin traitant.

Les facteurs I à VI inclus à prendre en considération sont présentés dans l'échelle médico-sociale.

Pour chaque facteur, en fonction des troubles et des maladies présentés par le bénéficiaire, quatre réponses possibles peuvent être fournies, à savoir :

- pas de difficultés, pas d'effort spécial ni de moyens auxiliaires spéciaux : 0 point est octroyé;
- difficultés limitées, ou effort supplémentaire limité, ou usage limité de moyens auxiliaires spéciaux : 1 point est octroyé;
- difficultés importantes ou effort supplémentaire important ou usage important de moyens auxiliaires spéciaux : 2 points sont octroyés;

- impossible sans l'aide d'une tierce personne, sans accueil dans un établissement approprié ou sans environnement intégralement adapté : 3 points sont octroyés.

Pour chaque facteur, la cote retenue peut être motivée, en tenant compte de la possibilité d'accomplir ou non le facteur mais aussi de la rapidité avec laquelle il est accompli, des efforts et de la peine associés à l'accomplissement, de l'emploi de prothèses ou d'aides techniques ou de toute forme de service fourni au bénéficiaire et de la nécessité, permanente ou non, de l'aide d'autrui.

Les points notés sont totalisés et selon ce total, le bénéficiaire appartient à l'une des catégories mentionnées à l'article 8 de l'ordonnance du 10 décembre 2020 relative à l'allocation pour l'aide aux personnes âgées.

VI. mogelijkheid tot communicatie en sociaal contact.

Om het even welke:

- lichamelijke stoornissen;
- psychologische stoornissen;
- cognitieve stoornissen;
- zintuiglijke stoornissen;
- gedragsstoornissen
- chronische ziektes;

— de begunstigde, afzonderlijk of gecombineerd, vertoont, moeten deze factoren geëvalueerd en gequoteerd worden.

Voor elke factor zal de arts of het multidisciplinair team, dat bestaat uit minstens één arts, de gevolgen evalueren van alle stoornissen of ziekten die de begunstigde heeft.

Het feit dat de begunstigde in een instelling verblijft, betekent niet dat zijn of haar stoornissen of ziekten met gevolgen voor de zelfredzaamheid zijn opgelost, maar kan reeds een aanwijzing zijn voor het bestaan van een verminderde zelfredzaamheid. Ook mag de bijzondere situatie van de begunstigde op het moment van de evaluatie niet doorslaggevend zijn om de graad van verminderde zelfredzaamheid vast te stellen. Het is de gemiddelde situatie die moet worden geëvalueerd.

Zowel bij de eerste als bij de volgende evaluatie wordt erop toegezien dat de verbetering van de graad van verminderde zelfredzaamheid niet bestraft wordt, op voorwaarde dat die verbetering voortvloeit uit de inspanningen van de begunstigde zelf, van het gebruik van technische hulpmiddelen of van prothesen of van eender welke vorm van dienstverlening aan de begunstigde.

Aangezien het gebruikte meetinstrument in staat moet zijn de gevolgen van elke stoornis of ziekte te meten, moet er bij het beantwoorden van de vragen over de factoren zoveel mogelijk aandacht worden besteed aan de bijzonderheden van elk type stoornis of ziekte. Bovendien moet men zich baseren op een gemiddelde situatie van een persoon van dezelfde leeftijdscategorie.

In de praktijk is de evaluatie van de graad van verminderde zelfredzaamheid gebaseerd op de analyse van verschillende documenten over de medische situatie en de zelfredzaamheid van elke begunstigde. Als dat voor de vaststelling van de verminderde zelfredzaamheid nodig is, wordt de begunstigde opgeroepen voor een onderzoek. Het is heel goed mogelijk dat de beslissing betreffende de graad van verminderde zelfredzaamheid uitsluitend wordt genomen op basis van documenten.

De beslissing na de evaluatie wordt opgetekend in een verslag, dat op verzoek van de begunstigde of zijn behandelend arts beschikbaar is.

De in aanmerking te nemen factoren I tot en met VI worden weergegeven in de medisch-sociale schaal.

Voor elke factor kunnen, op basis van de stoornissen en ziekten die de begunstigde vertoont, vier mogelijke antwoorden worden gegeven, namelijk:

- geen moeilijkheden, geen bijzondere inspanning en geen bijzondere hulpmiddelen: 0 punten worden toegekend;
- beperkte moeilijkheden of beperkte bijkomende inspanning of beperkt beroep op bijzondere hulpmiddelen: 1 punt wordt toegekend;
- grote moeilijkheden of een grote bijkomende inspanning of uitgebreid beroep op bijzondere hulpmiddelen: 2 punten worden toegekend;

- onmogelijk zonder hulp van derden, zonder opvang in een aangepaste voorziening of zonder volledig aangepaste omgeving: 3 punten worden toegekend.

Voor elke factor kan de evaluatie worden gemotiveerd door rekening te houden met de vraag of de factor al dan niet kan worden uitgeoefend, maar ook met de snelheid waarmee dit gebeurt, de inspanningen en de moeite die ermee gepaard gaan, met het gebruik van prothesen of technische hulpmiddelen of enige vorm van dienstverlening aan de begunstigde en met de vraag of er al dan niet permanente hulp van anderen nodig is.

De toegekende punten worden samengeteld en naar gelang van dit totaal behoort de begunstigde tot een van de categorieën zoals vermeld in artikel 8 van de ordonnantie van 10 december 2020 betreffende de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden.

2. Echelle médico-sociale :

Chacun des 6 facteurs (I à VI inclus) doit être évalué pour toutes les catégories de bénéficiaires, qu'ils soient atteints de troubles physiques, psychologiques, cognitifs, sensoriels ou du comportement ou atteints d'une maladie chronique.

Pour chacun des six facteurs, la réduction d'autonomie est évaluée sur un ou plusieurs des plans suivants :

- sur le plan moteur;
- sur le plan énergétique;
- sur le plan psychique et cognitif;
- sur le plan sensoriel et des troubles du langage;
- sur le plan des soins particuliers nécessaires ou des situations particulières au bénéficiaire ou autres.

Au sein d'un même facteur, les points octroyés aux différents plans ne peuvent être additionnés.

Pour chaque facteur, on détermine la proposition décrivant au mieux la réduction d'autonomie du bénéficiaire en lui attribuant la cotation correspondante (0 à 3 points).

Si, au cours de l'évaluation d'un facteur, on a attribué une cote identique pour les différents plans mais que leur combinaison entraîne une réduction d'autonomie supplémentaire, le médecin ou l'équipe pluridisciplinaire, composée d'au moins un médecin, peut accorder la cotation immédiatement supérieure pour ce facteur en motivant clairement sa décision.

Si, pour un même facteur, plusieurs cotations différentes sont possibles selon les plans envisagés, c'est la cote la plus haute qui est accordée pour le facteur.

A titre d'exemple, l'attention est attirée sur diverses difficultés en lien avec des situations de troubles ou de maladies qui entraînent des conséquences pour le facteur considéré (et ce parfois d'une façon qui n'est pas évidente à première vue). Ceci n'est toutefois pas une énumération exhaustive, car de telles énumérations donnent inévitablement lieu à des lacunes et dès lors à des iniquités.

Pour chaque plan envisagé, l'évaluation est réalisée sur base d'un certain nombre d'activités, dont la liste n'est pas exhaustive. Est évaluée la capacité du bénéficiaire à réaliser ces activités de manière indépendante, sans aide extérieure, sans efforts excessifs, sans que cela ne demande d'y consacrer un temps déraisonnable et sans mettre en danger le bénéficiaire lui-même ou autrui comparativement à une personne de la même catégorie d'âge.

L'évaluation globale d'un facteur ne peut être réduite à l'une ou l'autre des activités. On doit réaliser une pondération raisonnable entre ce que le bénéficiaire peut et ne peut pas faire globalement dans l'ensemble des activités. De même, les activités mentionnées accompagnant chaque facteur ne doivent pas être interprétées de manière cumulative, c'est-à-dire que l'octroi d'une cote déterminée pour chaque facteur n'implique pas que la réduction d'autonomie doit ressortir de toutes les activités.

Ce ne sont pas les activités réalisées par le bénéficiaire qui doivent être évaluées, mais bien celles qu'il est capable de faire ou d'apprendre à faire. On ne tient donc pas compte des tâches classiquement dévolues à un tiers dans un contexte social ou culturel. Il n'est pas non plus tenu compte des circonstances de vie (ex : lieu de résidence, présence ou non d'un conjoint,...).

Les difficultés ou l'impossibilité à exécuter une activité reposent généralement sur une déficience résiduelle et de longue durée. Dans le cas d'éléments provisoires ou évolutifs, tenant compte autant que possible d'un état moyen sur une période plus longue, le rapport écrit susmentionné indique une date de fin de la réduction d'autonomie.

I. Possibilités de se déplacer :

Sont prises en considération différentes difficultés rencontrées lors des déplacements, par exemple (à titre non exhaustif) :

Sur le plan moteur :

- se mettre debout, se lever d'une chaise ou d'un lit
- circuler à l'intérieur de l'habitat
- circuler à l'extérieur de l'habitat (ex : éviter les obstacles, monter des pentes, circuler lors de périodes intenses de trafic ou dans la foule, ...)
- se déplacer sur de courtes et de longues distances
- monter et descendre des escaliers

2. Medisch-sociale schaal:

Elk van de zes factoren (I tot en met VI) moet worden geëvalueerd voor alle categorieën van begunstigden, ongeacht of zij lichamelijke, psychologische, cognitieve, zintuiglijke of gedragsstoornissen of een chronische ziekte vertonen.

Voor ieder van de zes factoren wordt de verminderde zelfredzaamheid geëvalueerd op één of meer van de volgende vlakken:

- op motorisch vlak;
- op energievlak;
- op psychisch en cognitief vlak;
- op zintuiglijk vlak en op het vlak van taalstoornissen;
- op het vlak van de benodigde bijzondere zorg of van de bijzondere situaties van de begunstigde of andere.

Binnen eenzelfde factor mogen de punten die op de verschillende vlakken toegekend worden niet opgeteld worden.

Voor elke factor wordt de uitspraak gekozen die de verminderde zelfredzaamheid van de begunstigde het best omschrijft door de overeenkomstige quotering toe te kennen (0 tot 3 punten).

Als bij de evaluatie van een factor dezelfde quotering werd gegeven voor verschillende vlakken, maar als de combinatie ervan tot een verdere verminderde zelfredzaamheid leidt, kan de arts of het multidisciplinair team, dat bestaat uit minstens één arts, voor die factor de eerstvolgende hogere quotering geven, met een duidelijke motivering van zijn beslissing.

Als voor eenzelfde factor verschillende quoteringen mogelijk zijn op basis van de voorziene vlakken, wordt de hoogste quotering toegekend voor de factor.

Zo wordt bijvoorbeeld de aandacht gevestigd op verschillende moeilijkheden die verband houden met de stoornissen en ziekten die gevolgen hebben voor de factor in kwestie (soms op manieren die niet onmiddellijk duidelijk zijn). Dit is echter geen exhaustieve lijst, aangezien dergelijke lijsten onvermijdelijk hiaten en dus ongelijkheden vertonen.

Op ieder voorzien vlak gebeurt de evaluatie aan de hand van een aantal activiteiten, die niet-exhaustief zijn opgesteld. Er wordt geëvalueerd of de begunstigde deze activiteiten zelfstandig kan uitvoeren, zonder hulp van buitenaf, zonder buitensporige inspanning, zonder dat dit onredelijk veel tijd kost en zonder de begunstigde of anderen in gevaar te brengen, in vergelijking met een persoon in dezelfde leeftijdscategorie.

De algemene evaluatie van een factor kan niet worden herleid tot een of andere activiteit. Er moet een redelijke balans zijn tussen wat de begunstigde in het algemeen wel en niet kan doen in alle activiteiten. Ook mogen de voor elke functie vermelde activiteiten niet cumulatief worden geïnterpreteerd, dat wil zeggen dat de toekenning van een specifieke score voor elke factor niet betekent dat de vermindering van de zelfredzaamheid in alle activiteiten duidelijk moet zijn.

Niet de door de begunstigde uitgevoerde activiteiten moeten worden geëvalueerd, maar de activiteiten die hij of zij kan doen of kan leren te doen. Hierbij wordt dus geen rekening gehouden met de taken die in een sociale of culturele context traditioneel aan een derde worden toevertrouwd. Er wordt evenmin rekening gehouden met de levensomstandigheden (bv. woonplaats, aan- of afwezigheid van een partner, ...).

Moeilijkheid of onvermogen om een activiteit uit te oefenen, is gewoonlijk gebaseerd op een blijvend en langdurig gebrek. In geval van voorlopige of evoluerende elementen, waarbij zoveel mogelijk rekening wordt gehouden met een gemiddelde toestand over een langere periode, wordt in het voornoemd schriftelijk verslag een einddatum voor de verminderde zelfredzaamheid vermeld.

I. Verplaatsingsmogelijkheden:

Er wordt rekening gehouden met diverse moeilijkheden die zich tijdens de verplaatsingen voordoen, bijvoorbeeld (maar niet beperkt tot):

Op motorisch vlak:

- rechtstaan, uit een stoel of bed komen
- zich binnen de woning verplaatsen
- zich buiten de woning verplaatsen (bv. obstakels vermijden, hellingen beklimmen, zich verplaatsen tijdens drukke verkeersperiodes of in de menigte, ...)
- zich verplaatsen over korte en lange afstanden
- de trap op- en afdalen

- monter/sortir du véhicule (ex : transports en commun, voiture, train, ...)
- difficulté pour conduire un véhicule
- troubles de l'équilibre ou tous risques de chute encouru
- recours à des béquilles ou à un appareil orthopédique ou à une voiturette ou à un cadre de marche ou à toute autre forme d'aide

Sur le plan énergétique :

- limitation du périmètre de marche
- tendance à se fatiguer
- dyspnée
- difficulté pour conduire un véhicule
- temps et efforts supplémentaires nécessaires (ex : marche nettement ralentie en raison de pathologies neurologiques, ...)
- survenue d'une fatigue anormale ou la nécessité de faire des pauses (ex : bénéficiaires sous chimiothérapie ou souffrant de maladies cardiaques ou pulmonaires, ...)

- nécessité d'avoir recours à l'oxygénothérapie

- influence des circonstances atmosphériques (ex : bénéficiaires présentant de l'asthme, ...)

Sur le plan psychique et cognitif :

- attitude non adaptée à la circulation routière
- difficulté d'orientation à l'intérieur et à l'extérieur de l'habitat
- difficulté pour conduire un véhicule
- reconnaître la destination (ex : transports en commun, voiture, train, ...)

- se rendre à l'endroit désiré (ex : planification adéquate du déplacement, ...), s'orienter (ex : reconnaître son chemin dans des lieux connus et inconnus, ...)

- désorientation spatio-temporelle en cas de troubles cognitifs

Sur le plan sensoriel et des troubles du langage :

- graves troubles du langage (ex : pouvoir demander son chemin)
- consulter les horaires (ex : des transports en commun)
- difficulté pour conduire un véhicule
- se rendre à l'endroit désiré (ex : planification adéquate du déplacement, ...), s'orienter (ex : reconnaître son chemin dans des lieux connus et inconnus, ...)

- situations dangereuses induites par les déficiences (ex : bénéficiaires avec une déficience auditive qui ne perçoivent pas les avertisseurs sonores, ...)

- difficulté d'entendre les consignes verbales (ex : dans les gares, ...) ou de demander des renseignements pour trouver son chemin ou pour acheter un billet de train (ex : bénéficiaires avec une déficience auditive, ...)

- possibles limitations de déplacement dues aux déficiences visuelles

II. Possibilités d'absorber ou de préparer sa nourriture :

Les activités (non exhaustives) à évaluer pour ce facteur sont :

Sur le plan moteur :

- manier la cuillère, la fourchette, le couteau et coordonner ses mouvements
- mâcher et avaler
- transporter la marchandise jusqu'à son habitation
- prise en considération des différentes difficultés rencontrées lors de l'absorption des repas
- difficultés de déplacement pour aller acheter des aliments ou pour leur préparation

- difficultés à porter les aliments à la bouche (ex : bénéficiaires avec paralysie ou parésie des membres supérieurs ou une athétose, ...)

- dysphagie

- recours à des aides techniques ou à l'aide d'un tiers

Sur le plan énergétique :

- transporter la marchandise jusqu'à son habitation
- perturbation dans l'absorption, l'achat ou la préparation des aliments nécessite davantage de temps ou d'efforts, exige un repos compensateur ou la prise de pauses

- een voertuig in- en uitstappen (bv. openbaar vervoer, auto, trein, ...)

- moeite met het besturen van een voertuig
- evenwichtsstoornissen of risico's op vallen
- beroep op krukken, een orthopedisch toestel, een rolstoel, een looprek of enige andere vorm van hulp

Op energievlak:

- beperking van de wandelperimeter
- neiging tot vermoeidheid
- kortademigheid
- moeite om een voertuig te besturen
- extra tijd en inspanning nodig (bv. aanzienlijk trager stappen door neurologische aandoeningen, ...)

- het optreden van abnormale vermoeidheid of de noodzaak om pauzes in te laten (bv. patiënten die chemotherapie ondergaan of aan hart- of longziekten lijden, ...)

- behoefte aan zuurstofbehandeling

- invloed van weersomstandigheden (bv. begunstigen met astma, ...)

Op psychisch en cognitief vlak:

- niet aangepaste houding aan het wegverkeer
- moeite om zich binnen en buiten zijn woning te oriënteren
- moeite om een voertuig te besturen
- de bestemming herkennen (bv. openbaar vervoer, auto, trein, ...)

- de gewenste plaats bereiken (bv. aangepaste planning voor de verplaatsing, ...), zich oriënteren (bv. de weg vinden op bekende en onbekende plaatsen, ...)

- zich niet kunnen oriënteren in ruimte en tijd in geval van cognitieve stoornissen

Op zintuiglijk vlak en op het vlak van taalstoornissen:

- ernstige taalstoornissen (bv. de weg niet kunnen vragen)
- dienstregelingen raadplegen (bv. openbaar vervoer)
- moeite om een voertuig te besturen
- de gewenste plaats bereiken (bv. aangepaste planning voor de verplaatsing, ...), zich oriënteren (bv. de weg vinden op bekende en onbekende plaatsen, ...)
- gevaarlijke situaties door de handicaps (bv. slechthorende begunstigen die geluidssignalen niet opmerken, ...)

- moeite om mondelinge instructies te horen (bv. in treinstations, ...) of om wegaanwijzingen te vragen of een treinkaartje te kopen (bv. slechthorende begunstigen, ...)

- mogelijke verplaatsingsbeperkingen door visuele stoornissen

II. Mogelijkheden om zijn voedsel te nuttigen of te bereiden:

De (niet-exhaustieve) activiteiten die voor deze factor moeten worden geëvalueerd, zijn:

Op motorisch vlak:

- lepel, vork en mes hanteren en bewegingen coördineren
- kauwen en slikken
- inkopen naar zijn woning vervoeren
- aandacht voor de verschillende moeilijkheden die zich bij de maaltijdopname voordoen
- moeilijkheden bij verplaatsingen om voedsel te kopen of het te bereiden

- moeilijkheden om voedsel naar de mond te brengen (bv. personen met verlamming of spierverlamming van de bovenste ledematen of athetose, ...)

- slikstoornis

- gebruik van technische hulpmiddelen of hulp van een derde

Op energievlak:

- inkopen naar zijn woning vervoeren
- de verstoring bij het innemen, kopen of bereiden van voedsel vergt meer tijd of inspanning, compenserende rust of pauzes

- installation ménagère spéciale (ex : bénéficiaires en chaise roulante, ...)

Sur le plan psychique et cognitif :

- préparer des repas pour soi de manière suffisante et régulière
- acheter des aliments (ex : rédiger une liste de courses en fonction des besoins, choisir convenablement les articles dans un magasin)
- achat d'aliments ou préparation des repas (ex : demander des articles aux commerçants, lire la date limite de consommation des produits)
- nécessité de stimulation ou de guidance (ex : bénéficiaires avec des troubles cognitifs...)
- difficultés pour demander un renseignement dans un magasin

Sur le plan sensoriel et des troubles du langage :

- manger et boire seul : voir sa nourriture
- demander des articles aux commerçants, lire la date limite de consommation des produits
- difficultés à entendre les alarmes des appareils de cuisine pour certains bénéficiaires atteints de déficience auditive
- difficultés à demander un renseignement dans un magasin (ex : bénéficiaires avec troubles du langage, ...)

Sur le plan des soins particuliers nécessaires :

- présence de troubles de la déglutition impliquant un risque lors de l'absorption des repas et pouvant induire la mise en place de précautions particulières
- recours à une gastrostomie qui entraîne la nécessité d'être nourri par un tiers
- nécessité de suivre un régime contraignant (ex : alimentation mixée, ...) complexifiant la préparation des repas

III. Possibilités d'assurer son hygiène personnelle et de s'habiller :

Sont prises en considération différentes difficultés rencontrées pour assurer l'hygiène personnelle et l'habillement, par exemple (à titre non exhaustif) :

Sur le plan moteur :

- se laver complètement (ex : prendre un bain ou une douche, se laver les cheveux, assurer les soins de ses pieds, se couper les ongles)
- prendre soin des différentes parties du corps (ex : se brosser les dents, se laver les mains et le visage, se coiffer, se raser)
- utiliser les toilettes, être continent
- s'habiller et se déshabiller
- adapter les vêtements pour faciliter l'habillement (ex : vêtements sans boutons, chaussures sans lacets pour des bénéficiaires présentant des troubles de la dextérité)
- avoir recours à des aides techniques (ex : enfile-chaussettes, éponge à long manche, ...), à des aménagements de l'habitat (ex : poignées, sièges, ...) ou à l'aide d'un tiers
- risques de chute

Sur le plan énergétique :

- se laver complètement
- consacrer davantage de temps et faire davantage d'efforts
- nécessité d'interrompre les activités par des périodes de repos ou de prendre un repos compensateur

Sur le plan psychique et cognitif :

- capacité de juger de la propreté des vêtements et de l'adaptation de ceux-ci aux circonstances
- besoin de stimulation, de guidance ou de contrôle à posteriori (ex : négligence chez des bénéficiaires présentant un trouble psychique, ...)

Sur le plan sensoriel et les troubles du langage :

- capacité de juger de la propreté des vêtements et de l'adaptation de ceux-ci aux circonstances
- aide d'un tiers

Sur le plan des soins particuliers nécessaires :

- besoin de soins particuliers (ex : stomie, sonde, canule, dialyse, soins des escarres, gestion de l'incontinence, drainage bronchique, ...)

- installatie van bijzondere huishoudapparatuur (bv. begunstigden in een rolstoel, ...)

Op psychisch en cognitief vlak:

- voldoende en regelmatig maaltijden voor zichzelf bereiden
- voedsel kopen (bv. een boodschappenlijstje opstellen op basis van de behoeften, de juiste artikelen kiezen in een winkel)
- boodschappen doen of maaltijden bereiden (bv. in de winkel naar artikelen vragen, de houdbaarheidsdatum op producten lezen)
- behoefte aan stimulering of begeleiding (bv. begunstigden met cognitieve stoornissen, ...)
- moeite om informatie te vragen in een winkel

Op zintuiglijk vlak en op het vlak van taalstoornissen:

- alleen eten en drinken: het eten zien
- artikelen vragen aan winkeliers, de houdbaarheidsdatum op producten lezen
- moeite om alarmen te horen van keukentoeestellen voor sommige begunstigden met een gehoorstoornis
- moeite om informatie te vragen in een winkel (bv. begunstigden met taalstoornissen, ...)

Op het vlak van de benodigde bijzondere zorg:

- aanwezigheid van slikstoornissen die een risico inhouden bij de inname van maaltijden en een aanleiding kunnen vormen voor bijzondere voorzorgsmaatregelen
- beroep op een gastrostomie waardoor de begunstigde door een derde moet worden gevoed
- een beperkend dieet moeten volgen (bv. gemixte voeding, ...) waardoor maaltijden bereiden ingewikkelder wordt

III. Mogelijkheid om voor zijn persoonlijke hygiëne in te staan en zich te kleden:

Er wordt rekening gehouden met diverse moeilijkheden die zich tijdens de persoonlijke hygiëne en het aankleden voordoen, bijvoorbeeld (maar niet beperkt tot):

Op motorisch vlak:

- zich volledig wassen (bv. een bad of douche nemen, haar wassen, voeten verzorgen, nagels knippen)
- zorg dragen voor de verschillen lichaamsdelen (bv. tanden poetsen, de handen en het gezicht wassen, de haren kammen, zich scheren)
- het toilet gebruiken, continent zijn
- zich aan- en uitkleden
- kleding aanpassen om zich makkelijker te kunnen aankleden (bv. kleding zonder knopen, schoenen zonder veters voor begunstigden met behendighedsstoornissen)
- technische hulpmiddelen (bv. sokkenaanrekhulp, sponzen met lange steel, ...), woninginrichting (bv. handgrepen, zitplaatsen, ...) of de hulp van een derde gebruiken
- risico's op vallen

Op energievlak:

- zich volledig wassen
- meer tijd besteden en meer inspanningen leveren
- activiteiten moeten onderbreken met rustperiodes of compenserende rust moeten nemen

Op psychisch en cognitief vlak:

- kunnen beoordelen of kleding schoon is en geschikt voor de omstandigheden
- behoefte aan stimulering, begeleiding of a posteriori controle (bv. verwaarlozing bij begunstigden met een psychische stoornis, ...)

Op zintuiglijk vlak en op het vlak van taalstoornissen:

- kunnen beoordelen of kleding schoon is en geschikt voor de omstandigheden
- hulp van een derde

Op het vlak van de benodigde bijzondere zorg:

- behoefte aan bijzondere verzorging (bv. stoma, katheter, canule, dialyse, verzorging van doorligwonden, incontinentieverzorging, bronchiale drainage, ...)

IV. Possibilités d'entretenir son habitat et d'accomplir des tâches ménagères :

Sont prises en considération différentes difficultés rencontrées lors de l'entretien de l'habitat et l'accomplissement des tâches ménagères, par exemple (à titre non exhaustif) :

Sur le plan moteur :

- mettre son habitat en ordre (ex : ranger, faire le lit)
- dresser et débarrasser la table, faire la vaisselle, sécher et ranger la vaisselle
- laver son linge (ex : utiliser un lave-linge ou le laver à la main, le faire sécher, le repasser)
- nettoyer son habitat (ex : enlever les poussières, balayer, aspirer, laver le sol, nettoyer les vitres)
- effectuer de menus travaux dans l'habitation (ex : changer une ampoule, planter un clou, ...)
- recours à un matériel adapté (ex : essore-serpillère, ...)

Sur le plan énergétique :

- dyspnée
- fatigabilité par rapport aux travaux lourds (ex : laver les vitres, passer la serpillère, ...)
- consacrer davantage de temps et faire davantage d'efforts (ex : bénéficiaires avec un trouble cardiaque, ...)
- interruption des activités par des périodes de repos, la nécessité d'un repos compensateur ou une réduction de la tolérance à l'effort

Sur le plan psychique et cognitif :

- laver son linge (ex : utiliser un lave-linge)
- effectuer de menus travaux dans l'habitation (ex : changer une ampoule, planter un clou, ...)
- difficultés pour appeler les corps de métier, expliquer les dégâts (ex : humidité, fuites d'eau ou de gaz, pannes d'électricité, ...) et comprendre les explications pour y remédier
- besoin d'encadrement, de contrôle, de guidance pour réaliser la fonction de manière adéquate (ex : bénéficiaires avec troubles cognitifs, ...)
- tendance à négliger l'habitat (ex : bénéficiaires souffrant de troubles psychiques, ...)

Sur le plan sensoriel et des troubles du langage :

- difficultés pour appeler les corps de métier, expliquer les dégâts (ex : humidité, fuites d'eau ou de gaz, pannes d'électricité, ...) et comprendre les explications pour y remédier

V. Possibilités de vivre sans surveillance, d'être conscient des dangers et d'être en mesure d'éviter les dangers :

Sont prises en considération différentes difficultés rencontrées relatives au fait de vivre sans surveillance, d'être conscient des dangers et d'être en mesure d'éviter les dangers, par exemple (à titre non exhaustif) :

Sur le plan moteur :

- difficultés à fuir le danger (ex : bénéficiaires qui ont besoin de l'aide d'un tiers pour se déplacer, impotence fonctionnelle des membres supérieurs, ...)
- nécessité du recours à une aide technologique (ex : télévigilance, téléphone pour sénior, ...) pour des bénéficiaires qui peuvent difficilement faire face seuls à certaines situations dangereuses (ex : chutes, malaises, ...)

Sur le plan énergétique :

- nécessité d'avoir recours à l'oxygénothérapie pendant une partie conséquente de la journée

Sur le plan psychique et cognitif :

- reconnaître les dangers pour soi-même et pour autrui (ex : percevoir les signaux de danger et apprécier les risques, ...)
- prendre son traitement (ex : médicaments, aérosols, ...) de manière adéquate
- gérer son administration et ses finances personnelles (ex : payer les factures, gérer ses papiers administratifs, gérer son compte en banque, gérer le budget, administrateur de biens, ...)
- nécessité d'être surveillé par un tiers

IV. Mogelijkheid om zijn woning te onderhouden en huishoudelijk werk te verrichten:

Er wordt rekening gehouden met diverse moeilijkheden die zich voordoen bij het onderhouden van de woning en het verrichten van huishoudelijk werk, bijvoorbeeld (maar niet beperkt tot):

Op motorisch vlak:

- zijn woning op orde brengen (bv. opruimen, bed opmaken)
- de tafel dekken en afruimen, de afwas doen, afdrogen en opruimen
- kleding wassen (bv. een wasmachine gebruiken of met de hand wassen, de was drogen, strijken)
- zijn woning schoonmaken (bv. stof afnemen, vegen, stofzuigen, de vloer schoonmaken, de vensters schoonmaken)
- kleine werkzaamheden in de woning verrichten (bv. een lamp vervangen, spijkeren, ...)
- aangepast materiaal gebruiken (bv. dweil met uitwringpers, ...)

Op energievlak:

- kortademigheid
- neiging tot vermoeidheid bij zwaar werk (bv. vensters schoonmaken, de vloer dweilen, ...)
- meer tijd besteden en meer inspanningen leveren (bv. begunstigen met een hartaandoening, ...)
- onderbreking van de activiteiten door rustperiodes, de behoefte aan compenserende rust of verminderde inspanningstolerantie

Op psychisch en cognitief vlak:

- wasgoed wassen (bv. een wasmachine gebruiken)
- kleine werkzaamheden in de woning verrichten (bv. een lamp vervangen, spijkeren, ...)
- moeite om werklieden te bellen, de schade uit te leggen (bv. vocht, water- of gaslekken, stroompannes, ...) en de uitleg over het oplossen van de schade te begrijpen
- behoefte aan toezicht, controle, begeleiding om de functie naar behoren uit te oefenen (bv. begunstigen met cognitieve stoornissen, ...)
- neiging tot verwaarlozing van de woning (bv. begunstigen die aan psychische stoornissen lijden)

Op zintuiglijk vlak en op het vlak van taalstoornissen:

- moeite om werklieden te bellen, de schade uit te leggen (bv. vocht, water- of gaslekken, stroompannes, ...) en de uitleg over het oplossen van de schade te begrijpen

V. Mogelijkheid om te leven zonder toezicht, bewust te zijn van gevaar en gevaar te kunnen vermijden:

Er wordt rekening gehouden met diverse moeilijkheden die zich voordoen bij het leven zonder toezicht, het zich bewust zijn van gevaar en gevaar kunnen vermijden, bijvoorbeeld (maar niet beperkt tot):

Op motorisch vlak:

- moeite om gevaar te ontvluchten (bv. begunstigen die de hulp van een derde nodig hebben om zich te verplaatsen, functionele impotentie van de bovenste ledematen, ...)
- behoefte aan technologische hulp (bv. telebewaking, telefoon voor senioren, ...) voor begunstigen die moeite hebben om zelfstandig bepaalde gevaarlijke situaties aan te pakken (bv. vallen, flauwvallen, ...)

Op energievlak:

- behoefte aan zuurstofbehandeling gedurende een groot deel van de dag

Op psychisch en cognitief vlak:

- de gevaren voor zichzelf en voor anderen herkennen (bv. gevaarsignalen waarnemen en de risico's inschatten, ...)
- de behandeling (bv. medicatie, spuitbussen, ...) correct volgen
- persoonlijke administratie en financiën beheren (bv. rekeningen betalen, administratieve documenten beheren, bankrekeningen beheren, budget beheren, onroerend goed beheren, ...)
- toezicht van een derde nodig

Sur le plan sensoriel et des troubles du langage :

- éviter les dangers (ex : réagir de manière adéquate, se soustraire à la situation dangereuse, appeler à l'aide, téléphoner, ...)
- prendre son traitement (ex : médicaments, aérosols, ...) de manière adéquate
- nécessité d'être surveillé par un tiers
- non-perception des signaux de danger (ex : bénéficiaires malvoyants ou bénéficiaires présentant une déficience auditive, ...)

Autres :

- fréquence des recours à l'aide médicale d'urgence
- épilepsie
- diabète sucré difficile à équilibrer
- risque de chutes (ex : bénéficiaires avec un handicap moteur, ...), de crises (ex : bénéficiaires atteints d'épilepsie, ...) ou de malaises (ex : bénéficiaires atteints de diabète instable, ...)

VI. Possibilités de communiquer et d'avoir des contacts sociaux :

Sont prises en considération différentes difficultés rencontrées relativement au fait de communiquer et d'avoir des contacts sociaux, par exemple (à titre non exhaustif) :

Sur le plan moteur :

- utiliser des moyens de communications (ex : téléphone, tablette, ordinateur, carnet de communication, ...)
- écrire
- participer à des activités sociales
- limitation des contacts sociaux en raison des difficultés pour se déplacer

Sur le plan énergétique :

- grandes difficultés de déplacement
- capacités limitées à l'effort

Sur le plan psychique et cognitif :

- compréhension du langage et/ou expression imparfaite, erronée ou insuffisante (ex : bénéficiaires avec des troubles cognitifs, ...)
- écrire
- participer à des activités sociales
- problèmes de contacts sociaux pour des bénéficiaires atteints de troubles psychiatriques (ex : déficit de cognition sociale, non compréhension de l'état émotionnel d'autrui, compréhension erronée, bizarreries, stéréotypies, ...)
- besoin de stimulation pour entretenir les contacts sociaux (ex : bénéficiaires avec des troubles psychiques, ...)

Sur le plan sensoriel et des troubles du langage :

- regarder la télévision, écouter la radio
- tenir une conversation avec une personne connue ou inconnue (ex : s'exprimer de façon compréhensible, comprendre son interlocuteur, répondre de manière adéquate)
- utiliser des moyens de communication et aides techniques (ex : téléphone, tablette, ordinateur, carnet de communication, ...)
- lire et comprendre
- écrire
- nouer et entretenir des contacts à l'intérieur et à l'extérieur du cercle familial
- participer à des activités sociales
- difficultés ou impossibilité de l'expression orale (ex : bénéficiaires laryngectomisés, dysarthriques, aphasiques, présentant une paralysie faciale, ...)
- difficultés d'accès à de nombreux domaines culturels faisant partie de la vie sociale (ex : télévision, cinéma, théâtre, concerts, conférences, journaux, littérature, bénéficiaires atteints de déficience auditive, de déficience visuelle, ...)

Sur le plan des situations particulières au bénéficiaire :

- tendance à se mettre en retrait, à s'isoler (ex : peur du regard des autres, traitements invasifs ou longs rendant les contacts sociaux limités ou compliqués, ...) pour des bénéficiaires atteints d'une maladie chronique, d'une malformation ou de toute autre déficience

Op zintuiglijk vlak en op het vlak van taalstoornissen:

- gevaren vermijden (bv. gepast reageren, de gevaarlijke situatie vermijden, hulp invoeren, telefoneren, ...)
- de behandeling (bv. medicatie, spuitbussen, ...) correct volgen
- nood aan toezicht van een derde
- gevaarsignalen niet waarnemen (bv. slechthorende begunstigden of begunstigden met een gehoorstoornis, ...)

Andere:

- frequentie van gebruik van medische spoedhulp
- epilepsie
- diabetes mellitus die moeilijk onder controle is te houden
- risico's op vallen (bv. begunstigden met een motorische handicap, ...), aanvallen (bv. begunstigden met epilepsie, ...) of flauwvallen (bv. begunstigden met onstabiele diabetes, ...)

VI. Mogelijkheden tot communicatie en sociaal contact:

Er wordt rekening gehouden met diverse moeilijkheden die zich voordoen bij communicatie en sociaal contact, bijvoorbeeld (maar niet beperkt tot):

Op motorisch vlak:

- communicatiemiddelen gebruiken (bv. telefoon, tablet, computer, communicatieschriftje, ...)
- schrijven
- deelnemen aan sociale activiteiten
- beperking van sociale contacten doordat men zich moeilijk kan verplaatsen

Op energievlak:

- grote moeilijkheden om zich te verplaatsen
- beperkte inspanningscapaciteit

Op psychisch en cognitief vlak:

- taalbegrip en/of onvolmaakte, foutieve of ontoereikende uitdrukking (bv. personen met cognitieve stoornissen, ...)
- schrijven
- deelnemen aan sociale activiteiten
- problemen bij sociale contacten voor begunstigden met psychiatrische stoornissen (bv. gebrek op het gebied van sociale cognitie, geen begrip voor de emotionele toestand van anderen, onbegrip, eigenaardigheden, stereotypen, ...)
- behoefte aan stimulering om sociale contacten te onderhouden (bv. begunstigden met psychische stoornissen, ...)

Op zintuiglijk vlak en op het vlak van taalstoornissen:

- televisie kijken, naar de radio luisteren
- een gesprek voeren met een bekende of onbekende (bv. zich op een begrijpelijke manier uitdrukken, de gesprekspartner begrijpen, adequaat reageren)
- communicatiemiddelen en technische hulpmiddelen gebruiken (bv. telefoon, tablet, computer, communicatieschriftje, ...)
- lezen en begrijpen
- schrijven
- contacten binnen en buiten de familiekring leggen en onderhouden
- deelnemen aan sociale activiteiten
- moeite of onmogelijkheid om zich mondeling uit te drukken (bv. patiënten van wie het strottenhoofd werd verwijderd, patiënten die lijden aan dysartrie of afasie, patiënten met gezichtsverlamming, ...)
- moeilijkheden bij de toegang tot vele culturele gebieden van het maatschappelijk leven (bv. televisie, bioscoop, theater, concerten, conferenties, kranten, literatuur, slechthorende of slechthorende begunstigden, ...)

Op het vlak van bijzondere situaties van de begunstigde:

- de neiging zich terug te trekken, zich af te zonderen (bv. angst voor de blikken van anderen, invasieve of lange behandelingen waardoor sociale contacten beperkt of bemoeilijkt worden, ...) bij begunstigden met een chronische ziekte, een misvorming of enig ander gebrek