

OBSERVATORIUM
VOOR GEZONDHEID EN WELZIJN
BRUSSEL



OBSERVATOIRE
DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL
BRUXELLES

CENTRUM VOOR MAATSCHAPPELIJKE
DOCUMENTATIE EN COÖRDINATIE vzw



CENTRE DE DOCUMENTATION ET DE
COORDINATION SOCIALES asbl

Thuiswonen na je 65^{ste}

Atlas van de behoeften en de actoren in Brussel



VLAAMSE
GEMEENS
CHAPSCO
MMISSIE



GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE



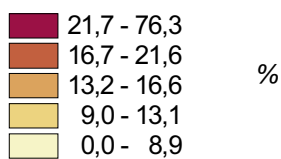
COMMISSION
COMMUNAUTAIRE
FRANÇAISE

Inhoudstafel

Colofon	3
Voorwoord	5
Deel 1: Inleiding	7
Deel 2: Leeswijzer	11
De cartografie	12
De gegevensbronnen	14
Deel 3: Socio-sanitaire situatie van de Brusselse ouderen	17
Inleiding	18
Demografie	19
Inkomen en financiële situatie	28
Kenmerken van de huisvesting	38
Woonomgeving, dagelijks leven en sociale contacten	42
De gezondheid van de oudere bevolking	50
De evolutie van de oudere bevolking	72
Bibliografie	82
Deel 4: Inventaris van het aanbod	83
Inleiding en methodologie	84
Aanbod voor de relationele en sociale behoeften	90
Aanbod aan medische en paramedische verzorging	104
Aanbod ter ondersteuning van de activiteiten van het dagelijks leven	125
Aanbod aan opvang buitenshuis	166
Aanbod voor de ondersteuning van de mantelzorgers	172
Een aanbod vanuit meerdere overheden	177
Bijlagen	182
Deel 5: Afstemming tussen de behoeften, het aanbod en het gebruik van de diensten	205
Het belang van de leefomgeving	206
Wanneer het niet meer lukt zonder de hulp van derden	209
Geestelijke gezondheid van de Brusselse ouderen	215
Bibliografie	216
Deel 6: Uitdagingen voor de toekomst	219
Lijst tabellen	221
Lijst figuren	222
Lijst kaarten	223
Brusselse ouderen in een instelling	kaft achteraan
Lijst van de voorzieningen per type hulpverlening	kaft achteraan

Aandeel 65 jaar en ouder in de bevolking (met inbegrip van collectieve huishoudens)

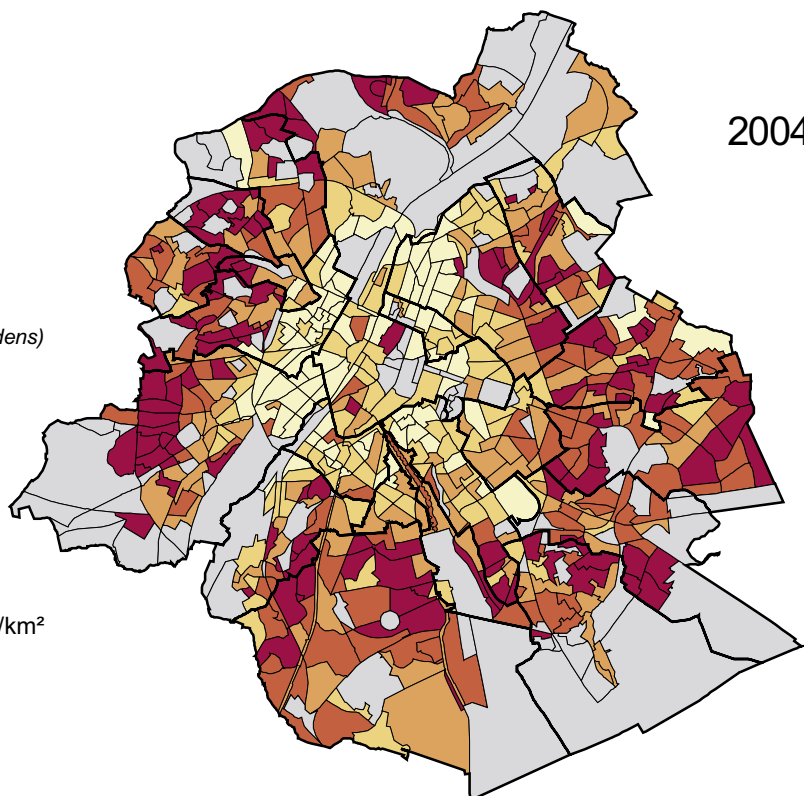
Brussels Gewest : 15,6



 <200 inwoners of <250 inw/km²

0 1 2 km

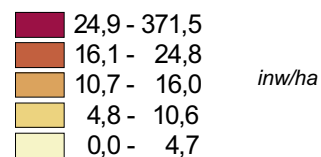
Cartografie: ULB - IGEAT
Bron: UCL - SPED - Rijksregister 2004



2004

Aantal inwoners van 65 jaar en ouder per hectare (met inbegrip van collectieve huishoudens)

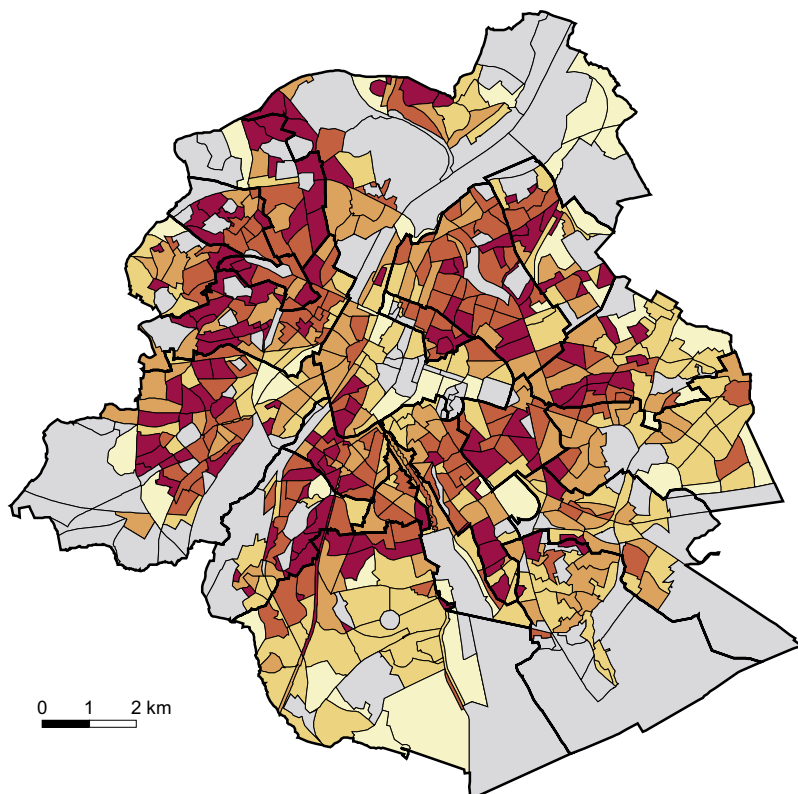
Brussels Gewest : 9,7



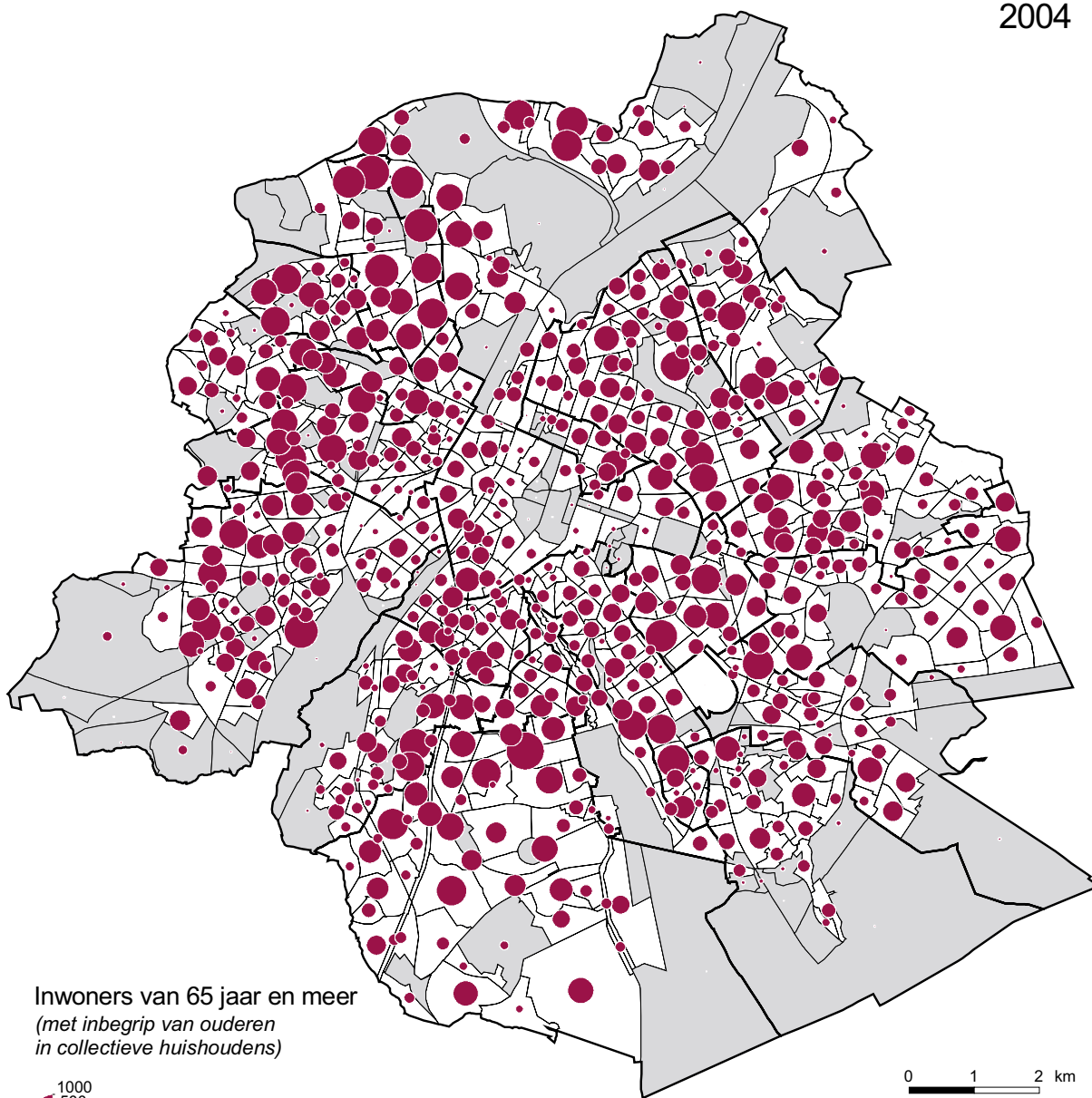
 <200 inwoners of <250 inw/km²

0 1 2 km

Cartografie: ULB - IGEAT
Bron: UCL - SPED - Rijksregister 2004



2004



 <200 inwoners of <250 inw/km²

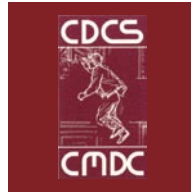
Cartografie: ULB - IGEAT
Bron: UCL - SPED - Rijksregister 2004

OBSERVATORIUM
VOOR GEZONDHEID EN WELZIJN
BRUSSEL



OBSERVATOIRE
DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL
BRUXELLES

CENTRUM VOOR MAATSCHAPPELIJKE
DOCUMENTATIE EN COÖRDINATIE vzw



CENTRE DE DOCUMENTATION ET DE
COORDINATION SOCIALES asbl

Dossiers van het Observatorium

Thuiswonen na je 65^{ste}

Atlas van de behoeften
en actoren in Brussel

Patrick DEBOOSERE,
Myriam DE SPIEGELAERE,
Catherine GIET,
Corinne MALCHAIR,
Amandine MASUY
Yolanda PUTTEMANS,
Truus ROESEMS,
Johan SURKYN,
Katelijn VAN CAUWENBERGE
Gilles VAN HAMME
Peter VERDUYCKT,
Stéphanie VINCKE,
Benjamin WAYENS,
Didier WILLAERT



VLAAMSE
GEMEENS
CHAPSCO
MMISSIE



GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE



COMMISSION
COMMUNAUTAIRE
FRANÇAISE

Dossiers van het Observatorium

Elk dossier belicht op een eigen manier bepaalde aspecten van de welzijns- en gezondheidssituatie in het Brussels Gewest.

De dossiers worden verspreid via de website (www.observatbru.be) en op eenvoudig verzoek. Elk dossier mag worden gekopieerd, mits vermelding van de bron.

Reeds verschenen in de collectie «Dossiers van het Observatorium»:

2007

Evaluatierapport van het georganiseerde screeningsprogramma voor borstkanker in het Brussels Gewest (Periode : juni 2002 tot december 2005).

2006

Welzijns- en gezondheidsatlas van Brussel-Hoofdstad

2005

Evaluatie van de participatie van mensen die in armoede leven aan het Brusselse armoederapport

2003

Zelfmoord in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, situatie 1998-2000

2002

Uitdagingen voor een armoedebeleid in Brussel
Tuberculose in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, situatie 2000
Kansarmoede en achtergestelde buurten in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest

Gelieve op volgende wijze naar deze publicatie te verwijzen:

Observatorium van Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad (redactie),
Thuiswonen na je 65^{ste}: Atlas van de behoeften en actoren in Brussel,
Brussel, 2007, Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.

Colofon

Algemene coördinatie

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn:

Truus ROESEMS,
Stéphanie VINCKE,
Myriam DE SPIEGELAERE

Inventaris van het aanbod

Enquête en redactie:

Centrum voor Maatschappelijke Documentatie en Coördinatie vzw (CMDC-CDCS):

Catherine GIET,
Corinne MALCHAIR,
Yolanda PUTTEMANS,
Katelijn VAN CAUWENBERGE

Begeleidingscomité:

Centrum voor Maatschappelijke Documentatie en Coördinatie vzw (CMDC-CDCS):

Solveig PAHUD (coördinatie)

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn:

Annette PERDAENS,
Myriam DE SPIEGELAERE,
Truus ROESEMS,
Stéphanie VINCKE

Gemeenschappelijke

Gemeenschapscommissie:

Brigitte PATERNOSTRE,
Edith POOT,
Magali RONSMANS,
Joëlle PHILIPPOT,
Sophie VERHAEGEN

Vlaamse Gemeenschapscommissie:

Inge GEERS

Commission communautaire française:

Martine BAUWENS,
Thierry LAHAYE,
Valérie PATERNOTTE

Organisaties die de vragenlijsten

beantwoordden:

zie lijst op pagina 202.

Wetenschappelijke medewerking

Interface Demography – VUB:

Patrick DEBOOSERE,
Johan SURKYN,
Didier WILLAERT

Institut de Gestion de l'Environnement et d'Aménagement du Territoire – ULB:

Benjamin WAYENS,
Gilles VAN HAMME

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn:

Truus ROESEMS,
Myriam DE SPIEGELAERE,
Stéphanie VINCKE,
Peter VERDUYCKT,
Amandine MASUY

Cartografie

Institut de Gestion de l'Environnement et d'Aménagement du Territoire – ULB:

Benjamin WAYENS,
Sabine VANHUYSSSE

Lay-out

Centre de Diffusion de la Culture Sanitaire asbl:

Nathalie DA COSTA MAYA
(ndacosta@ulb.ac.be)

Vertaling

Katelijn VAN CAUWENBERGE (CMDC-CDCS)

Alphatrad bvba-sprl

Hebben eveneens meegewerkt (bijdragen en/of nalezing) aan deze atlas

Centrum voor Maatschappelijke Documentatie en Coördinatie vzw (CMDC-CDCS):

Amélie JACQUET,
Valérie MARIN,
Nicole MONDELAERS,
Solveig PAHUD

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn:

Annette PERDAENS,
Murielle DEGUERRY

Externe medewerking:

Actiris
Catherine BALLANT,
Dominique BLONDEEL,
Isabelle BONIVER,
Eva CLOET,
Sigrid DE GEYTER,
Marie-Pierre DELCOUR,
Martine DEPREZ,
Kris DE SMET,
Martine DE WINTER,
Marc DUMONT,
Xavier LEROY,
Laurence LOUCKX,
Jacques MALCHAIR,
Anne POLUS,
Marleen ROMBAUT,
Jaklien VANDERMEULEN,
Olivia VAN MECHELEN,
Janine VERBIST,
Judith ZOETE

Depotnummer: D/2007/9334/22

Voor meer informatie:

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad:

Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie

Louizalaan 183 – 1050 Brussel

Tel: 02/552 01 89

observat@ggc.irisnet.be

www.observatbru.be

Truus Roesems

Tel: 02/552 01 57

troesems@ggc.irisnet.be

Centrum voor Maatschappelijke Documentatie en Coördinatie vzw

Louizalaan 183 – 1050 Brussel

Tel: 02/511 08 00

info.cmdc@cmdc.irisnet.be

www.cmdc.irisnet.be

Yolanda Puttemans

Tel: 02/511 08 00

yputtemans@cmdc.irisnet.be

Om dit dossier te bestellen:

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

Nahima Aouassar

Tel: 02/552 01 89

Fax: 02/502 59 05

naouassar@ggc.irisnet.be

U kan dit dossier downloaden van de website
van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn:

www.observatbru.be

Voorwoord

Voor u ligt het resultaat van een Brussels project dat om drie redenen als een pilootproject kan worden beschouwd.

Ten **eerste** is de atlas «Thuiswonen na je 65^{ste}» er gekomen dankzij de samenwerking tussen de drie gemeenschapscommissies in Brussel-Hoofdstad: de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC), de Franse Gemeenschapscommissie (COCOF) en de Vlaamse Gemeenschapscommissie (VGC). Dit lijkt erg vanzelfsprekend, maar komt in de praktijk maar weinig voor. Zes van de acht Brusselse ministers waren via hun bevoegdheden in de gemeenschapscommissies bij dit project betrokken: Pascal Smet en Evelyne Huytebroeck (bijstand aan personen GGC), Benoît Cerexhe (gezondheid GGC en COCOF), Guy Vanhengel (gezondheid GGC), Emir Kir (sociale zaken COCOF) en Brigitte Grouwels (welzijn en gezondheid VGC).

Ten **tweede** is deze atlas het resultaat van de samenwerking tussen het Centrum voor Maatschappelijke Documentatie en Coördinatie (CMDC-CDCS) en het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad.

De kern van deze atlas omvat de inventaris van het aanbod inzake gezondheids- en welzijnsdiensten die toelaten dat Brusselse ouderen zolang mogelijk thuis kunnen blijven wonen. Dit titanenwerk werd geleverd door het CMDC-CDCS en gefinancierd door de COCOF en de VGC, aangevuld door de GGC. Het CMDC-CDCS kon rekenen op de samenwerking van vele actoren op het terrein, die bereid waren de vragenlijst in te vullen of informatie te leveren. De lijst van alle actoren die meewerkten vindt u op pagina 202. Voor de ruimtelijke analyse van de inventaris kreeg het CMDC-CDCS ondersteuning van de ULB/IGEAT, hiervoor gefinancierd door de GGC.

Het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn stond in voor de coördinatie van de atlas, verzamelde informatie over de socio-sanitaire situatie van Brusselse ouderen en hun behoeften en confronteerde die met de informatie over het aanbod. Voor de analyse van de gegevens van de socio-economische enquête en het rijksregister kon het Observatorium rekenen op de samenwerking met twee universitaire onderzoeksploegen: VUB/Interface Demography en ULB/IGEAT. De GGC staat in voor de financiering van het Observatorium en financierde het werk van de universitaire ploegen, de lay-out, het vertaal- en drukwerk.

Tenslotte is de manier waarop het thema behandeld wordt nieuw voor het Brussels Gewest. We opteerden namelijk voor een benadering van het aanbod vanuit de behoeften van de ouderen, en niet vanuit de erkenning van diensten door de verschillende subsidiërende overheden. We probeerden een totaalbeeld te krijgen van mogelijke antwoorden, ongeacht door welke overheid (GGC, COCOF, VGC, Franse Gemeenschap, Vlaamse Gemeenschap, gemeente, OCMW, ...) of private instelling de dienstverlening wordt gefinancierd.

De realisatie van dit document was **een proces van lange adem**. Eind 2004 werden de eerste stappen in dit project gezet. Toen startte het Observatorium met de ontwikkeling van de Welzijns- en gezondheidsatlas naar aanleiding van het beschikbaar worden van de gegevens van de Algemene socio-economische enquête 2001. De vraag werd gesteld om naast de analyse van de kenmerken van de Brusselse bevolking ook een analyse van de dienstverlening te voorzien.

Vanuit de idee om het volledige aanbod aan welzijns- en gezondheidsdiensten in kaart te brengen, bracht het Observatorium de verschillende partners samen. Het CMDC-CDCS was een logische partner vanwege hun databank met alle Brusselse welzijns- en gezondheidsactoren. De verschillende gemeenschapscommissies werden betrokken omdat de oefening enkel zinvol was als het volledige aanbod in beschouwing zou worden genomen.

Meerdere vergaderingen waren nodig om tot een duidelijke afbakening van het onderzoeksveld en tot de nodige overeenkomsten te komen. Het thema thuiswonende ouderen werd gekozen omdat er heel wat noden zijn bij Brusselse ouderen, omdat het een beleidsprioriteit is van de verschillende gemeenschapscommissies, omdat er veel raakvlakken zijn tussen welzijn en gezondheid en omdat de ruimtelijke benadering relevant is.

Noodgedwongen werd het onderzoek beperkt tot de welzijns- en gezondheidsdiensten, en hield het geen rekening met de economische actoren noch met de louter recreatieve en vrijetijdsactoren, met uitzondering van de actoren die ressorteren onder de beleidsdomeinen Welzijn of Gezondheid en actoren die activiteiten aanbieden die uitsluitend voor ouderen bestemd zijn. Ook het thema huisvesting moest buiten de oefening worden gehouden.

Het was organisatorisch niet haalbaar nog meer overheden te betrekken (gewest, federaal, Vlaamse Gemeenschap, Franse Gemeenschap, gemeenten, OCMW's), maar de door hen gefinancierde dienstverlening werd wel mee opgenomen in de inventaris.

De piste om ook de gebruikers van de diensten mee in kaart te brengen werd even onderzocht, maar dit bleek al gauw een onmogelijke opdracht. Hetzelfde geldt voor de informatie over de kwaliteit van het aanbod. Het budget voor de inventaris was immers redelijk beperkt, waardoor een strikte aflijning noodzakelijk was.

Deze atlas bundelt veel interessante informatie over de thuiswonende ouderen. We hopen hiermee een ondersteuning te bieden zowel aan de vele actoren op het terrein als aan de beleidsmakers, met het oog op optimale levensomstandigheden voor de Brusselse ouderen.

Deel 1. Inleiding

Thuiswonen ...

Zo lang mogelijk in zijn of haar thuisomgeving blijven wonen is de wens van de meesten onder ons. Vanuit het oogpunt van de ouderen zelf betekent het behoud in de thuisomgeving zijn eigen leven blijven beheren en zelf keuzes te blijven maken over wat zijn of haar intieme en dagelijkse leefomgeving aanbelangt zoals: het tijdstip waarop men eet, opstaat, gaat slapen, bezoek ontvangt, zich wast, gaat wandelen, ... kortom leeft. Daarnaast is er ook een verband met het behoud van familiale en vriendschappelijke banden wanneer die er zijn en gewenst blijven.

... na je 65^{ste}

Traditioneel wordt de benedengrens voor de oudere bevolking op de pensioenleeftijd gelegd en historisch is dit op 65 jaar. De evolutie van de afgelopen decennia heeft deze grens onder druk gezet. Veel mensen gaan vóór 65 jaar op pensioen waardoor een afbakening op basis van de beroepsbevolking naar beneden zou moeten worden bijgesteld. Omgekeerd is de levensverwachting en vooral de gezonde levensverwachting sterk toegenomen zodat vanuit medisch oogpunt 65 jaar niet langer als een leeftijdsgrens voor de «oudere» bevolking kan worden genomen. Vanuit pragmatische overwegingen wordt hier gekozen om de grens op 65 jaar aan te houden, maar tegelijk oog te hebben voor de diversiteit van de oudere bevolking.

Behoeften en actoren

Vooraleer we proberen na te gaan of de welzijns- en gezondheidsdiensten (de actoren) de reële behoeften en de vraag m.b.t. de zorg van de Brusselse ouderen beantwoorden, is het nuttig om eerst de begrippen «behoefte, vraag en aanbod» inzake welzijn en gezondheid te definiëren.

Behoefte

Een behoefte (of nood) wordt op basis van objectieve gegevens gedefinieerd. De behoeften worden door experts in functie van een norm of een standaard vastgelegd. De nutritionele behoefte (dit is het aantal calorieën, proteïnen, ... dat men dagelijks nodig heeft) is hier een concreet voorbeeld van.

Vraag

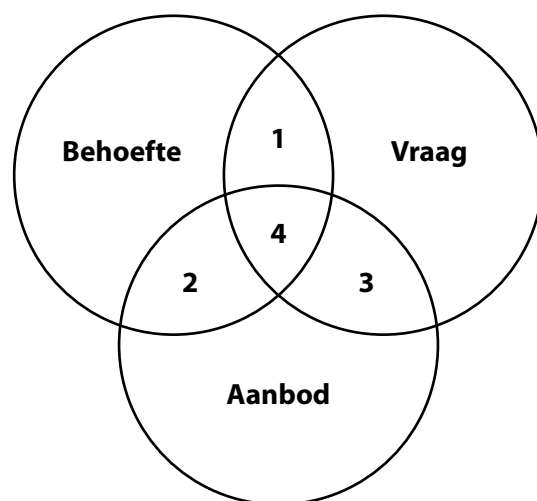
De vraag kan gedefinieerd worden als de wens om zijn of haar situatie te verbeteren of gebruik te maken van een dienst. Deze wens is logischerwijze persoonsgebonden en dus subjectief. Kenmerken zoals geslacht, socio-economische status, cultuurverschillen, ... spelen een rol in het al dan niet uiten van die wens en in het al dan niet gebruiken van een dienst. Zo weten we bijvoorbeeld dat vrouwen in het algemeen een grotere vraag naar gezondheidszorg vertonen dan mannen (Piette, 1998).

Aanbod

Het aanbod vormt het geheel van de diensten waar men een beroep op kan doen.

Figuur 1-01

Relaties tussen behoefte, vraag en aanbod



Piette, 1998

Geen losstaande begrippen

De begrippen «behoefte, vraag en aanbod» staan niet los van elkaar. Integendeel, ze staan allen in relatie tot elkaar (figuur 1-01). De overlappende zones 1, 2, 3 en 4 stemmen telkens overeen met een welbepaalde situatie (Piette, 1998):

1. de behoefte bestaat, de vraag wordt geuit, er is geen aanbod (dienst) beschikbaar: dit leidt tot ontevredenheid;
2. de behoefte bestaat, er is een aanbod (dienst) beschikbaar, de vraag wordt niet geuit: dit leidt tot ondergebruik;
3. de vraag wordt geuit, er is een aanbod (dienst) beschikbaar, maar er is geen reële behoefte: dit leidt tot verspilling, ondoeltreffendheid;
4. de behoefte bestaat, de vraag wordt geuit, er is een aanbod (dienst) beschikbaar: dit is de ideale situatie.

De uitdaging van deze atlas is na te gaan in welke mate de behoeften, het aanbod en de vraag van de Brusselse thuiswonende ouderen convergeren. De beschikbare gegevens laten niet altijd toe om de relatie tussen de drie begrippen te achterhalen, maar dit algemeen schema kan een hulpmiddel zijn bij de interpretatie van de voorgestelde resultaten.

Om een zicht te krijgen op de afstemming tussen de vraag en de behoefte voor thuiswonende ouderen in het Brussels Gewest werden verschillende gegevensbronnen geanalyseerd. De informatie over het aanbod werd verzameld via een enquête. Dit resulteert in zeer verschillende, maar complementaire delen in deze atlas: de socio-sanitaire situatie van de Brusselse ouderen (deel 3), de inventaris van het aanbod (deel 4) en de confrontatie van de verschillende gegevensbronnen (deel 5).

In de leeswijzer (deel 2) vindt de lezer een overzicht van alle geraadpleegde bronnen en krijgt hij de nodige «instructies» om de resultaten op een correcte manier te interpreteren.

In de socio-sanitaire situatie van de Brusselse ouderen (deel 3) wordt de demografische, gezondheids- en welzijnssituatie van de Brusselse inwoners die op 1 oktober 2001 de leeftijd van 60 jaar en ouder hadden bereikt in kaart gebracht. De universitaire onderzoeks-

ploegen analyseren relevante informatie uit de Algemene socio-economische enquête (census) en illustreren aan de hand van o.a. kaartmateriaal de ruimtelijke verschillen van aspecten die eigen zijn aan een oudere bevolking. Hoe is het met de gezondheid van de ouderen gesteld, met welke beperkingen hebben ze te kampen, worden ze samen oud of leven ze vaak alleen, in welke buurten leven er veel ouderen, hoe (on)tevreden zijn ze over hun leefomgeving, hoe zit het met hun inkomen, zal het aandeel 65-plussers in het Brussels Gewest toenemen of net afnemen, ...

De inventaris in deze atlas (deel 4) omvat het aanbod van de gezondheids- en welzijnsdiensten die toelaten dat Brusselse ouderen zolang mogelijk thuis kunnen blijven wonen. Hierbij wordt geopteerd voor een benadering van het aanbod vanuit een aantal behoeften (24) van de ouderen en niet vanuit de organisatie van diensten door de verschillende subsidiërende overheden. Vertrekkende van een mogelijke vraag van ouderen, wordt een beeld gegeven van mogelijke antwoorden, ongeacht door welke overheid (GGC, COCOF, VGC, Franse Gemeenschap, Vlaamse Gemeenschap, gemeente, OCMW, ...) of private instelling de dienstverlening al dan niet wordt gefinancierd.

In deel 5 worden de verschillende gegevensbronnen geconfronteerd en gaan we op zoek naar de relatie tussen de behoefte, de vraag en het aanbod voor de ouderen in het Brussels Gewest, rekening houdend met hun profiel.

Deel 6 sluit dit dossier af met de «uitdagingen voor de toekomst».

Bibliografie

Piette D., (1998). Fiche technique : *Besoins, demandes et offres de santé en Santé Publique* <http://homepages.ulb.ac.be/~ndacosta/promes/tech2.html>

Deel 2. Leeswijzer

**Truus ROESEMS,
Benjamin WAYENS,
Stephanie VINCKE,
Patrick DEBOOSERE,
Myriam DE SPIEGELAERE**

Dit deel helpt u wegwijs te raken in de technische kant van de atlas. U kan er af en toe naar teruggrijpen als u zou vastlopen bij het lezen van de kaarten of bij het interpreteren van de verschillende gegevensbronnen. Natuurlijk staat het team van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn steeds ter beschikking om u bij eventuele vragen verder te helpen.

I. DE CARTOGRAFIE

Referentiekaarten

Op de kaft van deze atlas zijn enkele referentiekaarten opgenomen. De referentiekaarten op de kaft vooraan (kaart K-01, K-02 en K-03) geven een beeld van de ruimtelijke spreiding van de ouderen in het Brussels Gewest. Voor de bespreking van deze kaarten verwijzen we naar de bespreking van de *geografische spreiding van de oudere bevolking* in deel 3, p. 23.

Op de kaft achteraan vindt u een referentiekaart (K-04) met de gemeenten, de metro-stations, de belangrijkste wegen en plaatsnamen.

In 2006 publiceerde het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn de *Welzijns- en gezondheidsatlas*. In deze atlas werd heel wat aandacht besteed aan het aanbieden van referenties om de lezer wegwijs te maken in de kaarten. Ook voor het lezen van voorliggende atlas kunnen deze referenties interessant zijn. Niet alle referentiekaarten worden echter opnieuw opgenomen in deze atlas, noch de lijst met de statistische buurten. We raden de lezers die deze atlas optimaal wensen te gebruiken dan ook aan om regelmatig de *Welzijns- en gezondheidsatlas* te raadplegen. Deze atlas kan opgevraagd worden bij het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn. De referentiekaarten en bijhorende lijst met statistische buurten (bijlagen) kunnen ook afzonderlijk gedownload worden van de website van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, www.observatbru.be.

Voor de lezer die nog een stapje verder wil gaan, biedt de rubriek «Urbis» op de website van het CIBG meer mogelijkheden. Via de toepassing «geoloc» (<http://geowebgis.irisnet.be/webgis/>) is het mogelijk op te zoeken tot welke statistische buurt een adres behoort. De code en de naam van de statistische buurt kunnen worden opgevraagd via de info-knop.

De ruimtelijke eenheden: adres, statistische buurt, postcode en gemeente

De ruimtelijke informatie in deze atlas kan verschillende vormen aannemen: ofwel is de informatie gekoppeld aan een punt, ofwel aan een zone.

Bij de localisatie van actoren (zie deel 4), worden de adressen van de dienstverlenende organisaties omgezet tot **punten** op de kaart. Sommige actoren bevinden zich erg dicht bij elkaar, wat tot een opeenstapeling van symbolen leidt. In de mate van het mogelijke werden de symbolen iets uit elkaar geschoven, zodat alle actoren zichtbaar worden.

De actoren die buiten het Brusselse Gewest gevestigd zijn, maar er wel een rol spelen, zijn op de kaarten weergegeven voor zover hun locatie dicht genoeg bij de gewestgrenzen ligt. Voor 5 actoren is dat niet het geval: die zijn wel opgenomen in de berekening van het aantal actoren, maar zijn niet terug te vinden op de kaarten.

Informatie per **zone** is afhankelijk van het detail van de gegevensbron. In deze atlas werd zowel informatie per gemeente (zie deel 4), per postcode (kaarten 4-04 en 4-05) als per statistische buurt (deel 3 en deel 4) gekarteerd.

Een **statistische buurt** is de kleinste administratieve eenheid waarvoor er socio-economische en administratieve gegevens beschikbaar zijn. Elke gemeente kan worden onderverdeeld in meerdere statistische buurten. De gegevens per statistische buurt laten toe de intergemeentelijke verschillen zo goed mogelijk te vatten. Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest wordt onderverdeeld in 724 statistische buurten. In 2002 telt een buurt gemiddeld 1 350 inwoners. Een statistische buurt mag niet worden verward met de gewone betekenis die men geeft aan wijken of buurten, die in de ogen van de bewoners en de gebruikers vaak slechts vaag afgelijnd zijn. Voor de lijst met statistische buurten verwijzen we naar bijlage 5 van de Welzijns- en gezondheidsatlas.

Cartografie van de socio-economische situatie van de ouderen

De socio-economische situatie van de ouderen werd in kaart gebracht met behulp van **kwantitatieve** gegevens per statistische buurt uit de Socio-economische enquête en het Rijksregister.

De kaarten in deel 3 visualiseren informatie uit de socio-economische enquête van 2001 op het niveau van de statistische buurten. Het zijn stuk voor stuk choropletenkaarten (de zones werden ingekleurd, zie Welzijns- en gezondheidsatlas p. 20).

De kaarten met betrekking tot de spreiding van de ouderen op de kaart vooraan visualiseren de meest recente beschikbare informatie over de ouderen uit het Rijksregister. Kaart K-03 is een bollenkaart, de bollen stellen het absoluut aantal ouderen per statistische buurt voor.

Cartografie van de inventaris van het aanbod aan dienstverlening

Het team van het Institut de Gestion de l'Environnement et de l'Aménagement du Territoire van de ULB (IGEAT) stond in voor de cartografie van de gegevens uit de inventaris van het aanbod (deel 4).

Voor de cartografische presentatie van de gegevens moest rekening worden gehouden met de eerder **kwalitatieve** aard van de gegevens. De enquête leverde immers informatie over de aard van dienstverlening, de locatie van de actoren en de zones waarin de actoren actief zijn.

Per behoefte werd een choropletenkaart gemaakt. Dit betekent dat zones (gemeenten en/of buurten) werden ingekleurd naar gelang het aantal actoren waarop ouderen een beroep kunnen doen voor overeenstemmende dienstverlening.

De intensiteit van de kleurschakering, gaande van lichtgeel naar donkeroranje, geeft het aantal actoren weer die een gemeente hebben opgegeven als hun werkgebied voor een bepaalde behoefte. Dit verschaft m.a.w. informatie over het aantal actoren die in de gemeente actief zijn. Bij het bepalen van het aantal klassen, meestal 2 of 3, wordt rekening gehouden met de variatie in het aantal actoren die in verschillende gemeenten actief zijn. De eerste klasse, in het lichtgeel,

stelt systematisch het minimale aantal actoren voor dat in de meeste gemeenten wordt vastgesteld. Op kaart 4-01 kunnen we bijvoorbeeld afleiden dat in elke gemeente minstens 17 actoren een aanbod hebben inzake «sociale, culturele en vrijetijdsactiviteiten».

Bovenop de informatie op gemeentelijke schaal komt een ruitpatroon dat het aantal actoren weergeeft met een werkgebied kleiner dan een gemeente. Kaart 4-01 toont bijvoorbeeld dat in bepaalde buurten 1 tot 4 actoren een aanbod hebben dat tot enkele buurten beperkt is, naast het aanbod van actoren die op het niveau van de gemeenten werken.

Om het totaal aantal actoren in een buurt te kennen, moet men het aantal actoren dat op het niveau van de gemeente werkt (kleur) en de actoren die buurtgericht werken (ruitpatroon) samentellen. (Op kaart 4-01 tellen we minimum 17 en maximum 27 actoren per buurt).

Bovenop deze (dubbele) choropletenkaart worden soms puntsymbolen geplaatst die de locatie en de aard van de actoren weergeven. Dit wordt enkel gedaan wanneer de lokalisatie van de activiteitenplaats relevant is met betrekking tot de behandelde behoefte^[1]. De actoren worden voorgesteld met specifieke symbolen (driehoeken, vierkanten en cirkels) in functie van het type werkgebied (actief in een wijk, in een of meer gemeenten of in het hele gewest). Sommige actoren hebben meerdere antennes. Ook de antennes worden weergegeven aan de hand van een puntsymbool.

Deel 4 bevat ook een aantal kaarten die een overzicht geven van de financieringsbronnen en het taalregime van de verschillende actoren. Deze kaarten bevatten enkel kwalitatieve informatie weergegeven door puntsymbolen.

Kaarten 4-04 (huisartsen) en 4-05 (verpleging) zijn gebaseerd op kwantitatieve gegevens uit een andere bron dan de enquête van het Centrum voor Maatschappelijke Documentatie en Coördinatie (CMDC-CDCS). De verhouding tussen het aantal zorgverstrekkers en de bevolking wordt weergegeven per postcode met behulp van een choropletenkaart. Daarboven visualiseert een bollenkaart het absoluut aantal zorgverstrekkers per statistische buurt. Tenslotte wordt de specifieke dienstverlening waarover informatie werd verzameld via de enquête van het CMDC-CDCS gevisualiseerd aan de hand van puntsymbolen.

¹ De activiteitenplaats wordt op de kaart aangeduid indien de actor niet aan huis komt.

II. DE GEGEVENSBRONNEN

Het Rijksregister

Een belangrijke bron waarop we ons baseren in deel 3 is het Rijksregister van de natuurlijke personen. Alle personen die wettelijk ingeschreven zijn in de gemeente zijn opgenomen in het Rijksregister. Het Rijksregister bevat een beperkt aantal gegevens zoals geslacht, geboortedatum, nationaliteit en adres. Het register houdt ook de veranderingen bij voor de basisgegevens zoals adres, burgerlijke staat en nationaliteit. Geboorte, sterfte en migratie vormen vanzelfsprekend een wezenlijk onderdeel van een dergelijk register. Op die manier geeft het Rijksregister van natuurlijke personen op elk moment de stand van de bevolking in ons land voor elke geografische eenheid en haar belangrijkste demografische kenmerken.

Het register laat niet alleen toe om op elk moment de samenstelling van de bevolking vast te stellen, maar laat ons ook toe om de flows te analyseren die er aan de basis van liggen. Het Rijksregister heeft dus een aantal enorme voordelen voor de bevolkingsanalyse. We kunnen vrijwel in realtime de bevolkingsevolutie in ons land opvolgen met een zeer grote graad van nauwkeurigheid.

Vroeger vormde de tienjaarlijkse volkstelling de basis om die populatie vast te leggen. De registratie van de loop van de bevolking (geboorte, sterfte en migratie) in de gemeenten vormde de basis voor de berekening van de tussenliggende waarden. Onvolledige registratie en misrekeningen werden gecorrigeerd door de volgende telling. Dit is niet langer nodig door de werking van het nationaal register. Meer nog, de socio-economische enquête van 2001 is gebaseerd op het Rijksregister. Diegenen die in het register opgenomen waren kregen een enquêteformulier toegestuurd. Dit heeft natuurlijk de keerzijde dat fouten in het Rijksregister ook in de enquête voorkomen. Het belangrijkste probleem in die zin lijkt dat men de emigraties onderschat. Wie uit het land vertrekt geeft dit niet altijd aan en een aantal personen wordt te laat uitgeschreven. Bij de ouderen gaat het echter om een relatief beperkte groep gezien hun emigratie in het algemeen zeer laag is.

Het Rijksregister dekt bovendien niet de volledige populatie. Een aantal personen zijn niet opgenomen in het register: kandidaat vluchtelingen, diplomatiek personeel en personeel verbonden aan internationale instellingen, studenten, uit het bevolkingsregister geschrapte personen en personen zonder wettig verblijf (zie ook Welzijns- en gezondheidsatlas p. 139).

De Algemene socio-economische enquête van 2001

Het startpunt van deel 3 is de census van 2001. Officieel kreeg deze census de naam «algemene socio-economische enquête» om te benadrukken dat het niet op de eerste plaats om een klassieke telling gaat maar om het verzamelen van socio-economische kenmerken van de bevolking. Het resultaat is een rijke databank die toelaat de volledige bevolking naar haar voornaamste demografische en socio-economische kenmerken te analyseren. Deze databank is zeer nuttig om tot een beter inzicht te komen in de bevolkingskenmerken van de oudere Brusselaars. Het is bovendien mogelijk om op basis van deze gegevens en die van de volkstelling van 1991 de dynamische elementen te beschrijven die de oudere Brusselse bevolking van 2001 hebben vorm gegeven.

We bestudeerden de bevolking van 60 jaar en ouder in 2001, aangezien die inmiddels meer dan 65 jaar is.

Voor meer informatie over de socio-economische enquête 2001 verwijzen we naar de Welzijns- en gezondheidsatlas p. 17-18 en naar de website van de Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie van de FOD Economie (<http://statbel.fgov.be/census/>).

De inventaris van het aanbod (CMDC-CDCS)

Het aanbod van de welzijns- en gezondheidsdiensten voor de Brusselse ouderen werd geïnventariseerd door middel van een schriftelijke vragenlijst gericht aan de potentiële dienstverleners. Daarnaast werden ook een aantal bevoorrechte getuigen (25) geïnterviewd. De methodologie wordt uitvoerig beschreven in deel 4.

De inventaris is dus gebaseerd op de antwoorden en suggesties van de actoren op het werkveld en niet op die van de ouderen zelf. Uiteraard hebben de meeste professionelen een goede kijk op de noden en de behoeften van ouderen, maar dit sluit niet uit dat ouderen er een andere visie op kunnen nahouden. «De» oudere bestaat trouwens niet. Ouderen vormen een vrij diverse groep. Een persoon van 65 jaar kan een heel andere leefwereld hebben dan een persoon van 80 of 90 jaar. Binnen het kader van deze atlas was het niet mogelijk om ook de ouderen te bevragen. Dit vraagt immers een ander onderzoekszet.

De inventaris levert bovendien vooral kwalitatieve gegevens. Het bleek onmogelijk om via een vragenlijst aan de verschillende actoren statistieken te verzamelen over de omvang van de aangeboden dienstverlening of over het aantal gebruikers en hun profiel. Welke informatie geregistreerd wordt en de manier waarop verschilt immers zeer sterk van dienst tot dienst.

Het Riziv

De Rijksdienst voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (Riziv) beschikt over administratieve databanken met betrekking tot het aantal zorgverstrekkers (bijvoorbeeld huisartsen en verpleegkundigen), maar ook over het aantal mensen die gebruik maken van een bepaalde dienstverlening waarvoor de ziekteverzekering tussenkomt (bijvoorbeeld rust- en verzorgingstehuis, rusthuis, thuisverpleging).

Actieve huisartsen

Het aantal actieve huisartsen werd bepaald op basis van de confrontatie van verschillende databanken.

1. Een lijst van het Riziv van mei 2006 van huisartsen die een adres in het Brussels Gewest opgaven (óf hun praktijkadres, óf hun privéadres) en die ten minste 500 huisartsen-handelingen stelden in de 12 voorgaande maanden.
2. De lijst van Franstalige huisartsen die in 2006 werd samengesteld door de vzw Question Santé voor de website MGbru. Deze databank wordt regelmatig bijgewerkt. Op deze website is ook een lijst van Nederlandstalige huisartsen beschikbaar.
3. De lijst van de artsen ingeschreven bij de orde der geneesheren.

Alle artsen die op de Riziv-lijst vermeld staan werden overgenomen in de definitieve lijst. Indien ze ook op de lijst van MGbru voorkomen, ging de voorkeur naar het adres dat door MGbru werd opgegeven als praktijkadres. Slechts 175 artsen van de Riziv-lijst zijn niet opgenomen in het MGbru-bestand. Voor hen blijft dus het adres behouden dat door het Riziv werd opgegeven.

Vele artsen die op de MGbru-lijst staan, waren echter niet op de Riziv-lijst opgenomen. Voor die geneesheren werd nagegaan of ze nog bij de orde der geneesheren waren ingeschreven als huisarts. Zo konden we vele artsen schrappen die zich ondertussen hadden gespecialiseerd, die uitsluitend in een ziekenhuis werken^[2], die hun praktijk vermoedelijk hadden stopgezet gezien hun leeftijd of die geëmigreerd waren. De huisartsen die tegen een forfait in een wijkgezondheidscentrum werken, werden niet meegeteld in de Riziv-lijst, maar stonden wel op de MGbru-lijst vermeld.

Na een vergelijking tussen deze 3 databanken bleven er 1 297 verschillende huisartsen en 1 376 «artsen-adressen» over. Een niet te verwaarlozen percentage artsen had 2 of zelfs 3 adressen bij hun naam staan. Per arts behielden we slechts twee adressen en kozen die adressen met de ruimste consultatie-uren of -dagen.

De Gezondheidsenquête van 2004

De Nationale gezondheidsenquête door middel van interview van 2004 schetst een algemeen beeld van de gezondheid van de Belgische bevolking. Aan deze derde editie namen bijna 13 000 Belgen deel, waarvan 3 440 Brusselaars. Onder de Brusselaars participeerden 968 (28,1 %) 65-plussers.

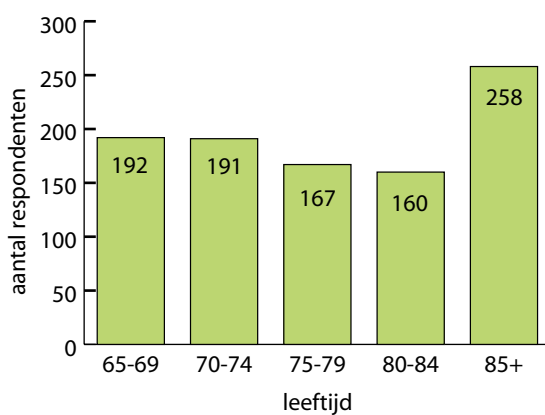
Bij de interpretatie van de resultaten van de Gezondheidsenquête trachten we (indien mogelijk) telkens de cijfers voor de verschillende leeftijdscategorieën weer te geven: de 65 tot 69-jarigen, de 70 tot 74-jarigen, de 75 tot 79-jarigen, de 80 tot 84-jarigen en de 85-plussers.

² Huisartsen die in het ziekenhuis actief zijn, werden niet behouden omdat ze geen huisbezoeken afleggen en ook geen continue opvolging van de patiënten verzekeren om de coördinatie van de zorgverlening te verbeteren. 13% van de huisartsen is in een ziekenhuis werkzaam. De databank van het SESA (UCL) houdt wel rekening met deze artsen en verschilt bijgevolg van de gegevens in deze atlas.

Figuur 2-01 toont het aantal Brusselse 65-plussers dat deelnam aan de Gezondheidsenquête van 2004 per leeftijdscategorie. Het aantal personen per leeftijdsgroep is beperkt en men dient dus voorzichtig te zijn bij de interpretatie van de resultaten.

Figuur 2-01

Aantal Brusselse 65-plussers dat deelnam aan de Gezondheidsenquête 2004 volgens leeftijdscategorie



Bron: Gezondheidsenquête door middel van interview, België, 2004

De Gezondheidsenquête behandelt onder andere thema's als de gezondheidstoestand, de leefstijl, de preventie, de medische consumptie, enz. In 2004 werd de steekproef voor ouderen uitgebreid en werd een specifieke module toegevoegd. Het is net dit nieuwe deel van de enquête dat heel wat cijfergegevens levert voor deel 5.

Meer informatie over de Gezondheidsenquête vindt u op de website van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (<http://www.iph.fgov.be/epidemio/epinl/index4.htm>).

Deel 3.

De socio-sanitaire situatie van de Brusselse ouderen

Patrick DEBOOSERE,
Benjamin WAYENS,
Myriam DE SPIEGELAERE,
Truus ROESEMS,
Johan SURKYN,
Gilles VAN HAMME,
Peter VERDUYCKT,
Stephanie VINCKE,
Didier WILLAERT

I. INLEIDING

In de gezondheidszorg vormt de oudere bevolking de groep die de meeste aandacht vraagt. Verouderen is het aftakelingsproces van ons lichaam tussen geboorte en dood met een onvermijdelijk groeiend risico op gezondheidsproblemen. De levensverwachting is in ons land de afgelopen decennia gestadig blijven stijgen. Het is niet zo dat mensen over de levensloop genomen daarom veel langer ziek zijn; ook de gezonde levensverwachting is gestegen. Wel is het niet duidelijk hoe sterk de samenhang is tussen beide evoluties en of het aantal jaren dat we in ongezondheid doorbrengen toeneemt, afneemt, dan wel relatief stabiel blijft. Wat er ook van zij, de aangroei van de oudere bevolking in absolute aantallen zal ongetwijfeld een grotere vraag scheppen naar zorg- en gezondheidsdiensten. Bijgevolg is het belangrijk om zo correct mogelijk de toekomstige ontwikkeling van onze oudere bevolking in te schatten. Dit is meer dan alleen maar het doorrekenen van bevolkingscijfers. Er moet ook aandacht zijn voor de veranderingen in de samenstelling van de oudere bevolking. Opleidingsniveau, inkomen en vermogen, leefvorm, werk- en woonomgeving, zijn enkele van de cruciale elementen die over onze levensloop vorm geven aan ons welzijn en onze gezondheid. Het zijn die elementen die het gezondheidsniveau van de oudere bevolking en de toekomstige vraag naar zorg mee helpen bepalen. Daarom wordt een belangrijk deel van dit hoofdstuk gewijd aan de beschrijving van de kenmerken van de ouderen en de bevolkingsevolutie in de afgelopen jaren.

Een preventief beleid zal vanzelfsprekend gericht zijn op de behoeften van de ouderen van vandaag, maar moet ook rekening houden met toekomstige evoluties die nu reeds in de structuur en samenstelling van de bevolking ingeschreven staan. Een preventief ouderenbeleid kan niet anders dan te worden ingebed in een globaal welzijns- en gezondheidsbeleid. Gezondheid van de ouderen wordt al van kindsbeen af opgebouwd. Door gezondheidsproblemen bij de jongere bevolking te voorkomen of op te lossen, wordt actief aan een betere gezondheid voor de toekomstige ouderen gewerkt.

De leeftijdsgroep boven de 65 jaar is de afgelopen decennia sterk uitgebreid en het wordt steeds belangrijker om binnen de groep te diversifiëren. Meestal worden drie groepen onderscheiden; 65 tot 74-jarigen waarbij de grootste groep nog van een goede gezondheid geniet, vervolgens de 75-84-jarigen waarbij we een toename van gezondheidsproblemen vaststellen die echter niet noodzakelijk tot hulpbehoefvendheid leiden en tenslotte de bevolking van 85 jaar en ouder waarbij meer en meer ouderen met complexe gezondheidsproblemen en comorbiditeit¹ worden geconfronteerd. Op die leeftijd is de partner meestal al overleden en hebben we vooral te maken met alleenstaande vrouwen.

1 Wanneer de patiënt op hetzelfde moment te kampen heeft met 2 of meerdere aandoeningen spreekt men van co-morbiditeit.

2 De cijfers uit de census van oktober 2001 zijn vanzelfsprekend licht verschillend van de cijfers op 1 januari uit het Rijksregister, zoals voorgesteld in tabel 3-01.

3 In het hoofdstuk demografie van de Welzijns- en gezondheidsatlas van Brussel-Hoofdstad vindt u een analyse van de evolutie van de leeftijdsstructuur van de bevolking in het Brussels Gewest (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, 2006, p. 22-23).

II. DEMOGRAFIE

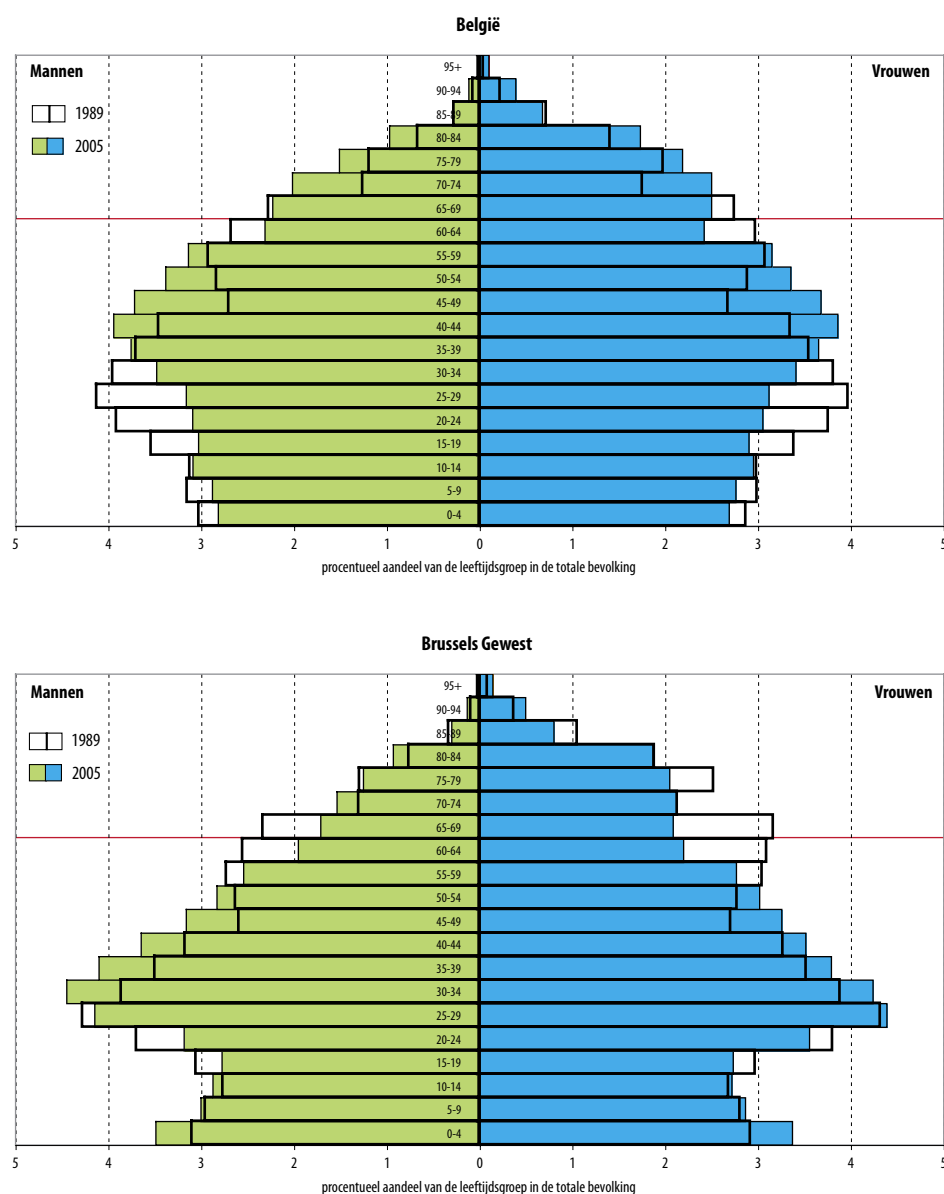
Leeftijds- en geslachtsstructuur

In de census van 2001 bedroeg de totale bevolking van het Brussels Gewest 973 347 personen of 9,5 % van de bevolking van het rijk^[2]. De 65-plussers waren in 2001 met 159 013. Zij vertegenwoordigden 16,3 % van de bevolking. Verhoudingsgewijs telt het Brussels Gewest minder 65-plussers dan Vlaanderen met 17,1 % van de bevolking of dan Wallonië met 16,9 % van de bevolking.

Het Brussels Gewest heeft overigens in het algemeen de jongste bevolkingsstructuur van het land. Dit was ooit anders^[3]. Toch heeft het Brussels Gewest een groter aandeel hoogbejaarden (85 jaar en ouder) dan het geheel van het land.

De bevolkingspiramides van 1989 (jaar van de eerst beschikbare cijfers op basis van het rijksregister) en 2005 (figuur 3-01) tonen hoe de leeftijdsgroep 55+ voor het gehele land fors is toegenomen terwijl ze in het Brussels Gewest is afgenomen (zowel in absolute cijfers als relatief).

Figuur 3-01 Leeftijdspiramide België en Brussels Gewest (1/1/1989 en 1/1/2005)



Tabel 3-01 geeft de evolutie van de Brusselse bevolking boven de 65 jaar voor de periode van 1989 tot 2006. In het Brussels Gewest is het aandeel 65+ in de bevolking vanaf 1989 gestaag gedaald van een maximum van 17,5 % in 1992 naar 15,2 % in 2006. Ook in absolute aantallen is de bevolking boven de 65 jaar gedaald van een maximum in 1989 van 168 275 personen tot 154 545 in 2006.

De **afhankelijkheidsratio**, berekend als het aantal personen in de «afhankelijke» bevolking (0 tot 19 en 60+) tegenover de bevolking op actieve leeftijd (20-59) kent in het Brussels Gewest, in tegenstelling tot de rest van het land, een vrij belangrijke daling van 86 op 100 naar 76 op 100. Voor België daalt de afhankelijkheidsratio in dezelfde periode nauwelijks; van 83 op 100 naar 82 op 100. Deze verschillende evoluties worden in grote mate bepaald door de specifieke situatie inzake migratie van het Brussels Gewest als grootstad en als belangrijkste toegangspoort tot België. Alle bevolkingsgroepen tussen 25 en 54 jaar hebben fors aan belang gewonnen, vooral ten gevolge van het positief saldo van de internationale migratie. Hoewel ook de alleroudsten (boven de 80 jaar) zowel in absoluut als in relatief aantal zijn aangegroeid, is er voor dezelfde periode een sterke terugloop geweest van de leeftijdsgroep tussen 60 en 79 jaar. Die terugloop is het gevolg zowel van de kleinere geboortecohortes^[4] van het interbellum (1919-1940) als van emigratie. Voor Vlaanderen en Wallonië is er nauwelijks immigratie bij de jongere leeftijdsgroepen en de kleinere geboortecohortes werden in beperkte mate aangevuld met de migratie van oudere leeftijdsgroepen vanuit het Brussels Gewest.

Strikt genomen is de afhankelijkheidsratio een zeer ruwe maat van wat hij pretendeert te zijn omdat hij louter gebaseerd is op de leeftijdsstructuur van de bevolking en bijvoorbeeld de grote werkloosheid in het Brussels Gewest buiten beschouwing laat.

Ook bij de **zorgindex (Care-index)** is leeftijd het enige criterium. De zorgindex geeft de verhouding van de oudste bevolking (80 jaar en meer) ten opzichte van het aantal personen tussen 40 en 59 jaar (de leeftijdsgroep die de belangrijkste bijdrage levert aan mantelzorg). Er wordt dus geen rekening gehouden met de bevolking jonger dan 40 jaar. Uitgangspunt van deze index is het feit dat op hoge leeftijd er in toenemende mate nood is aan thuiszorg of opvang en dat om de zorgbehoefte goed in te schatten dus vooral moet worden rekening gehouden met het aandeel van de alleroudste bevolking (80+ of 85+). De zorgindex is een indicator voor de maatschappelijke druk van de vergrijzing.

In 1989 bedroeg de zorgindex in het Brussels Gewest 20,05 personen van 80+ voor elke 100 personen in de leeftijdsgroep van 40 tot 59 jaar^[5].

Figuur 3-02 geeft aan hoe in de loop der jaren de drie gewesten vrijwel parallel evolueren onder invloed van variabele geboortecohorten (bijvoorbeeld de daling van de index op het einde van de jaren '90 wordt verklaard door de kleinere geboortecohortes in de jaren 1915-1919). De zorgindex in het Brussels Gewest ligt altijd hoger dan deze in de andere landsgedeelten, vooral als gevolg van het groter aandeel van de alleroudste bevolking (85 jaar en ouder) in het Brussels Gewest. Maar in tegenstelling tot Vlaanderen en Wallonië die vanaf 2001 terug een stijging meemaken en waarbij Vlaanderen boven het niveau van 1989 uitkomt, blijft in het Brussels Gewest de zorgindex vanaf 2001 stabiel en op een lager niveau dan in 1989.

4 Geboortecohorte: demografische term die verwijst naar een deel van de bevolking (een generatie) die in hetzelfde jaar (dezelfde jaren) zijn geboren.

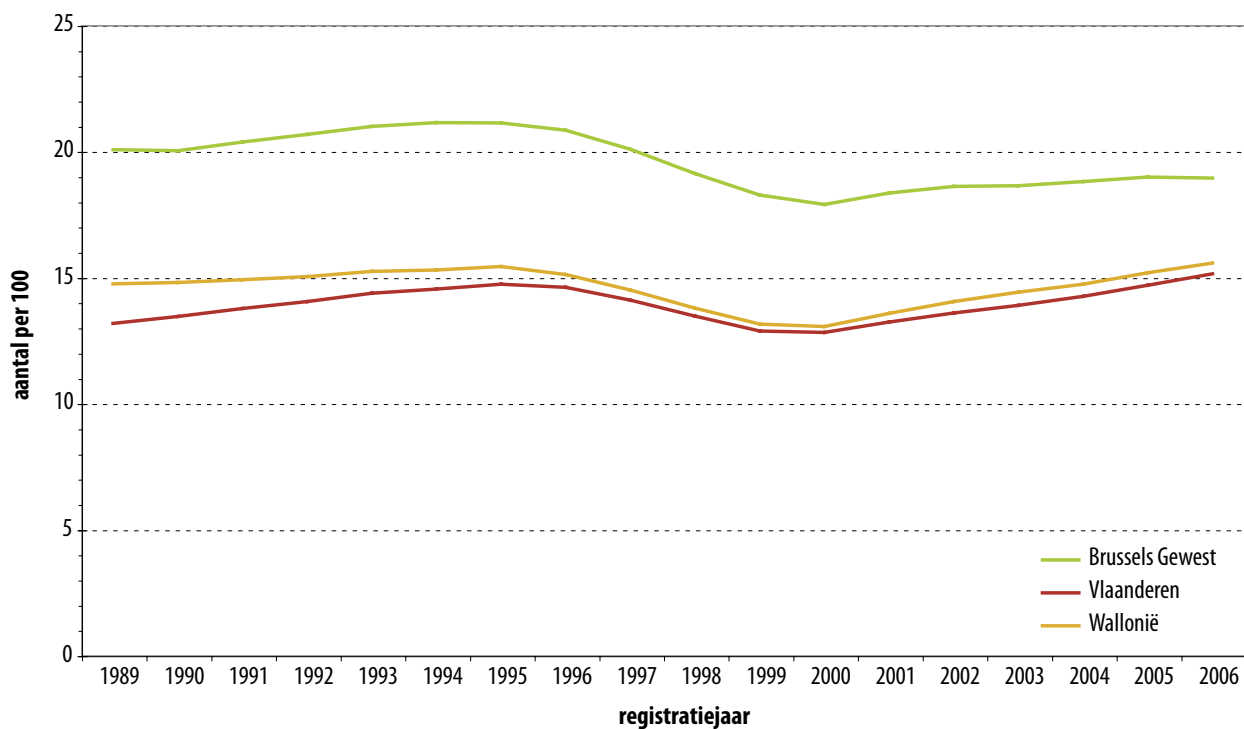
5 Er kunnen ook andere zorgindexen worden berekend op basis van andere leeftijdsgroepen. Tabel 3-01 toont bijvoorbeeld 2 andere indexen. De waarde van deze indexen en de evolutie in de tijd varieert uiteraard in functie van de gekozen leeftijdsgroepen.

Tabel 3-01 Evolutie van de Brusselse bevolking van 65+ in absolute aantallen en aandeel 1989-2006

Jaar	Absoluut aantal							% in de totale bevolking			Afhankelijkheidsratio	Zorgindex		
	Totale bevolking	<20	20-64	65-74	75-84	85-94	95+	65+	75+	85+		$\left(\frac{80+}{40-59}\right) \times 100$	$\left(\frac{80+}{40-69}\right) \times 100$	$\left(\frac{85+}{40-64}\right) \times 100$
1989	970 501	225 639	576 587	86 669	62 686	17 920	1 000	17,34	8,41	1,95	0,86	20,05	13,49	6,83
1990	964 385	224 142	572 912	86 291	62 193	17 862	985	17,35	8,40	1,95	0,86	20,00	13,44	6,88
1991	960 324	222 066	571 068	87 293	60 611	18 243	1 043	17,41	8,32	2,01	0,85	20,34	13,76	7,07
1992	951 217	219 813	564 976	88 998	57 807	18 583	1 040	17,50	8,14	2,06	0,85	20,65	14,06	7,28
1993	950 339	218 986	565 319	90 929	54 966	19 059	1 080	17,47	7,90	2,12	0,85	20,97	14,39	7,49
1994	949 070	218 338	565 262	92 795	51 995	19 532	1 148	17,43	7,66	2,18	0,84	21,12	14,64	7,70
1995	951 580	219 552	567 180	92 758	51 263	19 601	1 226	17,32	7,58	2,19	0,83	21,11	14,78	7,74
1996	948 122	219 320	564 101	90 563	52 820	20 043	1 275	17,37	7,82	2,25	0,83	20,81	14,72	7,96
1997	950 597	220 549	565 621	88 428	54 301	20 309	1 389	17,30	7,99	2,28	0,83	20,06	14,31	8,09
1998	953 175	221 450	567 953	86 609	55 056	20 608	1 499	17,18	8,10	2,32	0,82	19,10	13,74	8,22
1999	954 460	222 187	569 786	84 234	55 696	20 985	1 572	17,02	8,20	2,36	0,81	18,24	13,23	8,34
2000	959 318	224 530	573 880	82 016	56 171	21 135	1 586	16,77	8,22	2,37	0,81	17,88	13,06	8,34
2001	964 405	226 335	578 536	80 028	57 369	20 550	1 587	16,54	8,24	2,30	0,80	18,32	13,51	8,05
2002	978 384	230 400	589 465	78 441	58 841	19 571	1 666	16,20	8,18	2,17	0,78	18,59	13,90	7,61
2003	992 041	234 000	600 775	76 998	60 146	18 441	1 681	15,85	8,09	2,03	0,77	18,62	14,05	7,09
2004	999 899	236 920	606 564	76 087	61 326	17 305	1 697	15,64	8,03	1,90	0,77	18,78	14,19	6,61
2005	1 006 749	239 819	611 419	75 075	61 370	17 396	1 670	15,45	7,99	1,89	0,77	18,97	14,35	6,56
2006	1 018 804	244 789	619 470	73 540	60 621	18 667	1 717	15,17	7,95	2,00	0,76	18,92	14,37	6,91

Bron: NIS, Rijksregister 1989-2006

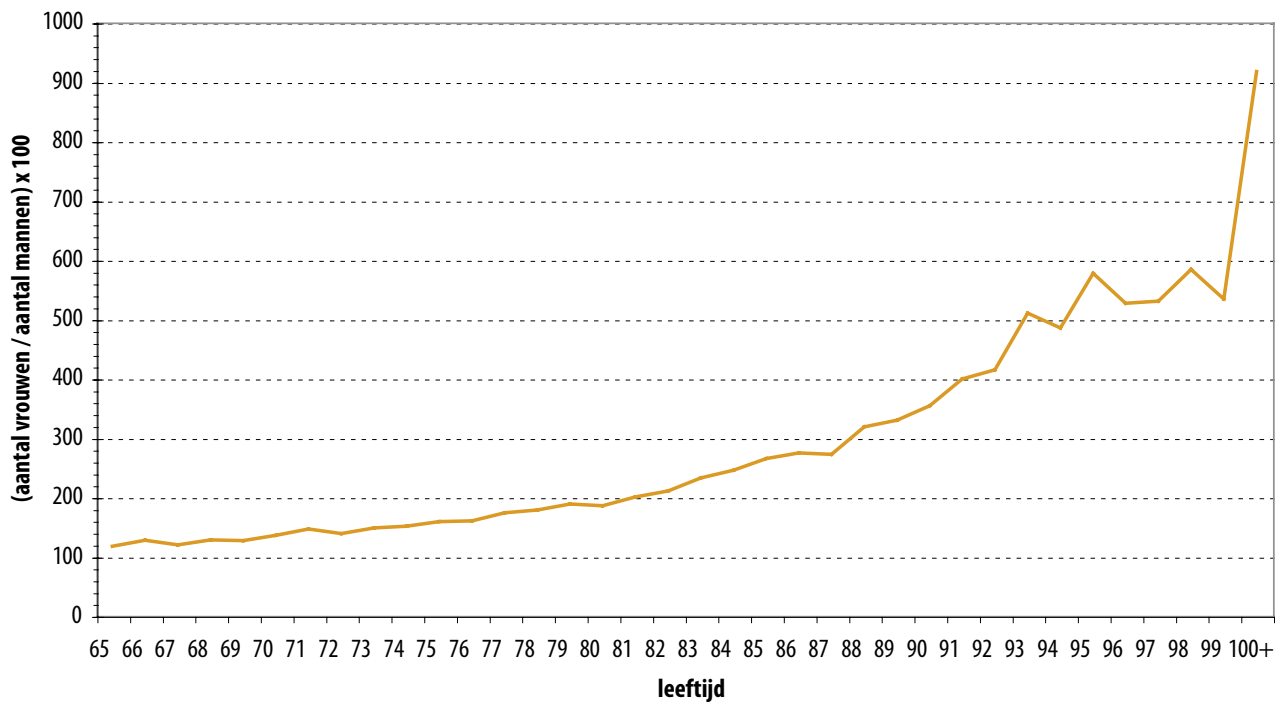
Figuur 3-02 Evolutie van de zorgindex (80+ / 40-59) in de drie gewesten 1989-2006



Bron: NIS, Rijksregister 1989-2006

Figuur 3-03

Feminiteitsindex naar leeftijd vanaf 65 jaar, Brussels Gewest



Bron: NIS - Algemene socio-economische enquête 2001

In figuur 3-03 wordt de **geslachtsverhouding** van de bevolking boven de 65 jaar in het Brussels Gewest weergegeven aan de hand van de feminiteitsindex (vrouwen/mannen). De vroegtijdige sterfte bij mannen is verantwoordelijk voor het grote vrouwenoverschot dat zich gestaag opbouwt vanaf de leeftijd van zestig jaar. In de leeftijdsgroep van 65-69 jaar is er reeds een vrouwenoverschot van 123 vrouwen voor 100 mannen. Bij de 75-79 jarigen is dit opgelopen tot 171 vrouwen en in de leeftijdsgroep van 85 tot 89 jaar tot 287 vrouwen voor 100 mannen. Bij de honderdjarigen zijn er in het Brussels Gewest negen maal zoveel vrouwen als mannen. Dit patroon heeft als gevolg dat alleenstaanden op oudere leeftijden vooral vrouwen zijn en dat in de rust- en verzorgingstehuizen vrouwen het gros van de bevolking uitmaken.

Geografische spreiding van de oudere bevolking

Waar wonen de Brusselse ouderen? Zowel de kaarten in de kft vooraan in deze atlas (K-01, K-02 en K-03), als de kaarten in dit hoofdstuk (3-01 en 3-02) kunnen op deze vraag een antwoord geven. De kaarten vooraan geven de meest recente informatie op buurniveau weer - namelijk de situatie op 1 januari 2004 - en houden ook rekening met de collectieve huishoudens. Ze geven dus een beeld van de ruimtelijke spreiding van alle ouderen (65 jaar en meer) die in het Brussels Gewest zijn gedomicileerd. De kaarten in dit hoofdstuk (3-01 en 3-02) tonen het aandeel ouderen in private huishoudens op het moment van de socio-economische enquête (2001), de bevolking waarop de meeste andere kaarten en tabellen in dit hoofdstuk zijn gebaseerd.

Kaarten K-01, K-02 en K-03 tonen de ruimtelijke spreiding van de ouderen telkens op een verschillende manier: de eerste kaart toont het aandeel ouderen in de totale bevolking per statistische buurt, de tweede toont de dichtheid van de ouderen, namelijk het aantal ouderen per hectare en de derde toont het absoluut aantal ouderen per statistische buurt.

Kaart K-01 toont de grote verschillen in leeftijdsstructuur binnen het Brussels Gewest. De ouderen zijn het sterkst oververtegenwoordigd in de tweede kroon^[6]. In de eerste kroon zijn de proporties ouderen over het algemeen laag, met uitzondering van enkele wijken (bijvoorbeeld in de Marollen of Pacheco). In de tweede kroon vinden we slechts enkele buurten waar het aandeel ouderen lager is dan het Brusselse gemiddelde (bijvoorbeeld de nieuwbouwwijk Dikke Beuk nabij het Universitair ziekenhuis in Jette, de campus van Sint-Lucas of Gulledele in Sint-Lambrechts-Woluwe).

Kaart K-02, de bevolkingsdichtheid van de ouderen, geeft een beeld van de werkelijke spreiding van de ouderen. Deze informatie kan interessant zijn voor de organisatie van thuiszorgdiensten.

De verschillen tussen kaart K-01 en kaart K-02 manifesteren zich vooral in de meest achtergestelde zone van het Brussels Gewest (Sint-Gillis, een gedeelte van Kuregem, laag-Molenbeek, het westen van de vijfhoek, Laken, Laag-Schaarbeek en Sint-Joost-ten-Node). Deze buurten hebben een hogere bevolkingsdichtheid van ouderen dan men zou afleiden uit kaart K-01. Het zijn dichtbevolkte buurten waar ondanks het klein aandeel ouderen in de totale bevolking toch een groot absoluut aantal ouderen woont.

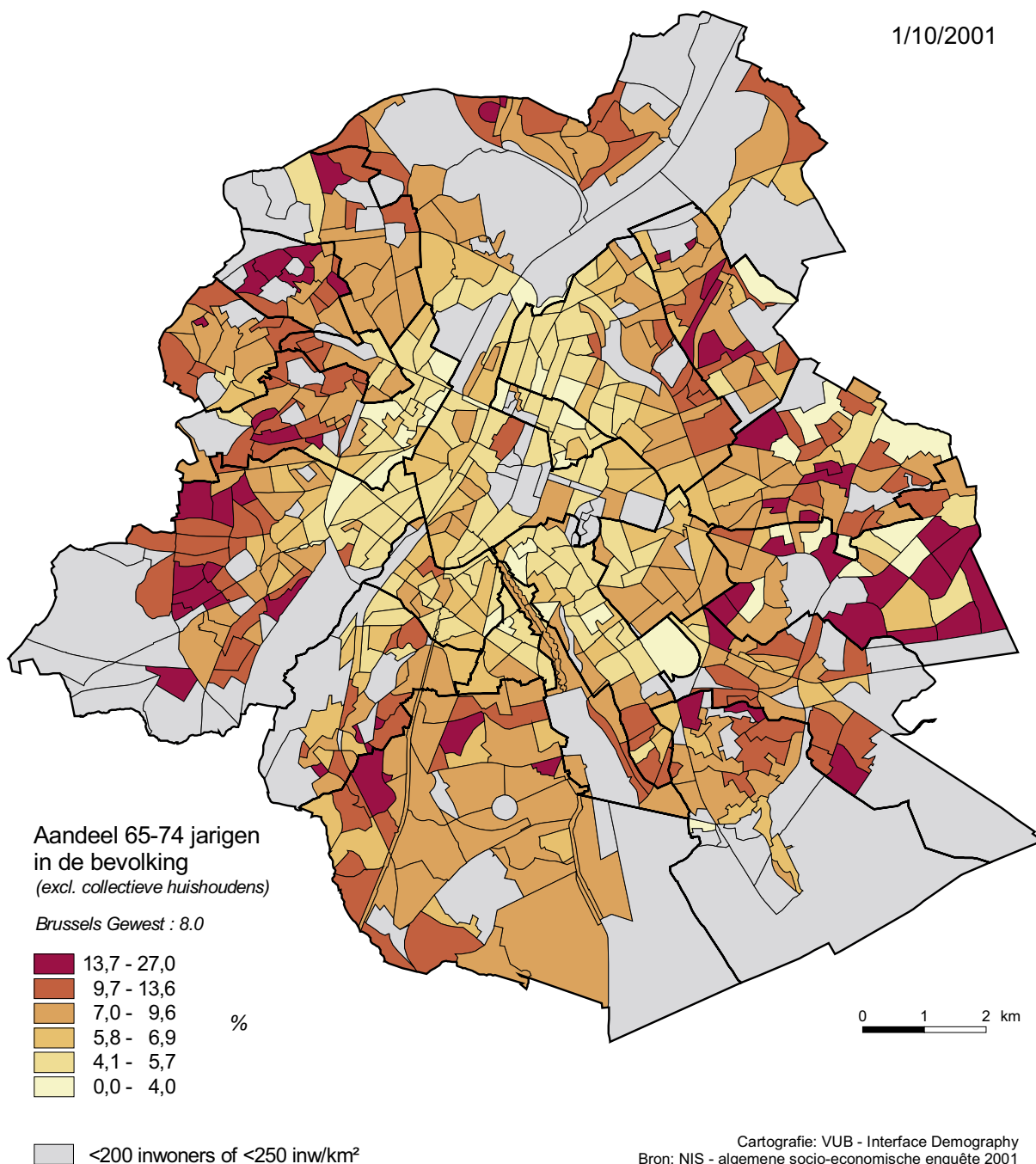
In minder dichtbevolkte zones daarentegen is de dichtheid van ouderen klein, ook al is het aandeel ouderen in de bevolking er groot (bijvoorbeeld in Ukkel en in het oosten van de Woluwe, maar ook in Watermaal-Bosvoorde en Oudergem).

Het westen van de tweede kroon, maar bijvoorbeeld ook het zuiden van Elsene, vertonen hoge waarden op beide kaarten: zowel de bevolkingsdichtheid van de ouderen als hun aandeel in de totale bevolking is er hoog.

Kaart K-03 tenslotte geeft per statistische buurt het absoluut aantal ouderen weer. Op deze kaart kan je ook aflezen dat het absoluut aantal ouderen soms hoog is in buurten waar hun aandeel in de bevolking eerder laag is.

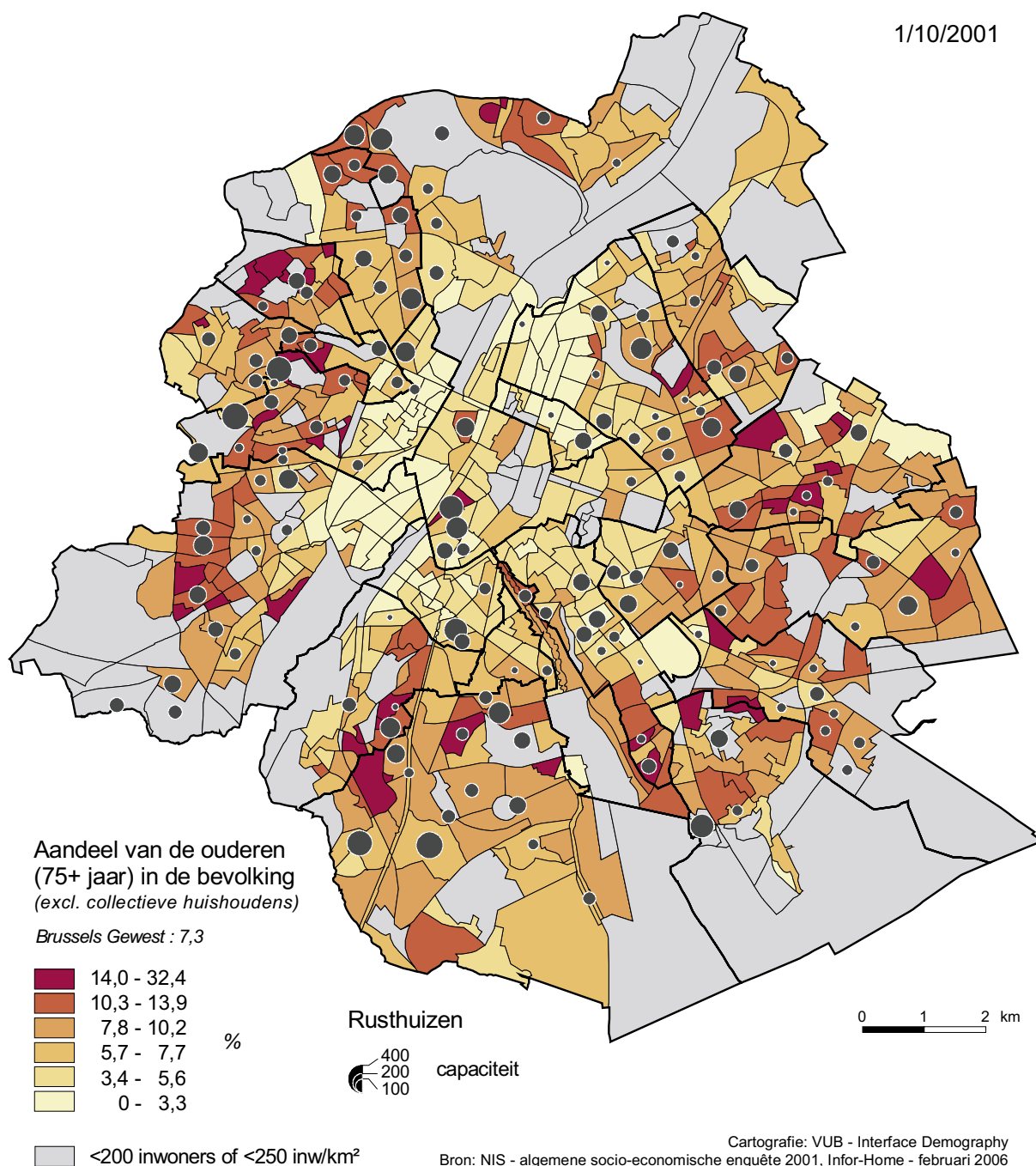
⁶ Voor een beschrijving van de ruimtelijke structuur van het Brussels Gewest verwijzen we naar de referentiekaart achteraan in de Welzijns- en gezondheidsatlas en de beschrijving p. 11.

1/10/2001



Kaarten 3-01 en 3-02 tonen dat het ook interessant is om binnen de leeftijdsgroep van 65 jaar en meer een onderscheid te maken naar leeftijd. De tegenstellingen tussen de eerste en de tweede kroon zijn het duidelijkst bij de oudste leeftijdsgroep (75 jaar en meer).

1/10/2001



Etniciteit: de samenstelling van de oudere bevolking naar nationaliteit

Ook bij de oudere Brusselaars neemt het aantal migranten toe. Terwijl in de jaren zeventig de bevolking boven de 65 jaar nog relatief homogeen was en overheersend in België geboren, zijn de arbeidsmigranten nu ook deel gaan uitmaken van de oudere bevolking.

In het Brussels Gewest is in 2001 iets meer dan 10 % van de bevolking ouder dan 65 jaar van vreemde nationaliteit. Door de vereenvoudigde procedure voor nationaliteitsverwerving hebben veel migranten in de afgelopen jaren de Belgische nationaliteit verworven. Om de werkelijkheid beter te benaderen, wordt in figuur 3-04 de verdeling van de bevolking boven de 50 jaar naar nationaliteit bij de geboorte weergegeven. Voor de bevolking van 80 jaar en ouder ligt het aandeel migranten nog rond de 10 %. Bij de zeventigjarigen zitten we aan 20 % en op 60 jaar is het aandeel personen van buitenlandse origine al ruim boven de 30 % opgeklommen.

De samenstelling is uitermate heterogeen. De Marokkanen zijn de belangrijkste groep van buitenlandse origine, maar zijn zelf slechts een minderheid onder de uit het buitenland afkomstige oudere bevolking. De oudere Marokkaanse en Turkse bevolking is op dit moment echter (nog) niet evenredig vertegenwoordigd in de collectieve huishoudens. Velen wonen blijkbaar nog in bij hun kinderen of andere familieleden. In de komende jaren zal de vraag naar aangepaste opvang van deze oudere

bevolkingsgroep aan belang toenemen. In de mate dat zij doorgaans onderaan de socio-economische ladder staan is het risico op gezondheidsproblemen aanzienlijk hoger dan bij de bevolking van Belgische origine. Men kan de komende jaren dan ook in de gezondheidssector een toenemende vraag naar aangepaste hulp verwachten waarbij voldoende aandacht zal moeten worden besteed aan taalproblemen en aan opvang die rekening houdt met de specifieke culturele en religieuze noden van deze bevolkingsgroepen.

Tabel 3-02

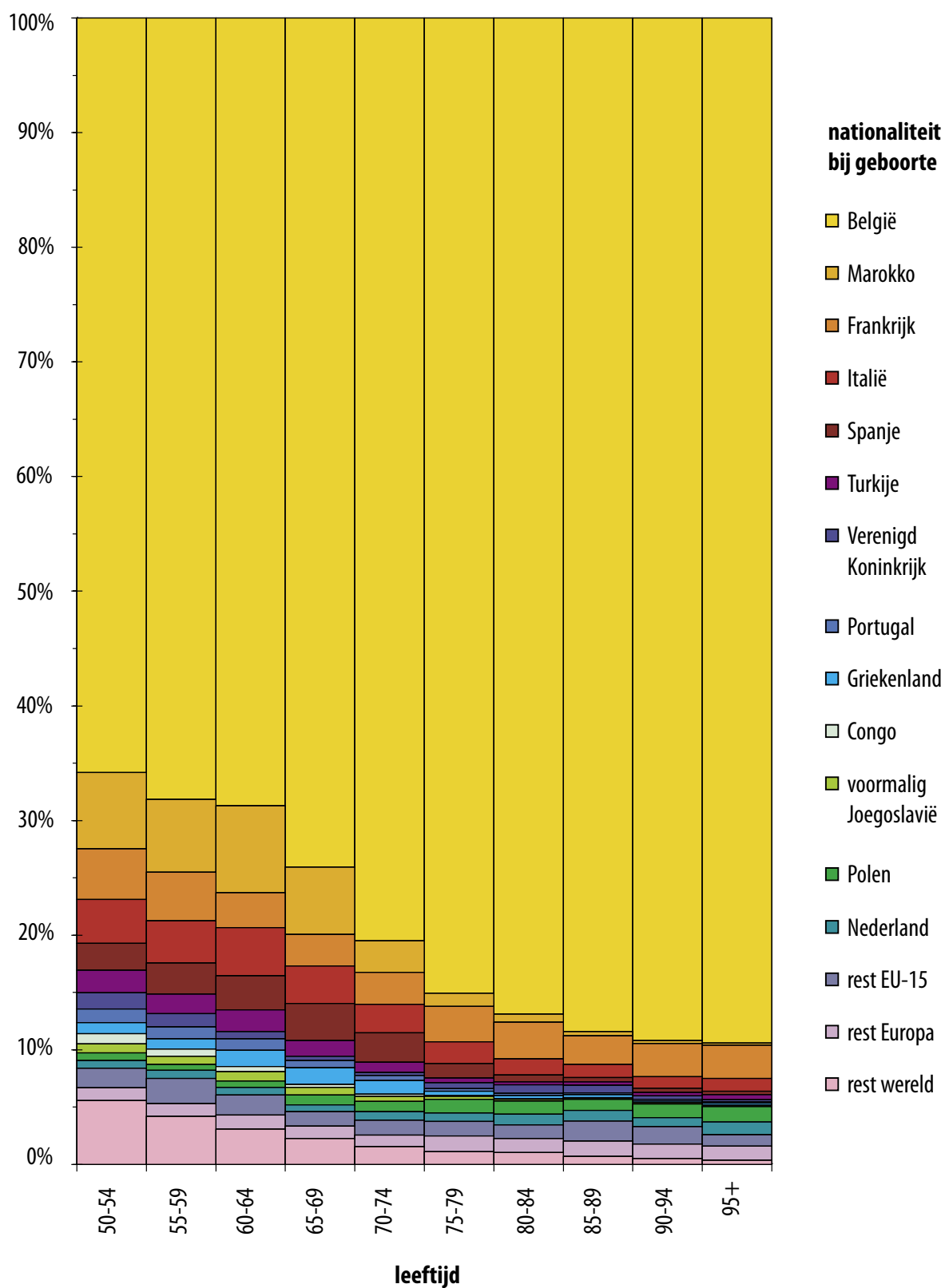
Aandeel migranten in de bevolking naar leeftijd in de drie gewesten (gedefinieerd op basis van de nationaliteit bij de geboorte)

	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95+	% in totale bevolking
Brussels Gewest	34,2	31,8	31,3	25,9	19,5	14,9	13,1	11,6	10,8	10,6	39,3
Vlaanderen	6,8	6,4	5,8	4,6	4,1	4,4	4,5	3,5	2,6	3,0	7,2
Wallonië	17,2	16,6	16,7	14,9	13,9	13,6	11,2	9,8	9,1	9,7	15,6

Bron: NIS - Algemene socio-economische enquête 2001

Figuur 3-04

Distributie naar nationaliteit van geboorte, Brusselse bevolking 50-99 jaar



Bron: NIS - Algemene socio-economische enquête 2001

III. INKOMEN EN FINANCIËLE SITUATIE

Gedeeltelijke gegevens

Gegevens over de inkomens of de financiële situatie van de huishoudens zijn zelden voldoende in detail beschikbaar voor een analyse die rekening houdt met de woonplaats, de leeftijd of het sociaal-economisch statuut.

Op het niveau van statistische buurten beschikken we over de **fiscale statistieken**. Deze worden gepubliceerd en frequent verspreid door de FOD Economie – Algemene Directie Statistiek. Dit is de enige bron waarmee informatie over het inkomen in kaart kan worden gebracht. Dat inkomen stemt evenwel niet overeen met de inkomsten waarover de huishoudens daadwerkelijk beschikken. De gepubliceerde statistieken hebben immers alleen betrekking op de netto belastbare inkomsten^[7]. Dit bestaat uit alle netto inkomens verminderd met aftrekbare kosten. In de momenteel beschikbare publicaties is het echter niet mogelijk om het gemiddelde of mediane inkomen te achterhalen voor subcategorieën van belastingplichtigen, zoals gepensioneerden of 60-plussers.

Voor het Brussels Gewest beschikken we eveneens over statistieken over de **pensioenen**, die uiteraard een belangrijke bron van inkomsten zijn voor 60-plussers.

De Rijksdienst voor Pensioenen (RVP) publiceert statistieken over de pensioengerechtigden. Die statistieken belichten de rust- en overlevingspensioenen van bezoldigde werknemers, van zelfstandigen van de «openbare sector» (betaald door de FOD Financiën). De «pure» pensioenen van de openbare sector worden niet verrekend door de Rijksdienst voor Pensioenen, maar door de Pensioendienst voor de Overheidssector (PDOS). Tabel 3-03 toont de details over het aantal begunstigden dat in het Brussels Gewest woont en het gemiddeld bedrag dat maandelijks wordt uitgekeerd volgens het soort loopbaan. Het gemiddeld bedrag dat de sociale zekerheidsinstellingen uitkeren voor de pensioenen bedraagt 1 140 euro per maand. Maar dat bedrag verschilt sterk volgens het soort loopbaan: de pensioenen van mensen die in overheidsdiensten werkten liggen hoger dan het gemiddelde. Tabel 03-3 wijst ook op een groot verschil tussen mannen en vrouwen. Gemiddeld ontvangen vrouwen een bedrag dat 20 % lager ligt dan dat van de mannen. De verklaring daarvoor ligt in de kortere loopbanen en in een groter aandeel deeltijdse banen.

7 In de Welzijns- en gezondheidsatlas p. 75 vindt u meer informatie over de beperkingen van de fiscale statistieken.

Tabel 3-03 Aantal pensioengerechtigden in het Brussels Gewest en gemiddeld brutobedrag

pensioenen uitgekeerd in het Brussels Gewest	aantal			gemiddeld maandelijks bruto bedrag in €			$\frac{V}{M} \times 100$
	M+V	M	V	M+V	M	V	
Loopbaan als bezoldigde werknemer	80 169	30 990	49 179	903	1 052	810	77
Loopbaan als zelfstandige	4 136	1 897	2 239	511	600	435	73
Gemengde loopbaan (loontrekkende en zelfstandige)	26 081	10 712	15 369	738	778	709	91
Gemengde loopbaan (loontrekkende en overheidsdienst)	18 158	6 799	11 359	1 713	2 028	1 525	75
Gemengde loopbaan (zelfstandige en overheidsdienst)	599	262	337	1 830	2 113	1 610	76
Gemengde loopbaan (loontrekkende + zelfstandige + overheidsdienst)	2 700	966	1 734	1 428	1 642	1 309	80
totaal Rijksdienst voor Pensioenen	131 843	51 626	80 217	985	1 123	895	80
totaal Pensioendienst voor de Overheidssector	28 585	11 530	17 055	1 856	2 207	1 619	73

Bron: RVP & PDOS, 2004-2005

Een derde gegevensbron verschaft ons informatie over de inkomens, maar ook en vooral over de **uitgaven van de huishoudens**. Het betreft het Huishoudbudgetonderzoek van de FOD Economie - Algemene Directie Statistiek. Die enquête peilt naar de uitgavenstructuur van de huishoudens. Elke maand noteren iets meer dan 300 huishoudens hun dagelijkse uitgaven. Ze vullen ook een vragenlijst in over de minder frequente uitgaven die ze in de maand vóór het onderzoek maakten. Op jaarbasis resulteert dat in gegevens over een steekproef van 3 600 huishoudens die representatief zijn voor de Belgische bevolking^[8]. Bekijken we aandachtig de uitgavenstructuur van de gezinnen volgens de leeftijd van de referentiepersoon of, beter nog, per huishoudenstype^[9], dan kunnen we daaruit de bijzonderheden van het verbruik van ouderen afleiden (tabel 3-04).

Diverse posten in verband met de persoons- en woningsuitrusting dalen aanzienlijk op hogere leeftijd (kleding, schoenen, meubels, vaatwerk, huishoudtoestellen...). Het aandeel van de uitgaven voor transport (in het Brussels Gewest liggen die laag vanwege een mindere graad van motorisatie), maar ook voor telecommunicatie, sport en cultuur, dalen met de leeftijd. De gezondheidsuitgaven stijgen en vooral bij de uitgaven in verband met hospitalisaties, geneesmiddelen en medische toestellen is het leeftijdseffect duidelijk. De huurgelden en andere uitgaven gekoppeld aan de huisvesting hebben een relatief hoger gewicht in het huishoudbudget bij ouderen. Naast het leeftijdeffect dat een evidente invloed heeft op de medische kosten, is de bijzondere uitgavenstructuur van oudere huishoudens een gevolg van de vermindering van inkomens en keuzes die daaruit voortvloeien. De uitgaven waarop niet bespaard kan worden, zoals huisvesting, maar ook gezondheid krijgen voorrang op «comfortconsumptie» (vernieuwing van de kleding, hobby's ...). De vergelijking van de gemiddelde maandelijkse consumptie (tabel 3-04) en het gemiddeld pensioenbedrag (tabel 3-03) wijst overduidelijk op de financiële moeilijkheden waarmee heel wat ouderen te maken kunnen krijgen, vooral als ze geïsoleerd leven en geen eigenaar zijn van hun woning.

Terwijl de gegevens over de pensioenen en die over het huishoudbudget een beeld geven van de situatie van de «gemiddelde» Brusselse oudere, zeggen ze minder over de verschillen, zowel qua verdeling van de inkomsten, als qua verschillen tussen de diverse buurten in de stad. De pensioengegevens zijn bovendien een weerspiegeling van georganiseerde en op het werk toegespitste sociale uitkeringen. Het gespaarde kapitaal, dat belangrijk is voor de sociaal-economische status, is niet gekend.

8 Deze steekproef kan zonder problemen op nationale schaal geëxtrapoleerd worden. Op gewestelijk niveau echter kan de beperkte steekproef tot niet significante verschillen leiden. Daarom geven we zowel de waarden voor België als voor het Brussels Gewest en vragen we de lezer voorzichtig te blijven in de interpretatie van de verschillen tussen de situaties in België en in het Brussels Gewest.

9 De steekproef van het huishoudbudgetonderzoek wordt samengesteld als een representatieve steekproef voor de bevolking van een gewest. Er zijn niet alleen verschillen in de samenstelling van de huishoudens tussen de gewesten, maar ook in hun positie in de levenscyclus. De vergelijkingen per type gezin (bijvoorbeeld een alleenstaande, een koppel met kinderen, ...) zijn bijgevolg nauwkeuriger, maar moeilijker om het leeftijdeffect te achterhalen. Daarom worden beide invalshoeken hier bekeken.

Tabel 3-04

Grootte en structuur van de uitgaven volgens de leeftijd van de referentiepersoon en het type huishouden, Brussels Gewest en België

Uitgaven van de huishoudens	per huishouden, naar leeftijd van de referentiepersoon												per type huishouden			
	Alle leeftijden		60 jaar en +		50 tot 59 jaar		40 tot 49 jaar		30 tot 39 jaar		20 tot 29 jaar		één persoon van 65 jaar en ouder		koppel van 65 jaar en ouder zonder kinderen	
gemiddelde uitgaven per huishouden en per jaar in EURO	2 551	2 313	2 175	2 181	2 613	2 714	2 942	2 607	2 670	2 218	2 202	1 847	1 580	1 773	2 459	2 637
verdeling van de uitgaven	Bel.	Bru.	Bel.	Bru.	Bel.	Bru.	Bel.	Bru.	Bel.	Bru.	Bel.	Bru.	Bel.	Bru.	Bel.	Bru.
voedingsproducten	12,3 %	11,3 %	12,5 %	11,9 %	12,4 %	10,6 %	12,9 %	11,6 %	11,8 %	11,4 %	10,4 %	10,6 %	10,7 %	10,1 %	13,3 %	14,5 %
dranken	2,7 %	2,8 %	2,9 %	2,7 %	3,0 %	3,2 %	2,6 %	3,1 %	2,6 %	2,5 %	2,4 %	2,7 %	2,6 %	2,1 %	2,9 %	3,6 %
tabakswaaren	0,8 %	0,9 %	0,5 %	0,7 %	0,9 %	1,0 %	0,8 %	0,9 %	0,9 %	0,9 %	1,0 %	1,3 %	0,4 %	0,7 %	0,4 %	0,4 %
kleding	3,8 %	3,3 %	2,6 %	1,4 %	3,3 %	3,4 %	4,3 %	3,8 %	4,5 %	4,0 %	4,8 %	4,4 %	2,0 %	1,1 %	2,7 %	2,3 %
schoeisel (laarzen inbegrepen)	0,9 %	0,9 %	0,5 %	0,5 %	0,7 %	0,9 %	1,2 %	1,0 %	1,2 %	1,2 %	1,1 %	1,0 %	0,5 %	0,3 %	0,4 %	0,2 %
bruto huur	21,0 %	25,8 %	24,5 %	27,3 %	22,0 %	26,3 %	18,8 %	22,7 %	19,5 %	27,1 %	20,4 %	25,2 %	29,5 %	30,4 %	22,5 %	24,8 %
verwarming, verlichting en water	4,9 %	4,5 %	5,4 %	4,7 %	4,9 %	3,9 %	4,8 %	4,5 %	4,5 %	4,3 %	4,6 %	5,4 %	6,8 %	5,0 %	5,0 %	4,1 %
meubelen en vaste toebehoren	1,7 %	1,2 %	0,8 %	0,9 %	2,4 %	0,8 %	1,8 %	1,3 %	1,9 %	1,6 %	1,7 %	1,6 %	0,8 %	0,4 %	0,8 %	2,0 %
huishoudartikelen in textiel	0,4 %	0,4 %	0,5 %	0,3 %	0,5 %	0,8 %	0,4 %	0,2 %	0,4 %	0,3 %	0,2 %	0,3 %	0,4 %	0,2 %	0,5 %	0,4 %
grote huishoudtoestellen	1,1 %	0,7 %	1,0 %	0,8 %	1,3 %	0,6 %	1,2 %	0,9 %	0,9 %	0,4 %	0,7 %	0,5 %	0,9 %	0,8 %	0,9 %	1,0 %
vaatwerk, huishoudelijke voorwerpen	0,3 %	0,3 %	0,2 %	0,2 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,4 %	0,4 %	0,5 %	0,3 %	0,2 %	0,2 %	0,3 %	0,2 %
gereedschap voor de woning en de tuin	0,5 %	0,2 %	0,4 %	0,2 %	0,5 %	0,3 %	0,5 %	0,3 %	0,5 %	0,2 %	0,4 %	0,4 %	0,2 %	0,1 %	0,5 %	0,3 %
onderhoud van het huis	1,7 %	1,9 %	2,1 %	2,7 %	1,7 %	1,7 %	1,7 %	1,7 %	1,7 %	1,9 %	1,3 %	1,1 %	2,8 %	3,2 %	2,1 %	2,8 %
farmaceutische producten	1,4 %	1,4 %	2,1 %	2,6 %	1,6 %	1,3 %	1,2 %	1,2 %	1,0 %	1,1 %	0,9 %	0,9 %	2,3 %	2,2 %	2,5 %	3,7 %
therapeutische apparaten	0,4 %	0,4 %	0,6 %	0,3 %	0,4 %	1,1 %	0,3 %	0,4 %	0,2 %	0,3 %	0,1 %	0,0 %	0,9 %	0,2 %	0,3 %	0,5 %
medische en paramedische sector	2,4 %	2,3 %	2,6 %	2,7 %	2,4 %	2,4 %	2,7 %	2,3 %	2,1 %	2,2 %	1,6 %	1,8 %	2,7 %	2,4 %	3,1 %	3,4 %
ziekenhuizen en soortgelijke	0,5 %	0,3 %	0,8 %	0,8 %	0,7 %	0,1 %	0,5 %	0,2 %	0,2 %	0,1 %	0,3 %	0,2 %	0,8 %	1,4 %	1,2 %	0,9 %
aankoop van voertuigen	5,5 %	4,6 %	6,9 %	5,3 %	5,4 %	7,5 %	3,5 %	1,3 %	5,7 %	5,6 %	8,1 %	2,1 %	2,9 %	1,5 %	8,1 %	1,6 %
verbruiksuitgaven voor voertuigen	7,2 %	5,5 %	5,2 %	4,4 %	6,8 %	5,1 %	7,7 %	6,7 %	8,9 %	5,5 %	7,3 %	5,7 %	4,3 %	4,0 %	5,4 %	5,1 %
vervoersdiensten	0,7 %	1,2 %	0,5 %	0,5 %	0,7 %	1,5 %	0,9 %	1,4 %	0,5 %	1,2 %	1,0 %	2,0 %	0,3 %	0,3 %	0,6 %	0,5 %
post en telecommunicatie	2,9 %	3,3 %	2,3 %	2,5 %	2,9 %	3,0 %	3,1 %	3,7 %	2,9 %	3,4 %	3,6 %	3,8 %	2,4 %	2,4 %	2,2 %	3,0 %
toestellen en accessoires	3,6 %	3,9 %	3,1 %	3,4 %	3,1 %	3,0 %	3,8 %	4,7 %	4,1 %	4,1 %	4,4 %	4,4 %	3,1 %	2,2 %	2,9 %	3,8 %
culturele- en sportdiensten	2,8 %	2,4 %	2,0 %	1,9 %	3,2 %	2,6 %	3,4 %	2,8 %	2,6 %	2,2 %	2,5 %	2,7 %	2,3 %	1,9 %	1,8 %	2,1 %
boeken, kranten, tijdschriften en papier	1,4 %	1,6 %	1,5 %	1,6 %	1,3 %	1,5 %	1,5 %	1,9 %	1,3 %	1,3 %	1,3 %	1,7 %	1,9 %	1,2 %	1,5 %	2,0 %
onderwijs	0,8 %	1,1 %	0,0 %	0,1 %	0,6 %	1,0 %	1,7 %	2,5 %	0,7 %	1,0 %	0,3 %	0,4 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
lichaamsverzorging	2,0 %	2,0 %	2,0 %	2,4 %	1,9 %	1,7 %	2,0 %	1,8 %	2,1 %	2,2 %	2,2 %	1,9 %	2,1 %	2,2 %	2,4 %	2,9 %
persoonlijke artikelen	0,4 %	0,5 %	0,2 %	0,2 %	0,4 %	0,3 %	0,5 %	0,4 %	0,5 %	0,7 %	0,7 %	0,7 %	0,2 %	0,1 %	0,3 %	0,2 %
uitgaven in de horecasector	5,1 %	4,5 %	5,2 %	4,5 %	4,4 %	4,3 %	4,9 %	4,0 %	5,4 %	4,7 %	5,8 %	5,7 %	4,8 %	4,7 %	5,6 %	4,4 %
toeristische reizen	2,9 %	2,8 %	2,9 %	2,8 %	2,8 %	2,2 %	3,7 %	4,5 %	2,4 %	2,4 %	2,4 %	1,8 %	2,4 %	1,9 %	3,2 %	3,7 %
financiële diensten, verzekeringen	4,7 %	3,9 %	5,2 %	3,8 %	5,1 %	4,8 %	4,5 %	5,3 %	4,2 %	2,3 %	4,6 %	3,4 %	4,8 %	4,0 %	4,9 %	3,9 %
andere diensten	2,0 %	2,9 %	1,7 %	4,8 %	1,4 %	1,3 %	1,7 %	1,3 %	3,3 %	2,9 %	2,5 %	5,0 %	2,7 %	11,7 %	1,0 %	1,2 %
niet gespeciseerd verbruik	1,1 %	1,0 %	1,1 %	0,9 %	1,3 %	1,5 %	1,2 %	1,2 %	1,0 %	0,6 %	1,1 %	0,9 %	1,2 %	0,8 %	1,1 %	0,6 %

Bron: FOD Economie, huishoudbudgetonderzoek, 2004

De **Kruispuntbank voor sociale zekerheid** is een vierde gegevensbron die informatie kan leveren over de financiële situatie van de Brusselse ouderen. Deze databank bevat onder andere informatie over het aantal mensen die recht hebben op een verhoogde tussenkomst van de verzekering voor geneeskundige verzorging. Enkel mensen met een beperkt inkomen^[10] hebben dit recht, daarom kunnen we deze informatie als een indicator gebruiken voor het aandeel ouderen dat in financieel moeilijke omstandigheden leeft (tabel 3-05).

Iets meer dan een vierde van de Brusselse ouderen heeft recht op een verhoogde tussenkomst, en leeft bijgevolg in financiële moeilijkheden. Het aandeel gerechtigden stijgt met de leeftijd (23 % bij de 65-69-jarigen versus 28 % bij de 75-plussers). Maar ook de ruimtelijke diversiteit komt tot uiting in tabel 3-05. Het aandeel gerechtigden bij de ouderen varieert van 12 % in Sint-Pieters-Woluwe tot wel

45 % in Sint-Joost-ten-Node. Ook in Sint-Gillis en Brussel-stad heeft meer dan een derde van de ouderen recht op een verhoogde tegemoetkoming. In alle gemeenten van de eerste kroon heeft minstens een vierde van de ouderen recht op de verhoogde tegemoetkoming.

10 Het gaat om weduwen, invaliden, gepensioneerden, wezen en die naast hun statuut ook over een beperkt inkomen beschikken en over OCMW-steuntrekkers, gerechtigden op een inkomensgarantie voor ouderen, mensen met een handicap of en in uitzonderlijke gevallen ook om langdurig werklozen.

Tabel 3-05

Aantal gerechtigden op een verhoogde tussenkomst van de verzekering voor geneeskundige verzorging naar leeftijd en gemeente, Brussels Gewest 2002

gemeente	aantal gerechtigden				% in de bevolking			
	65-69	70-74	≥ 75	Totaal 65+	65-69	70-74	≥ 75	Totaal 65+
Anderlecht	1 020	1 033	2 712	4 765	26 %	27 %	34 %	30 %
Oudergem	137	170	582	889	12 %	13 %	18 %	16 %
Sint-Agatha-Berchem	161	179	555	895	18 %	20 %	30 %	24 %
Brussel	1 570	1 442	3 310	6 322	32 %	32 %	35 %	33 %
Etterbeek	299	331	956	1 586	24 %	27 %	31 %	29 %
Evere	274	296	782	1 352	19 %	21 %	25 %	23 %
Vorst	419	401	1 098	1 918	23 %	24 %	29 %	26 %
Ganshoren	205	212	707	1 124	20 %	19 %	28 %	24 %
Elsene	557	498	1 408	2 463	24 %	26 %	28 %	27 %
Jette	318	401	1 228	1 947	18 %	23 %	28 %	25 %
Koekelberg	185	191	455	831	27 %	30 %	31 %	30 %
Sint-Jans-Molenbeek	842	827	1 875	3 544	29 %	31 %	34 %	32 %
Sint-Gillis	487	475	1 004	1 966	36 %	41 %	47 %	42 %
Sint-Joost-ten-Node	275	222	376	873	41 %	49 %	45 %	45 %
Schaarbeek	1 116	952	2 119	4 187	31 %	31 %	33 %	32 %
Ukkel	449	512	1 547	2 508	13 %	16 %	19 %	17 %
Watermaal-Bosvoorde	153	155	510	818	14 %	15 %	20 %	18 %
Sint-Lambrechts-Woluwe	262	275	1 009	1 546	14 %	14 %	19 %	17 %
Sint-Pieters-Woluwe	152	156	592	900	9 %	9 %	14 %	12 %
Brussels Gewest	8 881	8 728	22 825	40 434	23 %	25 %	28 %	26 %

Bron: Kruispuntbank Sociale Zekerheid, 2002

Huisvesting, een financieel kapitaal

Eigenaar zijn van een of meer vastgoedpanden is de meest voorkomende vorm van opbouw van een zeker financieel kapitaal. Eigenaar zijn van zijn woning staat doorgaans synoniem met een gunstiger sociaal-economische situatie dan gemiddeld. Het gewicht van het huurgeld in het budget van de ouderen komt bovendien duidelijk naar voren in de gegevens van het huishoudbudgetonderzoek. Hoewel dat bepaalde kosten met zich meebrengt voor het onderhoud van het pand, blijken mensen die eigenaar zijn van hun woning in een meer comfortabele positie te zitten, niet alleen tegenover de oprukkende stijging van de huurprijzen, maar ook om het maandelijks huishoudbudget rond te krijgen.

In 2001 waren 56,8 % van de Brusselse ouderen eigenaar van hun woning, terwijl 43,2 % huurden. Zoals duidelijk blijkt uit kaart 3-03 is de ruimtelijke spreiding van die twee categorieën verre van homogeen. Net zoals bij de totale bevolking, zijn er bij de ouderen proportioneel ook minder huurders in de tweede kroon en in het zuidoostelijke kwadrant. De zone met gegoede buurten in het zuidoosten wordt onderbroken door de buurten in het hartje van Elsene en het Flagey-plein, die volkser van aard zijn. De statistische buurten van de tweede kroon met een hoger aandeel hurende 60-plussers, vallen samen met sociale woonwijken (inclusief de tuinwijken) óf met wijken die heel wat flatgebouwen tellen.

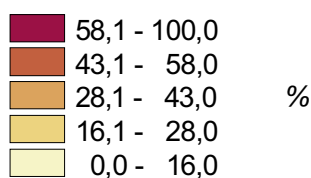
Kaart 3-03

Ouderen in een huurwoning

1/10/2001

Aandeel huurders bij de
bevolking van 60 jaar en meer

Brussels Gewest : 43,2



<200 inwoners of <250 inw/km²

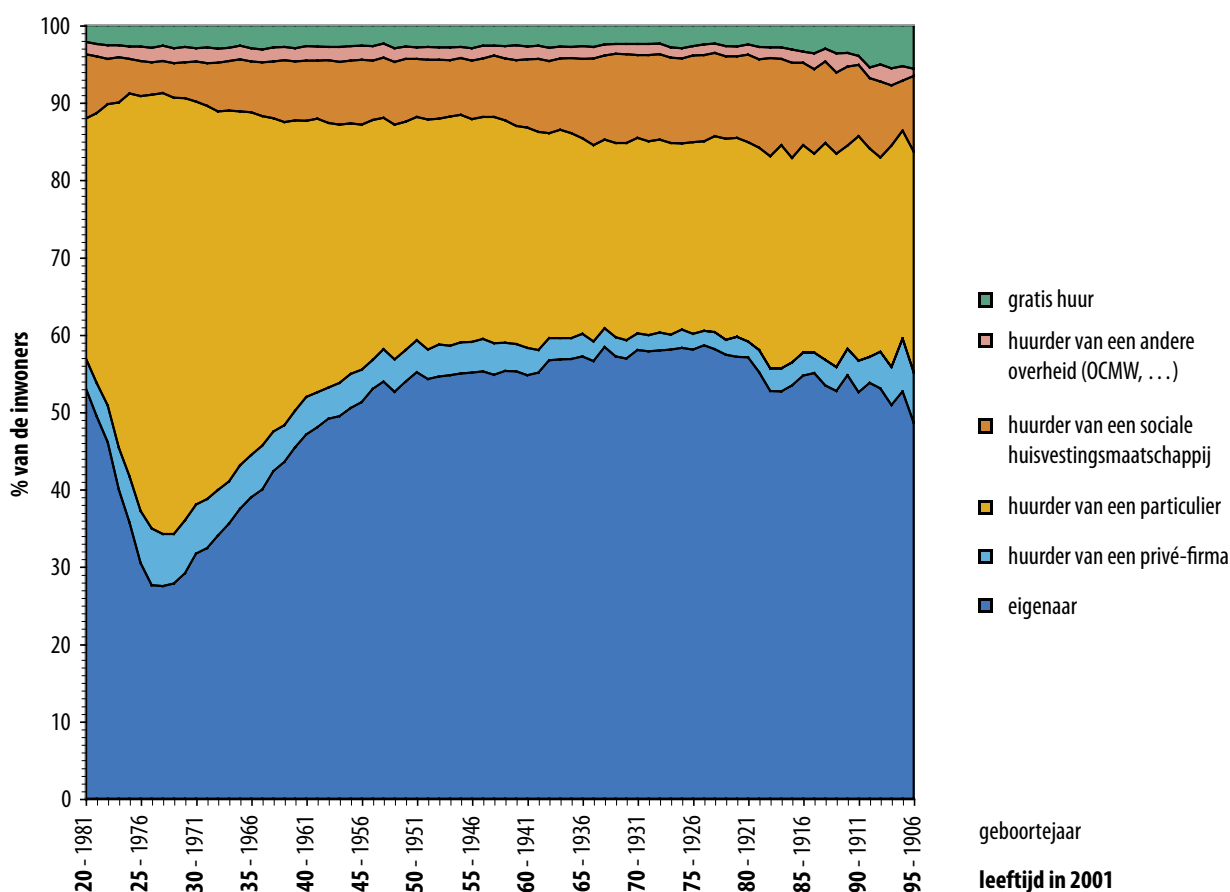
Cartografie: ULB - IGEAT

Bron: NIS - algemene socio-economische enquête 2001

0 1 2 km

De verhouding eigenaars - huurders bij ouderen wijkt niet erg af van de verhouding bij 45-60-jarigen, hoewel het aandeel eigenaars sterk afneemt na 80 jaar (figuur 3-05), op die leeftijd neemt het aandeel ouderen in een rusthuis toe (tabel K-01), maar ook het aandeel dat gratis huurt (vaak inwonend). Bekijken we figuur 3-05 van naderbij, dan zien we dat het aandeel huurders in sociale woningen toeneemt met de leeftijd, zonder een breuk te vormen met de leeftijd van 60 of 65 jaar.

Figuur 3-05 Eigendomsstatuut van de woning naar leeftijd, Brussels Gewest 2001



Bron: Algemene socio-economische enquête 2001

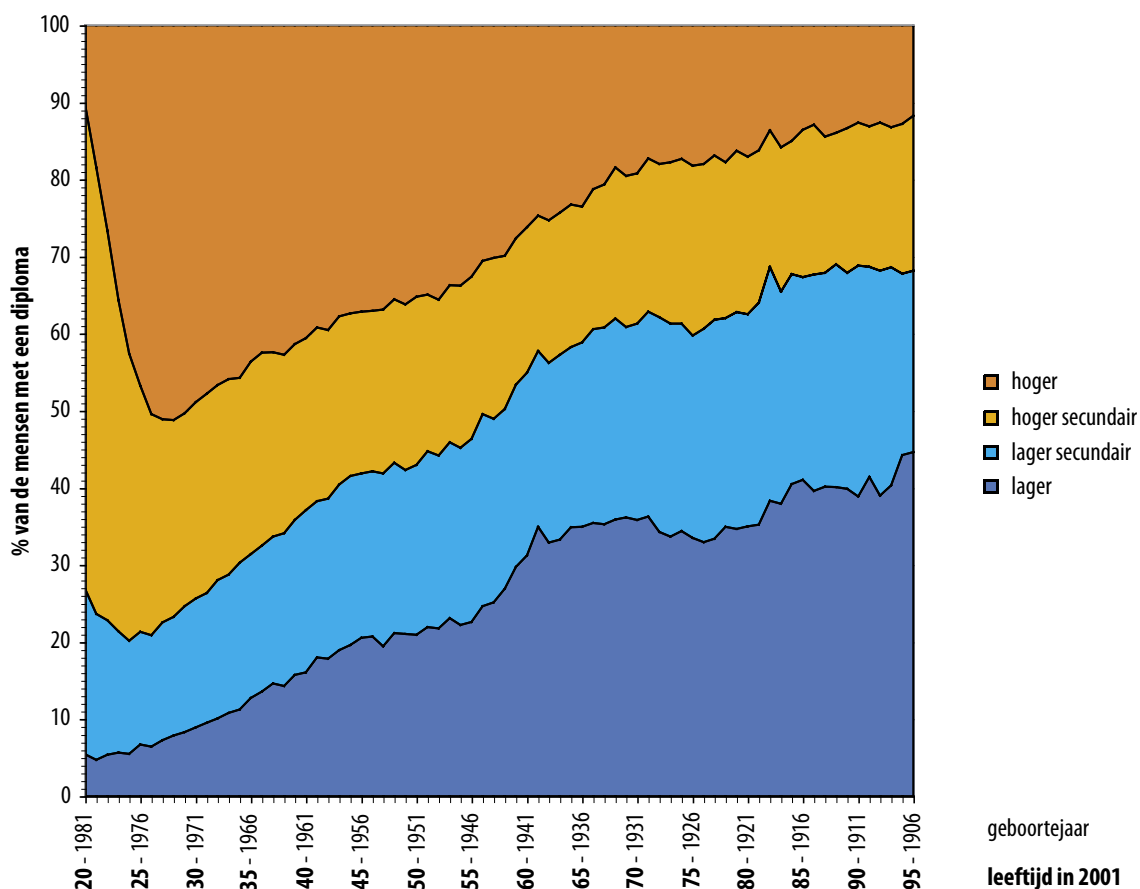
Het diploma, indicator voor de loopbaan

Het bedrag van het pensioen varieert volgens de sector waarin men actief was (privé, overheid of als zelfstandige, cf. tabel 3-04) en naargelang men een vrouw of een man is (vanwege de loopbaanverschillen), maar ook volgens de functie die men heeft uitgeoefend (geschoolde of ongeschoolde arbeider, ploegbaas, bediende, kaderlid, directielid...). In de socio-economische enquête van 2001 is het theoretisch mogelijk om te achterhalen wat de laatste activiteitssector en het beroepsstatuut van de oudere was. Gelet op de grote non respons voor deze vraag, die bovendien stijgt met de leeftijd, kozen we ervoor de informatie over het diploma als indicator te gebruiken om een beeld te schetsen van de ruimtelijke spreiding in het Brussels Gewest van het

soort beroepscarrière en dus van het pensioenniveau. De hypothese is dat de scholingsgraad en het loon in grote mate aan het diploma gekoppeld zijn. In de overheidssector zijn de loonbarema's overigens op dat criterium gebaseerd.

Dankzij de massale inburgering van middelbare en hogere studies is er vanaf 25 jaar een overduidelijk generatie-effect in de scholingsgraad van de bevolking (figuur 3-06). 49 % van de generatie geboren in 1971 heeft een hoger diploma, 26 % heeft ten minste een diploma middelbaar onderwijs en 9 % heeft enkel een diploma lager onderwijs. Voor de generatie geboren in 1951 is dit respectievelijk 35 %, 22 % en 21 %. Voor diegenen ouder dan 60 zijn op het moment van de census (geboren vóór 1941) zien we al snel dat de meerderheid (55 %) ten hoogste een diploma van het lager secundair onderwijs heeft en 31 % slechts een diploma lager onderwijs behaalde.

Figuur 3-06 Laatst behaalde diploma per leeftijd, Brussels Gewest 2001



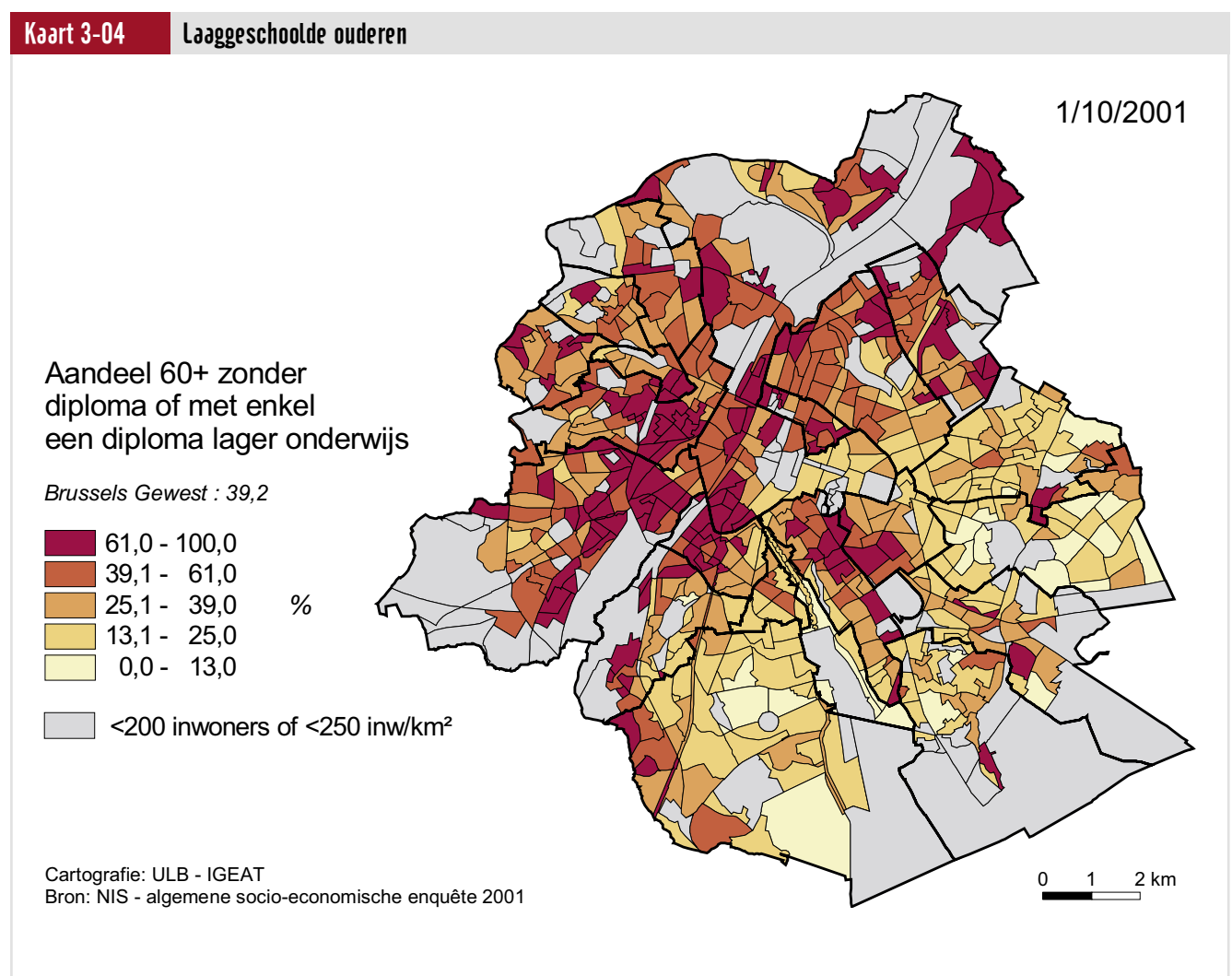
Bron: Algemene socio-economische enquête 2001

Die generatie van 60-plussers (geboren voor 1941) trad in de jaren 1950 en 1960 toe tot de arbeidsmarkt, waarbij het grootste verschil in loopbaan naar onze mening bepaald werd door het feit of men al dan niet middelbaar onderwijs had genoten. Om de ruimtelijke spreiding van het niveau van de pensioenen in te schatten, karteerden we daarom het aandeel ouderen zonder diploma of met maximum een diploma lager onderwijs (kaart 3-04). Die kaart toont dezelfde ruimtelijke structuren als die van de huurders of elke andere kaart betreffende het socio-economische statuut van de Brusselaars. We zien dat het bijzondere karakter van het zuidoostelijke kwadrant zeer uitgesproken is en dat de grenzen met de meer volkse wijken in het hartje van Elsene of langs de Zennevallei in Vorst sterk afgelijnd zijn. De tweede kroon heeft traditioneel gemiddelde scores. De sociale woonwijken en de oude dorpskernen met oude panden (Haren,

Bezemhoek, Paduwa ...) behoren tot de hoogste klasse (donkerrood). Maar ook de oude volkse buurten van de vijfhoek, Elsene en Etterbeek zijn duidelijk afgebakend in het kaartbeeld wanneer we de scholingsgraad van de ouderen karteren. De recente verschuivingen (door de komst van internationale ambtenaren, gentrification)^[11] komt immers nauwelijks voor bij die generatie. In deze buurten waar de ouderen eerder laaggeschoold zijn en bijgevolg waarschijnlijk een klein pensioen hebben, stijgen de prijzen op de huisvestingsmarkt en kunnen de woningen van de ouderen aanleiding geven tot een scherpe concurrentie.

11 Het gentrificatie-fenomeen wordt beschreven in de Welzijns- en gezondheidsatlas p. 12.

Kaart 3-04 Laaggeschoolde ouderen



Naar een indicator voor de financiële kwetsbaarheid

Het feit dat men huurt en geen eigenaar is van zijn woning, wijst in zekere mate op een beperkt kapitaal. Een lage scholing doet vermoeden dat de personen in kwestie jobs uitoefenden die eerder een weinig comfortabel pensioen impliceren. De combinatie van beide kenmerken wijst bijgevolg op een grotere kans om zich in een kwetsbare financiële situatie te bevinden op het moment van het pensioen. Een samengestelde indicator per statistische buurt kan worden berekend volgens het **aandeel 60-plussers zonder diploma of met enkel een diploma lager onderwijs die bovendien een woning huren**. Hoewel dit een onrechtstreekse maat is, kan men op grond van deze indicator de ruimtelijke verschillen in de sociaal-economische status van de ouderen onderzoeken. Twee kenmerken werden gecombineerd om een waarheidsgetrouw beeld van de situatie te geven (kaart 3-05).

De kleur van de statistische buurten toont het aandeel ouderen die beide kenmerken voor financiële kwetsbaarheid combineren (lage scholing en huurder). Op kaart 3-05 is duidelijk te zien dat het gemiddelde van 19,2 % ouderen met hoog risico op sociaal-economisch kwetsbaarheid in het Brussels Gewest in feite grote ruimtelijke verschillen verbergt, verschillen waarvan de geografie overeenstemt met de grote sociaalruimtelijke verdelingen in de stad: de toestand is ongunstig voor een groot aandeel ouderen in de achtergestelde buurten van Sint-Gillis tot Schaarbeek over Kuregem en de historische kern van Molenbeek, maar ook in de oudst verstedelijkte zones van Elsene. De meest gunstige situaties zien we in het zuidoostelijke kwadrant dat min of meer wordt begrensd door de Leuvensesteenweg in Schaarbeek en de Neerstalsesteenweg in Vorst. De zone ten westen van de industriezone heeft eerder gemiddelde waarden.

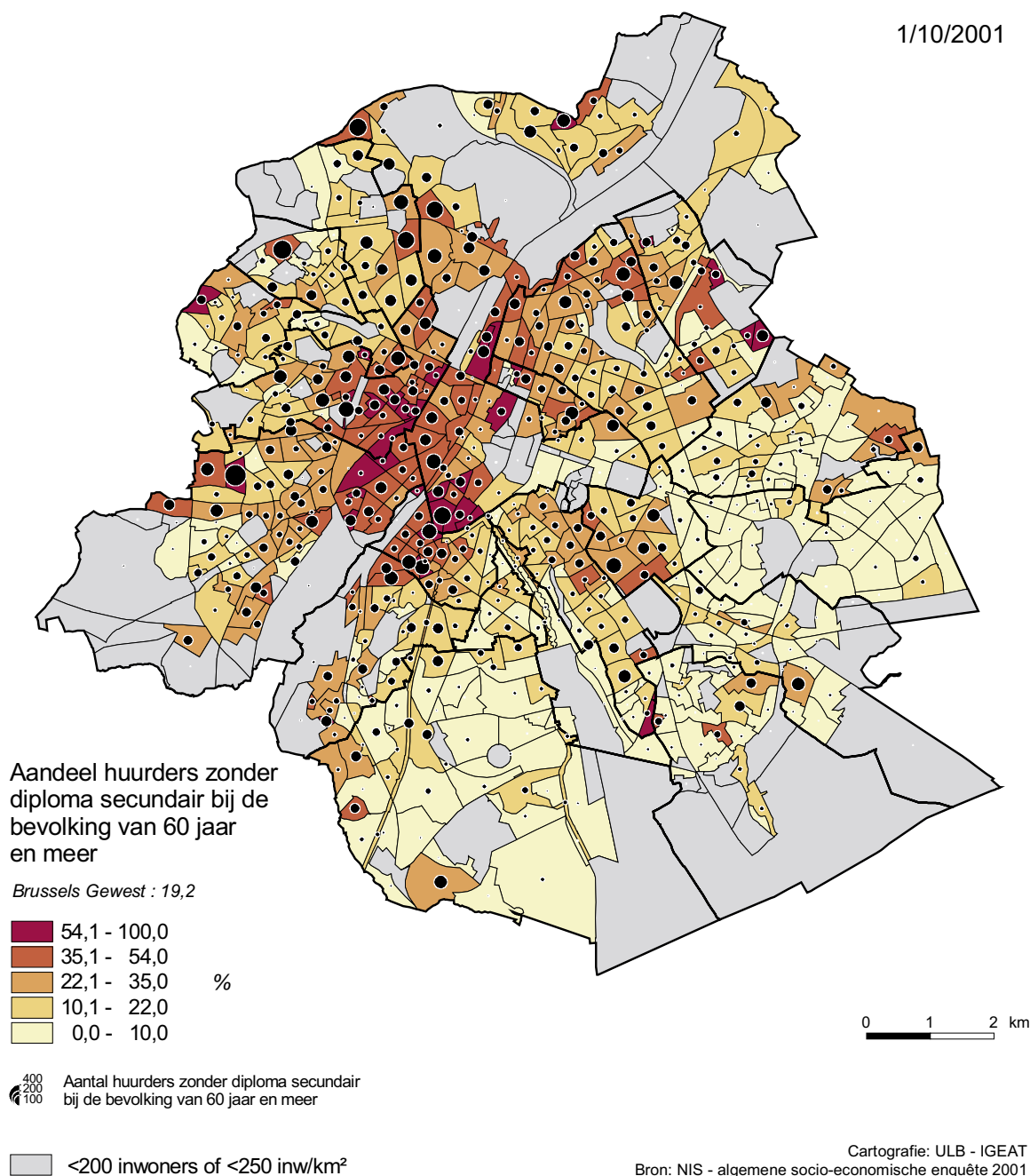
De grootte van de zwarte bollen staat in verhouding tot het aantal laaggeschoolde ouderen met een huurwoning in 2001 in elke statistische buurt. De bollen tonen dus de zones met een groot absoluut aantal ouderen met een risico op armoede. Dat toont dat bepaalde vaststellingen, met name in het westen van het gewest, genuanceerd moeten worden. Meerdere statistische buurten hebben daar immers een oranje tussenkleur, wat wijst op een gemiddeld aandeel ouderen met een risico op armoede. Tegelijk vertonen deze buurten grote bollen, wat wijst op een groot absoluut aantal ouderen dat daar woont.

Toegang tot de gezondheidszorg

44,4 % van de Brusselse huishoudens van 65 jaar en ouder^[12] geeft aan dat de eigen uitgaven voor de gezondheidszorgen te hoog zijn. In Vlaanderen en Wallonië ligt dit percentage lager (respectievelijk 37,5 % en 37,2 %). Daarnaast zegt 10,6 % van de ouderen dat ze medische consumptie hebben moeten uitstellen om financiële redenen. In de andere gewesten ligt het percentage opnieuw lager: 3,3 % in Vlaanderen en 8,8 % in Wallonië (Gezondheidsenquête, 2004).

¹² De huishoudens van 65 jaar en meer worden hier gedefinieerd als de huishoudens waarvan de referentiepersoon minstens 65 jaar is.

1/10/2001



IV. KENMERKEN VAN DE HUISVESTING

Comfort en kwaliteit

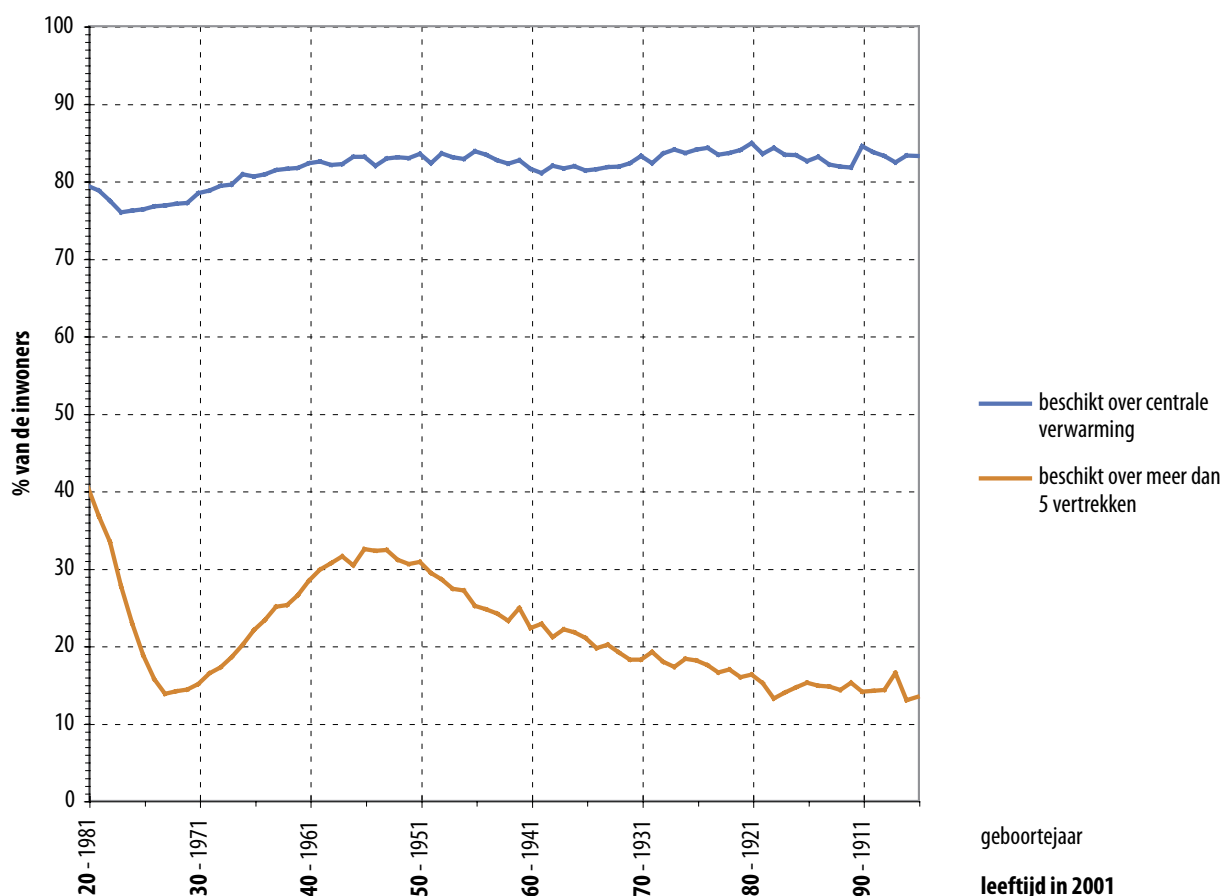
Het comfort van de woning is bepalend voor de kwaliteit van de huisvesting. In de census van 2001 werd de kwaliteit van de huisvesting eveneens onderzocht aan de hand van zes elementen: de binnen- en buitenmuren, de elektrische installaties, de ramen, het dak en de dakgoten. Deze aspecten kwamen aan bod in de Welzijns- en gezondheidsatlas. Specifieke analyses waarbij rekening wordt gehouden met de leeftijd van de inwoners tonen geen duidelijk verschil aan tussen de huisvestingssituatie van de totale bevolking en die van de 60-plussers, noch op gewestelijk niveau, noch op buurniveau. Dat is duidelijk waar te nemen in de curve van de centrale verwarmingsuitrusting (figuur 3-07). De meest ongunstige huisvestingssituaties observeren we niet bij de hogere

leeftijden, maar bij de 20-30-jarigen die de slechts uitgeruste huizen op de woningmarkt bewonen.

Wat de verschillen tussen de buurten betreft, merken we dat de kaart van de centrale verwarmingsuitrusting van de 60-plussers (kaart 3-06) een weerspiegeling is van de klassieke ruimtelijke structuren die het concentrische patroon en de logica van de kwadranten combineren^[13].

Het aantal beschikbare woonvertrekken (figuur 3-07) is een comfortelement dat gekoppeld is aan het inkomen en de sociale status. Het geeft een indicatie over de mogelijkheid voor een persoon om zich af te zonderen van de rest van het huishouden, bijvoorbeeld om schoolwerk te doen in huishoudens met kinderen. We kunnen veronderstellen dat er een verband is tussen de grootte van de woningen en de samenstelling van de

Figuur 3-07 Comfort van de woning naar leeftijd, Brussels Gewest 2001

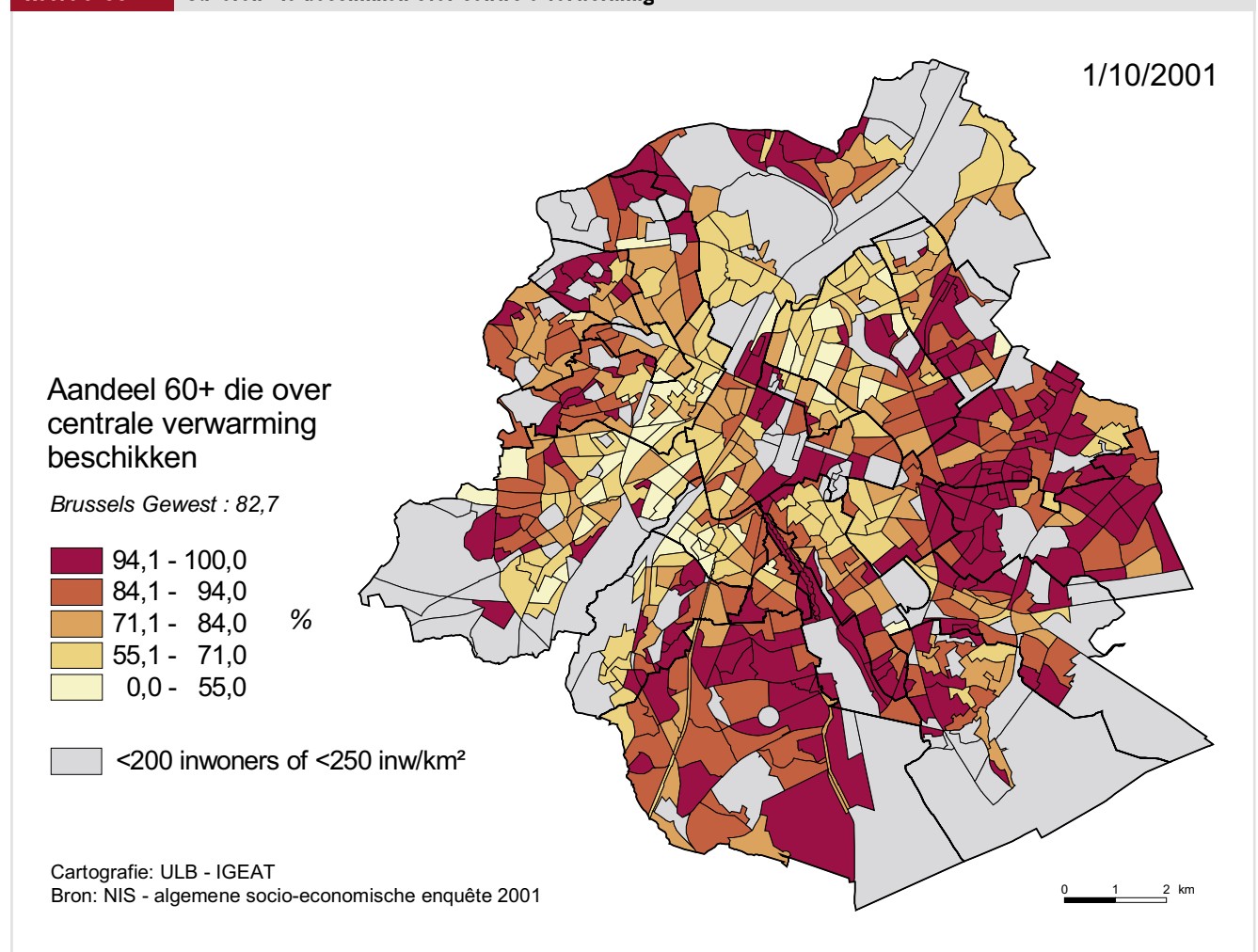


Bron: Algemene socio-economische enquête 2001

huishoudens, tenzij er een zekere inertie ontstaat wanneer de jonge volwassenen uit de gezinswoning wegtrekken en de ouderen in de woning blijven. De curve van het aandeel bewoners dat over meer dan 5 kamers beschikt volgens de leeftijd, geeft een beeld van dit fenomeen van onderbezetting (figuur 3-07). De geleidelijke afname vanaf 50 jaar wijst op een dergelijke inertie. Het fenomeen verdwijnt echter nagenoeg volledig vanaf 80 jaar, waarbij de waarden dicht aanleunen bij die van de 25-30-jarigen van wie de huishoudensstructuur sterk op die van ouderen lijkt (veel koppels en alleenstaanden).

13 Het concentrisch patroon betekent dat het comfort toeneemt naarmate men zich van het centrum verwijdt. De logica van de kwadranten duidt op de tegenstelling tussen de eerder volkse buurten in het westen en de meer gegoede buurten in het oosten. Dat patroon wordt op enkele plaatsen onderbroken, doorgaans door dorpskernen en sociale woningbuurten van vóór WO II die nog niet zijn gerenoveerd. Voor meer details verwijzen we naar de Welzijns- en gezondheidsatlas, p 11.

Kaart 3-06 Ouderen die beschikken over centrale verwarming

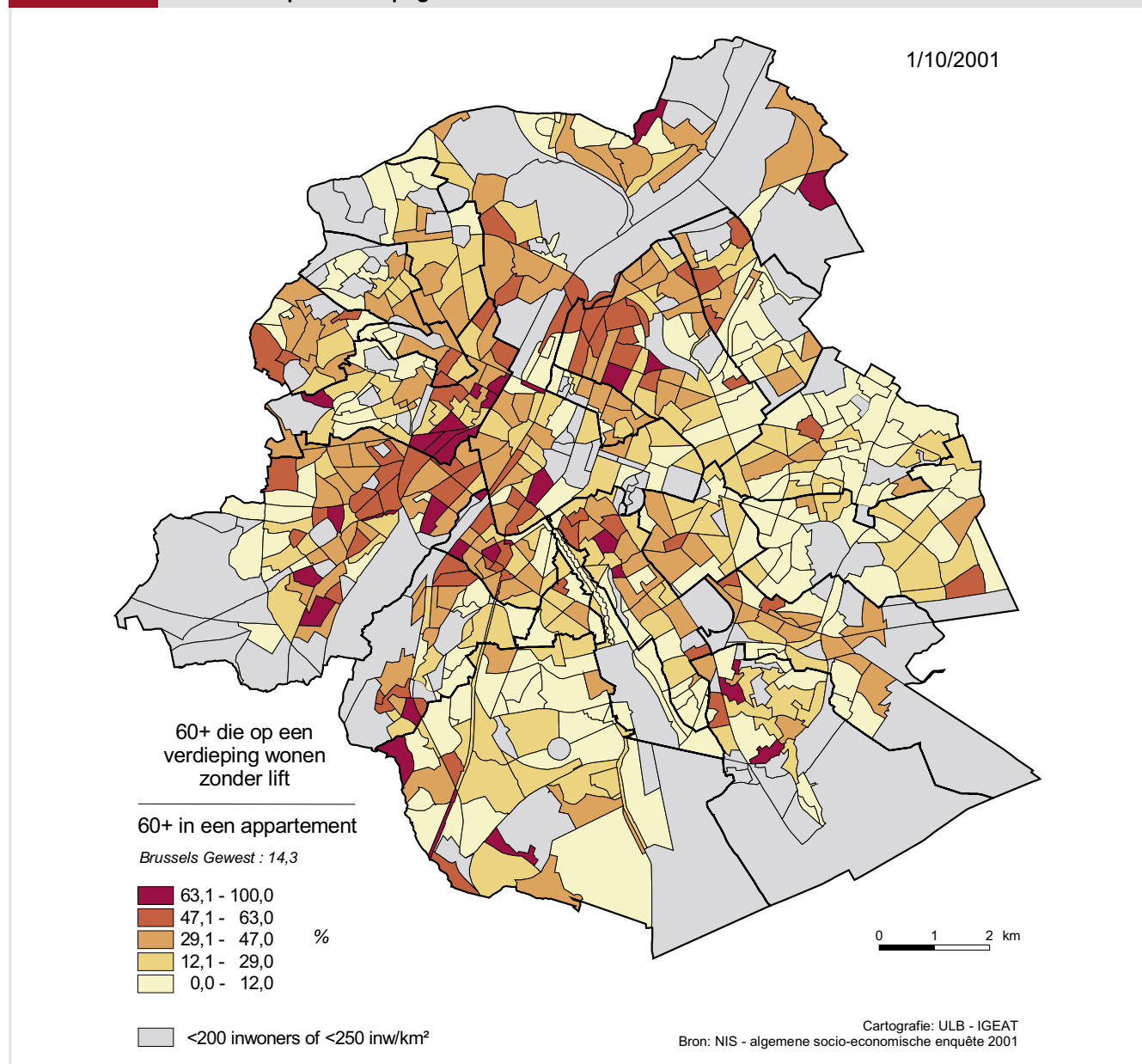


Toegankelijkheid van de woning

Trappen kunnen een niet te onderschatten hinderpaal zijn voor de mobiliteit van ouderen, vooral op hogere leeftijd. Niet van trappen afhankelijk zijn (óf omdat men op de benedenverdieping woont, óf omdat men over een lift beschikt), vormt een belangrijk comfortelement, een voorwaarde om een zekere mobiliteit of zelfs de mogelijkheid om thuis te blijven wonen te behouden.

In het Brussels Gewest worden 14,3% van de 60-plussers geconfronteerd met de oncomfortabele situatie in een appartement op ten minste de eerste verdieping te wonen in een gebouw zonder lift. Kaart 3-07 toont de concentratie van die ouderen in buurten met oude herenhuizen die in appartementen zijn opgedeeld (Schaarbeek, Sint-Gillis), kleine flatgebouwen (voornamelijk in het westen) of sociale woningen van vóór de jaren 1960 (bijvoorbeeld Volta in Elsene of Moortebeek in Anderlecht).

Kaart 3-07 Ouderen die op een verdieping wonen zonder lift





Copyright Seniorencentrum

V. WOONOMGEVING, DAGELIJKS LEVEN EN SOCIALE CONTACTEN

De tevredenheid van de ouderen

In de socio-economische enquête van 2001 konden de huishoudens hun appreciatie geven van de onmiddellijke woonomgeving, namelijk het uitzicht van de gebouwen, de netheid, de kwaliteit van de lucht en de rust. Ze konden eveneens een oordeel geven over de faciliteiten van de buurt, zoals het groen, het winkelaanbod, openbaar vervoer, gezondheidsdiensten of cultuur- en recreatieaanbod.

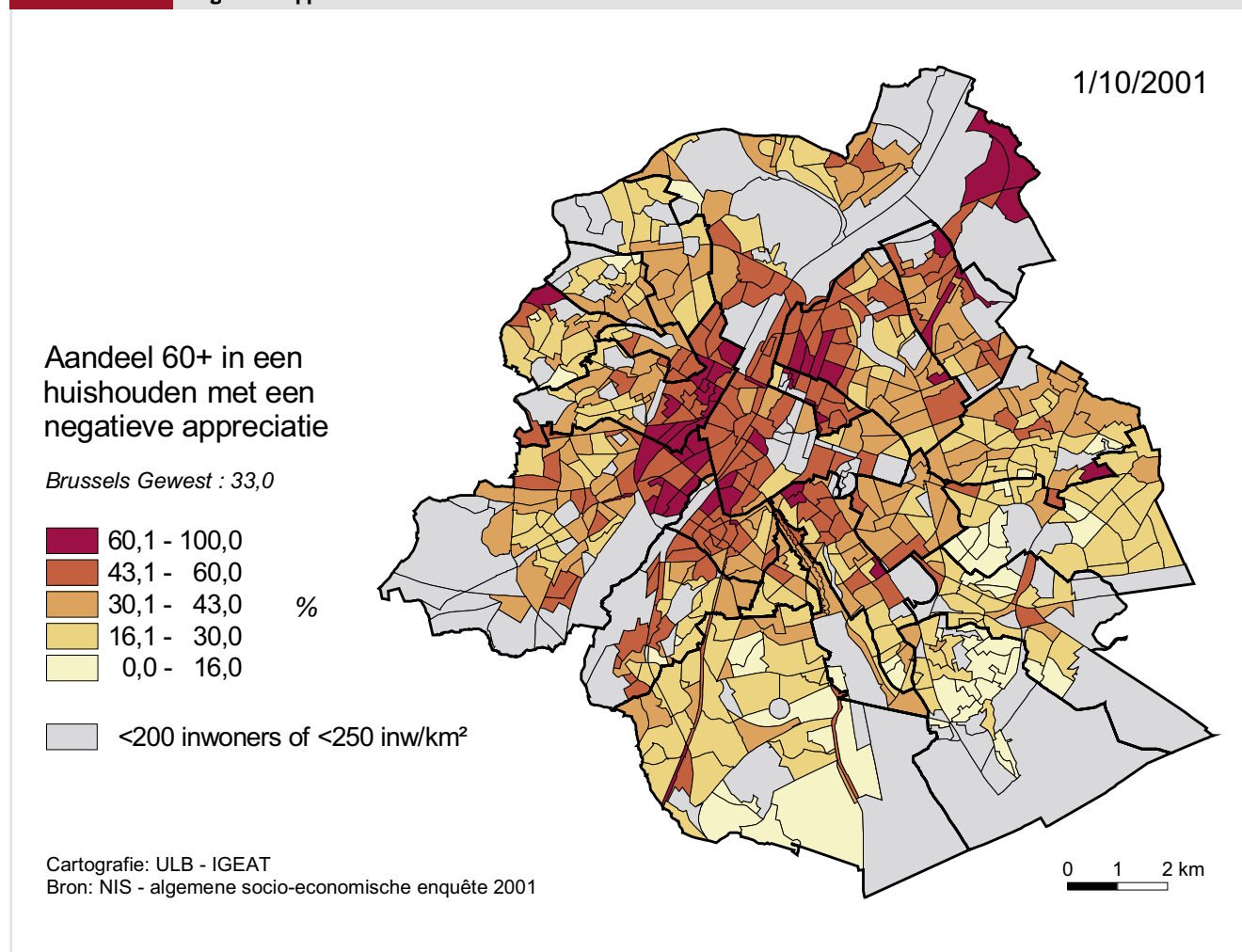
De beoordelingsschaal bestond uit drie antwoordmogelijkheden: erg aangenaam, bevredigend of weinig aangenaam voor de omgeving; heel goed voorzien, normaal voorzien of slecht voorzien voor de faciliteiten in de buurt. De aldus ingezamelde informatie is subjectief

en verschilt van huishouden tot huishouden, afhankelijk van het belang dat ze aan die elementen hechten. Ook de invulling van het begrip «buurt» kan verschillen en is afhankelijk van de context en de respondent. De appreciatie met betrekking tot een specifiek aspect kan bovendien beïnvloed worden door een algemene tevredenheid of ontevredenheid. Een deel van deze thema's werd reeds voor de volledige bevolking geanalyseerd in de Welzijns- en Gezondheidsatlas. Daarom concentreren wij ons hier voornamelijk op de punten waar het antwoordenprofiel van de 60-plussers sterk afwijkt van wat in de andere leeftijdsklassen werd waargenomen.

Doorgaans wijkt de mening van ouderen niet sterk af van de algemene beoordeling. De ruimtelijke spreiding van de negatieve appreciatie van de rust bij ouderen

Kaart 3-08

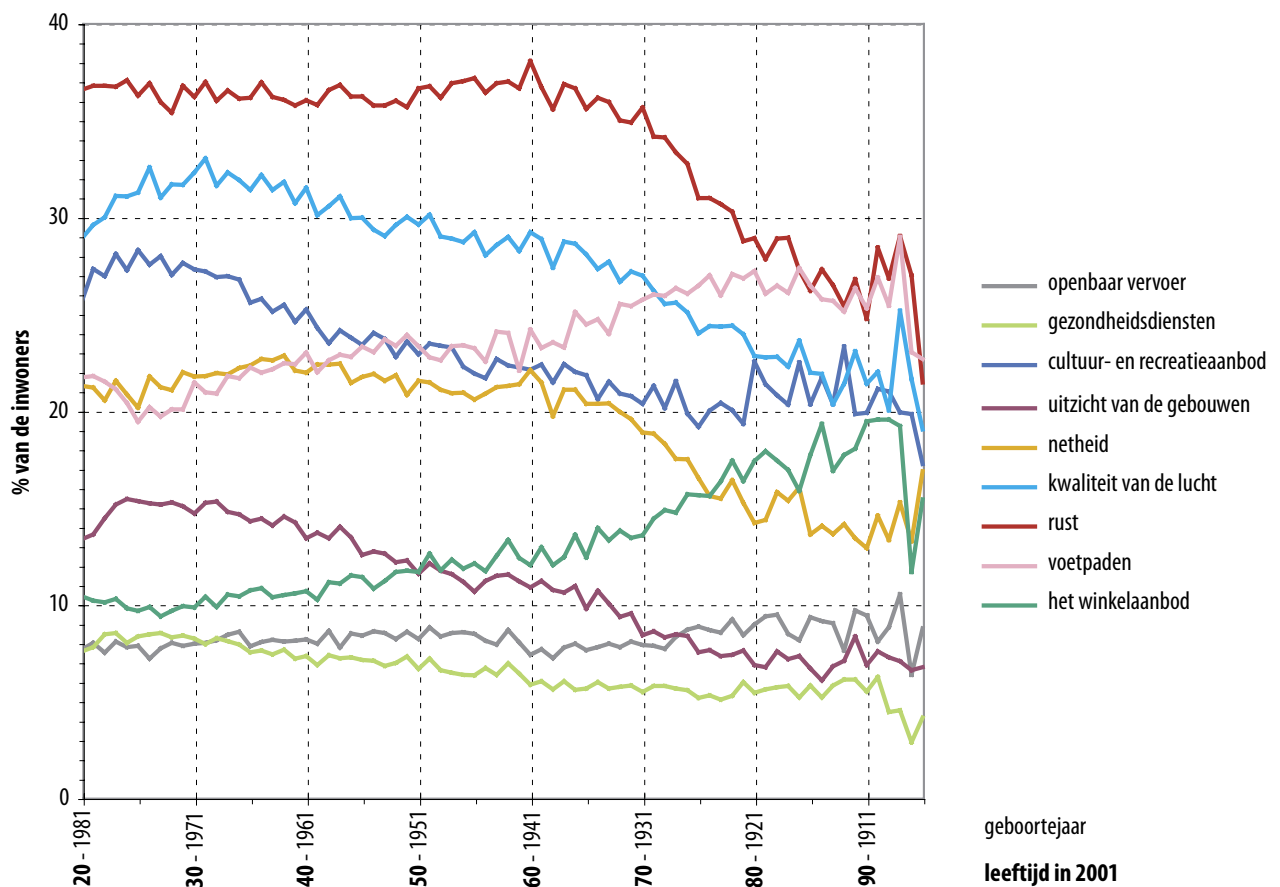
Negatieve appreciatie van de rust in de buurt



(kaart 3-08) valt bijvoorbeeld exact samen met die van de totale bevolking. De buurten met weinig negatieve meningen zijn geconcentreerd in het zuidoostelijke kwadrant van het Brussels Gewest, in de buurt van het Zoniënwoud en in het zuiden van Ukkel. De buurten die als lawaaiërig worden ervaren, liggen voornamelijk in de eerste kroon, vooral in het westen, van Sint-Gillis tot Schaarbeek, en meer algemeen in de delen van de stad die het langst en meest verstedelijkt zijn. Erg lawaaiërige buurten komen voor in de omgeving van de Grote Markt en de centrale grote lanen, de omgeving van het Zuidstation, de industriewijken rond de Bergensesteenweg, het centrum van Molenbeek, de Noordwijk, Haren, Schuman, Naamse Poort, Kerkhof van Elsene ...

De uitsplitsing van het aandeel negatieve appreciaties naar leeftijd (figuur 3-08) geeft aan dat ouderen in de meeste gevallen niet noodzakelijk kritischer zijn dan de gemiddelde bevolking (behalve in verband met de appreciatie van de voetpaden en het winkelaanbod). Dat kan wijzen op een minder grote gevoeligheid voor bepaalde vormen van overlast of gebrekkige faciliteiten, maar ook op het feit dat ouderen ruimtelijk meer in de periferie verspreid zijn, waardoor een groot aantal van hen gehuisvest is in buurten die doorgaans als aangener worden ervaren. Vanuit die vaststelling vertelt de analyse van atypische curves veel meer over de problemen waarmee ouderen specifiek te maken krijgen.

Figuur 3-08 Negatieve appreciatie van de woonomgeving en de faciliteiten in de buurt, Brussels Gewest 2001



Bron: Algemene socio-economische enquête 2001

Moeilijke mobiliteit?

De mening over de voetpaden wordt in een groot deel van het Brussels Gewest meer bepaald door de kwaliteit, dan door het al dan niet aanwezig zijn ervan. Alleen in bepaalde perifere zones zijn er geen voetpaden, zoals in het zuiden van Ukkel of in het westen van Anderlecht. De voetpaden zijn de infrastructuur waarvoor we de meeste negatieve meningen tellen bij de ouderen: bijna een kwart van de 60-plussers klaagt erover en vinkte het vak «slecht» aan op het enquêteformulier van 2001. We kunnen er dus van uit gaan dat de staat van de voetpaden een belangrijk comfortelement is voor ouderen, wat logisch is gezien de verminderende motoriek.

Kaart 3-09 van de negatieve beoordelingen over de voetpaden toont niet de traditionele tegenstellingen die we op vele andere kaarten waarnemen. De tegenstelling tussen het centrum en de rand van het Brussels Gewest is minder uitgesproken vanwege opmerkelijke uitzonderingen (Elsene, Watermaal, Oudergem, maar ook Sint-Gillis). Sommige gemeentegrenzen zijn zo duidelijk op de kaart, dat we kunnen aannemen dat de mening over de voetpaden voornamelijk het plaatselijk onderhouds- en renovatiebeleid weerspiegelt. Daarnaast leidt de bijzondere situatie in buurten met open bebouwing, waar de voetpaden smaller zijn en er veel meer opritten zijn, tot een groter aantal negatieve meningen. Toch geldt dit niet voor de hele groene gordel rond de stad, zoals blijkt uit de positieve appreciatie in de twee Woluwe of Sint-Agatha-Berchem.

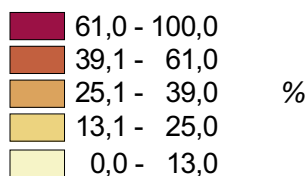
Kaart 3-09

Negatieve appreciatie van de voetpaden in de buurt

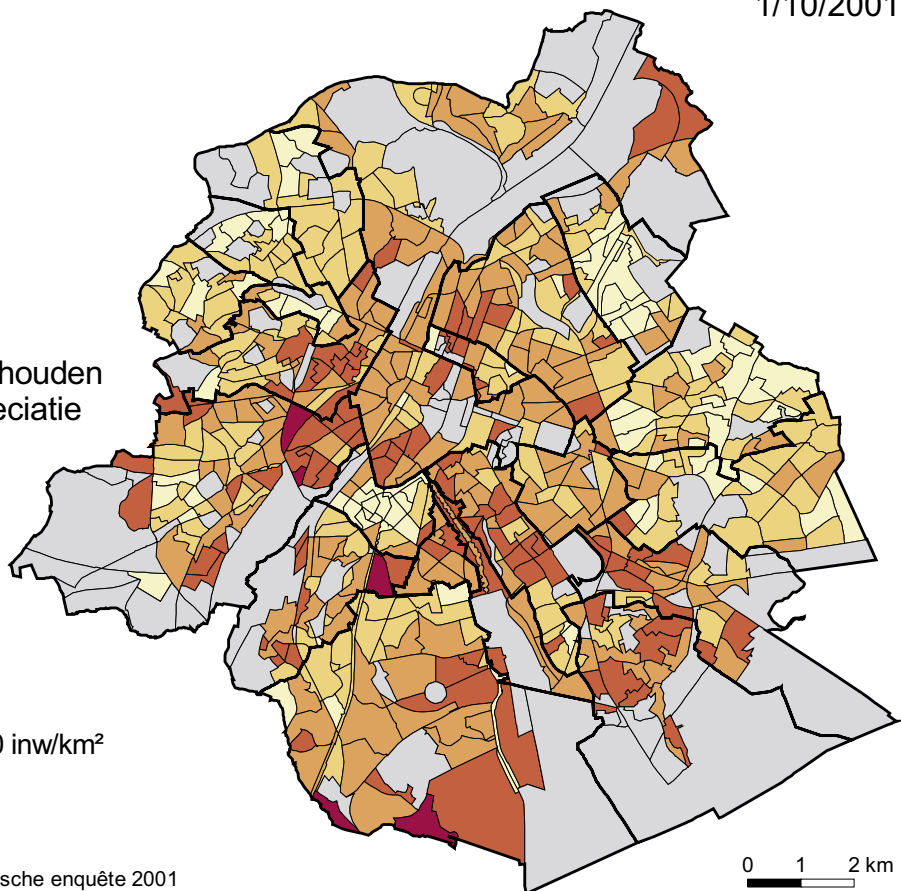
1/10/2001

Aandeel 60+ in een huishouden
met een negatieve appreciatie

Brussels Gewest : 25,4



<200 inwoners of <250 inw/km²



Cartografie: ULB - IGEAT

Bron: NIS - algemene socio-economische enquête 2001

Op het vlak van de mobiliteit merken we dat de ontevredenheid over het openbaar vervoer ook lichtjes stijgt met de leeftijd. Het aandeel 60-plussers dat ontevreden is over het aanbod is echter minder uitgesproken dan met betrekking tot de «voetpaden» (14,6% tegen 25,4%). Ook kaart 3-10 vertoont geen duidelijke tegenstelling centrum - periferie. We observeren zowel een hoog aandeel negatieve appreciaties in de buurten in het zuiden van Ukkel en Haren, als in het centrum van de stad (Marollen) (zie Dobruszkes, 1998). Het aandeel negatieve appreciaties is hoog in buurten waar de haltes op een zekere afstand liggen. Die afstand is niet noodzakelijk erg groot, maar kan een obstakel zijn voor een oudere. Bepaalde buurten met een slechte score worden wel rechtstreeks bediend door het openbaar vervoer (doorgaans veeleer

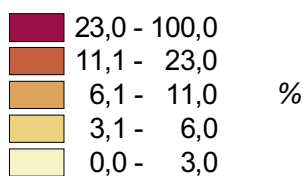
bussen dan trams in een eigen bedding), wat doet veronderstellen dat het aanbod daar als ontoereikend wordt beschouwd omwille van de capaciteit, de regelmaat of het comfort.

Kaart 3-10 Negatieve appreciatie van het openbaar vervoer in de buurt

1/10/2001

Aandeel 60+ in een
huishouden met een
negatieve appreciatie

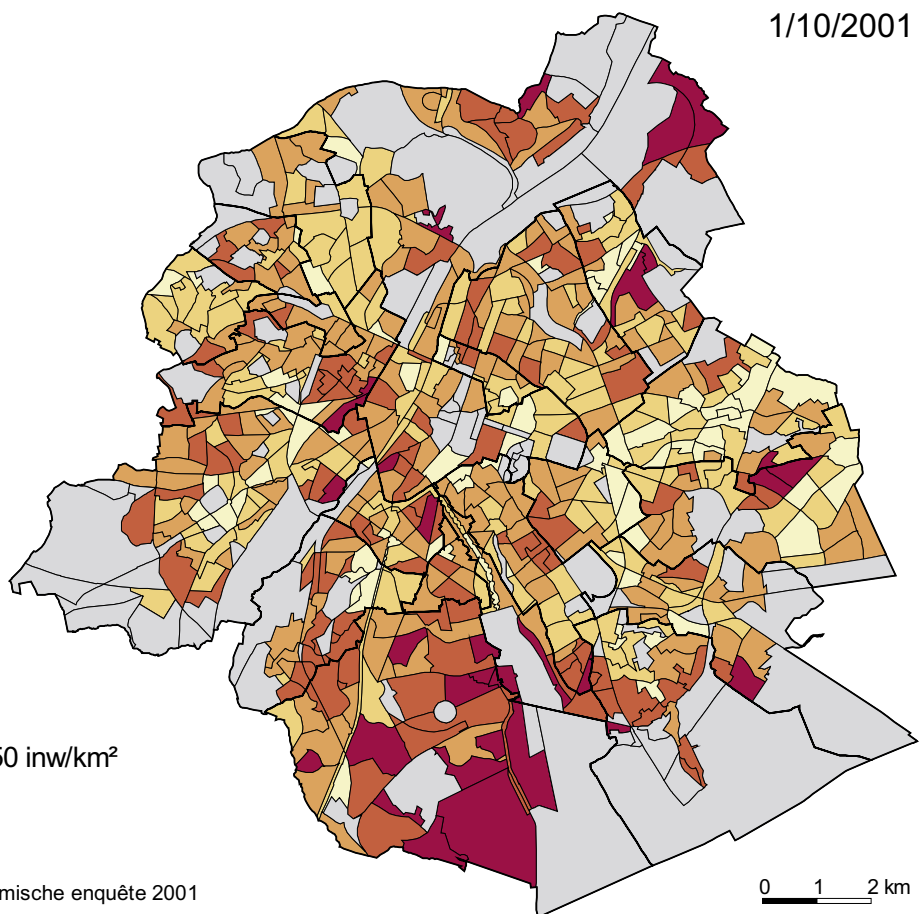
Brussels Gewest : 14,6



 <200 inwoners of <250 inw/km²

Cartografie: ULB - IGEAT

Bron: NIS - algemene socio-economische enquête 2001



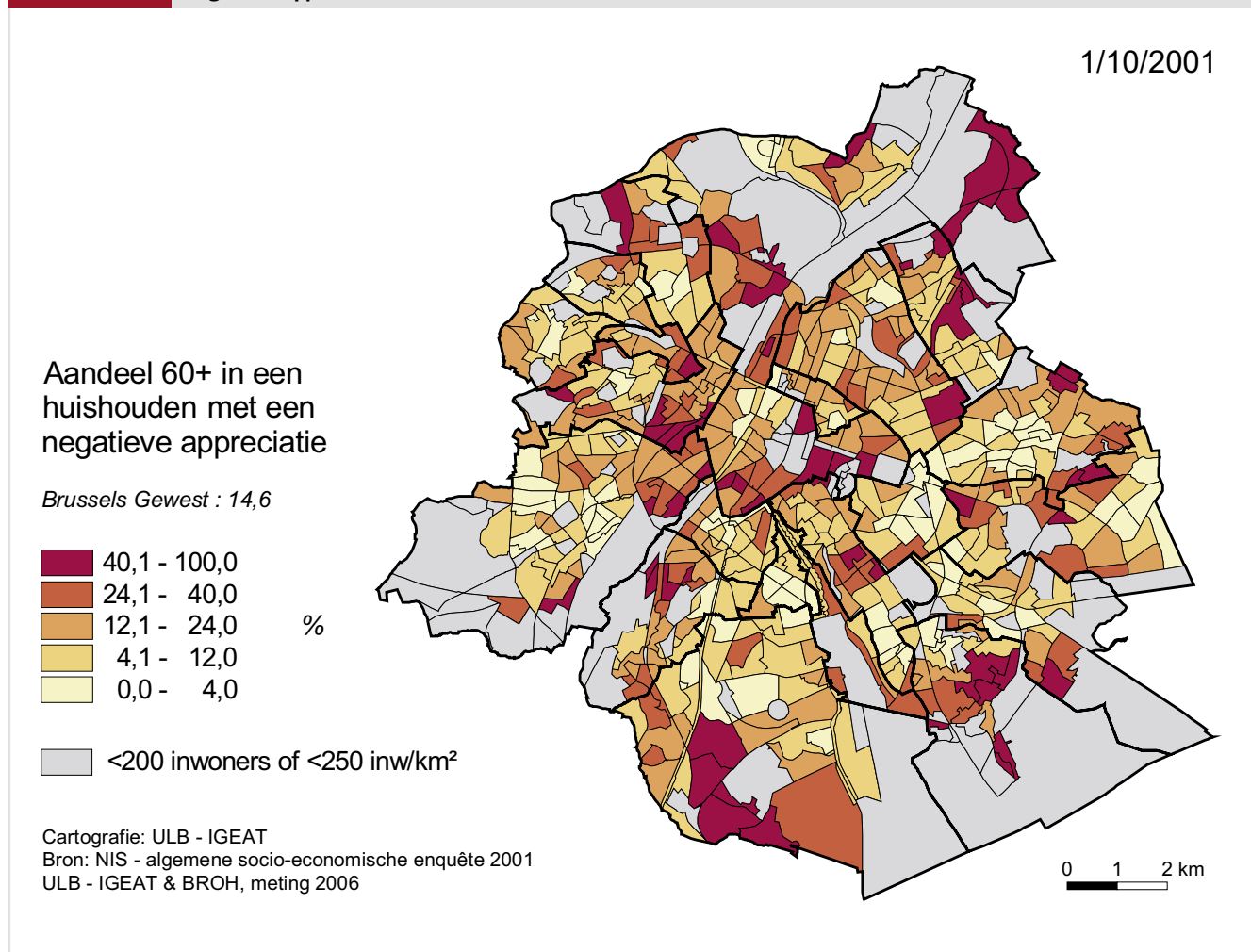
Tevredenheid over het winkelaanbod

De toegankelijkheid van het winkelaanbod, vooral het basisaanbod (algemene voedingswaren, bakkerij, slagerij, apotheek, kranten en kappers) is een belangrijk element om gemakkelijk in een buurt te kunnen wonen zonder van een auto afhankelijk te zijn. De resultaten van de socio-economische enquête van 2001 geven aan dat er betrekkelijk weinig klachten zijn over het winkelaanbod (rond 10 % tussen 30 en 40 jaar), maar ook dat het aandeel ontevreden inwoners sterk toeneemt met de leeftijd. Vanaf 60 jaar gaf 14,6 % van de bevolking een negatieve beoordeling. Dat gewestelijk gemiddelde is uiteraard niet alarmerend, maar kaart 3-11 wijst op een grote variabiliteit, waarbij de ontevredenheid in heel wat statistische buurten hoger ligt dan 25 %.

Twee oorzaken kunnen de ontevredenheid verklaren: een ontoereikend en zelfs te ver afgelegen aanbod of een onaangepast aanbod.

De eerste hypothese, een problematische bereikbaarheid, werd onderzocht door het aantal ontevreden inwoners van 2001 te toetsen met het aanbod aan buurtwinkels genoteerd in 2006. We bekeken meer bepaald de afstand die moet worden afgelegd om de dichtstbijzijnde winkelkern te bereiken (kaart 3-12). Er is sprake van een winkelkern zodra binnen een straal van 75 m drie van volgende basisfuncties vervuld zijn: algemene voeding, slager, bakker, kranten, apotheek, kapper. De kernen bestaan dan uit alle handelszaken die aan deze definitie voldoen en op minder dan 75m van elkaar gelegen zijn. Deze definitie heeft tot gevolg dat een supermarkt met een slagerijafdeling of elk grootwarenhuis op zich een

Kaart 3-11 Negatieve appreciatie van het winkelaanbod in de buurt

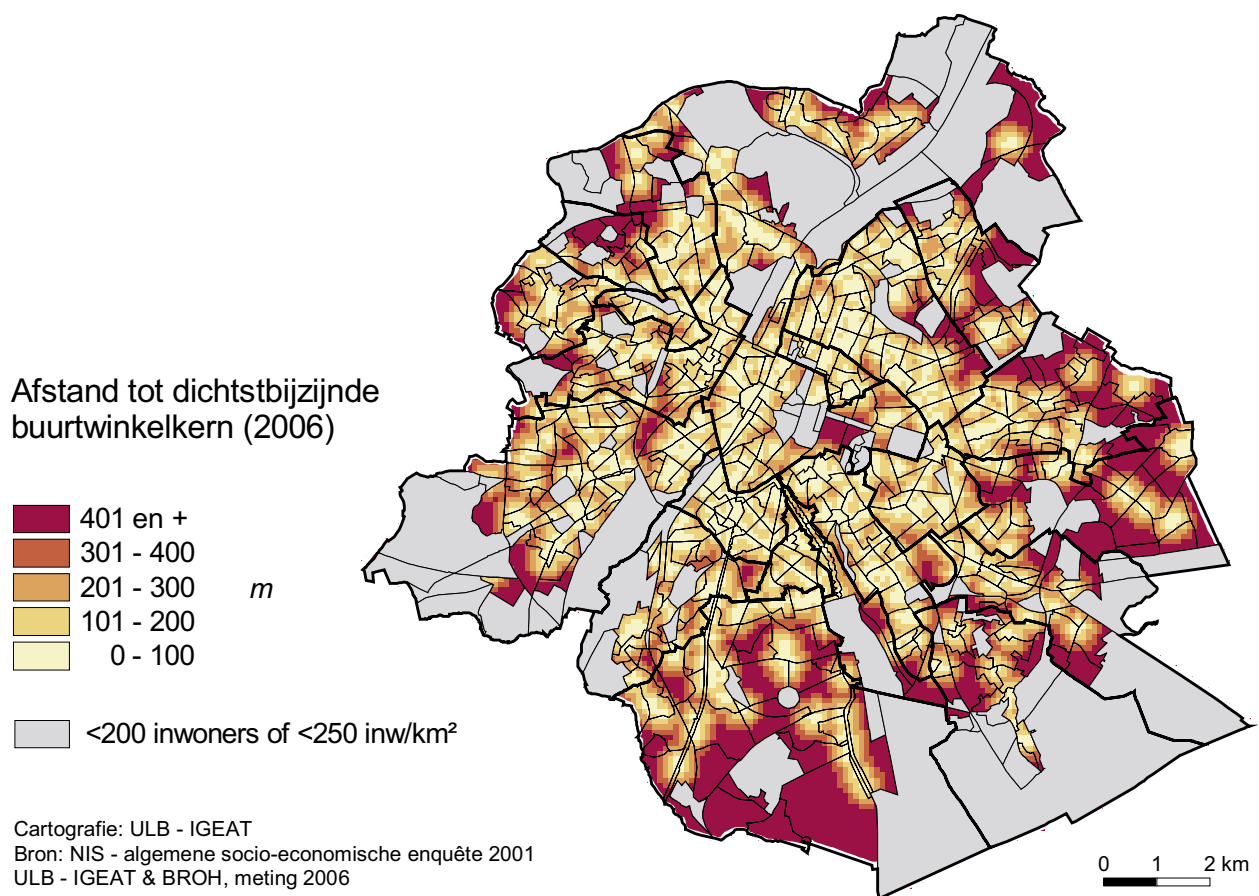


winkelkern kunnen vormen, een rol die deze zaken ook daadwerkelijk vervullen voor de bevolking uit de buurt (Grimmeau et al., 2007). Hoewel kaart 3-11 en 3-12 volgens verschillende criteria zijn opgebouwd (per statistische buurt versus grid van 100 meter) vertonen ze een aantal gelijkenissen die de hypothese van een louter bereikbaarheidsprobleem bevestigen. Dat blijkt zo te zijn voor een groot deel van de tweede kroon, maar ook voor de Leopoldwijk (Brussel oost) of de Birmingham-wijk (Anderlecht).

In de eerste kroon is de afstand om de winkelkern te bereiken echter niet meteen een verklaring voor het percentage negatieve appreciaties bij ouderen. De oorzaak is wellicht een zeker onevenwicht tussen het publiek en het bestaande winkelaanbod, dat sterk kan verschillen van wat er 30 of 40 jaar geleden aanwezig

was. In bepaalde gevallen is de tegenstelling tussen kaart 3-11 en 3-12 toe te schrijven aan het verschil in datum van de gebruikte gegevens. De ontevredenheid was in 2001 tamelijk hoog in bepaalde nieuwe stadswijken (ziekenhuis van Elsene, tuinen van Jette bij het AZ-VUB ...), maar ondertussen werden die leemtes opgevuld daar waar dat economisch leefbaar was, met name door het oprichten van superettes.

Kaart 3-12 Toegankelijkheid van de buurtwinkels



De digitale kloof

De handel is een belangrijk element in het sociale leven, net als het culturele en recreatieve aanbod overigens. Hoewel de ontevredenheid hoog is (meer dan 20 %), ligt het aandeel ontevreden respondenten onder de oudere bevolking niet hoger dan onder de jongeren. In verband met toegang tot de nieuwe technologieën is de verhouding echter helemaal anders.

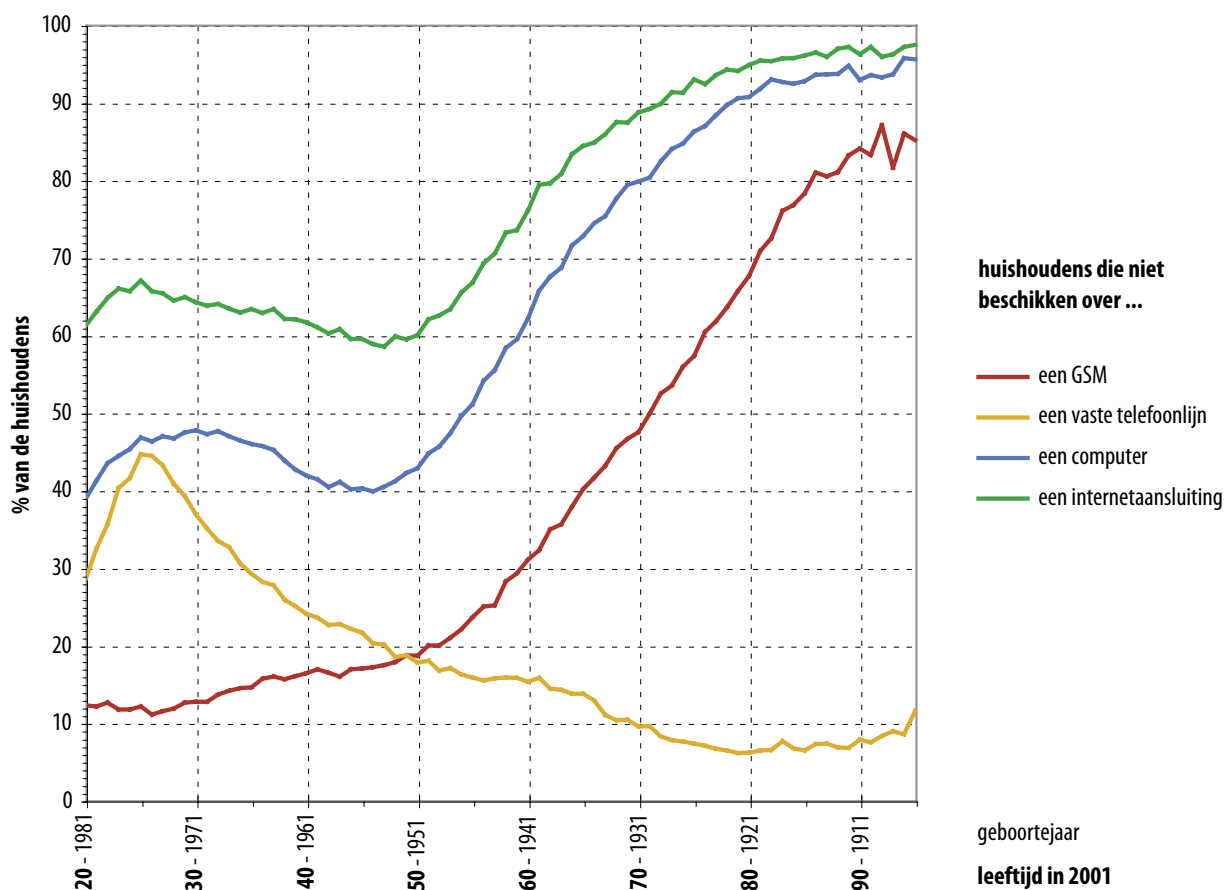
Toegang tot moderne communicatiemiddelen kan als een comfortelement worden beschouwd. Bovendien is moderne communicatie een manier om bij te blijven, aangezien informatie steeds vaker langs elektronische weg wordt verspreid. Los van die twee functies wordt de toegang tot communicatiemiddelen echter steeds meer een noodzaak voor wie zich in de informatiemaatschappij wil integreren en eraan wil deelnemen. De sociaal-ruimtelijke ongelijkheden in de verspreiding van deze communicatiemiddelen werden reeds in kaart gebracht (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, 2006). Daarbij komt nog een sterk uitgesproken generatie-effect: het aantal huishoudens zonder computer of internetverbinding in 2001 neemt sterk toe vanaf 50 jaar (figuur 3-09).

Hoewel die cijfers wellicht zijn geëvolueerd sinds 2001, stellen we vast dat een grotere verspreiding van nieuwe technologieën op een generatie-effect botst. Dit effect zal slechts gedeeltelijk verdwijnen naarmate de veroudering van de mensen die met de nieuwe technologieën geconfronteerd werden in hun loopbaan. Het bereik en de efficiëntie van deze nieuwe informatiedragers bij ouderen mogen daarom niet worden overschat.

De telefoon is daarentegen duidelijk bijna algemeen ingeburgerd bij ouderen. Minder dan 10 % van de 70-plussers heeft geen telefoon. De 10 à 15 % mensen tussen 60-70 jaar zonder vaste telefoonlijn, blijken evenwel over een GSM te beschikken.

Figuur 3-09

Huishoudens zonder communicatiemiddelen, Brussels Gewest 2001



Bron: Algemene socio-economische enquête 2001

VI. DE GEZONDHEID VAN DE OUDERE BEVOLKING

In de census van 2001 (socio-economische enquête) werden verschillende vragen gesteld over gezondheid. De resultaten zijn bijzonder verhelderend voor wat de globale evolutie van de gezondheid naar leeftijd betreft. Het voordeel van deze gegevens is dat het niet om een steekproef gaat maar om een verplichte bevraging van de volledige bevolking. De kans op vertekeningen omwille van selectieve non-respons is hierdoor aanzienlijk minder groot. Bovendien laat de bijzonder grote groep respondenten toe om ook met vrij grote betrouwbaarheid verschillen tussen kleine bevolkingsgroepen onder het licht te houden. De respons-rate voor de gezondheidsvragen in de socio-economische enquête lag bijzonder hoog. 87 % van de Brusselaars gaf een antwoord op de vraag «Hoe is uw algemene gezondheidstoestand?»

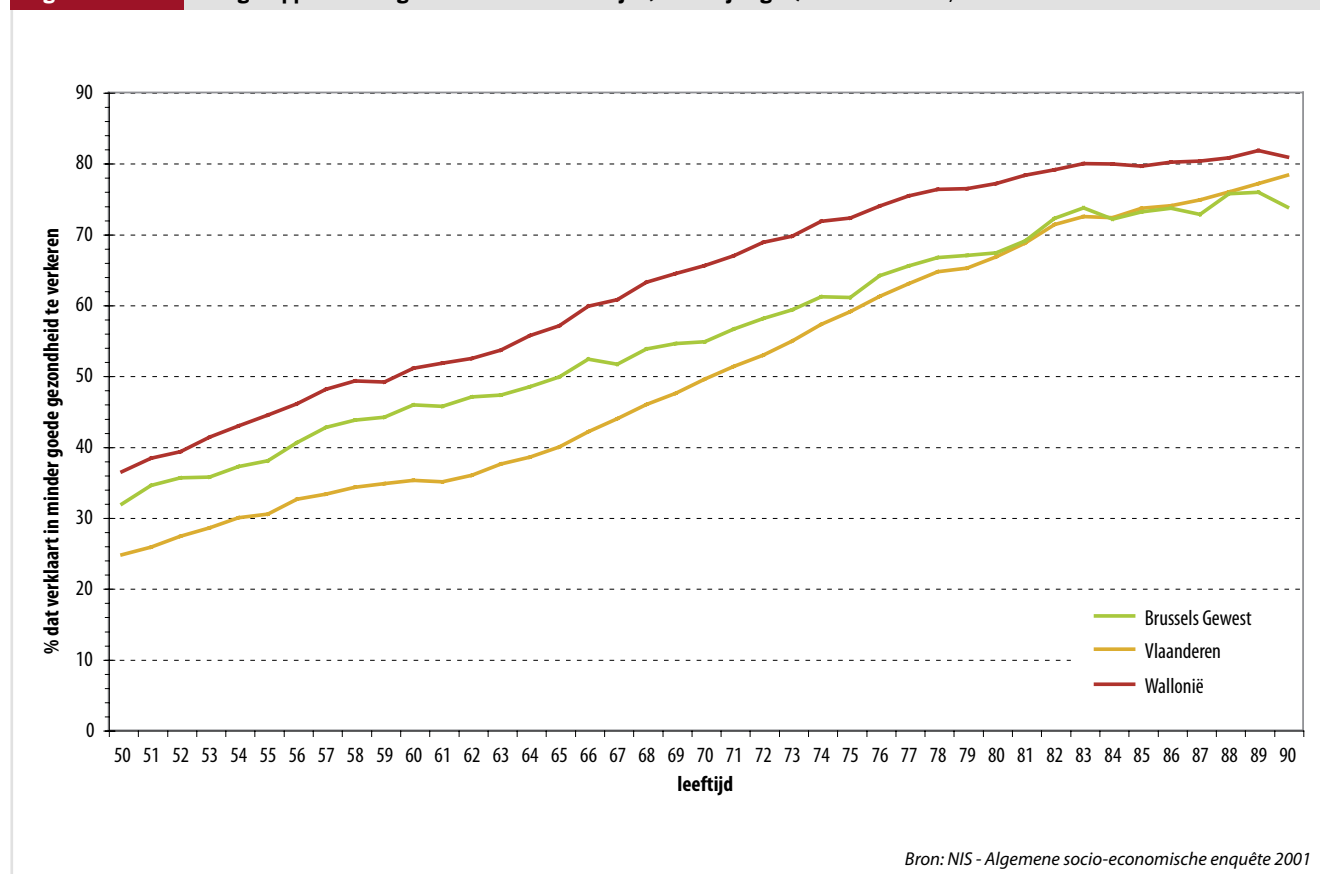
De Brusselaars zijn niet gelijk inzake gezondheid. De ongelijkheid in gezondheid en levensverwachting naar socio-economische status is welbekend en werd ook voor België reeds uitvoerig aangetoond (Deboosere et al., 2006).

De zelfgerapporteerde gezondheid

De 5 antwoordmogelijkheden op de vraag naar de perceptie van de algemene gezondheid (zeer goed, goed, matig, slecht en zeer slecht) werden in figuur 3-10 tot twee categorieën herleid: zeer slecht, slecht en matig versus goed en zeer goed. Figuur 3-10 geeft de proportie van de bevolking naar leeftijd weer die verklaart in minder dan goede gezondheid te verkeren. De zelfgerapporteerde gezondheid van de Brusselse vijftiger bevindt zich zowat halfweg tussen de gezondheidsbevinding in Vlaanderen en Wallonië. Met stijgende leeftijd zien we dat de Brusselse ouderen een relatief gunstiger positie innemen en vanaf de leeftijd van 80 jaar ongeveer een gelijklopende of zelfs iets betere gezondheidstoestand rapporteren dan de Vlamingen. Hier passen wel een aantal kanttekeningen bij. Doordat het aandeel mensen in minder goede gezondheid toeneemt vanaf 65-70 jaar, worden de verschillen tussen de gewesten kleiner. Bij de interpretatie van figuur 3-10 moeten we voor ogen houden dat het om

Figuur 3-10

Zelfgerapporteerde gezondheid naar leeftijd (50-90-jarigen) in Vlaanderen, Brussels Gewest en Wallonië



een dwarsdoorsnede van de bevolking gaat en niet om de evolutie van de subjectieve gezondheid van mensen die doorheen de tijd worden gevolgd. We kunnen dus geen voorspellingen doen op basis van deze figuur. Het staat niet vast dat bij de mensen van 50 jaar in 1991, waarvan 30 % zich in minder goede gezondheid voelt, binnen 15 jaar (wanneer ze 65 jaar zijn) 50 % van hen zich niet meer in goede gezondheid zal voelen, zoals dit het geval is voor de bevolking van 65 jaar in 2001. De betere gezondheid van de oudere Brusselaars weerspiegelt de verschillende samenstelling naar socio-economische status van de bevolking naar leeftijd. Oudere Brusselaars behoren overwegend tot de beter gegoede bevolking die in gemeenten van de tweede kroon leven. Hun betere gezondheidstoestand kan ook uit de lagere sterftecijfers voor die gemeenten worden afgeleid.

In tabel 3-06 wordt het antwoordpatroon op de vraag naar zelfgerapporteerde gezondheid naar leeftijd weergegeven. De eerste kolom geeft het percentage, de tweede kolom geeft de ratio van de Brusselse percentages

met het geheel van België. Een waarde hoger dan 1 geeft aan dat het aandeel in het Brussels Gewest hoger ligt dan het Belgisch gemiddelde. Het aandeel van de bevolking dat de eigen gezondheid als zeer slecht beschouwt is onder de 85 jaar veel hoger in het Brussels Gewest dan in de rest van België. Dat is niet het geval boven de 85 jaar. De tabel geeft ook aan dat het Brussels Gewest hoger scoort dan het land voor de extreme antwoorden (heel goed of heel slecht). De groep die zich in zeer goede gezondheid voelt ligt voor alle leeftijdsgroepen hoger dan het Belgisch gemiddelde. Deze extreme scores weerspiegelen goed de belangrijke socio-economische ongelijkheid binnen het Brussels Gewest. Bij de oudere Brusselse bevolking vinden we een hoger aantal hoog opgeleiden dan in de rest van het land, maar het Brussels Gewest heeft ook een hoog aantal personen met een zeer laag opleidingsniveau (zie figuur 3-06).

Tabel 3-06		Zelfgerapporteerde gezondheid van de Brusselse bevolking naar leeftijdsgroep en vergelijking met het Belgische gemiddelde									
leeftijd	zeer goed		goed		matig		slecht		zeer slecht		aantal
	%	Bru/Bel.	%	Bru/Bel.	%	Bru/Bel.	%	Bru/Bel.	%	Bru/Bel.	
60-64	11,13	1,08	42,02	0,89	33,23	1,02	10,54	1,33	3,08	1,69	37 604
65-69	8,17	1,16	39,39	0,91	38,95	1,01	10,33	1,16	3,16	1,40	36 815
70-74	5,92	1,20	36,08	0,99	42,94	0,97	11,50	1,02	3,56	1,18	36 188
75-79	4,26	1,26	30,77	1,03	46,71	0,97	14,16	0,97	4,10	1,02	33 004
80-84	3,36	1,31	26,17	1,06	48,07	0,97	16,93	0,95	5,47	1,05	19 853
85-89	2,76	1,32	22,49	1,08	48,43	0,97	19,60	0,95	6,72	1,00	11 228
90-94	2,58	1,34	22,85	1,20	46,07	0,96	20,50	0,91	8,01	0,94	4 346
95+	1,66	1,01	22,68	1,31	47,24	0,99	18,73	0,82	9,68	0,93	961
Alle leeftijden	6,58	1,10	34,69	0,94	41,79	1,00	12,91	1,09	4,02	1,24	179 999

Bron: NIS - Algemene socio-economische enquête 2001

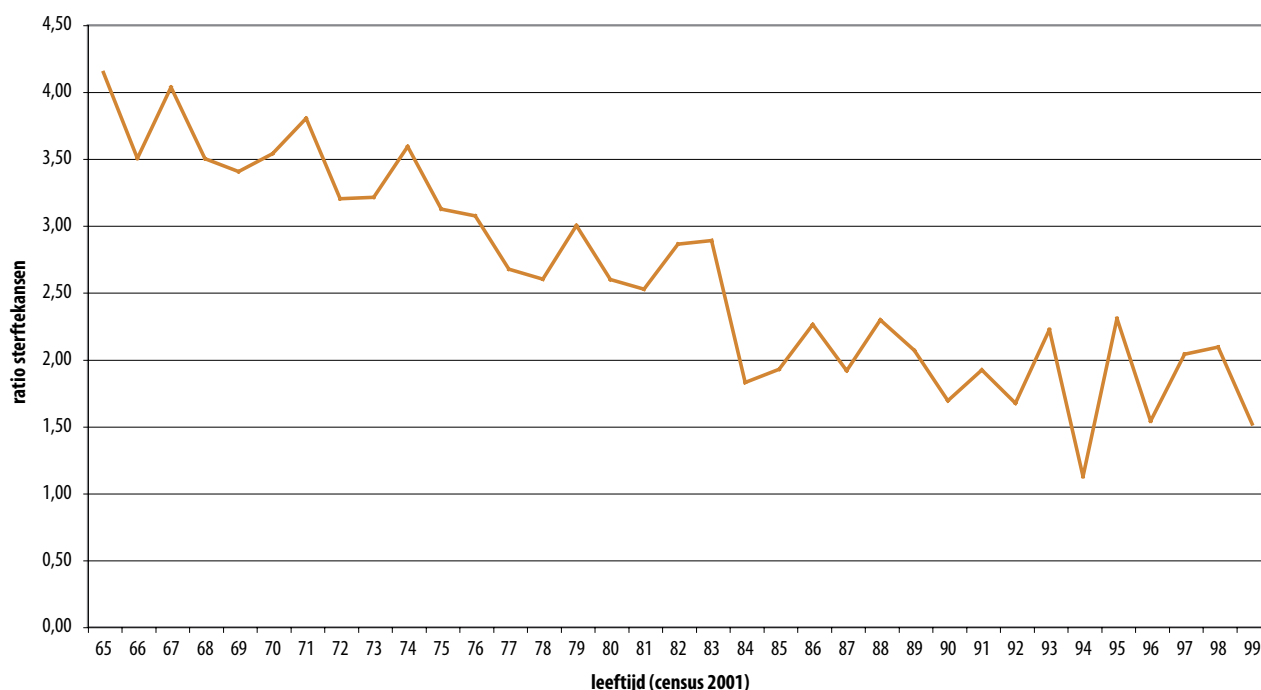
Figuur 3-11 toont de samenhang tussen zelfgerapporteerde gezondheid en sterfte. De grafiek geeft aan hoe groot de kans is om te overlijden in de periode na de census tot eind 2004^[14] voor wie zich in minder dan goede gezondheid voelt in vergelijking met wie zegt in goede gezondheid te verkeren. Opmerkelijk is dat die kans zelfs op hoge leeftijd bij de negentigers nog altijd minstens 50 % hoger ligt. Onder de 75 jaar is het relatieve sterfterisico 3 tot 4 maal hoger voor wie zich in minder dan goede gezondheid voelt. Het is logisch dat het relatief sterfterisico afneemt met de leeftijd^[15], maar dat de relatieve sterfterisico's over een periode van meer dan drie jaar nog zover uit elkaar liggen tot op de hoogste leeftijden toont dat de **zelfgerapporteerde gezondheid een zeer goede graadmeter is om de algemene gezondheidstoestand van de bevolking in te schatten**. We mogen bovendien niet uit het oog verliezen dat heel wat chronische ziekten niet noodzakelijk tot een snelle fatale afloop aanleiding geven. Op individueel vlak is de voorspellende kracht van minder dan goede gezondheid voor sterfte beperkt, maar op het niveau van de bevolking bestaat er duidelijk een duidelijk verband tussen beide fenomenen.

¹⁴ De gegevens van de census werden gekoppeld met de sterfte voor de periode 2001-2004 op basis van het Rijksregister.

¹⁵ Naarmate we ouder worden neemt het risico op sterfte toe zonder dat we daarom noodzakelijk doorheen een fase van (langdurige) ongezondheid moeten gaan. De sterfte neemt dus toe, ongeacht de voorafgaande gezondheidstoestand.

Figuur 3-11

Ratio mortaliteit groep met minder goede zelfgerapporteerde gezondheid ten opzichte van groep met goede zelfgerapporteerde gezondheid, 2001-2004, 65-99-jarigen, Brussels Gewest



Bron: NIS - Algemene socio-economische enquête 2001, mortaliteitsgegevens rijksregister 2001-2004

De ongelijkheid in gezondheid is ook terug te vinden in verschillende buurten in het Brussels Gewest. Hoewel er binnen het Brussels Gewest ook talrijke gemengde buurten zijn, is de hoofdstad toch gekenmerkt door een verregaande segregatie naar socio-economische status. De cartografie van welvaart in het Brussels Gewest vindt haast vanzelfsprekend haar evenknie in de cartografie van de gezondheid (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, 2006). Ook bij ouderen kunnen we een dergelijke samenhang terug vinden. Het resultaat is dat de ruimtelijke spreiding van de vraag naar thuiszorg en gezondheidshulp erg verschilt van wat men zou verwachten op basis van de leeftijdsstructuur van de statistische buurten. Kaart K-01 die het aandeel van de bevolking van 65 jaar en ouder in beeld brengt is immers in ruime mate het spiegelbeeld van een cartografie van achterstelling in het Brussels Gewest.

In de reeks volgende kaarten (3-13 tot en met 3-18) tonen we de resultaten van een logistische regressie^[16] op de bevolking van 60 jaar en ouder die in het Brussels Gewest verbleef in 2001 en op de gezondheidsvragen van de census geantwoord heeft^[17].

Kaart 3-13 toont per statistische buurt de proportie personen in de leeftijdsgroep boven 60 jaar in minder dan goede zelfgerapporteerde gezondheid in vergelijking met de referentiebuurt. Deze kaart is niet gecontroleerd voor leeftijd en geslacht. Men vergelijkt de proporties die werkelijk in de oudere bevolking voorkomen. In de buurten van het 5de quintiel (donkerrood), is het aandeel ouderen met een slechte zelfgerapporteerde gezondheid minstens 2,5 keer hoger dan in de referentiebuurt. Ondanks de oudere leeftijdsstructuur van de buitenste kroon valt de

slechtste zelfgerapporteerde gezondheid samen met de minder gegoede buurten.

Kaart 3-14 geeft dezelfde informatie, gecontroleerd voor leeftijd en geslacht^[18].

Visueel heeft het controleren voor leeftijd en geslacht als gevolg dat statistische buurten die een slechte gezondheidstoestand rapporteren ten gevolge van een grote proportie ouderen in de bevolking verschuiven in de richting van buurten met een betere gezondheid. Omgekeerd zal een gezondheidsresultaat dat ten gevolge van de jongere bevolking vrij goed oogt, na controle verschuiven naar een minder gunstige groep.

Na controle voor leeftijd en geslacht verschoven 45 buurten naar het 5^{de} (donkerrood) quintiel waardoor het aantal buurten in deze groep oploopt van 121 naar 166.

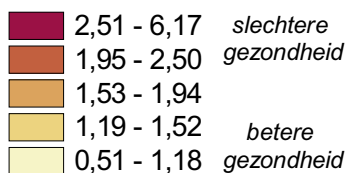
Kaart 3-13

Zelfgerapporteerde gezondheid van de bevolking van 60 jaar en ouder

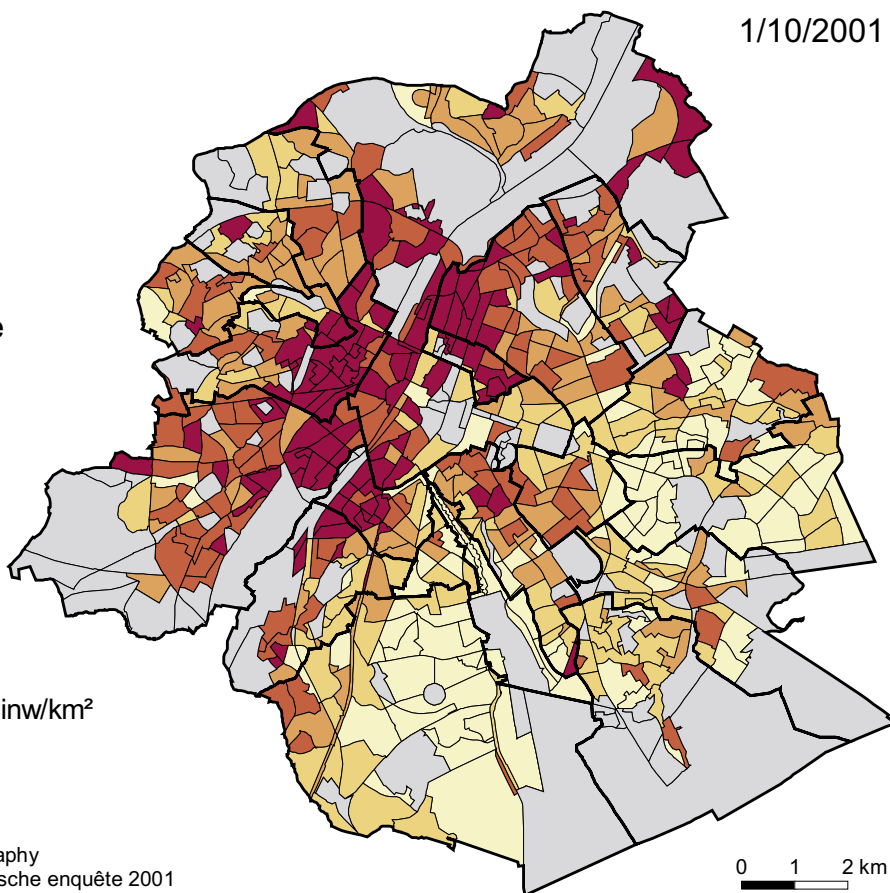
1/10/2001

Index zelfgerapporteerde gezondheid 60+

Referentiebuurt (Churchill) : 1



 <200 inwoners of <250 inw/km² of klein aantal 60+



Cartografie: VUB - Interface Demography
Bron: NIS - algemene socio-economische enquête 2001

Dit betekent dat er na controle voor leeftijd en geslacht 166 buurten meer zijn met 2,5 keer meer slechte zelfgerapporteerde gezondheid dan in de referentiebuurt.

Kaart 3-14 stemt nog meer dan de kaart 3-13 overeen met de kaarten die de achtergestelde buurten weergeven.

16 De analyse gebeurde door middel van logistische regressie, waardoor de bijdrage van de verschillende verklarende kenmerken op de subjectieve gezondheid apart kan worden geschat. Als referentiebuurt gebruiken we de grootste statistische buurt in Ukkel (Churchill) die een gezondheidsprofiel heeft dat voor alle leeftijdsgroepen samen overeenstemt met het Belgische gemiddelde. Voor de andere statistische buurten wordt dus berekend in welke mate de odds ratio's hoger of lager zijn dan deze referentiebuurt. De resultaten van de logistische regressie worden in vijf groepen van gelijke omvang (quintielen) opgedeeld en cartografisch weergegeven met in het donkerrood de buurten met de slechtste gezondheidstoestand en in het geel deze met de beste gezondheidstoestand. De gezondheidstoestand van de 60-plussers in de referentiebuurt (1 149 personen) behoort bij de buurten met de betere gezondheid en is ingedeeld in het eerste quintiel voor alle gezondheidsindicatoren. Verder in de analyse worden de grenzen van deze quintielen bevroren.

17 In het totaal omvat deze groep 200 189 personen die niet behoren tot een collectief huishouden. Alleen statistische buurten met een bevolking van minstens 200 personen werden in de analyse opgenomen. Dit reduceert de bevolking die we analyseren tot 187 322 personen.

18 Dit betekent dat we buurten vergelijken na «controle» voor leeftijd en geslacht, de resultaten moeten geïnterpreteerd worden als een vergelijking tussen buurten wanneer die dezelfde leeftijds- en geslachtsstructuur zouden hebben.

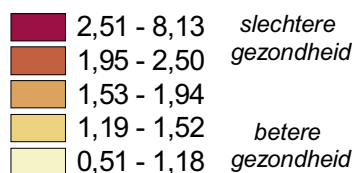
Kaart 3-14

Zelfgerapporteerde gezondheid van de bevolking van 60 jaar en ouder, gecontroleerd voor leeftijd en geslacht

1/10/2001

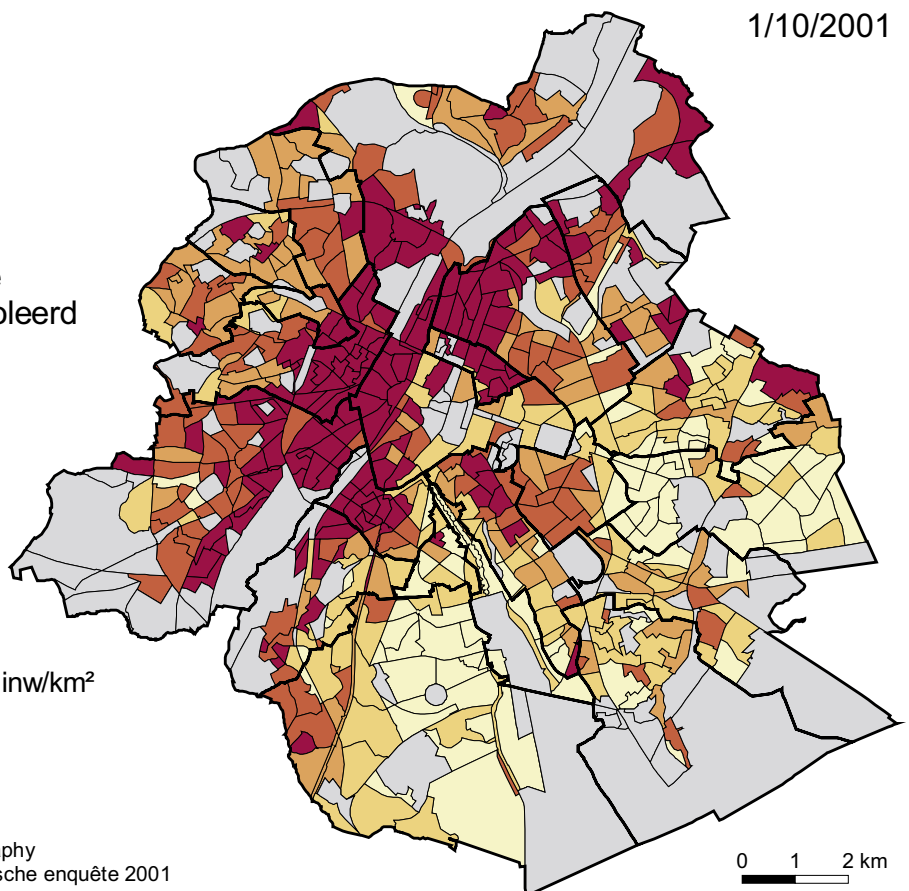
Index zelfgerapporteerde
gezondheid 60+ gecontroleerd
voor leeftijd en geslacht

Referentiebuurt (Churchill) : 1



<200 inwoners of <250 inw/km²
of klein aantal 60+

Cartografie: VUB - Interface Demography
Bron: NIS - algemene socio-economische enquête 2001



Chronische aandoeningen en handicaps

Tabel 3-07 geeft de spreiding van het antwoord op de vraag «Hebt u last van één of meer langdurige ziekten, langdurige aandoeningen of handicaps?». De laatste kolom geeft het totaal aantal personen van de betreffende leeftijdsgroep die op de vraag een antwoord heeft gegeven. 44,5 % van de Brusselse bevolking boven de 60 jaar geeft aan last te hebben van één of meer langdurige ziekten, langdurige aandoeningen of handicaps. Dit percentage komt exact overeen met de gemiddelde prevalentie van chronische aandoeningen voor de 60-plussers in België. In de leeftijdsgroep 60-64 jaar antwoordt bijna 36 % van de Brusselaars positief op de vraag. In de kolom ernaast vergelijken we dit met het positief antwoordpercentage van de Belgische bevolking. In het Brussels Gewest ligt het aantal personen met een chronische aandoening of handicap in die leeftijdsgroep 4 % hoger dan het landelijk gemiddelde. Ook hier merken we dat met toenemende leeftijd in het Brussels Gewest doorgaans een betere gezondheid wordt gerapporteerd dan het Belgisch gemiddelde. Bij de 95-plussers rapporteert bijna 61 % minstens één chronische aandoening of handicap. Dit is evenwel merkbaar lager dan het Belgische gemiddelde (0,93 tegenover een standaardwaarde van 1,00).

De cartografie van de chronische aandoeningen of handicaps bij de bevolking van 60 jaar en ouder (kaarten 3-15 en 3-16) vertoont veel gelijkenissen met de zelfgerapporteerde gezondheid. Wie ouder is dan 60 jaar en in de armere buurten woont heeft aanzienlijk meer kans gezondheidsproblemen te hebben dan de 60-plussers in de beter gegoede Brusselse buurten. Bij deze kaarten is wel enige omzichtigheid geboden voor de interpretatie van de afzonderlijke statistische buurten. In een aantal buurten (zelfs met een ondergrens van 200 personen per buurt) kan het aantal personen boven de 60 jaar relatief klein zijn waarbij enkele gevallen van chronische aandoeningen al aanleiding kunnen geven tot extreme resultaten. Het is veeleer het globale kaartbeeld dat hier van belang is.

Tabel 3-07 Chronische aandoeningen of handicaps van de Brusselse bevolking naar leeftijdsgroep: percentage en verhouding tot het Belgisch gemiddelde					
leeftijd	ja		nee		aantal
	%	Verhouding tot het Belgische gemiddelde	%	Verhouding tot het Belgische gemiddelde	
60-64	35,81	1,04	64,19	0,98	35 589
65-69	39,41	1,00	60,59	1,00	34 660
70-74	43,42	0,96	56,58	1,03	33 783
75-79	49,02	0,95	50,98	1,05	30 525
80-84	53,55	0,95	46,45	1,07	18 469
85-89	57,14	0,94	42,86	1,09	10 546
90-94	59,12	0,94	40,88	1,11	4 124
95+	60,94	0,93	39,06	1,13	937
Alle leeftijden	44,45	1,00	55,55	1,00	168 633

Bron: NIS - Algemene socio-economische enquête 2001

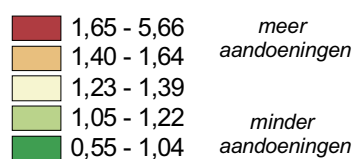
Kaart 3-15

Chronische aandoeningen of handicaps bij de bevolking van 60 jaar en ouder

1/10/2001

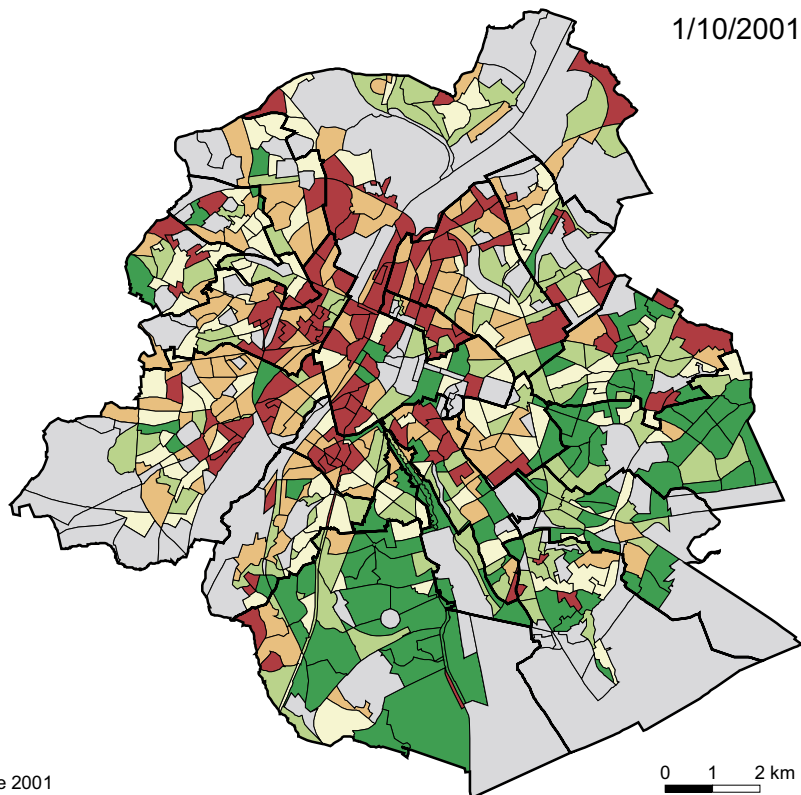
Index chronische aandoeningen 60+

Referentiebuurt (Churchill): 1,00



<200 inwoners of <250 inw/km²
of klein aantal 60+

Cartografie: VUB - Interface Demography
Bron: NIS - algemene socio-economische enquête 2001



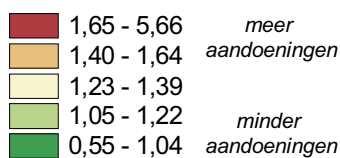
Kaart 3-16

Chronische aandoeningen of handicaps bij de bevolking van 60 jaar en ouder gecontroleerd voor leeftijd en geslacht

1/10/2001

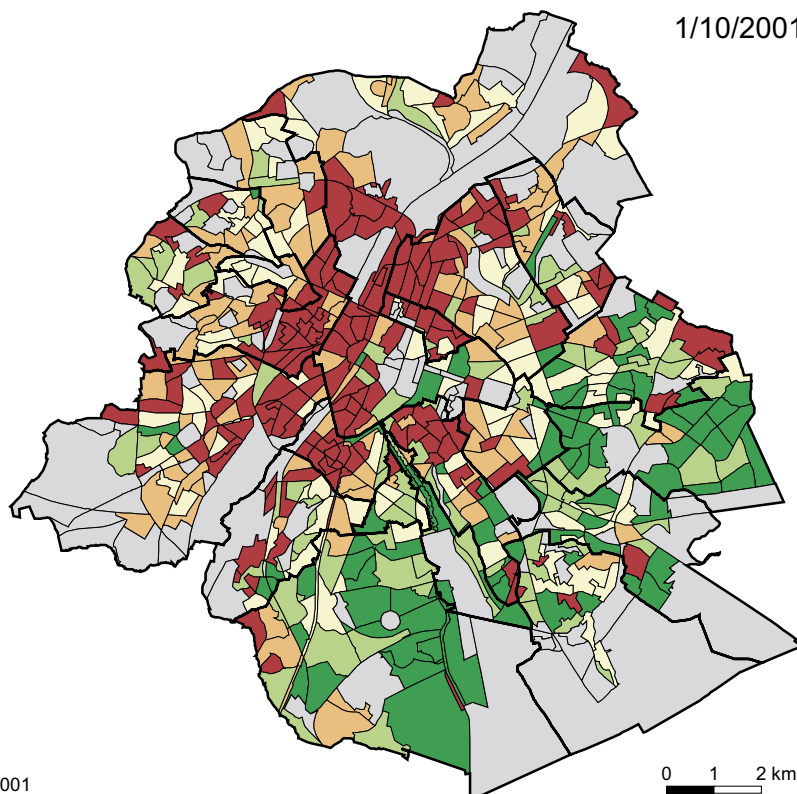
Index chronische aandoeningen 60+ gecontroleerd voor leeftijd en geslacht

Referentiebuurt (Churchill): 1,00



<200 inwoners of <250 inw/km²
of klein aantal 60+

Cartografie: VUB - Interface Demography
Bron: NIS - algemene socio-economische enquête 2001



Belemmeringen in dagelijkse bezigheden en bedlegerigheid

Wie in de census antwoorde dat hij/zij last heeft van chronische aandoeningen of handicaps, werd ook gevraagd de volgende vraag te beantwoorden: «Bent u door deze ziekten, aandoeningen of handicaps belemmerd in uw dagelijkse bezigheden?». Drie antwoordcategorieën waren mogelijk: «voortdurend», «af en toe» en «niet of zelden». Op de vorige pagina's toonden we dat de Brusselaars vanaf 70 jaar minder vaak zeggen dat ze last hebben van chronische aandoeningen of handicaps dan het Belgische gemiddelde (tabel 3-08)^[19]. Bij diegenen die een dergelijke aandoening aangeven is het aandeel dat er niet of zelden door belemmerd wordt in zijn dagelijkse bezigheden hoger in het Brussels Gewest dan in het land. In de leeftijdsgroep van 90-94 jaar die aangeeft last te hebben van chronische aandoeningen of handicaps ligt het aandeel Brusselaars dat er niet of zelden door belemmerd wordt 38 % hoger dan het Belgisch gemiddelde. Verontrustend is opnieuw de leeftijdsgroep 60-64 waar diegenen die voortdurend last hebben van hun chronische aandoening in hun dagelijkse activiteiten boven het Belgisch gemiddelde liggen. In absolute aantallen gaat het hier om 4 890 personen van 60 tot 64 jaar. De belemmering in de dagelijkse activiteiten stijgt met de leeftijd om een maximum te bereiken bij de leeftijdsgroep boven de 95 jaar waar 45 % verklaart permanent in zijn dagelijkse

activiteiten te worden belemmerd. In absolute aantallen is het in de leeftijd van 75 tot 79 jaar waar het grootste probleem zich voordoet (21,3 % of 6 507 personen). Boven de 80 jaar daalt hun absoluut aantal door de hogere sterfte. In het totaal verklaarden in het Brussels Gewest 32 957 personen boven de 60 jaar permanent in hun dagelijkse activiteiten te worden belemmerd omwille van hun gezondheidssituatie.

Zoals bij de zelfgerapporteerde gezondheid werd een logistische regressie-analyse uitgevoerd met dezelfde referentiebuurt.

Kaart 3-17 geeft de spreiding van de regelmatige en voortdurende beperkingen bij de bevolking van 60 jaar en ouder. Deze kaart is al gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht. Het resultaat houdt dus rekening met de aanwezigheid van een oudere bevolking in de buitenste kroon. 36 % van de Brusselaars boven de 60 jaar geven aan af en toe of voortdurend belemmerd te zijn in hun dagelijkse activiteiten ten gevolge van een langdurige aandoening. In de referentiebuurt geeft 28 % van 60-plussers matige beperkingen op. Deze buurt ligt opnieuw in het eerste quintiel (O.R. van 0,42 tot 1,1 of een prevalentie van regelmatige of voortdurende

¹⁹ In tabel 3-08 werd de non-respons voor de vraag naar een chronische aandoening of handicaps mee opgenomen en ondergebracht in de eerste groep. Daardoor ligt het percentage in de eerste kolom iets hoger dan in tabel 3-07, maar dit verandert nauwelijks iets aan de evolutie naar leeftijd noch aan de relatieve positie tegenover de rest van het land.

Tabel 3-08		Belemmeringen in de dagelijkse bezigheden door chronische aandoeningen of handicaps naar leeftijd, Brussels Gewest							
leeftijd	geen chronische aandoening of geen antwoord ^[19]		niet of zelden		af en toe		voortdurend		aantal
	%	Verhouding tot het Belgische gemiddelde	%	Verhouding tot het Belgische gemiddelde	%	Verhouding tot het Belgische gemiddelde	%	Verhouding tot het Belgische gemiddelde	
60-64	66,82	0,99	4,72	1,17	14,72	0,97	13,74	1,05	35 589
65-69	63,39	1,00	5,22	1,17	16,61	0,96	14,78	0,99	34 660
70-74	59,80	1,03	5,45	1,22	17,60	0,93	17,16	0,92	33 783
75-79	54,92	1,05	5,40	1,30	18,36	0,94	21,32	0,89	30 525
80-84	50,76	1,06	4,86	1,41	17,46	0,95	26,92	0,89	18 469
85-89	47,44	1,08	3,25	1,32	15,29	0,99	34,01	0,89	10 546
90-94	45,76	1,10	2,62	1,38	11,37	0,92	40,25	0,91	4 124
95+	43,33	1,09	2,03	1,57	9,61	0,99	45,04	0,92	937
Alle leeftijden	58,94	1,01	4,95	1,22	16,57	0,95	19,54	0,98	168 633

Bron: NIS - Algemene socio-economische enquête 2001

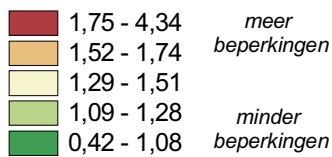
Kaart 3-17

Regelmatige en voortdurende beperkingen in de dagelijkse bezigheden bij de bevolking van 60 jaar en ouder, na controle voor leeftijd en geslacht

1/10/2001

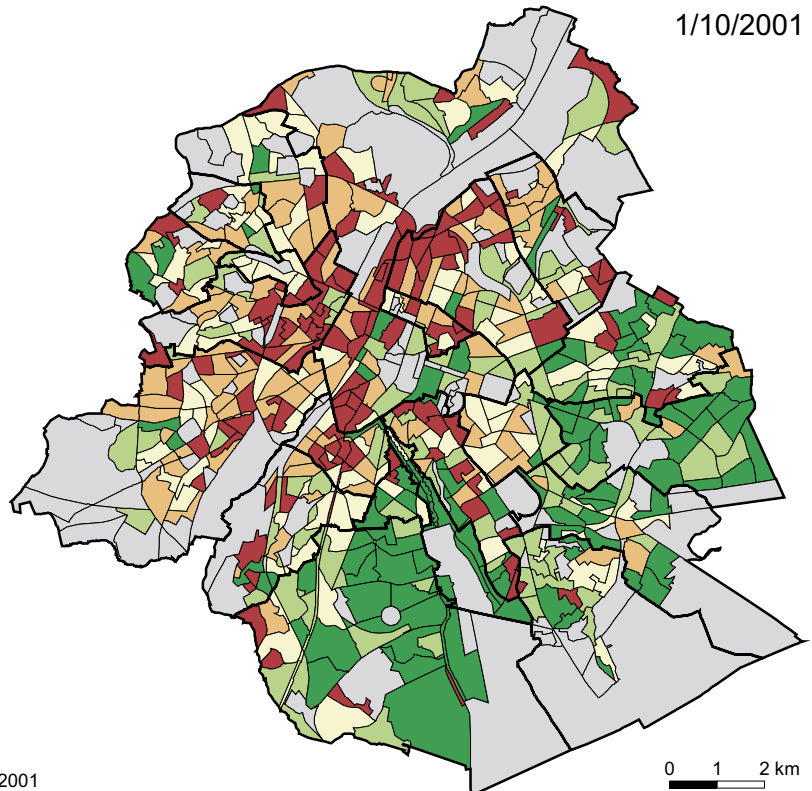
Index matige en ernstige
beperkingen 60+ na controle
voor leeftijd en geslacht

Referentiebuurt (Churchill) : 1,00



<200 inwoners of <250 inw/km²
of klein aantal 60+

Cartografie: VUB - Interface Demography
Bron: NIS - algemene socio-economische enquête 2001



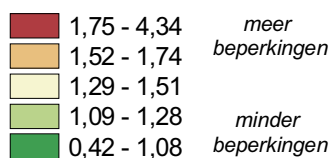
Kaart 3-18

Regelmatige en voortdurende beperkingen in de dagelijkse bezigheden bij de bevolking van 60 jaar en ouder, na bijkomende controle voor onderwijsniveau en woning

1/10/2001

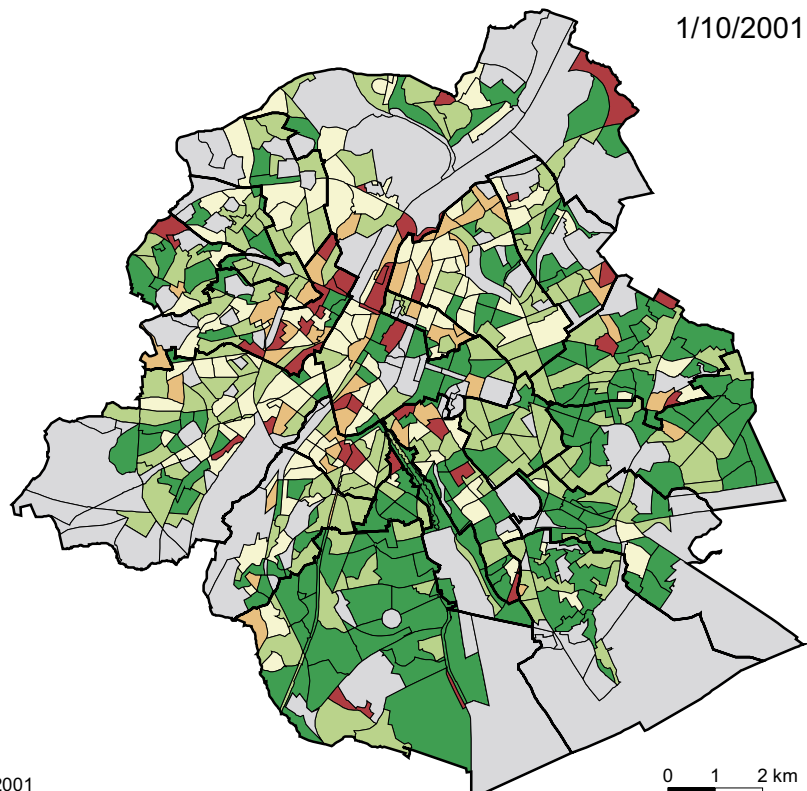
Index matige en ernstige
beperkingen 60+ bijkomende
controle voor onderwijsniveau
en woning

Referentiebuurt (Churchill) : 1,00



<200 inwoners of <250 inw/km²
of klein aantal 60+

Cartografie: VUB - Interface Demography
Bron: NIS - algemene socio-economische enquête 2001



beperkingen tussen 20 % en 30 %). De spreiding tussen de grenswaarden van de drie middelste quintielen is echter relatief beperkt. Voor drie vijfden van de Brusselse buurten ligt de prevalentie voor regelmatige of voortdurende beperkingen bij de 60-plussers tussen de 30 % en de 40 %. De allerhoogste prevalentie, ongecontroleerd voor leeftijd en geslacht, is een uitzonderlijke 65 % in de Begijnhofwijk in Brussel, sterk bepaald door het groot aantal hoogbejaarde personen die in een collectief huishouden of een privaat huishouden kortbij het rust- en verzorgingstehuis leven.

Kaart 3-18 geeft het resultaat na controle voor indicatoren van welstand. Gezien de bevolking ouder is dan 60 jaar en vrijwel iedereen gepensioneerd is, werd de socio-economische status gecontroleerd op basis van het hoogst verworven diploma en op basis van de eigendomstitel en het wooncomfort. De correlatie tussen gezondheid en welstand is overduidelijk. Na controle verdwijnen vrijwel alle buurten met een ongunstig gezondheidsprofiel. De overblijvende buurten in het rood zijn voor het merendeel buurten met een groot aandeel sociale woningen waar een selectie-effect meespeelt. Personen met een handicap of een gezondheidsprobleem genieten immers van een voorrangsregeling voor de toewijzing van een sociale woning.

Wie in de census antwoorde dat hij/zij last heeft van chronische aandoeningen of handicaps, werd ook gevraagd de volgende vraag te beantwoorden: «Bent u bedlegerig vanwege deze ziekten, aandoeningen of handicaps?». Tabel 3-09 toont de spreiding van de antwoorden op deze vraag. De resultaten in deze tabel zijn goed vergelijkbaar met het algemeen beeld van tabel 3-08. Uiteraard gaat het in absolute aantallen om veel kleinere cijfers. Het is wel de groep waar de nood aan formele en informele hulp het grootst is. In het Brussels Gewest verklaarden 2 941 personen boven de 60 jaar dat ze permanent bedlegerig waren. Opnieuw is de toestand van de leeftijdsgroep 60-64 het meest verontrustend. Het aandeel Brusselaars die bedlegerig zijn vanwege langdurige aandoeningen of handicaps is voor deze leeftijdsgroep 20 % hoger dan in het land. De ongunstige relatieve positie van het Brussels Gewest zowel bij permanente bedlegerigheid als bij diegenen die verklaren «af en toe» het bed te moeten houden strekt zich hier zelfs uit tot de leeftijdsgroep van 69 jaar.

Tabel 3-09 Bedlegerig vanwege langdurige aandoeningen of handicaps naar leeftijd, Brussels Gewest

leeftijd	geen chronische aandoening		niet of zelden		af en toe		voortdurend		aantal
	%	Verhouding tot het Belgische gemiddelde	%	Verhouding tot het Belgische gemiddelde	%	Verhouding tot het Belgische gemiddelde	%	Verhouding tot het Belgische gemiddelde	
60-64	74,35	0,99	15,17	0,95	9,55	1,15	0,93	1,20	41 176
65-69	71,70	1,00	17,57	0,98	9,72	1,07	1,01	1,03	39 875
70-74	69,13	1,01	19,64	0,98	10,04	0,95	1,19	0,91	39 184
75-79	65,96	1,04	21,40	0,97	11,10	0,87	1,54	0,81	36 041
80-84	63,60	1,07	21,82	0,96	12,50	0,83	2,08	0,72	22 415
85-89	62,86	1,09	21,01	0,98	13,50	0,80	2,64	0,62	13 752
90-94	65,22	1,12	18,23	1,00	12,86	0,75	3,69	0,60	6 104
95+	69,79	1,15	13,89	0,98	11,39	0,68	4,93	0,58	1 642
Alle leeftijden	68,98	1,01	18,87	0,98	10,68	0,97	1,47	0,88	200 189

Bron: NIS - Algemene socio-economische enquête 2001

Brusselse mantelzorgers

Informele zorg of mantelzorg is de onbezoldigde zorg die wordt verleend door huisgenoten, familieleden, buren of kennissen aan zorgbehoevende personen in hun leefomgeving. Professionele zorgverleners kunnen buiten hun werksituatie mantelzorg verlenen, maar doorgaans wordt mantelzorg verstrekt door personen die daarvoor geen specifieke opleiding hebben genoten. Informele zorg of mantelzorg omvat alle interventies om personen met een beperking te helpen. Zowel wekelijkse boodschappen als een dagelijkse intensieve lichaamsverzorging vallen hier onder. In die zin is het opmeten van mantelzorg aan de hand van een aantal eenvoudige vragen een zeer ruwe maat die een grote diversiteit aan situaties dekt.

Informele zorg is geen substituuat voor formele zorgverlening. Beide gaan vaak hand in hand. De hoeveelheid formele en informele zorg binnen de bevolking kent doorgaans een parallel verloop en wordt op de eerste plaats gedicteerd door de vraag naar zorg. In een bevolking met een groot aantal zieken of personen met een handicap zal de vraag naar beide vormen van zorg groot zijn.

Mantelzorg is in grote mate afhankelijk van de sociale netwerken van de hulpbehoevende. Het grootste aandeel van de mantelzorg wordt binnen hetzelfde huishouden geleverd en vooral tussen echtgenoten. Maar ook de bredere familiale netwerken, vriendenkringen en zelfs de relaties tussen buren kunnen bijdragen tot het tegemoet komen aan de vraag om hulp. Mantelzorg wordt belangrijker naarmate men ouder wordt en de kans toeneemt op gezondheidsproblemen die het dagelijks functioneren bemoeilijken. In het kader van een beleid dat erop gericht is om mensen zolang mogelijk zelfstandig thuis te laten functioneren, wordt de beschikbaarheid van informele zorg natuurlijk cruciaal. Soms wordt de vrees geuit dat de toename van het aantal ouderen in een maatschappelijke omgeving van gezinsverduunning tot het opdrogen van de potentiële mantelzorg zal leiden. In het hoofdstuk over de huishoudenssamenstelling blijkt overduidelijk hoeveel groter de kans is om als alleenstaande in een rust- of verzorgingstehuis te worden opgenomen. Het bevestigt het belang van de samenlevingsvorm om zelfstandig thuis

te blijven functioneren. Uiteindelijk zijn de partner, de inwonende kinderen en soms andere huisgenoten vaak de belangrijkste vorm van informele hulp. In een grootstad als Brussel, met een groot aandeel alleenstaanden, is burenhulp soms de enige directe steun waarop mensen kunnen rekenen.

Meestal zullen verschillende vormen van mantelzorg elkaar aanvullen. Om een beleid te ondersteunen dat gericht is op het langer thuis laten functioneren van mensen, moet mantelzorg echter inpassen in een breder netwerk van professionele hulpverlening en dienstverlening aan huis. Men mag de draagkracht van mantelzorg inderdaad niet overschatten. Uit internationaal onderzoek blijkt dat intensieve mantelzorg vaak zelf een gezondheidstol eist voor de extra taak die gedurende lange tijd bovenop de normale dagtaak komt.

De gegevens uit de census van 2001 geven voor de eerste maal een duidelijk becijferbare aanduiding op bevolkingsniveau van het belang van mantelzorg. Deze cijfers laten ook toe om de situatie van de mantelzorg in het Brussels Gewest te vergelijken met de rest van het land. De census geeft informatie over de mantelzorgers, en niet over de mensen die zorg ontvangen.

9 % van de Brusselaars geeft aan mantelzorg te verlenen op het moment van de socio-economische enquête 2001. Dit percentage ligt precies even hoog als het Belgisch gemiddelde. Dit lijkt opmerkelijk voor een stedelijke omgeving omdat mantelzorg vaak geassocieerd wordt met familiale en sociale netwerken en deze sterker lijken buiten een grootstad. Mantelzorg heeft dus ook in de grootstad een belangrijke complementaire rol naast de formele hulp die door de maatschappij wordt aangeboden.

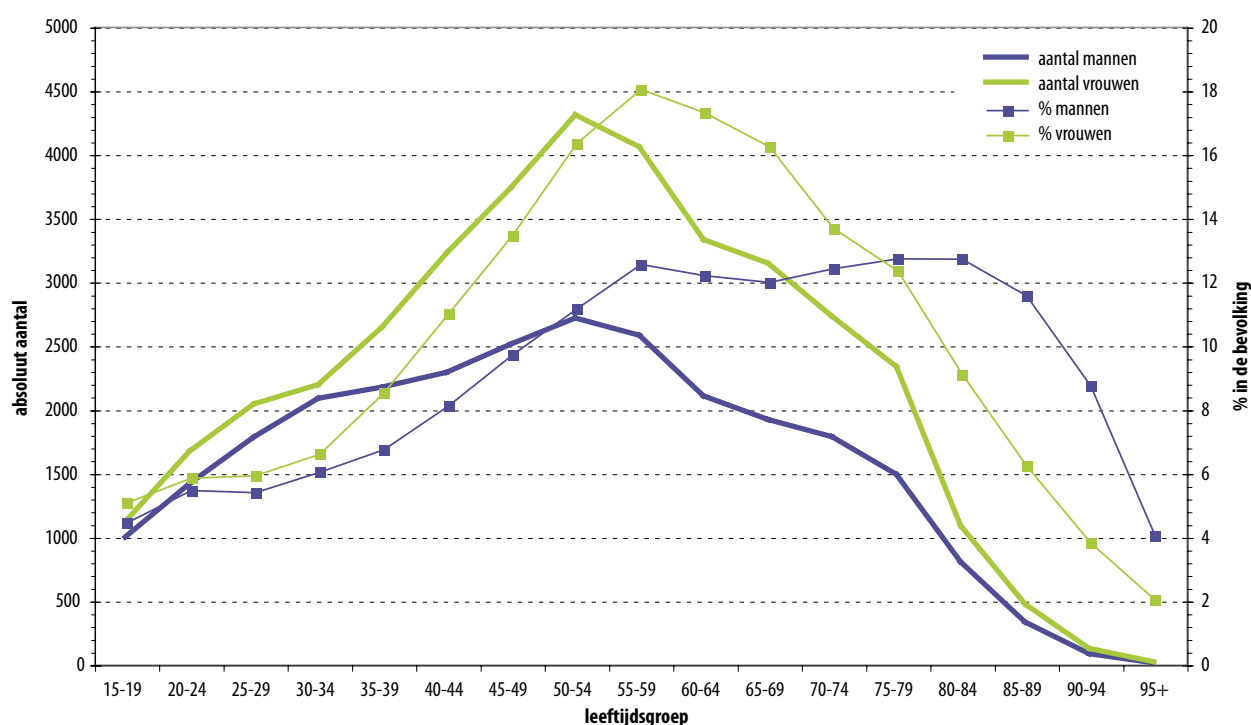
Tabel 3-10 Mantelzorgers in het Brussels Gewest naar leeftijd, geslacht van de mantelzorger en relatie met de persoon die wordt verzorgd

mannen	aantal respondenten	totaal aantal		eigen huishouden		familie		vrienden		buren	
		N	%	%	ratio	%	ratio	%	ratio	%	ratio
15-19	22 242	992	4,46	2,34	1,49	1,21	1,18	0,80	1,68	0,34	1,71
20-24	25 774	1 411	5,47	2,03	1,31	2,07	1,35	1,40	1,81	0,34	1,81
25-29	32 816	1 774	5,41	1,41	1,09	2,52	1,30	1,42	1,84	0,42	1,99
30-34	34 367	2 078	6,05	1,69	1,04	2,75	1,37	1,42	2,01	0,49	2,10
35-39	32 056	2 166	6,76	1,94	0,88	2,94	1,18	1,69	2,10	0,56	1,78
40-44	28 102	2 283	8,12	2,31	0,85	3,70	1,06	1,93	2,14	0,67	1,76
45-49	25 741	2 505	9,73	2,90	0,89	4,56	0,93	1,95	1,84	0,78	1,67
50-54	24 229	2 708	11,18	2,85	0,77	5,83	0,98	2,12	1,96	0,80	1,61
55-59	20 466	2 573	12,57	3,54	0,87	6,52	1,05	2,25	1,92	0,97	1,75
60-64	17 183	2 098	12,21	3,71	0,79	5,35	1,04	2,45	1,65	1,28	1,60
65-69	15 923	1 912	12,01	4,16	0,73	4,47	1,20	2,62	1,66	1,38	1,53
70-74	14 299	1 778	12,43	4,99	0,73	3,29	1,27	3,15	1,94	1,53	1,60
75-79	11 635	1 483	12,75	6,45	0,75	2,28	1,17	2,83	1,80	1,56	1,73
80-84	6 259	797	12,73	7,43	0,82	1,85	1,07	2,54	1,93	1,23	1,65
85-89	2 806	325	11,58	7,02	0,90	1,21	0,78	2,32	2,15	1,00	1,84
90-94	868	76	8,76	4,84	1,06	1,15	0,88	1,84	2,25	0,69	1,69
95+	148	6	4,05	2,70	1,11	0,68	0,63	0,00	0,00	0,00	0,00
totaal	314 914	26 965	8,56	2,86	0,86	3,50	1,07	1,88	1,86	0,76	1,66
vrouwen	aantal respondenten	totaal aantal		eigen huishouden		familie		vrienden		buren	
		N	%	%	ratio	%	ratio	%	ratio	%	ratio
15-19	21 841	1 113	5,10	2,60	1,41	1,46	1,18	1,00	1,60	0,34	1,96
20-24	28 372	1 664	5,86	2,07	1,21	2,48	1,05	1,23	1,46	0,35	1,65
25-29	34 258	2 034	5,94	1,73	1,10	2,96	1,02	1,20	1,68	0,37	1,62
30-34	33 089	2 188	6,61	2,06	0,98	3,27	1,00	1,32	1,78	0,49	1,46
35-39	30 915	2 640	8,54	2,59	0,94	3,89	0,85	1,79	1,89	0,75	1,54
40-44	29 235	3 218	11,01	3,27	1,00	5,36	0,78	2,06	1,60	1,11	1,57
45-49	27 686	3 731	13,48	3,25	0,86	7,25	0,76	2,66	1,66	1,22	1,48
50-54	26 280	4 302	16,37	3,52	0,79	9,49	0,82	3,01	1,67	1,58	1,65
55-59	22 440	4 051	18,05	4,02	0,79	10,15	0,94	3,47	1,73	1,72	1,64
60-64	19 197	3 324	17,32	4,49	0,81	8,05	1,03	3,93	1,77	2,05	1,60
65-69	19 311	3 139	16,25	4,55	0,75	6,16	1,27	4,45	2,04	2,41	1,79
70-74	19 877	2 723	13,70	4,09	0,67	4,20	1,41	4,09	2,08	2,22	1,80
75-79	18 845	2 328	12,35	4,04	0,73	2,75	1,32	3,96	2,35	2,12	1,95
80-84	11 850	1 081	9,12	3,13	0,77	1,94	1,17	2,64	2,25	1,49	2,13
85-89	7 468	467	6,25	1,97	0,84	1,23	0,96	1,81	2,30	1,03	2,32
90-94	3 082	118	3,83	1,07	0,73	0,91	0,94	1,10	2,22	0,68	2,41
95+	733	15	2,05	1,09	0,86	0,27	0,24	0,00	0,00	0,27	1,13
totaal	354 479	38 136	10,76	3,04	0,84	4,83	0,90	2,41	1,78	1,17	1,64

Bron: NIS - Algemene socio-economische enquête 2001

Figuur 3-12

Spreading van de mantelzorgers naar leeftijd en geslacht in het Brussels Gewest



Bron: NIS - Algemene socio-economische enquête 2001

De spreading naar type mantelzorg en leeftijd (tabel 3-10) wijkt wel af van het Belgisch gemiddelde. Er wordt over het algemeen minder hulp geboden binnen het eigen huishouden of aan familie en meer aan burens, vrienden en kennissen. Dit vloeit wellicht ten dele voort uit de huishoudensstructuur van het Brussels Gewest met kleinere huishoudens en meer alleenstaanden. De kans om binnen het huishouden hulp te bieden is dus aanzienlijk kleiner. De hogere proporties mantelzorg aan burens en kennissen zijn specifiek voor een stedelijke context.

Mantelzorg is afhankelijk van de combinatie van nood aan hulp en van beschikbaarheid van mantelzorgers. Mantelzorg ligt het hoogst in Wallonië waar ook de vraag het hoogste is (het hoogste aantal hulpbehoevenden omwille van gezondheidsredenen). Het Brussels Gewest neemt een middenpositie in tussen Vlaanderen en Wallonië.

Figuur 3-12 toont dat vrouwen vaker mantelzorg geven dan mannen. In absolute aantallen zijn er voor elke leeftijdsgroep steeds meer vrouwen die mantelzorg geven dan mannen. In relatieve cijfers is het aandeel mannen ouder dan 80 jaar dat mantelzorg geeft hoger dan het aandeel vrouwen. Eenzelfde beeld kan ook voor het geheel van België worden vastgesteld.

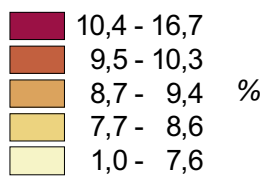
Bij de analyse van de mantelzorg naar type en naar duur blijkt wel dat vrouwen gemiddeld meer uren mantelzorg opgeven. Uit analyse van de gegevens blijkt dat het grootste verschil erin ligt dat vrouwen aanzienlijk meer zorg geven buiten het huishouden dan mannen. Vooral zorg aan de familie scoort veel hoger bij vrouwen. Vooral vrouwen tussen 50 en 64 jaar geven veel mantelzorg. 17 % van de vrouwen in deze leeftijdsgroep verklaart mantelzorg te verlenen. Dit is een bijzonder hoog percentage gezien de gestelde vraag ^[20].

²⁰ De vraag was: «Staat u tenminste een keer per week niet-beroepsmatig in voor hulp of verzorging van één of meerdere personen met langdurige ziekten, aandoeningen of handicaps?». Indien ja, moest men aangeven hoeveel tijd men besteedt aan de hulp of verzorging.

1/10/2001

Aandeel van de bevolking dat mantelzorg verleent

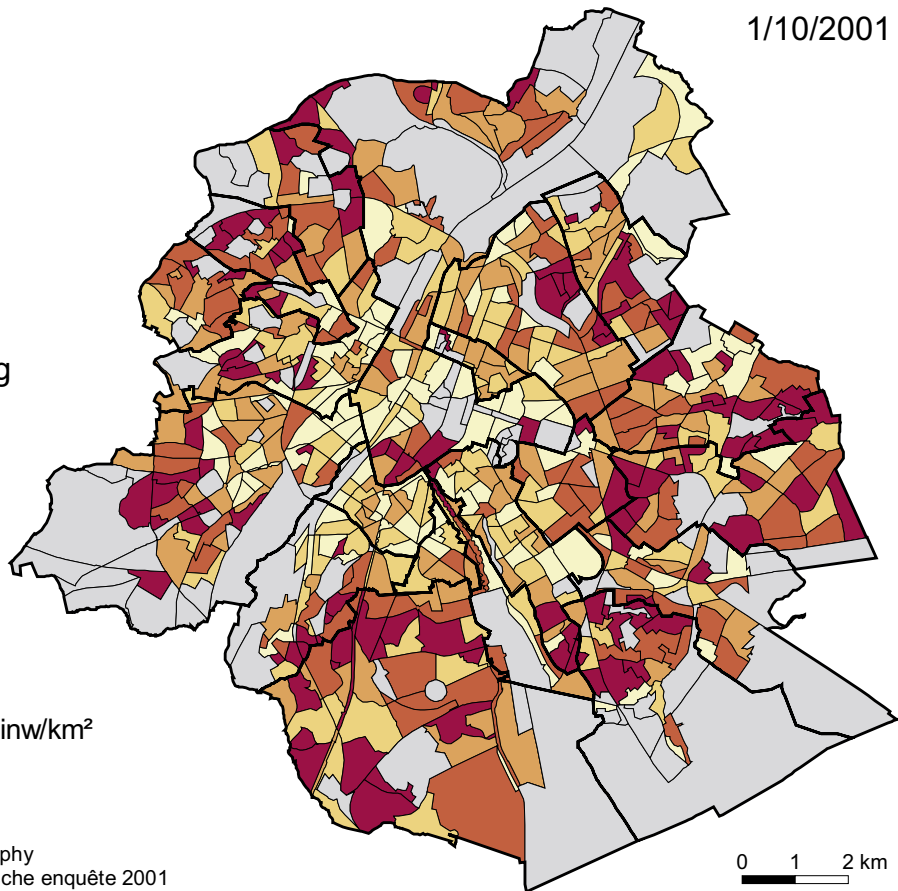
Brussels Gewest : 9,0



 <200 inwoners of <250 inw/km²

Cartografie: VUB - Interface Demography

Bron: NIS - algemene socio-economische enquête 2001



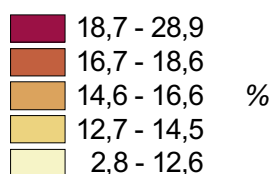
Kaart 3-19 toont het aandeel mantelzorgers in de totale bevolking, zonder rekening te houden met leeftijd of geslacht. De beschikbaarheid voor mantelzorg wordt natuurlijk ten dele bepaald door de leeftijd en het geslacht van de bevolking. Deze weerspiegelt dus minstens partieel de leeftijd- en geslachtstructuur van de Brusselse buurten.

De structuur is sterk concentrisch. De laagste proporties mantelzorgers komen voor in de armere wijken van het Brussels Gewest en van de eerste kroon. De hogere proporties in de buitenste kroon.

1/10/2001

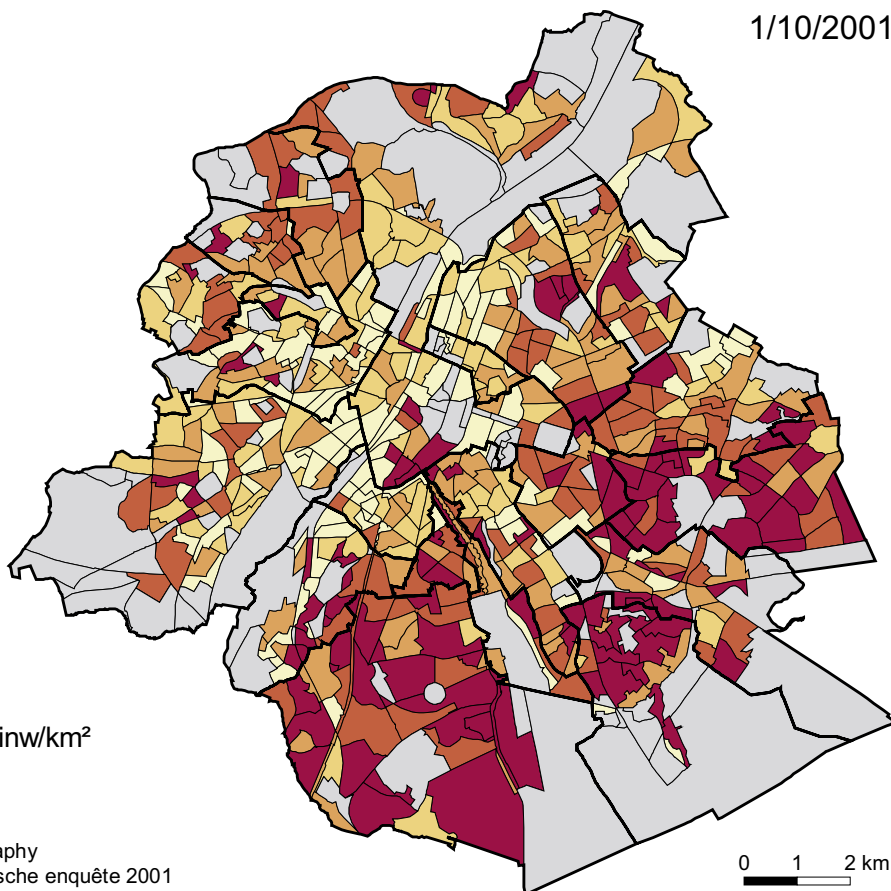
Aandeel van vrouwen
tussen 45 en 74 jaar dat
mantelzorg verleent

Brussels Gewest : 15,8



 <200 inwoners of <250 inw/km²

Cartografie: VUB - Interface Demography
Bron: NIS - algemene socio-economische enquête 2001



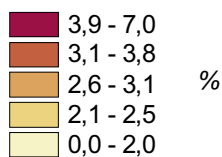
Kaart 3-20 toont het aandeel mantelzorgers onder vrouwen tussen 45 en 74 jaar. Ook dit beeld wordt beïnvloed door de bevolkingssamenstelling van de buurt. We zien een consolidatie van kaart 3-19, wat erop wijst dat vooral vrouwen uit de zuidoostelijk kwadrant aangeven vaak mantelzorg te verlenen. In het hoogste quintiel gaat het om 18 tot 29 % van de vrouwen in die leeftijdsgroep. De buurten met hoge proporties zijn ook terug te vinden in delen van Evere en Schaarbeek (Bloemenwijk), in een aantal wijken in de westelijke rand en in Brussel-stad rond de Marollen.

De buurten van de 19^{de} eeuwse gordel halen de laagste scores in kaarten 3-19 en 3-20. Dit lijkt eigenaardig gezien het relatief grote aandeel mensen met een slechte zelfgerapporteerde gezondheid in deze buurten. Het kaartbeeld wordt zeker beïnvloed door de jonge bevolkingsstructuur van deze buurten. Kaart 3-21 toont dat deze buurten tot het hoogste quintiel behoren inzake mantelzorg binnen het huishouden. De oudere migranten blijven er immers vaker inwonen bij hun kinderen.

1/10/2001

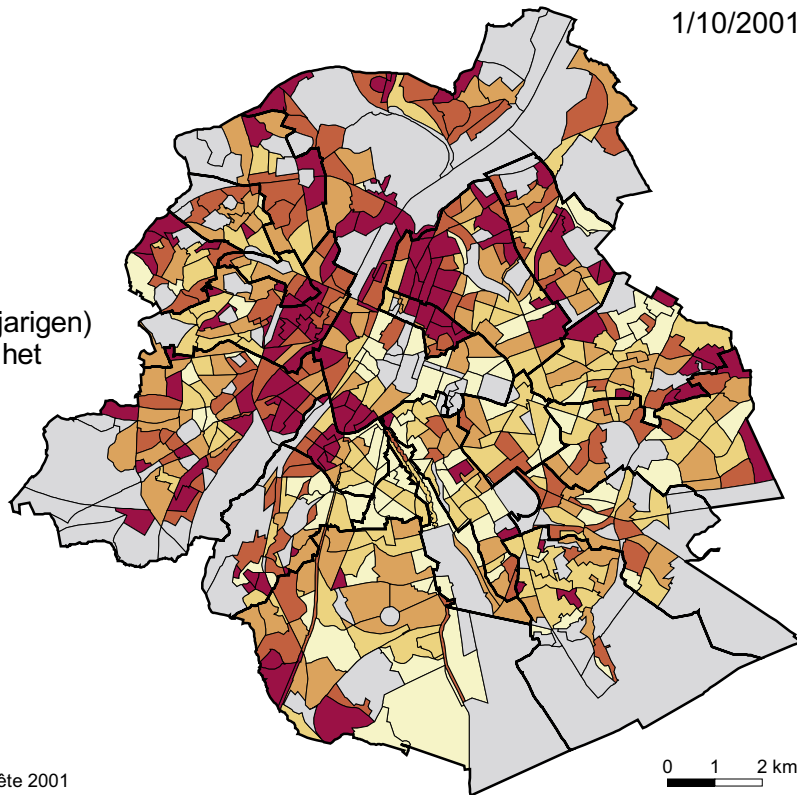
Aandeel van de bevolking (+15 jarigen)
dat mantelzorg verleent binnen het
huishouden

Brussels Gewest : 3,0



<200 inwoners of <250 inw/km²

Cartografie: VUB - Interface Demography
Bron: NIS - algemene socio-economische enquête 2001



Kaart 3-21 toont het aandeel mantelzorgers die zorg verlenen binnen het huishouden. Het kaartbeeld verschilt sterk van de vorige kaarten. De ruimtelijke spreiding wordt hier meer bepaald door de vraag (omdat de mantelzorger op hetzelfde adres woont dan de persoon die zorg krijgt). De buurten met de kleinste proportie mantelzorgers binnen het huishouden komen overeen met de buurten waar de gezondheidstoestand het beste is en de vraag naar mantelzorg het minst groot. Het zuidoostelijk kwadrant wijkt duidelijk af van de rest van het Brussels Gewest. Deze kaart verheldert enigszins het kaartbeeld van globale mantelzorg (kaart 3-19).

Het geven van mantelzorg aan familie buiten het huishouden wordt gevisualiseerd in kaart 3-22. Het ruimtelijk patroon is duidelijk concentrisch met hoge proporties mantelzorgers in de buitenwijken en lage proporties in het centrum. Het kaartbeeld wordt bepaald door het samenvallen van diverse factoren, zoals de leeftijdsstructuur en de afstand. Mantelzorg buiten het huishouden gaat vooral naar ouders op hoge leeftijd die nog zelfstandig wonen. Het hoog aantal jongeren in de binnenstad (waarvan de ouders nog niet heel oud zijn) en het groot aantal migranten, die doorgaans in België geen ouders op leeftijd hebben, resulteren in dit typisch kaartbeeld.

Kaart 3-23 toont de spreiding van de mantelzorg aan burens, vrienden en kennissen. Opnieuw krijgen we een ander kaartbeeld dat nu in grote mate gestuurd wordt door beschikbaarheid enerzijds en wellicht ook de vraag en langdurige sociale netwerken anderzijds. Ook het feit dat mantelzorg buiten het huishouden vaker wordt verleend door hoger opgeleiden beïnvloedt het kaartbeeld.

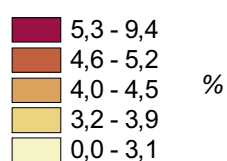
Kaart 3-22

Mantelzorg aan familie buiten het huishouden

1/10/2001

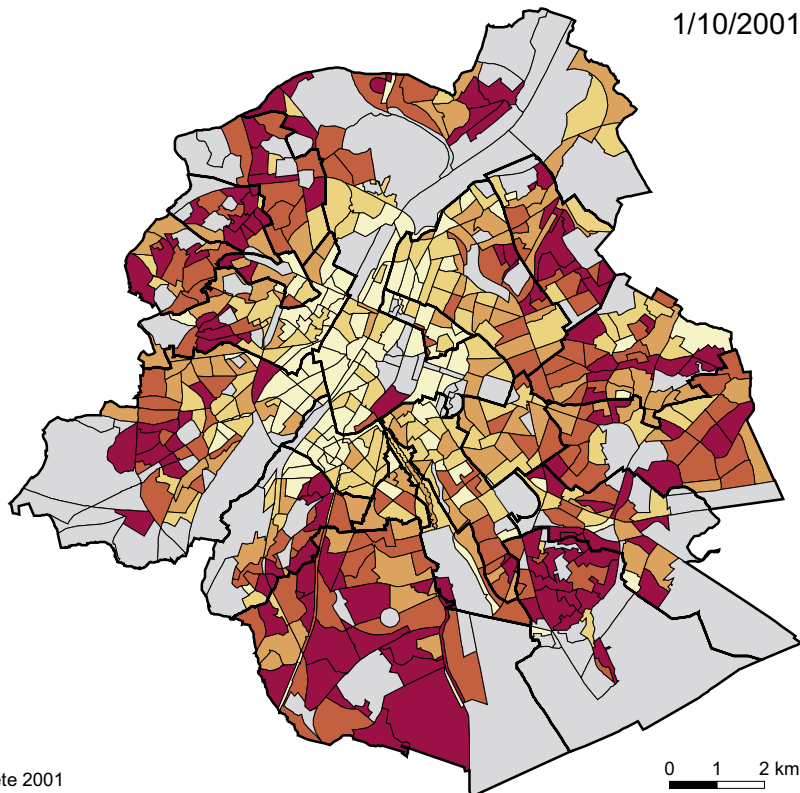
Aandeel van de bevolking
(+15 jarigen) dat mantelzorg
verleent aan familie
buiten het huishouden

Brussels Gewest : 4,2



 <200 inwoners of <250 inw/km²

Cartografie: VUB - Interface Demography
Bron: NIS - algemene socio-economische enquête 2001



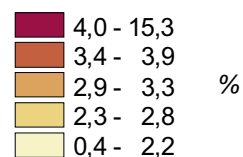
Kaart 3-23

Mantelzorg aan buren, vrienden en kennissen

1/10/2001

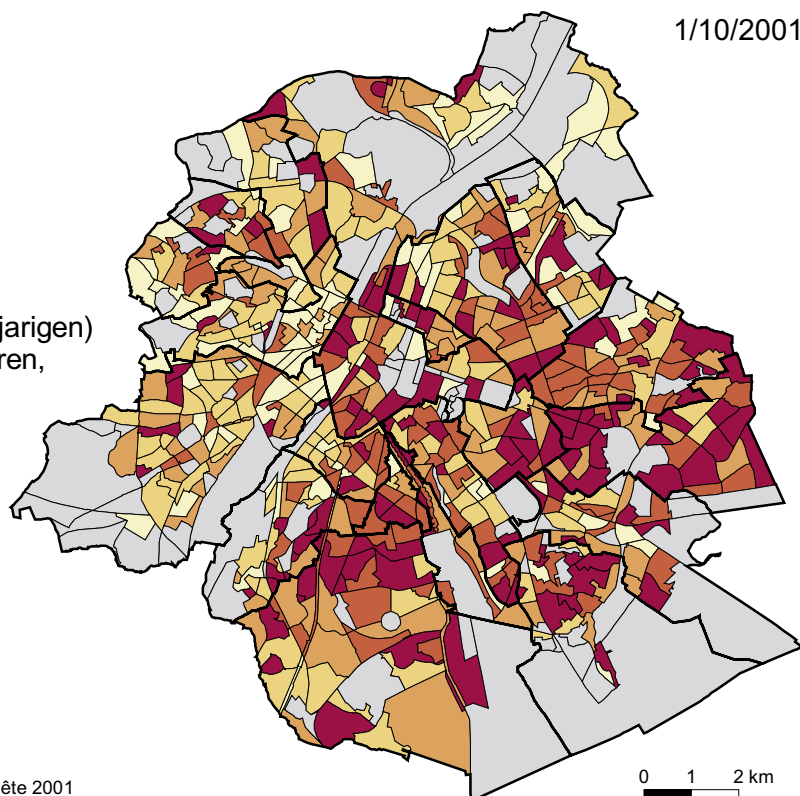
Aandeel van de bevolking (+15 jarigen)
dat mantelzorg verleent aan buren,
vrienden en kennissen

Brussels Gewest : 3,1



 <200 inwoners of <250 inw/km²

Cartografie: VUB - Interface Demography
Bron: NIS - algemene socio-economische enquête 2001



Waar overlijden de Brusselse ouderen?

De behoeften en het aanbod aan zorg bij het levenseinde zijn heel verschillend naargelang het overlijden plaats vindt in de thuisomgeving, in het ziekenhuis of in een rustoord. Voor de diensten en het beleid is het dan ook belangrijk om een goed zicht te hebben op het aandeel van de bevolking dat in deze verschillende omgevingen sterft en op de onderliggende motieven en redenen.

Waar men sterft is bovendien geen willekeurige beslissing. Een overlijden in het ziekenhuis is vaak het gevolg van een levensbedreigende aandoening die niet toelaat dat de stervende patiënt (nog langer) thuis of in het rusthuis wordt verzorgd. Het kan echter ook een keuze zijn van de patiënt die geen last wil zijn voor zijn omgeving of een keuze omwille van financiële redenen. Een overlijden in het rusthuis zal ongetwijfeld vaker het gevolg zijn van een vrije keuze maar ook hier gebeurt een opname in een rust- of verzorgingsinstelling vaak naar aanleiding van de onmogelijkheid om nog langer in de thuisomgeving te kunnen blijven functioneren en/of verzorgd te worden.

Gezien de plaats van overlijden deel uitmaakt van de vele gegevens die worden opgenomen op het overlijdensformulier dat verplicht bij elk sterfgeval wordt ingevuld, kunnen we, aan de hand van de andere geregistreerde informatie over de overledene, de plaats van overlijden bestuderen in functie van deze verschillende kenmerken van het overlijden en de overledene. Zodoende kunnen we nagaan in welke mate deze kenmerken de kans vergroten of verkleinen om in een bepaalde omgeving te sterven.

Tabel 3-11 toont de verdeling van de plaats van overlijden voor alle sterfgevallen van Brusselse inwoners van 60 jaar of ouder van 1998 tot en met 2004:

Tabel 3-11	Plaats van overlijden van Brusselaars van 60 jaar of ouder, 1998-2004	
	Aantal	%
Privé-huishouden	10 103	16,7
Ziekenhuis	33 599	55,6
Bejaardentehuis	16 305	27,0
Andere of onbekend	443	0,7
Totaal	60 450	100,0

Bron: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, statistische formulieren voor overlijden.

Hoewel het aandeel overlijdens in het bejaardentehuis in de loop van de bestudeerde periode lichtjes toeneemt ten koste van het aandeel thuisoverlijdens^[21], gaat het hier om een zeer trage evolutie en zijn de jaarlijkse percentages stabiel genoeg om al de gegevens samen te kunnen analyseren.

We stellen dus vast dat de meerderheid van de oudere Brusselaars in het ziekenhuis overlijdt, ruim een kwart in een bejaardentehuis en ongeveer 17 % thuis overlijdt. In de internationale onderzoeksliteratuur wordt vaak verondersteld dat de meeste mensen thuis wensen te sterven. Niet zozeer de plaats zelf zou hierin de doorslag geven maar wel de aanwezigheid van naasten, de mogelijkheid tot inspraak in de zorgkeuzes, enz. Hoewel de wenselijkheid van het overlijden in de thuisomgeving dus ook afhankelijk is van de huishoudenssituatie en de nood aan specifieke zorgen, mogen we toch stellen dat thuis door de meeste mensen beschouwd wordt als de omgeving waarin het overlijden in de best mogelijke omstandigheden kan gebeuren.

Vergelijken we deze resultaten voor het Brussels Gewest met de cijfers voor Vlaanderen in 2003 (Cohen, 2007) dan zien we dat ook daar een ruime helft (53,7 %) in het ziekenhuis sterft, maar dat de verhouding tussen thuisoverlijdens en overlijdens in een bejaardentehuis in Vlaanderen omgekeerd is (19,8 % sterft in een bejaardentehuis en 24,3 % van de Vlamingen overlijdt thuis).

Wanneer we de plaats van overlijden bestuderen in functie van de geregistreerde kenmerken van de overleden Brusselse ouderen stellen we voor de meeste van de onderzochte kenmerken een significante relatie vast (tabel 3-12). De verdeling van de plaats van overlijden verschilt naargelang het profiel van de oudere.

Zo zien we dus dat de kans om thuis te sterven het grootst is bij mannen, ouderen die in een privé-huishouden met meer dan 1 persoon leven, ouderen onder de 75 jaar en niet-Europese Brusselaars. Van de onderzochte doodsoorzaken waren het de overlijdens door een hartaanval die zich het meest thuis voordeden. Onder de Brusselse gemeenten ligt het aandeel thuisoverlijdens het hoogst in Sint-Pieters-Woluwe.

²¹ De desbetreffende antwoordcategorie op het overlijdensformulier is «thuis». Hoewel dit meestal de eigen thuisomgeving betreft is dit ook de aan te duiden categorie wanneer het gaat om een overlijden in het huis van iemand anders (familieid, vrienden, ...). In het vervolg van de tekst zullen we, omwille van de leesbaarheid, de term «thuis» verder blijven gebruiken.

Tabel 3-12		Plaats van overlijden (%) naar demografische kenmerken, doodsoorzaak en woongemeente (60 jaar en ouder, Brussels Gewest, 1998-2004)		
		Thuis	Ziekenhuis	Rusthuis
Geslacht	Mannen	20,8	62,1	17,0
	Vrouwen	13,9	51,5	34,6
Leefsituatie	Alleenwonend	19,0	65,7	15,3
	Privé-huishouden (meer dan 1 persoon)	25,0	66,6	8,4
	Instelling	1,7	26,1	72,2
Leeftijd	60-74	24,7	66,7	8,6
	75 en meer	14,2	52,5	33,3
Nationaliteit	Belg	16,5	55,5	28,0
	EU-15 (zonder België)	19,9	61,9	18,2
	Maghreb + Turkije	22,5	73,6	3,8
	Andere	22,1	55,0	22,9
Doodsoorzaak	Kankers	15,8	70,5	13,6
	Ischemische Hartziekten	29,8	51,6	18,6
	Chronische ademhalingsaandoeningen	19,0	56,9	24,1
	Griep en pneumopathie	4,8	69,6	25,6
	Dementie	2,9	38,0	59,1
	Leverziekten	12,6	76,4	11,1
	Vallen	19,8	59,9	20,3
	Andere	17,2	50,9	31,9
Woongemeente	Anderlecht	16,6	61,9	21,6
	Oudergem	18,4	49,4	32,2
	Sint-Agatha-Berchem	12,0	57,3	30,7
	Brussel-Stad	16,6	55,9	27,5
	Etterbeek	17,5	52,7	29,8
	Evere	17,3	55,1	27,6
	Vorst	17,9	59,4	22,7
	Ganshoren	16,2	58,8	25,1
	Elsene	17,9	52,6	29,5
	Jette	15,9	55,8	28,2
	Koekelberg	16,1	63,2	20,7
	Sint-Jans-Molenbeek	14,0	56,4	29,6
	Sint-Gillis	18,4	56,5	25,1
	Sint-Joost-ten-Node	19,2	55,2	25,5
	Schaarbeek	16,7	59,3	24,0
	Ukkel	15,8	54,7	29,5
	Watermaal-Bosvoorde	17,6	45,1	37,4
	Sint-Lambrechts-Woluwe	17,1	57,2	25,7
	Sint-Pieters-Woluwe	24,0	46,3	29,7

Bron: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, statistische formulieren voor overlijden.

De percentages in tabel 3-12 zijn op zichzelf echter moeilijk te interpreteren. Zo bestaat er immers een sterke relatie tussen verschillende van de gemeten kenmerken onderling waardoor het niet meteen duidelijk is welke verschillen nu het meest bepalend zijn voor de plaats van overlijden, onafhankelijk van de andere kenmerken. Om hierin verdere duidelijkheid te verschaffen voerden we een logistische regressie^[22] uit waarbij de uitkomstvariabele het al dan niet thuis overlijden betreft.

We presenteren in tabel 3-13 de resultaten van deze analyse op de groep van Brusselse ouderen van 60 jaar of ouder die vóór het overlijden nog thuiswonend waren. De ouderen die in een rusthuis verblijven worden niet opgenomen in de analyse aangezien hun kans om thuis te sterven nihil is. In de kolom «Odds Ratio» kan telkens de kans worden afgelezen op een thuisoverlijden in de onderzochte categorie ten opzichte van de kans in de referentiecategorie die telkens tussen haakjes is aangegeven.

We stellen vast dat, na statistische controle voor de andere opgenomen kenmerken, de kans om thuis te overlijden voor mannen 1,06 maal hoger ligt dan voor vrouwen. Dit verschil is statistisch significant maar eerder klein.

De doodsoorzaak lijkt de grootste invloed uit te oefenen op het al dan niet thuis overlijden. We zien dat een overlijden door hartfalen bijna 9 keer zo vaak leidt tot een thuisoverlijden dan wanneer dementie de doodsoorzaak is. Ook bij chronische ademhalingsziekten en vallen stellen we een beduidend hogere kans op een thuisoverlijden vast. Hartaanvallen en valpartijen zijn doodsoorzaken die plots en onaangekondigd optreden en die zich ook even goed kunnen voordoen bij mensen die verder in een goede algemene gezondheid verkeren. Een hartaanval of een dodelijke valpartij heeft dus een hoge kans om in de thuisomgeving te gebeuren en het overlijden volgt zo snel dat een overbrenging naar het ziekenhuis niet meer mogelijk is. Bij de chronische ademhalingsziekten is dit alles echter niet het geval maar kan de verhoogde kans op een thuisoverlijden misschien verklaard worden door de trage en lange evolutie van deze aandoeningen waardoor het mogelijk is om, na een eventuele behandeling in het ziekenhuis, de benodigde zorgen thuis te kunnen voorzien (thuisverpleging, mantelzorg, ...).

Mensen die in een privé-huishouden met meer dan 1 persoon leven hebben 1,32 maal meer kans op een thuisoverlijden dan alleenwonenden.

Bij de onderzochte leeftijdscategorieën zien we eveneens grote verschillen. Wie relatief jong sterft heeft een hogere kans op thuisoverlijden dan iemand die op hogere leeftijd sterft. Om hieraan een correcte interpretatie te geven zou het zeker nodig zijn om de doodsoorzaken, die in het model worden geanalyseerd, verder te verfijnen.

De kans om thuis te overlijden verschilt ook naargelang de nationaliteit. In vergelijking met Belgen en Brusselaars met een Europese (EU-15) nationaliteit overlijden minder Brusselse Maghrebijnen en Turken thuis. Dit lijkt op het eerste gezicht in tegenspraak met de resultaten in tabel 3-12 waar we konden zien dat een groter aandeel van de Maghrebijnen en Turken thuis overlijdt in vergelijking met de Belgen. In de logistische regressie selecteerden we alleen de mensen die thuis woonden. Brusselaars die bij hun overlijden in een rust- of verzorgingstehuis woonden werden dus niet opgenomen. Tabel 3-12 toont aan dat er proportioneel veel meer Belgen in een rusthuis wonen dan Maghrebijnen of Turken. De Belgen die in een rusthuis wonen vertegenwoordigen waarschijnlijk in termen van zorg het meest afhankelijke deel van de oudere Belgische Brusselaars. Het weglaten van de mensen die in een rusthuis verblijven betekent dan ook dat de meest zorgbehoevende Belgische ouderen niet in de analyse zitten terwijl van de Maghrebijnen en Turken bijna de hele populatie nog steeds thuis woont bij het overlijden en bijgevolg ook opgenomen is in de analyse. Dit zou de paradoxale resultaten uit de logistische regressie kunnen verklaren. Dat de Maghrebijnse en Turkse Brusselaars niet in een rusthuis verblijven zal waarschijnlijk verschillende redenen hebben. Enerzijds valt immers te denken aan de mogelijke taalbarrière en de culturele gewoontes van deze groepen en anderzijds zien we dat de bevolking van 60 jaar en ouder in deze nationaliteitsgroep beduidend jonger is (figuur 3-04). Meer dan de helft van de overlijdens van Brusselse Maghrebijnen en Turken gebeurt voor de leeftijd van 70 jaar. Bij de Belgen bedraagt dit percentage slechts 12 %.

Tenslotte zien we ook tussen de Brusselse gemeenten beduidende verschillen in de kansen op een thuisoverlijden. Zo is de kans op een thuisoverlijden, na controle voor alle andere opgenomen variabelen, bijvoorbeeld 2 keer zo hoog in Sint-Pieters Woluwe dan in Brussel-Stad.

²² Logistische regressie is een statistische methode waarbij de opgenomen verklarende kenmerken uit elkaar worden gehaald en zodoende geprobeerd wordt om de unieke bijdrage van elk kenmerk apart te bepalen.

Tabel 3-13

De (relatieve) kans op een thuisoverlijden gecontroleerd voor leeftijd, geslacht, nationaliteit, leefsituatie, doodsoorzaak en woongemeente (Logistische regressie), Brussels Gewest, 1998-2004

		Odds Ratio	*
Nationaliteit (vs Belg)	EU-15 (zonder België)	1,00	ns
	Maghreb en Turkije	0,81	
	Andere	1,20	ns
Leefsituatie (vs alleen)	Privé-huishouden (meer dan 1 persoon)	1,32	
Geslacht (vs vrouwen)	Mannen	1,06	
Leeftijd (vs 95 jaar en meer)	60-64	1,67	
	65-69	1,49	
	70-74	1,29	
	75-79	1,12	ns
	80-84	0,99	ns
	85-89	0,91	ns
	90-94	0,92	ns
Gemeente (vs Brussel-Stad)	Anderlecht	1,07	ns
	Oudergem	1,56	
	Sint- Agatha- Berchem	0,92	ns
	Etterbeek	1,47	
	Evere	1,30	
	Vorst	1,18	
	Ganshoren	1,12	ns
	Elsene	1,49	
	Jette	1,24	
	Koekelberg	1,25	
	Sint-Jans-Molenbeek	1,08	ns
	Sint-Gillis	1,70	
	Sint-Joost-ten-Node	1,30	
	Schaarbeek	1,13	
	Ukkel	1,46	
	Watermaal-Bosvoorde	1,65	
	Sint-Lambrechts-Woluwe	1,26	
	Sint- Pieters-Woluwe	2,07	
Doodsoorzaak (vs dementie)	Kankers	3,11	
	Ischemische Hartziekten	8,65	
	Chronisch respiratoire aandoeningen	5,01	
	Griep en pneumopathie	1,23	ns
	Leverziekten	2,17	
	Vallen	5,71	
	Andere	5,17	

* ns = statistisch niet significant verschillend met referentiecategorie
Bron: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, statistische formulieren voor overlijden.

VII. DE EVOLUTIE VAN DE OUDERE BEVOLKING

Een terugblik op het recente verleden

In tegenstelling met de algemene evolutie in België heeft het Brussels Gewest de afgelopen jaren een relatieve verjonging doorgemaakt. Naast de instroom van migranten in de jongere leeftijdsgroepen is ook een sterk toegenomen natuurlijke aangroei hiervoor verantwoordelijk. Maar nog belangrijker is dat de oudere bevolking in tegenstelling tot de rest van het land ook in absolute aantallen niet is toegenomen.

Tabel 3-01 vooraan in dit hoofdstuk toonde reeds dat de Brusselse bevolking van 65 jaar en ouder afnam in de periode van 1989 tot 2006. De krimp van de oudere Brusselse bevolking tussen 1989 en 2006 is het gevolg van 3 factoren: de hoge sterfte onder de oudste geboortecohorten, een instroom van kleinere geboortecohorten uit het interbellum in de oudere leeftijdsgroep en een negatief migratiesaldo van 15 985 personen in deze leeftijdsgroep over een periode van 10 jaar.

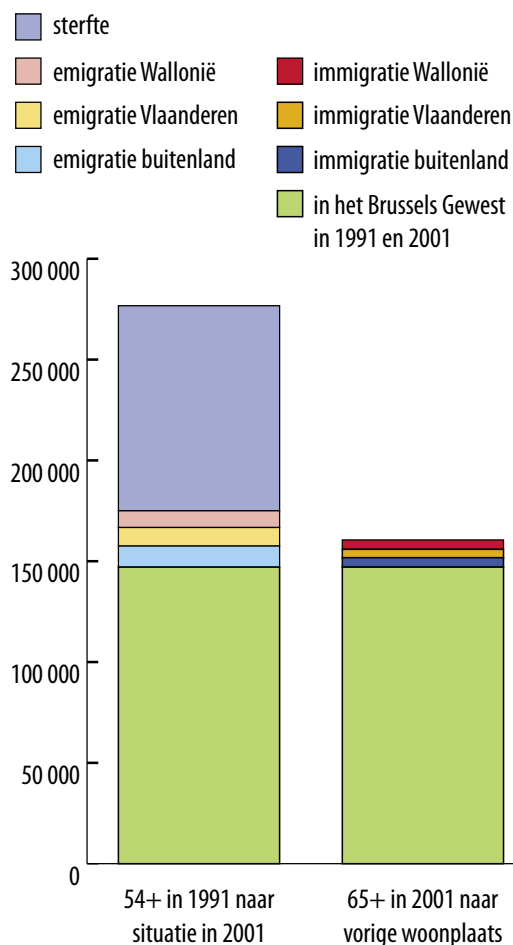
De daling in absolute aantallen heeft zich vooral afgespeeld bij de leeftijd 65-84 jaar. De leeftijdsgroep van 85 tot 94 is aangegroeid van 17 920 in 1989 tot 18 667 in 2006 en de 95+ zijn in dezelfde periode zelfs bijna verdubbeld van 1 000 tot 1 717 personen (tabel 3-01). Belangrijk is evenwel dat deze evolutie absoluut niet lineair verloopt. Het aantal mensen in elke leeftijdsgroep varieert in de tijd. De leeftijdsgroep 65-74 bereikte haar maximum aantal in 1994 en ongeveer 10 jaar later, in 2005, is de leeftijdsgroep van 75-84 op haar maximum grootte. De leeftijdsgroep 85-94 behaalde in 2000 haar maximum. Dergelijke verschuivingen zijn natuurlijk niet zonder gevolg voor de vraag naar thuishulp en gezondheidszorg.

De volkstellingen van 1991 en 2001 (socio-economische enquête) vormen twee uitstekende referentiepunten om de evolutie van de bevolking meer in detail op te volgen (figuur 3-13). Om een idee te hebben hoe de bevolking in een tijdspanne van tien jaar evolueert keren we terug naar de volkstelling van 1991. In 1991 wonen er in het Brussels Gewest 276 701 personen die in de census van 2001 potentieel tot de 65-plussers kunnen horen. Onder hen zijn er 271 025 personen die op 1 maart 1991 55 jaar en ouder zijn en 5 676 54-jarigen^[23]. Samen maken zij meer dan een vierde van de Brusselse bevolking van 1991 uit. De eerste staaf in figuur 3-13 toont wat er 10 jaar later van die groep overblijft. Net iets meer dan de helft van die groep woont nog in het Brussels Gewest: 53 % of 147 065

personen. 101 703 personen of bijna 37 % is overleden. Ongeveer 10 % woont niet langer in het Brussels Gewest: 10 454 vertrokken naar het buitenland, 9 209 naar Vlaanderen en 8 270 naar Wallonië. De tweede staaf toont de samenstelling in 2001 van de Brusselaars van 65 jaar en ouder naar hun verblijfplaats in 1991. Bovenop de blijvers zijn er ook nieuwkomers. In deze leeftijdsgroep zijn ze kleiner in aantal dan de emigranten, maar toch gaat het om 4 151 personen uit Vlaanderen, 3 124 uit Wallonië en 4 673 uit het buitenland wat de totale groep 65-plussers in 2001 op 159 013 brengt. Al die veranderingen resulteren in de bevolking van 65+ zoals we die kennen in 2001.^[24]

Figuur 3-13

Wat gebeurde er met de Brusselaars van 1991 die in 2001 potentieel tot de Brusselse bevolking van 65 jaar en ouder zou behoren?



Bron: NIS – Volkstelling 1991 en Algemene socio-economische enquête 2001

Tabel 3-14 Loop van de bevolking van 55+ in 1991 over de periode 1991-2001, Brussels Gewest

nationaliteit bij geboorte	emigratie 1991-2001 uit Brussels Gewest naar:			immigratie 1991-2001 naar Brussels Gewest van:		
	Vlaanderen	Wallonië	wereld	Vlaanderen	Wallonië	wereld
Belg	7 846	6 884	1 923	3 544	2 581	1 430
Frankrijk	110	260	590	100	96	334
Italië	117	156	533	39	50	224
Spanje	122	102	1 449	21	21	120
Marokko	48	19	195	35	25	798
Polen	31	47	111	30	25	36
Nederland	112	48	126	48	19	71
Griekenland	50	26	368	17	4	155
Turkije	42	5	104	11	16	241
Portugal	13	26	203	3	9	120
alle overige nationaliteiten	718	697	4 852	303	278	1 144
Totaal	9 209	8 270	10 454	4 151	3 124	4 673

Bron: NIS – Algemene socio-economische enquête 2001

Tabel 3-14 geeft een overzicht van de migratie naar nationaliteit bij geboorte van 55-plussers in de periode 1991-2001 tussen het Brussels Gewest en de rest van de wereld. De beschikbare gegevens laten niet toe na te gaan naar welk land men vertrekt bij het verlaten van België. Bij de ongeveer tienduizend Brusselaars ouder dan 55 jaar die tussen 1991 en 2001 naar het buitenland zijn vertrokken is de terugkeermigratie wellicht een belangrijk onderdeel. Vooral personen met Spaanse nationaliteit blijken talrijk vertegenwoordigd te zijn bij de 55-plussers van 1991 die uit het Brussels Gewest naar het buitenland (en vermoedelijk naar Spanje) zijn getrokken. Toch vormen de oudere migranten die naar hun land terugkeren een minderheid ten opzichte van de Brusselaars die uit de migratie afkomstig zijn en in het Brussels Gewest blijven wonen.

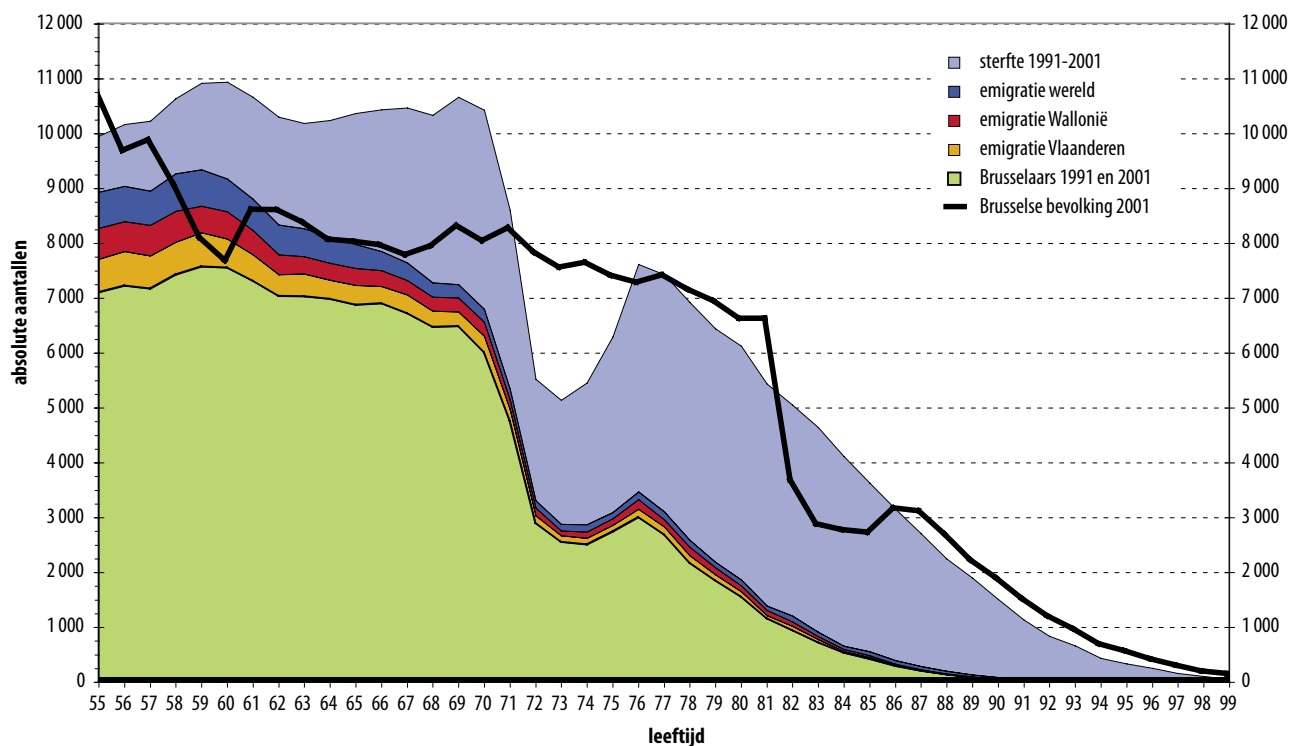
Eigenlijk gaat het om nog een relatief belangrijke groep personen boven de 55 jaar uit Vlaanderen en Wallonië die tussen 1991 en 2001 hebben besloten om in het Brussels Gewest te komen wonen. Ook vanuit de rest van de wereld blijken nog 1 430 55-plussers van Belgische nationaliteit het Brussels Gewest te hebben uitgekozen als woonplaats in deze periode. De tweede belangrijkste groep 55-plussers uit het buitenland zijn afkomstig uit Marokko en kwamen wellicht naar ons land via familiehereniging. Het positief migratiesaldo voor de oudere Marokkaanse populatie bedraagt voor de volledige periode van 1991 tot 2001 een zeshonderd personen.

23 Die laatste groep is inbegrepen omdat de census van 2001 6 maanden later plaats vindt op 1 oktober van 2001.

24 Dat we een sprong nemen van tien jaar betekent wel dat we de tussentijdse bewegingen over het hoofd zien. In figuur 3-13 hebben we wellicht een lichte onderschatting van de emigratie. Een aantal personen zullen in de loop van de periode emigreren en vervolgens overlijden. Hier registreren we enkel het feit dat ze aan het einde van de periode overleden zijn. Migratie berekend op jaarlijkse basis zal dus vermoedelijk iets hoger liggen dan uit deze tienjaarlijkse tabel blijkt. De mogelijkheid bestaat ook dat een aantal personen in de loop van de tien jaar buiten het Brussels Gewest zijn gaan wonen, maar in 2001 zijn teruggekomen. Voor een deel van de groep die naar het buitenland is geëmigreerd weten we eigenlijk niet of ze overleden zijn. Alleen als het om Belgische staatsburgers gaat wordt het Belgische consulaat verwittigd.

Figuur 3-14

Evolutie tussen 1991 en 2001 van Brusselse bevolking van 55 jaar en ouder in 1991 en hun situatie in 2001



Bron: NIS – Algemene socio-economische enquête 2001

Figuur 3-14 illustreert per leeftijd de evolutie van de bevolking in het Brussels Gewest tussen de census van 1991 en de census van 2001. Het groene vlak toont de Brusselaars in de census van 1991 die in 2001 nog steeds in het Brussels Gewest woonden. Het lichtblauwe vlak toont het aantal Brusselaars in de census van 1991 die in 2001 waren overleden. De donkerblauwe, rode en oranje vlakken tonen de personen die tussen beide tellingen het Brussels Gewest verlieten. Alle gekleurde vakken samen tonen de bevolkingspiramide in 1991, de vette zwarte lijn toont de bevolkingspiramide in 2001.

Van de 10 000 55-jarige Brusselaars in 1991 wonen er tien jaar later nog 71 % in de hoofdstad, 10 % zijn overleden en 18 % hebben Brussel verlaten.

De nieuwe Brusselaars van 65 jaar die 10 jaar voordien nog niet in de hoofdstad woonden zijn veel kleiner in aantal. Er vertrokken 3 maal meer 55-jarigen van het Brussels Gewest naar Vlaanderen dan er in dezelfde periode uit Vlaanderen naar het Brussels Gewest kwamen wonen. Vergelijken we met de uitwisseling met Wallonië dan zijn er voor dezelfde groep 3,65 maal meer uitwijkelingen dan inwijkelingen. Het verloop van een bevolkingsgroep binnen een relatief beperkte geografische ruimte zoals

het Brussels Gewest wordt natuurlijk sterk door migratie beïnvloed. Maar de sterfte en de geschiedenis hebben toch de grootste invloed in de huidige leeftijdopbouw van de ouderen. De kleine geboortecohorten van 1915-1919 (72-76 jaar in 1991) als gevolg van de oorlogsjaren en de Spaanse griep van 1919 zijn nog duidelijk merkbaar in de bevolkingstructuur met de diepe insnijding voor de leeftijdsgroep tussen 81 en 86 jaar in 2001. Ook de Tweede Wereldoorlog heeft zijn sporen nagelaten die merkbaar zijn in de leeftijdsgroep tussen 55 en 61 jaar in 2001.

Ouderen en hun positie binnen het huishouden

Huishoudens vormen de wezenlijke bouwstenen waaruit onze maatschappij is samengesteld. Hoewel de rol van het individu in de afgelopen decennia is toegenomen en meer en meer mannen en vrouwen een eigen zelfstandig inkomen hebben, blijft het huishouden als leefeenheid en als consumptie-eenheid nog altijd een centrale plaats innemen.

De analyse van de huishoudens en de huishoudenspositie is interessant bij het bestuderen van de evolutie van de zorgvraag bij de oudere bevolking. Huishoudens waar man en vrouw nog voor elkaar kunnen zorgen vergroten de kans dat men in de eigen woning blijft leven. Ook de vraag naar thuiszorg kan kleiner zijn zolang één van beide partners nog goed te been is.

De analyse van de huishoudens en huishoudensposities is vrij complex. De lipro-typologie is een benadering die het mogelijk maakt om die complexiteit te reduceren.

De lipro-typologie heeft een belangrijk voordeel: ze is uitermate geschikt om projecties te maken. Door huishoudenskenmerken om te zetten tot een individueel kenmerk is het mogelijk om de transities tussen huishoudensposities op te volgen. Ook retrospectief biedt de lipro-typologie de mogelijkheid om de evolutie naar huishoudenpositie te reconstrueren.

De posities in de **Liprotypologie** zijn als volgt:

- Kind bij een gehuwd paar (CMAR voor 'child of married couple')
- Kind bij een ongehuwd samenwonend paar (CUNM voor 'child unmarried couple')
- Kind in een éé noudergezin (C1PH voor 'child in one parent household')
- Alleenstaande (SING voor 'Single')
- Gehuwd persoon in een huishouden zonder inwonende kinderen (MAR0)
- Gehuwde persoon in een huishouden met inwonende kinderen (MAR+)
- Ongehuwd samenwonend in een huishouden zonder kinderen (UNM0)
- Ongehuwd samenwonend in een huishouden met kinderen (UNM+)
- Hoofd van een éé noudergezin (H1PA: 'head of one parent household')
- Inwonend bij voorgaande huishoudens (NFR voor 'non family related' of niet behorend tot het kerngezin)
- Overigen (OTHR voor 'other' of personen die behoren tot een atypisch huishouden)
- De laatste groep omvat personen in een collectief huishouden (COLL): het gaat hier vooral om rust- en verzorgingstehuizen maar ook opvangtehuizen voor jongeren en religieuze gemeenschappen vallen hieronder.

Tabel 3-15		Bevolking van 55-59 jaar in 1991: huishoudensposities in 1991 en in 2001, verdeling volgens de positie in 1991, Brussels Gewest									
55-59 in 1991		Huishoudenspositie in 1991									
		SING	MAR0	MAR+	UNM0	UNM+	H1PA	NFR	OTHR	COLL	totaal 2001
Huishoudenspositie in 2001	SING	82,0	15,4	8,2	31,9	25,9	55,6	34,2	53,2	17,3	11 790
	MAR0	4,8	80,9	53,3	14,9	15,4	3,5	13,2	5,4	0,0	17 104
	MAR+	1,0	1,7	32,7	0,5	11,9	2,3	3,5	1,2	0,0	3 993
	UNM0	4,8	0,3	0,3	45,7	21,0	2,4	1,8	2,8	1,2	844
	UNM+	0,3	0,0	0,1	1,4	10,5	0,6	1,8	0,9	0,6	80
	H1PA	1,4	0,3	4,0	1,4	7,7	30,5	1,8	2,4	0,0	1 282
	NFR	1,0	0,4	0,7	0,2	2,8	1,4	32,5	2,1	0,0	290
	OTHR	1,9	0,2	0,4	2,3	2,8	3,0	8,8	27,8	1,8	478
	COLL	2,6	0,6	0,4	1,7	2,1	0,8	1,8	2,8	79,2	541
		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
totaal 1991		8 444	13 081	11 036	576	143	2 119	114	425	168	36 477

Bron: NIS – Volkstelling 1991 en Algemene socio-economische enquête 2001

Tabel 3-16		Bevolking van 55-59 jaar in 1991: huishoudensposities in 1991 en in 2001, verdeling volgens de positie in 2001, Brussels Gewest										
55-59 in 1991		Huishoudenspositie in 1991										
		SING	MARO	MAR+	UNMO	UNM+	H1PA	NFR	OTHR	COLL		totaal 2001
Huishoudenspositie in 2001	SING	58,7	17,1	7,7	1,6	0,3	10,0	0,3	1,9	0,2	100,0	11 790
	MARO	2,4	61,9	34,4	0,5	0,1	0,4	0,1	0,1	0,0	100,0	17 104
	MAR+	2,2	5,4	90,4	0,1	0,4	1,2	0,1	0,1	0,0	100,0	3 993
	UNMO	48,2	5,3	3,3	31,2	3,6	5,9	0,2	1,4	0,2	100,0	844
	UNM+	32,5	1,3	12,5	10,0	18,8	15,0	2,5	5,0	1,3	100,0	80
	H1PA	9,2	3,4	34,3	0,6	0,9	50,5	0,2	0,8	0,0	100,0	1 282
	NFR	29,7	17,6	24,8	0,3	1,4	10,0	12,8	3,1	0,0	100,0	290
	OTHR	33,7	6,7	9,4	2,7	0,8	13,2	2,1	24,7	0,6	100,0	478
	COLL	41,2	15,3	7,4	1,8	0,6	3,0	0,4	2,2	24,6	100,0	541
	totaal 1991	8 444	13 081	11 036	576	143	2 119	114	426	168		36 477

Bron: NIS – Volkstelling 1991 en Algemene socio-economische enquête 2001

Tabel 3-17		Huishoudensposities in 1991 van de bevolking in collectieve huishoudens in 2001, Brussels Gewest									
Leeftijdsgroepen 1991	Leeftijdsgroepen 2001	Huishoudenspositie in 1991									
		SING	MAR0	MAR+	UNM0	UNM+	H1PA	NFR	OTHR	COLL	
50-59	60-69	2,6	0,6	0,4	1,7	2,1	0,8	1,8	2,8	79,2	
60-64	70-74	4,0	1,0	0,6	2,5	0,0	1,3	1,9	5,1	74,0	
65-69	75-79	6,0	2,4	1,3	6,0	0,0	2,8	4,5	5,4	79,4	
70-74	80-84	11,9	6,3	2,0	9,4	25,0	7,0	5,4	9,5	80,1	
75-79	85-89	22,9	14,7	7,3	23,3	33,3	10,2	10,9	17,6	79,4	
80-84	90-94	35,8	24,8	10,8	22,4	0,0	14,3	20,7	36,3	82,0	
85-89	95-99	40,5	33,9	11,1	28,6	0,0	5,3	27,3	38,6	81,8	

Bron: NIS – Volkstelling 1991 en Algemene socio-economische enquête 2001

De percentages in tabel 3-15 geven weer hoe de huishoudenspositie van 1991 zich heeft verdeeld in 2001, dat betekent dat we 10 jaar vooruit kijken voor elke categorie in 1991. Van de 8 444 alleenstaanden in 1991 zijn 82 % (nog steeds) alleenstaand in 2001. Een kleine groep, 4,8 % wonen samen met een (nieuwe) gehuwde partner zonder inwonende kinderen. Precies evenveel behoren tot een ongehuwd samenwonend paar zonder kinderen (UNM0). Bij 1,4 % is een kind (terug) komen inwonen waardoor ze alleenstaande ouder zijn geworden (H1PA). In die leeftijdsgroep is het natuurlijk niet zo duidelijk of de ouder hier als «zorgende ouder» een kind terug in huis neemt of dat het kind bij de ouder komt inwonen om zelf ondersteuning te verlenen. In veel gevallen is het misschien een samenvallen van gemeenschappelijke belangen. We maken hier bovendien een tijdssprong van 10 jaar waarbij tussenliggende transities uit het zicht verdwijnen. De 1 % alleenstaanden in 1991 die in 2001 tot de gehuwden met kinderen behoren, kunnen eerst gehuwd zijn (MAR0) en vervolgens naar de categorie gehuwd koppel met kinderen (MAR+) zijn overgegaan. In dit geval zal het doorgaans om een huwelijk gaan van een man boven de 55 met een jongere vrouw. Een meer waarschijnlijke overgang is echter een huwelijk met een man of vrouw die al kinderen heeft uit een vorige relatie waarbij de transitie onmiddellijk van alleenstaand (SING) naar gehuwd met kinderen (MAR+) gebeurt.

Tabel 3-16 herneemt dezelfde gegevens als tabel 3-15 maar de percentages geven de spreiding in 1991 van de huishoudenspositie in 2001. Dat betekent dat we 10 jaar terug kijken; tot welke huishoudenspositie behoorden de ouderen in 2001 10 jaar voordien. Van de 11 790 alleenstaanden in 2001 waren 58,7 % reeds alleenstaand in 1991. Bij de alleenstaanden in 2001 vinden we vanzelfsprekend ook een grote groep die 10 jaar voordien gehuwd was zonder kinderen, dit omwille van echtscheiding of verweduwing. Alleenstaanden en alleenstaande ouders uit 1991 vormen de belangrijkste groep die toetreden tot de cohabitanten.

Op dezelfde manier kan voor elke leeftijdsgroep de transitie in huishoudenspositie tussen 1991 en 2001 in kaart worden gebracht. Op hun beurt kunnen de transities tussen huishoudensposities worden gebruikt om projecties te maken en de toekomstige huishoudensposities van de bevolking in te schatten.

De kans om in een collectief huishouden te verblijven neemt vanzelfsprekend toe met de leeftijd. Bij 1 664 personen van 95 jaar en ouder in 2001 verblijft 44 % van de vrouwen en 27,5 % van de mannen in een rust- of verzorgingstehuis.

Tabel 3-17 geeft een overzicht naar leeftijdsgroep en huishoudenpositie van personen van 50 jaar en ouder in 1991 die 10 jaar later in een collectief (meestal een rusthuis) huishouden leven. Hun leeftijd is intussen opgeschoven van 60 tot 99 jaar. De 9 064 personen boven de 60 jaar in collectieve huishoudens in 2001 zijn hier beperkt tot diegenen die al in 1991 in het Brussels Gewest verbleven. In absolute aantallen zijn het de 85-89 jarigen (die in 1991 75-79 jaar oud waren) die de belangrijkste leeftijdsgroep vormen in de RVT-instellingen van het Brussels Gewest.

De percentages in tabel 3-17 geven een idee van de waarschijnlijkheid om vanuit een bepaalde huishoudenspositie 10 jaar later in een collectief huishouden terecht te komen. Bijvoorbeeld zijn er 2,6 % van alle vijftigers die alleenstaand waren in 1991 die tien jaar later in een collectief huishouden zijn opgenomen. Van de gehuwde vijftigers met of zonder kinderen is slechts een 0,5 % tien jaar later opgenomen in een collectief huishouden. In absolute aantallen vormen de alleenstaanden op die leeftijd natuurlijk nog een veel kleinere groep, maar de kans dat ze tien jaar later in een collectief huishouden zijn opgenomen is wel vijf maal zo hoog als van diegenen die behoorden tot een gehuwd paar. Het relatief hoog percentage van ongehuwd samenwonenden die in een collectief huishouden werden opgenomen bevat in de oudere leeftijdsgroepen slechts een zeer klein aantal personen. Ook alleenstaande ouders en wie inwoont bij familieleden (NFR) hebben, althans in de jongste leeftijdsgroepen, meer kans dan gehuwden om de overgang te maken naar een collectief huishouden. Tot aan de oudste leeftijdsgroep is het duidelijk dat alleenstaanden de grootste risicogroep vormen, maar ook bij de gehuwden zonder kinderen leven er 10 jaar later respectievelijk 25 % van de 80-84-jarigen en 34 % van de 85-89-jarigen in een collectief huishouden.

Tabel 3-18		Lipro-posities 2001 van de bevolking van 50 jaar en ouder ^[25] , Brussels Gewest										
		CHILD	SING	MARO	MAR+	UNMO	UNM+	H1PA	NFR	OTHR	COLL	N 2001
mannen	50-54	2,2	30,2	15,8	40,0	3,3	2,3	3,7	0,3	1,1	1,1	28 138
	55-59	1,4	29,2	28,8	30,7	3,3	1,3	2,7	0,5	1,0	1,1	23 380
	60-64	0,6	26,3	40,4	23,4	3,1	0,7	2,2	0,8	1,0	1,4	19 485
	65-69	0,2	23,6	51,2	16,3	2,8	0,4	1,6	1,1	0,9	1,8	17 876
	70-74		23,7	58,2	10,0	2,3	0,2	1,3	1,2	0,8	2,3	16 104
	75-79		24,3	60,5	6,1	2,2	0,2	1,3	0,9	0,9	3,4	13 325
	80-84		26,6	57,6	4,5	2,2	0,1	1,4	0,9	1,1	5,7	7 342
	85-89		35,3	43,6	3,3	1,6	0,1	1,8	1,1	1,1	12,2	3 558
	90-94		39,8	30,8	1,7	1,2	0,1	2,3	1,3	1,2	21,5	1 209
	95+		45,7	20,2	2,0	0,0	0,0	1,6	1,2	1,6	27,5	247
vrouwen	50-54	1,3	26,8	20,0	30,5	2,9	1,2	14,7	0,6	1,4	0,6	29 802
	55-59	1,0	32,4	31,6	19,1	2,8	0,5	9,0	1,1	1,7	0,8	25 244
	60-64	0,5	35,4	38,8	11,5	2,3	0,2	6,2	2,0	1,9	1,3	21 704
	65-69	0,3	39,7	40,4	6,7	2,0	0,1	4,9	2,4	1,9	1,7	22 017
	70-74		46,6	36,8	3,6	1,6	0,1	4,3	2,1	2,3	2,6	23 099
	75-79		54,6	28,6	2,1	1,3	0,0	4,1	1,8	2,4	5,1	22 748
	80-84		60,2	18,2	1,1	0,9	0,1	4,2	2,0	2,5	11,1	15 095
	85-89		59,0	8,4	0,4	0,5	0,0	3,6	2,2	2,7	23,2	10 220
	90-94		50,4	2,9	0,2	0,3	0,1	3,5	2,9	2,9	36,9	4 925
	95+		43,0	1,0	0,1	0,2	0,0	3,8	3,7	4,2	44,0	1 417

Bron: NIS – Algemene socio-economische enquête 2001

Tabel 3-19		Procentuele evolutie van de Lipro-positie van de bevolking tussen 1991 en 2001, Brussels Gewest									
		CHILD	SING	MARO	MAR+	UNMO	UNM+	H1PA	NFR	OTHR	COLL
mannen	50-54	0,9	5,1	-5,3	-4,5	1,2	1,4	0,6	0,1	0,1	0,4
	55-59	0,5	6,9	-6,5	-4,2	1,5	0,8	0,3	0,2	0,2	0,3
	60-64	0,2	4,0	-7,9	0,5	1,4	0,5	0,3	0,4	0,3	0,4
	65-69	0,0	2,1	-7,9	3,0	0,9	0,3	0,3	0,7	0,2	0,5
	70-74		2,1	-5,0	1,2	0,2	0,0	0,2	0,7	0,1	0,6
	75-79		-1,6	-0,5	0,5	0,2	0,1	0,3	0,5	0,1	0,5
	80-84		-5,1	3,5	0,8	0,0	0,0	-0,1	0,2	0,3	0,3
	85-89		-2,7	1,9	1,0	-0,5	0,0	-0,3	-0,2	0,0	0,9
	90-94		-4,1	3,5	0,0	-0,6	0,0	-1,2	-1,1	0,0	3,6
	95+		-8,6	12,7	1,4	-2,3	0,0	-1,8	-1,7	-0,7	0,9
vrouwen	50-54	0,0	4,1	-5,9	-4,0	1,2	0,9	2,9	0,4	0,2	0,1
	55-59	-0,1	5,5	-5,2	-3,5	1,3	0,3	0,8	0,6	0,0	0,2
	60-64	-0,1	2,2	-4,2	-0,7	0,9	0,1	0,1	1,2	0,1	0,4
	65-69	0,0	-2,3	-1,4	0,9	0,6	0,1	0,5	1,5	-0,2	0,2
	70-74		-4,8	2,1	0,6	0,2	0,0	0,6	0,9	0,2	0,2
	75-79		-6,0	4,1	0,5	0,3	0,0	0,7	0,3	0,0	0,1
	80-84		-5,4	4,0	0,4	0,1	0,1	0,9	0,0	-0,3	0,2
	85-89		-3,5	1,3	0,1	-0,1	0,0	0,2	-0,7	-0,8	3,4
	90-94		-4,7	0,2	-0,1	0,1	0,1	-0,2	-1,9	-1,5	8,0
	95+		-3,3	0,3	0,1	0,1	0,0	0,8	-1,4	-0,4	3,8

Bron: NIS – Volkstelling 1991 en Algemene socio-economische enquête 2001

Tabel 3-18 toont de spreiding van de huishoudenspositie van de ouderen naar leeftijdsgroep in 2001. De vergelijking tussen de distributie van de huishoudenposities voor de volledige Brusselse bevolking boven de 50 jaar in 1991 en 2001 geeft het resultaat weer van de evoluties in de loop van tien jaar (tabel 3-19).

De afgelopen jaren is het aantal (al dan niet gehuwde) echtparen waar beide partners nog in leven zijn toegenomen. De langere levensverwachting heeft een toename van het aantal samenwonenden tot gevolg. Anderzijds is het aantal echtscheidingen ook bij oudere paren gestegen.

De distributie van de huishoudensposities boven de 50 jaar evolueert typisch met de leeftijd naar een toenemend aantal alleenstaanden vooral bij vrouwen. In de hoogste leeftijdsgroep zien we dat collectieve huishoudens de overhand krijgen op het aantal alleenstaanden (tabel 3-18).

De evolutie tussen 1991 en 2001 laat zien dat het aandeel alleenstaanden op oudere leeftijd (voor vrouwen +65 en voor mannen +75) is teruggelopen (tabel 3-19). Dit is bij mannen en vooral bij vrouwen tussen 70 en 84 vooral ten voordele geweest van het aandeel gehuwd samenwonenden. Het aandeel personen in collectieve huishoudens neemt ook toe op alle leeftijden. Onder de 85 jaar gaat het om een zeer kleine toename met minder dan een 0,5 %, maar vanaf 85 jaar is er bij vrouwen een toename tussen 3,4 % en 8,0 %.

Bevolkingsprognoses voor de oudere Brusselse bevolking

Bij het maken van bevolkingsprognoses moet men rekening houden met de componenten die de loop van een bevolking bepalen. Geboorte en sterfte vormen doorgaans de belangrijkste gebeurtenissen die vorm geven aan een bevolking. Naarmate een kleinere geografische entiteit wordt afgezonderd en in de mate dat ze sterk met haar omgeving interageert, wordt migratie belangrijker in de resulterende bevolkingsstructuur. Gezien het belang van de migratie in het Brussels Gewest (steeds positief buitenlands migratiesaldo en groeiend negatief binnenlands migratiesaldo) is het maken van bevolkingsprognoses niet eenvoudig.

Terwijl sterfte en geboorte een vrij stabiel verloop kennen met een zeer geleidelijke verandering, is migratie zeer conjunctuurgevoelig en moeilijk voorspelbaar. Veranderingen in de arbeidsmarkt en prijschommelingen op de woningmarkt kunnen een sterke invloed uitoefenen op migratie (hoewel migratie op haar beurt de economische omgeving sterk kan veranderen). Totaal onvoorspelbaar echter is het gevolg van internationale crisissen of politieke beslissingen waardoor het migratieverloop enorme sprongen kan maken. In een migratiegevoelige stad als Brussel moeten prognoses dus bijzonder voorzichtig worden geïnterpreteerd.

25 Deze tabel voor 2001 omvat ook de personen die sinds 1991 in het Brussels Gewest zijn komen wonen.

In tabel 3-20 worden de bevolkingsprognoses voor de oudere bevolking in het Brussels Gewest weergegeven voor de periode tot 2041. Hoe verder we ons van 2006 verwijderen hoe onzekerder de prognose vanzelfsprekend wordt.

Bevolkingsprojecties die zich beperken tot de oudere bevolking zijn heel wat eenvoudiger dan gewone bevolkingsprojecties.

Er werd gebruik gemaakt van de geprojecteerde levensverwachtingen voor België. Deze levensverwachtingen zijn gebaseerd op de waarnemingen van nationale sterftekansen tijdens de periode 1950-2001 (Lambrecht & Paul, 2004).

In alle bevolkingsprojecties werden volgende geprojecteerde levensverwachtingen respectievelijk voor mannen en vrouwen gebruikt:

2006: 76,25 en 82,82 jaar;

2016: 78,00 en 84,64 jaar;

2021: 78,82 en 85,50 jaar;

2026: 79,60 en 86,32 jaar;

2041: 81,76 en 88,60 jaar.

Het eerste model (**scenario 1**) geeft de bevolkingsevolutie voor een gesloten populatie. In een «gesloten populatie» wordt enkel met sterfte rekening gehouden. Hier gaan we ervan uit dat er geen invloed is noch van uitgaande noch van binnenkomende migratie. Voor de bevolking van 50 jaar en ouder ligt de toekomst al volledig vast in de jongere bevolking. Het volstaat de sterftekansen toe te passen op de jongere bevolking om de resulterende oudere bevolking, onder voorbehoud van gelijkblijvende sterftekansen, perfect te voorspellen.

Vervolgens worden drie scenario's gegeven met een «open bevolking» waarin ook rekening wordt gehouden met de invloed van migratie op de ontwikkeling van de bevolking. Ook de gevolgen van migratie zijn op oudere leeftijden, op zijn minst op korte termijn, iets meer getemperd dan voor de jongeren.

In **scenario 2** wordt het huidige (gemiddelde cijfers voor de periode 2003-2005) migratieprofiel naar leeftijd en geslacht constant gehouden over de gehele projectieperiode. De som van de leeftijdsspecifieke migratiecijfers komt overeen met een nulsaldo: het totaal migratiesaldo van mannen en vrouwen bedraagt respectievelijk -771 en +708.

In **scenario 3** ^[26] keren we terug naar de cijfers van het einde van de jaren '80 met negatieve migratiesaldi van -4 000 personen per jaar. Deze negatieve migratiesaldi

worden geleidelijk over een periode van tien jaar opgebouwd en worden vervolgens constant gehouden. Een negatief totaal migratiesaldo is mogelijk indien het buitenlands migratiesaldo significant afneemt, terwijl het binnenlands migratiesaldo duidelijk negatief blijft.

In **scenario 4** wordt uitgegaan van een toename van het migratiesaldo tot +2 000 per jaar in 2026. Na 2026 wordt het migratiesaldo constant gehouden. De evolutie naar een positief migratiesaldo verloopt vrij traag (over een periode van 20 jaar) en ook de grootte-orde van het saldo is bewust laag gehouden. Een migratie-overschot betekent immers een belangrijke trendbreuk met het recente verleden: met uitzondering van 2001 en 2002 was het totaal migratiesaldo in het Brussels Gewest nooit significant positief. Tijdens de jaren '80 en '90 was het saldo zelfs duidelijk negatief.

De leeftijdsstructuur van de Brusselse bevolking in 2006 (tabel 3-20) is zodanig dat bij een gesloten bevolking (scenario 1) de leeftijdsgroep van 80+ in de eerste vijftien jaar tot 2021 een vrij stabiel aandeel blijft innemen in de bevolking. Het aandeel 65-79 jarigen stijgt lichtjes in dezelfde periode 10,5 tot 12,4 %. Na 2021 gaan deze waarden scherp de hoogte in. In 2036 is de leeftijdsgroep van 65-79 aangegroeid tot 17 % van de bevolking. Het aandeel 80-plussers stijgt tot 6,6 %. In absolute aantallen groeit de bevolking boven de 65 jaar tot bijna 300 000 personen in 2041.

In de projecties met open bevolking wordt rekening gehouden met het leeftijdsspecifieke migratieschema en is de uiteindelijke bevolking in de oudste leeftijdsgroepen stevast kleiner dan in een projectie met gesloten bevolking. Binnen de beschouwde periode is dit zelfs het geval voor de projectie met positieve migratiesaldi vanaf 2026 (scenario 4). Dit weerspiegelt het feit dat in het Brussels Gewest positieve migratiesaldi vooral bij jongvolwassenen worden opgebouwd. In de leeftijd tussen vijfendertig en vijfenzestig jaar kende het Brussels Gewest in het recente verleden bijna onafgebroken een negatief migratiesaldo. Bij de scenario's met een «open bevolking» eindigt scenario 4 met de grootste groep ouderen boven de 65 jaar in absolute aantallen. Het procentueel aandeel van de ouderen binnen de totale bevolking is echter het laagste van alle projecties.

In scenario 2 groeit het aandeel ouderen maar een klein beetje meer dan in scenario 4 en blijft dit relatief stabiel tot op het einde van de projectie. In absolute aantallen eindigt de oudere bevolking iets lager dan in scenario 4.

Tabel 3-20		Bevolkingsprognose Brussels Gewest 2006-2041, % in de totale bevolking en absoluut aantal in duizendtallen								
Scenario			2006	2011	2016	2021	2026	2031	2036	2041
1	Gesloten bevolking	65-79	10,5	10,1	11,1	12,4	14,0	15,4	17,0	18,8
		80+	4,7	4,8	4,7	4,6	4,8	5,7	6,6	7,6
		N 65+	155	156	168	184	206	232	263	296
2	Open bevolking Huidige migratie migratiesaldo 0	65-79	10,5	9,8	10,3	10,9	11,6	12,1	12,6	12,9
		80+	4,7	4,7	4,4	4,2	4,1	4,6	5,1	5,6
		N 65+	155	152	159	169	183	201	221	239
3	Open bevolking Lage migratie vanaf 2016 (-4000)	65-79	10,5	9,8	10,5	11,3	12,4	13,1	13,9	14,6
		80+	4,7	4,7	4,5	4,4	4,4	5,1	5,7	6,4
		N 65+	155	151	158	167	180	196	213	228
4	Open bevolking Hoge migratie vanaf 2026 (+2000)	65-79	10,5	9,8	10,2	10,7	11,4	11,6	12,0	12,2
		80+	4,7	4,6	4,4	4,1	4,0	4,5	4,8	5,2
		N 65+	155	152	159	170	185	205	225	245

Bron: Interface Demography, VUB

Alle scenario's geven echter eenzelfde beeld. **Het aandeel 65-plussers in de Brusselse bevolking zal min of meer stabiel blijven tot 2021** waarbij het aandeel hoogbejaarden zelfs kan afnemen. **Na 2021** zal het aandeel ouderen in de Brusselse bevolking zowel in absolute aantallen als in aandeel van de bevolking **aanzienlijk toenemen**. Wanneer rekening wordt gehouden met migratie is die toename minder fors dan wanneer enkel rekening wordt gehouden met de huidige bevolking.

Wat deze projecties niet weergeven is echter hoe andere kenmerken dan de leeftijdssamenstelling van de oudere bevolking evolueren^[27]. In de voorgaande hoofdstukken werd reeds aangegeven hoe in de komende decennia ook de oudere bevolking in het Brussels Gewest steeds meer zal diversifiëren. Het is onduidelijk wat de uiteindelijke invloed hiervan zal zijn op de oudere bevolking. De toename van het aantal migranten onder de oudere bevolking zal bijvoorbeeld ongetwijfeld het gemiddeld onderwijsniveau en de gemiddelde socio-economische status van de oudere bevolking doen dalen. De nauwe relatie tussen socio-economische status en gezondheid doet vermoeden dat dit zal resulteren in een eerder negatieve gezondheidsevolutie bij de oudere bevolking.

Naar huishoudensamenstelling zal de toename van het aantal migranten eveneens zijn sporen nalaten. De echtscheidingscijfers liggen er momenteel nog lager. Ouderen blijken ook vaker bij de kinderen te blijven inwonen. Het is echter helemaal niet duidelijk of deze traditionele modellen lang zullen weerstaan aan een integratie die ook de levenspatronen van migranten doet evolueren naar de heersende trends onder de bevolking in ons land.

²⁶ Bij scenario 3 en 4 worden de initiële migratieprofielen «geschaald» zodat de som van de leeftijdsspecifieke migratiesaldi exact overeenkomt met het totaal migratiesaldo dat als eindwaarde wordt opgegeven. Daarbij wordt een «tweewegschaling» toegepast (Willaert & Lesthaeghe, 2001).

²⁷ Aan de hand van multi-state projecties zou het mogelijk zijn om bovenstaande single-state projecties uit te breiden naar complexere voorspellingsmodellen. De Lipro-typologie is bijvoorbeeld uitgewerkt om projecties te maken in de evolutie van de huishoudensposities. Op dezelfde manier zouden ook projecties kunnen worden gemaakt die rekening houden met de gezondheidstransities.

BIBLIOGRAFIE

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn (2006) *Welzijns- en gezondheidsatlas van Brussel-Hoofdstad*, Brussel, Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.

Deboosere P., Demarest S., Lorant V., Miermans P., Portet M., Van Oyen H. (2006). *Sociaal-economische Enquête 2001. Monografieën : Gezondheid en mantelzorg*.

Dobruszkes F. (1998) *Pour la mise en oeuvre de CityBus dans le centre de Bruxelles*, Revue Belge de Géographie, p. 71-84.

Grimmeau J.P., Leroux V. et al. (2007) *Observatoire du commerce. Un demi-siècle d'évolution du commerce de détail à Bruxelles*, Bruxelles, Administration de l'Aménagement du Territoire et du Logement.

Lambrecht M., en Paul J.-M. (2004), *Prospectieve sterfte-coëfficiënten*, Working Paper 20-04, Federaal Planbureau, Brussel.

Willaert D. en Lesthaeghe R. (2001), *Bevolkingsprojecties voor de migratiebekkens en hun zones in Vlaanderen en Brussel, 2000-2020*, Workingpaper 2001-3, Steunpunt Demografie, Vakgroep Sociaal Onderzoek, VUB.

Deel 4.

Inventaris van het aanbod

Centrum voor Maatschappelijke
Documentatie en Coördinatie
CMDC - CDCS

I. INLEIDING EN METHODOLOGIE

1. Woord vooraf

Het pensioen dat in de volksmond vaak wordt voorgesteld als welverdiende rust, het begin van nieuwe projecten, het einde van een levensfase, enz. symboliseert in onze samenleving de officiële overgang naar het ouder worden.

Voor ouderen betekent dit dat ze afscheid moeten nemen (van hun levenskader, professioneel netwerk, status, levensdoel...) en dat ze een nieuw leven dienen op te bouwen dat uit een zee van vrije tijd bestaat. Ze maken daarbij keuzes naargelang hun mogelijkheden, hun levensloop. Sommigen gaan probleemloos en welgemoed met deze veranderingen om, anderen hebben er moeite mee.

Er zijn ouderen die tot op het einde van hun leven volledig autonoom blijven, anderen daarentegen moeten een beroep doen op familie en kennissen of op meer formele hulp^[1].

Deze inventaris omvat een groot deel van de eerder formele hulpverlening, namelijk het aanbod aan welzijns- en gezondheidsdiensten dat het thuiswonen van de Brusselse ouderen mogelijk maakt. Hij werd samengesteld op basis van een enquête die in 2006 door het CMDC-CDCS bij de betrokken diensten werd uitgevoerd.

De inventaris beantwoordt aan een tweevoudig doel:

- Een duidelijk beeld geven van alle **welzijns- en gezondheidsactoren**^[2] **uit de non-profitsector** die hulp aanbieden op het vlak van het behoud in de thuisomgeving van ouderen en dit ongeacht het institutionele kader waarin ze hun activiteit beoefenen.
Daarbij wordt **uitgegaan van de voldoening van de behoeften van de ouderen** en niet van de erkenning van de diensten door de verschillende subsidiërende overheden. Bij deze aanpak verplaatst men zich in de oudere die een behoefte heeft en gaat men na in welke mate het aanbod een oplossing aanreikt.
- Het werkgebied van de actoren ruimtelijk zichtbaar maken met het oog op de identificatie van die zones in het gewest waar in bepaalde behoeften van ouderen niet of nauwelijks wordt voorzien. De kaarten met de ruimtelijke spreiding van het aanbod kunnen worden vergeleken met de verschillende kaarten betreffende de sociosanitaire situatie in het eerste deel.

De adressen van de actoren vormen de enige onmiddellijk beschikbare informatie voor de cartografie. Hoewel gemakkelijk in kaart te brengen is deze informatie enigszins misleidend: heeft het zin de actor te lokaliseren als er op die plaats geen enkele dienst wordt aangeboden? Daarom vermeldt deze inventaris de plaatsen waar de actoren hun hulpverlening daadwerkelijk aanbieden en wordt hun werkgebied zo nauwkeurig mogelijk in kaart gebracht.

Naast de geografische toegankelijkheid die via de kaarten wordt toegelicht, verstrekt de inventaris informatie over de temporele en financiële toegankelijkheid.

2. Methodologie

Een stuurgroep samengesteld uit vertegenwoordigers van de drie Brusselse administraties belast met gezondheid en welzijn en uit medewerkers van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn heeft de verschillende stappen van de enquête gesuperviseerd.

2.1. AFBAKENING VAN DE ENQUÊTE

De enquête omvat enkel de erkende en niet-erkende welzijns- en gezondheidsdiensten uit de non-profitsector. Ze richten zich uitsluitend tot ouderen of tot een ruimer doelpubliek en bieden hun hulpverlening in hun eigen lokalen of bij de oudere thuis aan.

De enquête houdt geen rekening met de commerciële actoren noch met de louter recreatieve en vrijetijdsactoren.

De diensten die werken in het dienstenchequesysteem en opgericht zijn door welzijns- en gezondheidsactoren en socioprofessionele inschakelingsactoren komen echter wel aan bod.

Voor de sociale, culturele en vrijetijdsactiviteiten werden enkel de actoren opgenomen die ofwel onder welzijn of gezondheid ressorteren, ofwel activiteiten aanbieden die uitsluitend voor ouderen bestemd zijn^[3].

De gezondheidsactoren die als zelfstandige werken werden niet gecontacteerd. De huisartsen en zelfstandige verpleegkundigen worden wel in kaart gebracht. Deze zorgverleners vervullen immers een centrale rol in het behoud in de thuisomgeving. Voor de cartografie van deze actoren werd geput uit gegevens van het Riziv en MGbru.

De diensten die **uitsluitend** werken voor chronisch zieken, invaliden, personen met een handicap of met chronische mentale problemen die ze reeds voor de pensioenleeftijd hadden, komen niet aan bod. Deze diensten krijgen weliswaar te maken met een ouder wordend publiek maar deze problematiek vergt een afzonderlijk onderzoek.

In principe zijn alle actoren in het Brussels Gewest gevestigd. Actoren die zich buiten het gewest bevinden maar er wel actief zijn, werden ook in de inventaris opgenomen.

Hoewel de alternatieve wooninitiatieven een alternatief kunnen vormen voor de rusthuizen komen ze in deze inventaris niet aan bod omdat de bewoners dezelfde hulpverlening krijgen als in een klassieke woonvorm.

2.2. SAMENSTELLING VAN DE LIJST VAN DE BEHOEFTE EN DE POTENTIËLE ACTOREN

Uitgangspunt waren de behoeften van de oudere die zo lang mogelijk thuis wil blijven wonen. Er werd een lijst met 24 behoeften opgesteld op basis van de ervaring van de medewerkers van het CMDC-CDCS en van gespecialiseerde literatuur, waaronder enkele onderzoeken bij ouderen die in het Brussels Gewest wonen. Daarnaast werd een lijst opgesteld van potentiële

actoren die in de behoeften kunnen voorzien. Hiervoor werd geput uit de database van het CMDC-CDCS van alle actoren uit de non-profitsector actief in de psychosociaal-medische sector in Brussel^[4].

De lijst van behoeften en diensten werd gevalideerd door verschillende veldwerkers en door de stuurgroep.

1 Formele hulp is hulp verleend door de welzijns- en gezondheidsdiensten.

2 De term «actor» wordt voor alle dienstverleners uit de openbare en de private sector gebruikt.

3 De culturele centra en de theaters die voorstellingen overdag organiseren komen niet aan bod. Volgens dezelfde logica werden de gemeenschapscentra niet opgenomen. Er worden echter stappen ondernomen om de vele welzijns- en gezondheidsinitiatieven in deze centra te veralgemenen.

4 De gegevens uit dit bestand zijn voor iedereen toegankelijk in het CMDC-CDCS. Informatie opvragen kan via e-mail: info.cmdc@cmdc.irisnet.be, per telefoon: 02/511.08.00 of ter plaatse op afspraak: Louizalaan 183, 1050 Brussel.

Lijst van behoeften

Relationele en sociale behoeften

- Behoefte aan sociale en culturele activiteiten
- Gezelligheidsruimten
- Aanwezigheid van een derde in huis
- Aangepast vakantieaanbod

Behoefte aan medische en paramedische verzorging

- Algemene geneeskunde
- Verpleging
- Kinesithérapie en ergotherapie + Andere zorgverlening
- Hulp bij de hygiënische verzorging
 - Hulp bij de hygiënische verzorging thuis
 - Hulp bij de hygiënische verzorging buitenshuis

- Geestelijke gezondheid
 - Hulpverlening aan huis
 - Ander hulpverleningsaanbod

Ondersteuning van de activiteiten van het dagelijks leven

- Informatie en hulp op administratief en sociaal vlak
- Hulp bij de dagelijkse taken
- Levering van boodschappen
- Maaltijden
 - Restaurants
 - Levering en bereiding van maaltijden thuis
- Vervoer
 - Niet-dringend medisch vervoer
 - Niet-medisch vervoer
 - Andere hulp bij de verplaatsing
- Aanpassing van de woning
 - Hulp bij de ergonomische aanpassing van de woning

- Klein onderhoudswerk en verhuizing
- Toezicht
 - Personenalarmsysteem
 - Professionele ziekenoppassers
 - Seniorsitting
- Slachtofferhulp en veiligheidsgevoel
- Lenen van hulpmiddelen
- Levering van paramedische hulpmiddelen en incontinentiemateriaal
- Hulp bij de verzorging en de oppas van huisdieren

Behoefte aan opvang buitenshuis

- Dagopvang
- Kortopvang
- Nachtopvang

Behoefte aan ondersteuning van de mantelzorgers

- Ondersteuning van de mantelzorgers

2.3. GEGEVENSINZAMELING

De gegevens werden ingezameld via een vragenlijst die naar alle potentiële actoren werd verstuurd en via gesprekken met sleutelactoren uit de medische en de niet-medische thuiszorg.

Er werd besloten om bij de verwerking van de gegevens de actoren anoniem te houden. Dat werd trouwens uitdrukkelijk gevraagd door sommige respondenten. De anonimiteit biedt een grotere vrijheid bij het beantwoorden van de enquête. De respondent kan bijvoorbeeld het dienstenaanbod ruimer en anders definiëren dan vastgesteld door de erkenningsvoorwaarden. Deze aanpak beperkt bovendien het risico dat de actoren als concurrenten worden opgevoerd.

2.3.1 Enquête via vragenlijsten

Een testvragenlijst werd opgesteld met vragen over administratieve gegevens (coördinaten, contactpersoon, erkenning, financiering en voor de niet-erkende actoren de gehanteerde taal) en het werkgebied. Voor elke behoefte werden vragen gesteld over het type dienstverlening, de temporele en financiële toegankelijkheid, de toegangsvoorwaarden en de wachttijden en het aantal geholpen ouderen. Het werd een lijvige, 53 pagina's tellende vragenlijst.

De vragenlijst werd getest door een staal van actoren representatief voor de verschillende sectoren.

Deze pretest bracht een reeks problemen aan het licht:

- De vragenlijst was te lang.
- De antwoorden kaderden in de klassieke logica erkenning-subsidie.
- De actoren beschikten niet over informatie inzake het aantal geholpen ouderen.
- De informatie kon moeilijk worden verwerkt.
- De informatie kon niet in kaart worden gebracht.

Na aanpassing en na een nieuwe test door andere actoren werd de bevraging in twee fasen uitgevoerd:

- **1^{ste} fase:** beknopte vragenlijst bestaande uit 2 delen: het luik «steekkaart» ingevuld door het CMDC-CDCS op basis van informatie uit de database die gecorrigeerd of aangevuld moest worden en het werkgebied^[5] en een luik waarin de actoren moesten aankruisen in welke behoeften ze voorzien.
- **2^{de} fase:** vragenlijst met gerichte gesloten vragen op basis van de noden aangekruist in de eerste fase. Er werden twee open vragen bijgevoegd over de

niet beantwoorde behoeften en over plannen en suggesties om hieraan te verhelpen.

Naar organisaties met een wijkgerichte werking werd een kaart opgestuurd voor meer gedetailleerde informatie over hun werkgebied^[6].

De 1^{ste} vragenlijst werd naar 569 actoren verstuurd. 143 actoren meldden dat ze niet binnen het bestek van de enquête vielen. Om de ingezamelde gegevens te kunnen benutten was een responsgraad van bijna 100 % vereist. Na talrijke telefonische herinneringen bedroeg de responsgraad van de 1^{ste} vragenlijst 93 % (396 actoren). Daarnaast werden 302 vragenlijsten verstuurd naar de parochies, moskeeën, synagogen en vrijzinnige organisaties. Slechts 3 parochies en 1 levensbeschouwelijke organisatie gaven te kennen dat hun activiteiten in de opzet van de enquête pasten.

Wat de ziekenfondsen betreft werd een vragenlijst gestuurd naar de kantoren die over een sociale permanentie beschikken.

Er werd geen 2^{de} vragenlijst gestuurd naar de antennes van actoren die hun activiteiten hebben gedecentraliseerd aangezien de informatie via de hoofdzetel te verkrijgen was. 323 actoren ontvingen een 2^{de} vragenlijst.

De codering van de gegevens en de talrijke herinneringen waren tijdrovend. Slechts één actor heeft niet geantwoord zodat de responsgraad vrijwel 100 % bedraagt.

De actoren die in de loop van de enquête werden ontdekt, werden telefonisch gecontacteerd. Uiteindelijk werden de gegevens van 404 actoren via bevraging ingezameld.

2.3.2 Gesprekken met sleutelinformanten

Naast de enquête via de vragenlijst waren er gesprekken met 25 actoren uit de verschillende sectoren om hun antwoorden op de open vragen en hun plannen of voorstellen verder uit te diepen.

⁵ Aangezien het materieel onmogelijk was de adressen van de gebruikers van 569 actoren in te zamelen en te verwerken, moesten de actoren hun werkgebied afbakenen. Daartoe dienden ze de gemeenten of de zones aan te duiden waarin ze actief zijn.

⁶ De blanco vragenlijsten zijn beschikbaar op www.cmdc.irisnet.be/site/atlas-nl

2.4 GEGEVENSVERWERKING

2.4.1 Kwantitatieve en kwalitatieve gegevens

Aangezien de anonimiteit bij de verwerking van de gegevens werd verzekerd zijn de namen van de actoren niet in de inventaris opgenomen. De actoren worden gepresenteerd naargelang ze tot de privésector of de openbare sector behoren en naargelang het type voorziening waarvan ze deel uitmaken (bijvoorbeeld regionaal dienstencentrum, coordination de soins à domicile, dienst voor geestelijke gezondheidszorg, ziekenfonds, niet-erkende actor uit het verenigingsleven, vrijwilligersnetwerk ...)^[7].

De dienstverlening wordt door de actoren zelf uitgevoerd. De actoren die als tussenschakel fungeren bij het beantwoorden van een behoefte komen bijgevolg niet aan bod. Een dienst voor geestelijke gezondheidszorg bijvoorbeeld die contact opneemt met een dienst voor gezins- en bejaardenhulp of een dienst voor gezinszorg om gezinshulp voor een oudere te organiseren wordt niet opgenomen in het aanbod aan «hulp bij de dagelijkse taken». Dat geldt ook voor de afgeleide behoeften. De gezins- en bejaardenhelpsters en de verzorgenden beantwoorden op afgeleide wijze aan de behoefte aan «aanwezigheid van een derde in huis». Er kan echter geen beroep gedaan worden op deze hulpverleners om in deze behoefte te voorzien.

Bij de financiële toegankelijkheid worden de prijzen vermeld die door de gebruiker worden betaald (op 07/2006). Er wordt geen rekening gehouden met de verschillende financiële tegemoetkomingen van de OCMW's, de aanvullende verzekering van het ziekenfonds, de zorgverzekering^[8] en andere.

Sommige gegevens ingezameld via de enquête, meer bepaald inzake de wachttijden, waren niet altijd nauwkeurig.

Dankzij de schat aan informatie verworven via de antwoorden op de open vragen van de enquête en de gesprekken met sleutelactoren kon de analyse van het aanbod voor sommige behoeften worden vervolledigd. Bovendien kwamen talrijke fundamentele problemen ter sprake die het kader van een welbepaalde behoefte ruimschoots overstegen. Deze meer kwalitatieve gegevens zijn in de «reacties uit het werkveld» en de «transversale reacties uit het werkveld» opgenomen.

2.4.2 Cartografie

De cartografische gegevens werden verwerkt door een team van het Institut de Gestion de l'Environnement et de l'Aménagement du Territoire van de ULB (IGEAT).

De algemene leeswijzer bevat meer achtergrondinformatie voor het lezen van de kaarten^[9].

3. Leeswijzer

De inventaris van het aanbod omvat zowel kwantitatieve als meer kwalitatieve gegevens. De lezer vindt de kwantitatieve gegevens terug in de analyses bij elke behoefte en de tabellen in de bijlage. Meer kwalitatieve gegevens komen aan bod in de toelichting bij elke behoefte, in de «reacties uit het werkveld» of in de «transversale reacties uit het werkveld».

Informatie omtrent de actoren en hun dienstverlening, temporele toegankelijkheid, financiële toegankelijkheid, toegangsvoorwaarden en wachttijden werden voor elke behoefte vindt men apart behandeld.

■ Voor **elke behoefte** is er:

- een beschrijving van de actoren en het type dienstverlening.
- een beschrijving van de ruimtelijke dekking van het aanbod, waaronder een kaart met de voorstelling van het werkgebied van de actoren (indien dat relevant is), een tabel en een figuur die het taalstatuut van de actoren weergeeft^[10].
- een beschrijving van de temporele toegankelijkheid.
- een beschrijving van de financiële toegankelijkheid.
- een beschrijving van de toegangsvoorwaarden en de wachttijden.
- en op niet-stelselmatige wijze de «reacties uit het werkveld».

⁷ De voorzieningen worden op de achterflap voorgesteld volgens het type hulpverlening dat ze aanbieden. De definitie van de voorzieningen is opgenomen in de verklarende woordenlijst op p. 195. De officiële (Nederlandse of Franse) benaming wordt gehanteerd.

⁸ De zorgverzekering wordt toegelicht in de verklarende woordenlijst op p. 201.

⁹ Zie deel 2, p. 13.

¹⁰ Het taalstatuut hangt af van de erkennende overheidsinstantie. De niet-erkende actoren dienden in de vragenlijst te vermelden welk taalstatuut van toepassing is (Nederlands, Frans of tweetalig).

Deze voorstellingswijze van de resultaten geeft een versnipperd beeld van de behoeften van de oudere. Dat is te wijten aan de specifieke aanpak waarin de behoeften centraal staan wat een fragmentarische verwerking van de gegevens vereist.

De «transversale reacties uit het werkveld» geven echter een totaalbeeld van de problematiek.

Het zal de lezer wellicht teleurstellen dat de inventaris de namen van de actoren niet vermeldt. Door de methodologische keuze om te anonimiseren is het niet mogelijk de actoren te identificeren. Maar met behulp van de verklarende woordenlijst en «de lijst van de voorzieningen per type hulpverlening» in bijlage wordt het type voorziening actief voor elke behoefte gepreciseerd. In de bijlage is een lijst opgenomen van alle actoren, die aan de bevraging hebben deelgenomen, per type hulpverlening.

Gemakkelijkheidshalve wordt de mannelijke benaming van beroepen gebruikt met uitzondering van de gezins- en bejaardenhulpsters, hoewel dit beroep ook door mannen wordt uitgeoefend.

■ **Elke kaart** met de actiezones van de actoren vermeldt:

- het totale aantal actoren (is vaak zeer verschillend naargelang de behoefte),
- het werkgebied,
- de lokalisatie van de actoren voor hulpverlening die niet uitsluitend thuis wordt aangeboden.

Zoals eerder beschreven zijn de kaarten met het aanbod aan algemene geneeskunde en verpleging van een andere aard.

Waarschuwing:

De interpretatie van de kaarten is aan een reeks beperkingen onderhevig. De informatie hangt in de eerste plaats af van de logica die de actoren hanteren^[11].

Het feit dat de actoren hun werkgebied binnen de grenzen van een gemeente aanduiden betekent niet altijd dat de gebruikers ook uit alle delen van de gemeente komen. Dit geldt vooral voor zeer grote gemeenten zoals Brussel-Stad.

Wordt het werkgebied tot bepaalde zones beperkt, dan hangt de afbakening gedeeltelijk af van de kwaliteit van de omschrijving door de actoren en wordt ze om technische redenen aangepast aan de statistische buurten.

Tenslotte mag de lezer niet uit het oog verliezen dat de gegevens betrekking hebben op het aantal actoren en niet op het aantal gebruikers. Het was immers onmogelijk om cijfers over de gebruikers te verkrijgen aangezien het doelpubliek van de actoren zich niet tot ouderen beperkt. Actoren die met veel ouderen werken hebben dezelfde impact op de kaart als de actoren die een klein aantal ouderen onder hun gebruikers tellen. De enquête gaat dus uit van **het potentiële** aanbod. Een kleine voorziening heeft bijgevolg even veel impact als een grote.

Tenslotte werd bij de cartografie geen rekening gehouden met de beperkingen gekoppeld aan de toegangsvoorwaarden.

- **In de reacties uit het werkveld** zijn de cursieve zinnen tussen aanhalingstekens letterlijk overgenomen uit de antwoorden op de open vragen van de enquête.

Waarschuwing:

De voorstellen en oplossingen in de «reacties uit het werkveld» werden geformuleerd door actoren tijdens de bevraging (vragenlijst en gesprekken) en werden niet getoetst aan de meningen in het veld. De oplossingen zijn niet altijd even realistisch of haalbaar.

De «**transversale reacties uit het werkveld**» steunen op commentaren die het kader van de behoeften ruim overstijgen en komen zonder enige hiërarchische indeling in de inventaris aan bod.

11 Het door de actoren opgegeven werkgebied stemt niet altijd overeen met de praktijk maar wel met de erkenningscriteria. De CAW's bijvoorbeeld moeten aan alle Brusselaars hulpverlening aanbieden. Sommige deelwerkingen melden dat ze voor het hele gewest werken, andere sommen de gemeenten op waarin ze actief zijn.

Het welzijn van de ouderen en hun behoeften op sociaal, psychologisch, cultureel en fysiek vlak zijn cruciaal en vormen de rode draad van deze inventaris.

Talrijke actoren benadrukken dat ouderen een plaats moeten krijgen in onze samenleving en dat elk beleid ouderen in hun totaliteit moet beschouwen en respecteren.

II. AANBOD VOOR DE RELATIONELE EN SOCIALE BEHOEFTE

SOCIALE, CULTURELE EN VRIJETIJDSDIENSTEN

Na hun oppensioenstelling moeten de meeste 65-plussers hun leven herschikken. De organisatie van hun vrije tijd is noodzakelijk om hun sociale relaties te onderhouden, hun leven zinvol door te brengen en de nodige psychische stimulansen te behouden.

De behoefte aan regelmatige activiteiten overdag wordt nauwelijks ingevuld door de privéactoren uit de culturele sector.

Sommige ouderen gaan niet naar activiteiten omdat ze niet graag alleen de deur uitgaan, het aanbod niet kennen of hun psychische mobiliteit afgenomen is door een verminderde fysieke autonomie.

De organisatie van regelmatige, betaalbare activiteiten in een gestructureerd kader is daarom aangewezen.

64 actoren uit de welzijns- en gezondheidssector organiseren sociale, culturele en vrijetijdsactiviteiten. 8 hebben hun activiteiten gedecentraliseerd en in totaal 22 antennes opgericht.

Maar uit de toelichting en de reacties uit het werkveld blijkt dat het aanbod de verscheidenheid aan behoeften niet dekt.

I. Diensten die activiteiten organiseren

1. Actoren en hun dienstverlening

De actoren organiseren een waaier aan zeer diverse culturele en vrijetijdsactiviteiten, gaande van een antenne van de universiteit voor de 3^{de} leeftijd, over een dienst die op kerstdag en in de lente maaltijden voor ouderen organiseert, tot creatieve ateliers, bezoeken aan musea, uitstappen, enz.^[12] Deze activiteiten zijn vaak bedoeld om alleenstaande ouderen uit hun isolement te halen.

De actoren in deze inventaris organiseren op regelmatige basis activiteiten. Ze werken ofwel in de welzijns- of gezondheidssector, of bieden enkel activiteiten voor ouderen aan.

Sommige kleine seniorenclubs worden niet in de inventaris opgenomen omdat deze sector sterk fluctueert (oprichting, sluiting, fusie van verschillende clubs, enz.) en er bijgevolg geen exhaustief repertorium van bestaat.

Hier volgt een meer gedetailleerde beschrijving van de activiteiten aangeboden door de 64 actoren op basis van hun werkkader:

– 27 actoren zijn verbonden met lokale besturen:

- 7 animatiediensten van gemeentelijke diensten voor sociale actie organiseren culturele en vrijetijdsactiviteiten die qua inhoud en frequentie zeer divers zijn:
 - zowel kerstfeestjes, uitstappen met maaltijd, als een antenne van de universiteit van de 3^{de} leeftijd, of geregelde activiteiten zoals reizen, uitstappen, wandelingen, conferenties, recreatieve namiddagen, ...

- 18 «clubs» (+ 22 antennes) organiseren:
 - op zeer regelmatige basis activiteiten overdag zoals kaartnamiddagen, gezelschapsspelen, vieruurtjes, kleine toneelvoorstellingen en soms bezoeken of uitstappen. In deze «clubs» kunnen ouderen in veel gevallen elke dag in de week aan een activiteit deelnemen.
Het betreft 10 ontspanningscentra en clubs van gemeenten of OCMW's (+ 22 antennes) en 8 contactcentra van de stad Brussel^[13].
- 2 OCMW-diensten organiseren respectievelijk culturele activiteiten voor alleenstaanden en wekelijkse uitstappen voor 5 personen.
Het betreft 1 dienst voor gezins- en bejaardenhulp en 1 sociale dienst van het OCMW die activiteiten voor alleenstaanden aanbiedt in het kader van hun dienst voor socioprofessionele inschakeling.
- 6 diensten verbonden aan ziekenfondsen organiseren geregeld activiteiten zoals gymlessen voor ouderen, creatieve ateliers, diverse activiteiten (bridge, talen, informatica, conferenties, enz.), rondleidingen, uitstappen, ... De meeste diensten hebben een deel van hun activiteiten gedecentraliseerd en «clubs» opgericht in talrijke Brusselse wijken. (De plaats wisselt naargelang van de activiteiten, het aantal deelnemers, de lessenperiode, ...).
- 5 filosofisch of religieus geïnspireerde actoren bieden specifieke activiteiten voor ouderen (lezingen, rondleidingen, uitstappen, wandelingen, bijbellessen, zangkoren, groepen voor ontmoeting en onderlinge ondersteuning van weduwen en weduwnaars, jiddische gesprekstafels, filmcyclus over het imago van ouderen in films, enz.).
Het betreft 3 christelijke actoren, 1 vrijzinnige actor en 1 joodse sociale dienst.
- 26 actoren zetten geregeld sociale en relationele activiteiten op touw (feestjes, ateliers, aangepaste gym, verschillende lessen, conferenties, rondleidingen, uitstappen, toneelbezoek via de verdeling van toegangskaarten van Article 27^[14] en cultuurwaardebons ...). Een van de actoren biedt enkel activiteiten voor vrouwen aan.
Het betreft 11 lokale dienstencentra, 2 centres d'action sociale globale (CASG), 3 centra voor eerste opvang (CEO), 1 centrum voor algemeen welzijnswerk (CAW), 2 maisons médicales, 3 actoren uit de socioculturele sector of de sector van de permanente vorming en 4 wijkdiensten voor sociale en culturele actie.

¹² De ontmoetingsruimten die aan de relationele behoefte voldoen maar geen gestructureerde activiteiten aanbieden, komen in de behoefte aan gezelligheidsruimten aan bod op p. 96.

¹³ Voor specifieke termen, zie de lijst van de voorzieningen per type hulpverlening op de achterflap en de verklarende woordenlijst op p. 195.

¹⁴ Proefproject van de vzw Article 27, opgericht in 1999 in Brussel, dat verwijst naar artikel 27 van de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens. De vereniging heeft tot doel bij te dragen tot de culturele democratisering onder meer door de prijs voor culturele manifestaties te verlagen via de uitreiking van toegangskaarten. De vzw werkt daartoe samen met een netwerk van sociale en culturele partners.

Werkgebied en lokalisatie
van de actoren

2006
64 actoren
22 antennes

Werkgebied
van de actoren

- ▲ wijk
- gemeente
- ▣ meerdere gemeenten
- gewest

Gemeente gedekt door:

- 17 - 19 actoren
- 20 - 23 actoren

Bijkomende lokale dekking:

- 1 - 2 actoren
- 3 - 4 actoren

Referenties

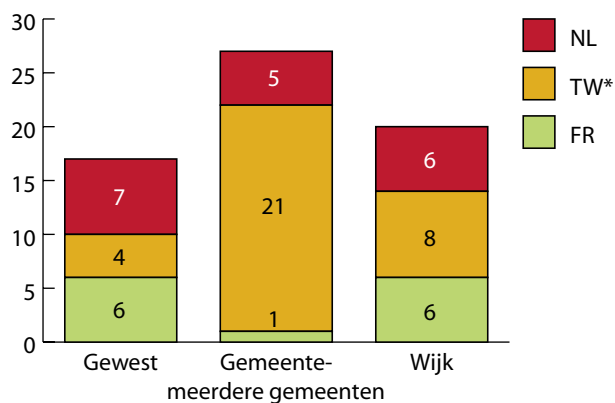
- gemeenten
- hoofdwegen
- vijvers en waterlopen
- groene zones

0 1 2 km

Cartografie : ULB - IGEAT
Bron : CMDC - CDCS

Figuur 4-01

Vrije tijd: Spreiding van de ruimtelijke
dekking van het aanbod

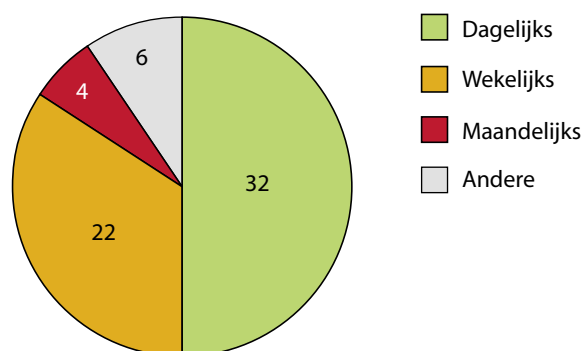


*TW = Tweetalig

Bron: Enquête CMDC-CDCS 2006

Figuur 4-02

Vrije tijd: Frequentie van de activiteiten



Bron: Enquête CMDC-CDCS 2006

2. Ruimtelijke dekking van het aanbod ^[15]

Indien geen rekening wordt gehouden met de toegangsvoorwaarden, kunnen de ouderen uit het gewest een beroep doen op 17 actoren.

De actoren bevinden zich vooral in het meest centrale deel van het gewest. Hun aantal is het laagst in de meest perifere gemeenten (Ganshoren, Sint-Agatha-Berchem, Jette, Oudergem, Sint-Lambrechts-Woluwe, Sint-Pieters-Woluwe en Watermaal-Bosvoorde).

In Sint-Agatha-Berchem en Watermaal-Bosvoorde zijn enkel gewestelijke actoren actief.

De gemeenten Anderlecht, Sint-Gillis, Sint-Jans-Molenbeek, Ukkel en Vorst beschikken over een bijkomend aanbod meer bepaald van actoren die in meerdere gemeenten actief zijn.

Het werkgebied van de wijkactoren bestrijkt de wijken Kuregem en Wayez-Aumale (Anderlecht), Josaphat en Sinte-Maria (Schaarbeek), Brabant (Schaarbeek en Sint-Joost-ten-Node) en Boncelles (Etterbeek). 7 contactcentra van de stad Brussel zijn elk actief in een deel van het grondgebied van de gemeente. Andere actoren zijn bovendien werkzaam in de Marollen, de Zennewijk en de Begijnhofwijk, de wijken Anneessens, Tivoli, Yzer, Noord (deze wijk bevindt zich op het kruispunt van Brussel, Schaarbeek en Sint-Joost-ten-Node). (Kaart 4-01 en Figuur 4-01)

3. Temporele toegankelijkheid

4 diensten actief op gewestelijke schaal organiseren dagelijks activiteiten (hoofdzakelijk in de week) 10 wekelijks en 1 halfmaandelijks.

15 diensten actief in een of meer gemeenten zijn open van maandag tot vrijdag, 6 organiseren wekelijks activiteiten, 3 maandelijks, 2 meerdere keren per jaar en 1 jaarlijks.

12 wijkdiensten organiseren dagelijks een activiteit, 5 wekelijks, 1 organiseert maandelijks een activiteit, 1 elke twee maanden en 1 enkel in juli en augustus.

Ruim de helft van de dagelijks toegankelijke diensten zijn ontspanningscentra, clubs of contactcentra van gemeenten en OCMW's. Ruim een derde zijn lokale dienstencentra of sociale wijkdiensten. (Figuur 4-02)

4. Financiële toegankelijkheid

De prijzen kunnen moeilijk worden meegedeeld want ze verschillen naargelang de activiteiten.

De prijzen voor de dagelijkse activiteiten schommelen doorgaans tussen € 0,60 en € 13.

1 dienst vraagt € 53 per dag.

20 actoren organiseren gratis activiteiten.

2 diensten vragen in het begin van het jaar een eenmalige bijdrage voor alle lessen, respectievelijk € 37 en € 120.

1 dienst vraagt € 5 /uur voor lessen.

1 dienst die enkele uitstappen per jaar organiseert vraagt € 15 per uitstap.

4 diensten vragen een jaarlijkse bijdrage: 1 vraagt € 2,50, aan de andere moet € 9 tot € 19 worden betaald.

5. Toegangsvoorwaarden

73,4 % van de actoren koppelen voorwaarden aan de verblijfplaats.

Voor 11 actoren is het lidmaatschap vereist. De diensten verbonden aan ziekenfondsen die voor iedereen toegankelijk zijn hanteren verschillende prijzen voor leden die de aanvullende verzekering hebben betaald en niet-leden.

2 diensten richten zich uitsluitend tot mensen met een laag inkomen. Dat geldt waarschijnlijk ook voor andere actoren die activiteiten organiseren uit een sociale bekommernis.

¹⁵ Zie ook de aanvullende gegevens in tabel 4-01 op p. 182.

TOELICHTING

De meeste ontspanningscentra, clubs en contactcentra organiseren hun sociale, culturele en vrijetijdsactiviteiten in lokalen die ook als niet-commercieel restaurant dienst doen^[16]. De activiteiten hebben vaak voor of na de maaltijd plaats.

De toegang van 65-plussers tot de «vrijetijdsmaatschappij» verloopt niet uniform. Ze hebben zeer verschillende verwachtingen naargelang hun leeftijd of graad van autonomie maar ook van hun opleidingsniveau en sociale en culturele beleving. Deze inventaris biedt geen informatie over het niveau van de activiteiten, het kader en het type deelnemers. Voor de verspreiding van informatie maken veel diensten gebruik van informatieblaadjes voor de leden. Bij andere wordt de informatie verspreid via affiches in hun lokalen of via mond-tot-mondreclame van de bezoekers.

Slechts enkele actoren beschikken over een regelmatige vervoerdienst die de ouderen naar de activiteiten brengt. Veel activiteiten zijn trouwens niet aangepast aan mensen die minder goed te been zijn. Het aanbod in deze inventaris is vooral bestemd voor betrekkelijk autonome ouderen.

Een dienst organiseert een «vrijetijdsbeurs»^[17] voor ouderen die niet graag alleen op stap gaan. Deze beurs heeft plaats naar aanleiding van toneelvoorstellingen aangeboden door de vzw Article 27 maar staat open voor alle suggesties van de gebruikers.

II. Andere antwoorden op de behoefte

Ouderen kunnen een beroep doen op verzorgenden, gezins- en bejaardenhelpsters en PWA-werknemers om hen te begeleiden naar een vrijetijdsactiviteit, naar de bibliotheek, om voor te lezen, gezelschapsspelletjes te spelen of hen gezelschap te houden. Hiervoor gelden dezelfde tarieven als voor de andere dienstverlening van deze hulpverleners^[18].

Enkele diensten organiseren aangepaste activiteiten voor Alzheimerpatiënten of mensen met andere neurologische of psychiatrische problemen (Alzheimer café, enz.). Deze actoren komen aan bod in het hoofdstuk over de behoeften op het vlak van de geestelijke gezondheid.

¹⁶ Zie Hulp bij de maaltijden op p. 136.

¹⁷ Een vrijetijdsbeurs is een socioculturele activiteit die doorgaans plaats heeft in een organisatie uit de sector van de sociale hulpverlening: onder begeleiding van een beroepskracht ontmoeten de gebruikers elkaar op gezette tijden om kennis te nemen van de aangeboden culturele activiteiten (via Article 27 of andere), hun keuze te maken en onderling uitstappen in groep te organiseren. De doelstellingen zijn contacten aan te moedigen, de toegang tot cultuur te bevorderen, een netwerk aan te leggen voor informatieuitwisseling tussen de deelnemers. Deze beurs biedt de gelegenheid om passies en competenties met elkaar te delen en de eenzaamheid te doorbreken.

¹⁸ Tarieven: zie Hulp bij de dagelijkse taken op p. 130.

Reacties uit het werkveld

«Er is een tekort aan culturele en sociale activiteiten», «Er zijn te weinig ruimten voor ontmoeting en kennisuitwisseling want veel ouderen leven in eenzaamheid», «Er wordt niet genoeg rekening gehouden met de behoeften inzake geestelijke gezondheid, vrijetijd en sociale relaties».

Deze uitspraken zijn slechts een greep uit de talrijke reacties uit de sector van de niet-medische thuiszorg, de sociale hulpverlening en de gezondheid.

Naast het gebrek aan activiteiten worden nog andere lacunes belicht:

- **Er is te weinig variatie in het aanbod van de actoren uit de welzijns- en gezondheidssector^[19].**

Er is een gebrek aan activiteiten die beantwoorden aan de verschillende culturele interesses van de Brusselse ouderen. Sommige gemeenten richten zich tot een specifiek doelpubliek: «Te veel activiteiten voor «oude mensen», «De behoeften verschillen naargelang iemand 65, 75, 85 of 95 is... Daarmee wordt geen rekening gehouden», «Er zijn te weinig wijkclubs met gestructureerde activiteiten in onze gemeente (de paviljoenen voor gepensioneerden bieden enkel koffie, kaartspelen en petanque)», «Te veel gemeentelijke activiteiten in de trant van één uitstap per jaar, kerstmaaltijd, mosselen aan zee...», «Te veel clubs die enkel koffie en gezelschapsspelen aanbieden», «De activiteiten van onze gemeente zijn in feite alleen voor de bourgeois bohèmes bestemd».

- Volgens enkele actoren moet meer aandacht worden besteed aan **de omgeving waarin de activiteiten plaats hebben**: Veel lokalen roepen het beeld op van «schoolkantines», «restaurants van rusthuizen», «lokalen voor kansarmen», «parochiezalen»,... Lokalen voor ouderen mogen er best leuk uitzien.

- **De uurregeling van de activiteiten vormt een probleem**: «Er zijn te weinig culturele en sociale activiteiten tijdens het weekend en in de zomervakantie».

- Er is een gebrek aan **activiteiten thuis**: «Ouderen beoefenen te weinig vrijetijdsactiviteiten thuis (enkel tv)», «Organisatie van gemeenschappelijke of individuele activiteiten thuis voor ouderen die om fysieke of mentale redenen het huis niet uit kunnen. De activiteiten kunnen permanent of tijdelijk thuis worden georganiseerd».

Een gemeentelijke dienst voor sociale actie stelt de volgende **oplossing** voor: «Uitlenen van boeken aan huis voor mensen die zich niet kunnen verplaatsen. Bezoek van de bibliothecaris aan huis. Maandelijks bezoek met infoblaadje».

- Volgens actoren uit de sector van de geestelijke gezondheid en de sociale hulpverlening beschikken veel ouderen niet meer over **de nodige energie** om naar plaatsen te gaan die ze niet kennen: «Zelfs als er activiteiten worden aangeboden, gaan de ouderen er niet naartoe», «Ouderen kunnen pas energie opbrengen voor activiteiten buitenshuis als ze zich geestelijk en fysiek goed voelen», «Het is belangrijk om mensen die hun zelfredzaamheid tijdelijk of op lange termijn verliezen te stimuleren en te mobiliseren».

Ouderen die het huis niet meer uitkomen, vereenzamen en vervreemden van hun sociaal netwerk dat nochtans belangrijk is voor hun welzijn.

Een actor uit de sector van de geestelijke gezondheid reikt deze **oplossing** aan: «Het is belangrijk dat ouderen regelmatig stimulansen krijgen van hun omgeving en de hulpverleners in de medische en de niet-medische thuiszorg», «Er moeten thuis vrijetijdsactiviteiten worden georganiseerd om de oudere geestelijk te blijven stimuleren».

- Voor ouderen die **niet graag alleen op stap gaan**, stellen de actoren die deelnemen aan het «Article 27»-project de volgende **oplossingen** voor: «De gemeentediensten moeten zich actief richten tot de nieuwe gepensioneerden opdat deze laatste sneller de stap zetten om aan activiteiten deel te nemen», «Er moeten dynamische vrijetijdsbeurzen worden georganiseerd». De organisatie van vervoer naar de verschillende activiteiten kan er eveneens toe bijdragen dat ouderen op het vrijetijdsaanbod ingaan. Er is echter een schrijnend gebrek aan vervoerdiensten^[20].

¹⁹ De activiteiten aangeboden door de culturele centra en de gemeenschapscentra vallen niet binnen het bestek van de inventaris.

²⁰ Zie de reacties uit het werkveld omtrent de behoefte aan niet-medisch vervoer op p. 147.

GEZELLIGHEIDSRUIMTEN

Mensen ontmoeten, kaartspelen met vrienden of kennissen, gezellig babbelen en een glas drinken maken deel uit van het sociale leven van de thuiswonende ouderen.

1. Actoren en hun dienstverlening^[21]

Deze behoefte werd niet geïdentificeerd bij de aanvang van de enquête maar tijdens het verwerken van de vragenlijsten. Een aantal actoren vermeldde dat ze hun lokalen openstellen voor ouderen die er louter voor de gezelligheid hun tijd doorbrengen.

Het is mogelijk dat andere actoren dezelfde dienstverlening aanbieden maar niet ter sprake hebben gebracht omdat er geen specifieke vraag rond dit onderwerp werd gesteld.

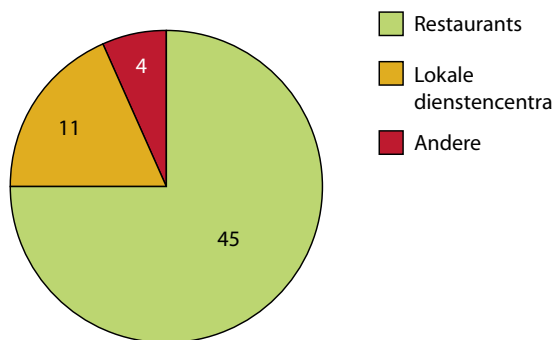
60 actoren beschikken over gezelligheidsruimten.

Deze ruimten bevinden zich in bestaande voorzieningen en zijn vaak voorzien van een kleine cafetaria. Gezelschapsspelen en kranten liggen ter beschikking van de bezoeker.

Onder de actoren bevinden zich heel wat niet-commerciële restaurants die open blijven in de namiddag, de contactcentra van de stad Brussel, lokale dienstencentra en gemeentelijke ontspanningscentra. Waarschijnlijk beschikken sommige actoren die aan bod komen in de «behoefte aan sociale, culturele en vrijetijdsactiviteiten» eveneens over gezelligheidsruimten.

Figuur 4-03

Gezelligheidsruimten:
Indeling per type actor



Bron: Enquête CMDC-CDCS 2006

2. Temporele toegankelijkheid

Weinig actoren hebben een duidelijk antwoord op de vraag gegeven. Doorgaans zijn ze toegankelijk tot 17 uur, 17.30 uur. Enkele openen vanaf 9 uur of sluiten rond 14.30 uur.

3. Financiële toegankelijkheid

De toegang is gratis. Consumpties moeten worden betaald.

4. Toegangsvoorwaarden

Sommige gemeentediensten beperken de toegang tot de gemeentebewoners, andere geven hun voorrang. Enkele lokale dienstencentra zijn uitsluitend toegankelijk voor de wijkbewoners.

²¹ Zie ook de aanvullende gegevens in tabel 4-02 op p. 182.

Reacties uit het werkveld

«Er is veel eenzaamheid in Brussel en de mensen weten niet tot wie ze zich moeten richten». De actoren die de centrale rol van hun gezelligheidsruimten ter sprake brengen, formuleren het als volgt: «De mensen voelen zich eenzaam en willen andere mensen ontmoeten». «Sommigen blijven hier de hele dag om maar niet alleen te zijn».

In deze ruimten «komen mensen van verschillende leeftijden en verschillende culturen met elkaar in contact» en ontstaan er sociale netwerken. Ze voorzien bijgevolg in «de behoefte ergens bij te horen. Sommige ouderen hebben enkel contact met hulpverleners of familie».

Voor de «grote eenzaamheid van minder mobiele ouderen» bieden ze echter geen oplossing.

De meeste gezelligheidsruimten bevinden zich vooral in de activiteitencentra voor minder goedgevoelde ouderen (niet-commerciële restaurants, sommige ontspanningscentra, diensten voor wijkgerichte hulpverlening, enz). Het zou misschien de moeite waard zijn om na te gaan of de opmerkingen van het werkveld omtrent de omgeving waarin de culturele activiteiten plaats hebben ook op deze ruimten van toepassing zijn.

AANWEZIGHEID VAN EEN DERDE IN HUIS

Sociale contacten zijn zeer belangrijk maar niet evident voor ouderen die hun mobiliteit verliezen. Sommigen raken erg vereenzaamd en zien niemand meer. Ze hebben nood aan bezoek, aan iemand die hen gezelschap houdt. Voor de meeste actoren is eenzaamheid bij ouderen een fundamenteel probleem waarvoor een oplossing moet worden gezocht.

1. Actoren en hun dienstverlening

25 actoren voorzien in deze behoefte:

- enkele plaatselijke werkgelegenheidsagentschappen (PWA's) via de organisatie van nabijheidsdiensten. De PWA-ers houden de ouderen gezelschap, lezen voor, spelen kaart of gaan met hen wandelen ... Een PWA meldt dat sommige ouderen elke dag bezoek krijgen;
- parochiediensten en vrijwilligersnetwerken bezoeken zieken en alleenstaanden;
- een ziekenfonds organiseert huisbezoeken bij zieken.

2/3 van de actoren doen voor hun dienstverlening een beroep op vrijwilligers.

Volledigheidshalve moet worden vermeld dat gezins- en bejaardenhulpsters, verzorgenden en thuisoppassers op indirecte wijze in deze behoefte voorzien.

2. Ruimtelijke dekking van het aanbod^[22]

Sint-Jans-Molenbeek, Elsene, Etterbeek en Oudergem behoren tot de best voorziene gemeenten. De dekking in de rest van het gewest is homogeen met uitzondering van de wijken in het noordwesten van de vijfhoek, de Lemonnierwijk en de Sint-Lambertuswijk in Sint-Lambrechts-Woluwe waar een bijkomende actor actief is. (Kaart 4-02)

Een groot deel van de actoren hebben een gemeentelijke dekking dankzij de PWA's en kleine vrijwilligersstructuren die op gemeentelijke schaal werken. (Figuur 4-04)

3. Temporele toegankelijkheid

De PWA-werknemer en de gebruiker maken concrete afspraken over de uurregeling. In principe gebeurt de dienstverlening overdag maar op sommige PWA's kan 's avonds en in het weekend een beroep gedaan worden. 2 diensten van vrijwilligers brengen ouderen een bezoek in het weekend. De andere actoren zijn enkel beschikbaar overdag, op werkdagen.

4. Financiële toegankelijkheid

Enkel de PWA's^[23] vragen een financiële bijdrage.

5. Toegangsvoorwaarden en wachttijden

De actoren, met uitzondering van de PWA's, koppelen geen toegangsvoorwaarden aan de dienstverlening. Net geen 50 % van de diensten die hun wachttijden vermelden bieden binnen de week hulp. 78 % geven binnen de vijftien dagen gevolg aan de vraag.

Reacties uit het werkveld

Veel actoren zijn het erover eens dat eenzaamheid het grootste probleem is voor alleenstaande ouderen met een beperkte mobiliteit en dat vooral 's avonds en in het weekend. Voor veel ouderen zijn de bezoeken van de hulpverleners, die meestal overdag en in de week werken, hun enige sociale contact.

Het gebrek aan regelmatige sociale contacten is voor een actor zelfs de voornaamste reden dat sommige ouderen kiezen voor een rusthuis.

Mogelijke oplossingen:

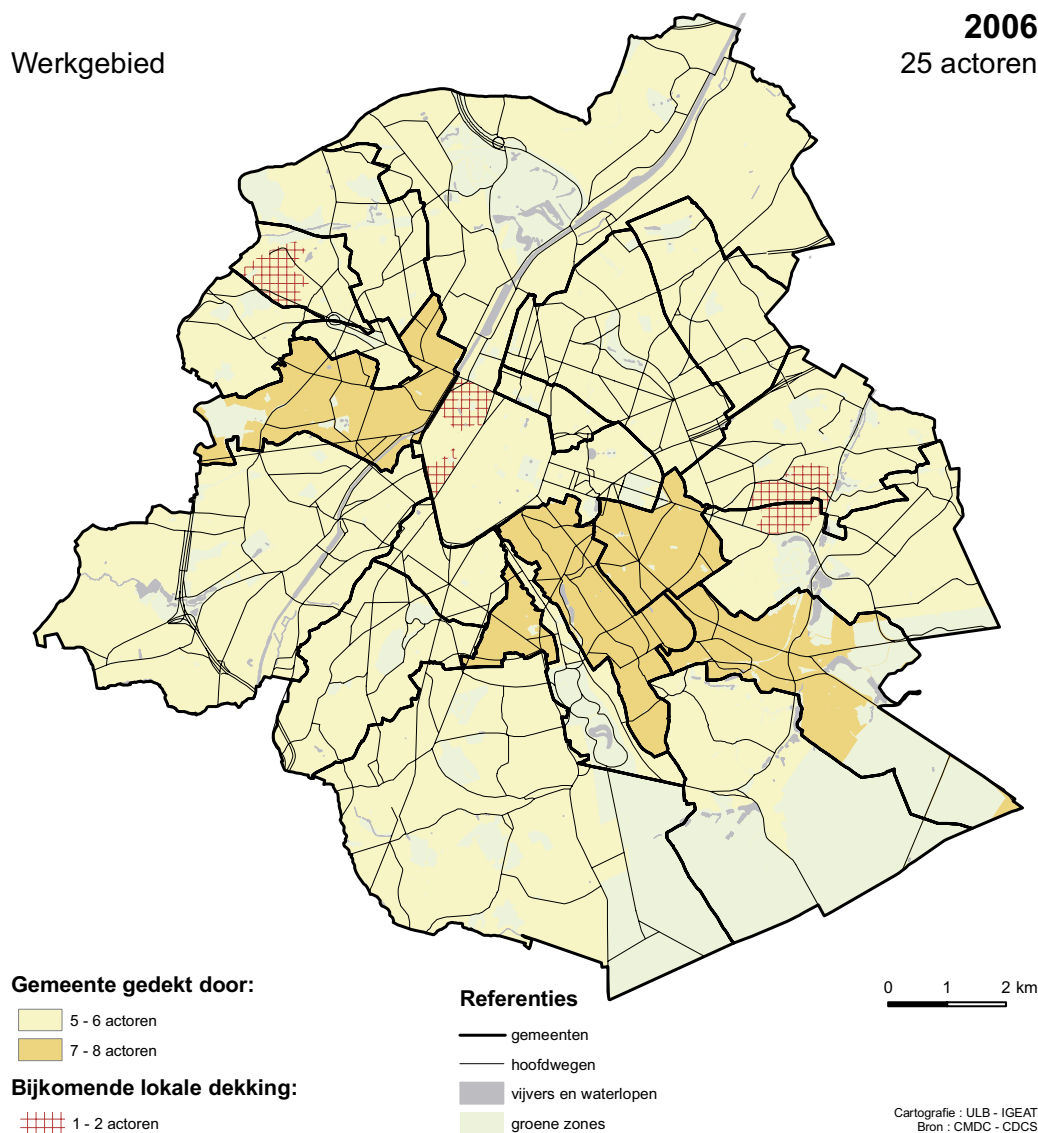
Verschillende actoren zouden projecten willen opstarten zoals:

- de oprichting van een dienst voor opleiding en ondersteuning van vrijwilligers die ouderen bezoeken. Voor de verwezenlijking van het project zijn echter bijkomende fondsen nodig;
- een solidariteitsagentschap met de volgende slogan: «Er is altijd iemand die naar je luistert, die bij je langs komt»;
- «de oprichting van een dienst van surrogaatgrootouders». De bedoeling is dat ouderen in contact worden gebracht met gezinnen waarvan de grootouders te ver wonen of overleden zijn zodat een band wordt gesmeed tussen de «surrogaatgrootouder» en de gezinsleden, meer bepaald de kinderen. Een dergelijk project biedt voor iedereen een meerwaarde.

²² Zie ook de aanvullende gegevens in tabel 4-03 op p. 182.

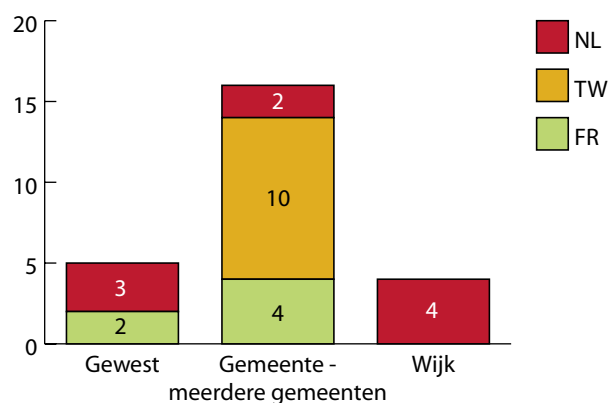
²³ Voor de specifieke voorwaarden zie verklarende woordenlijst op p. 199.

Werkgebied

2006
25 actoren

Figuur 4-04

Aanwezigheid van een derde: Spreiding van de ruimtelijke dekking van het aanbod



Bron: Enquête CMDC-CDCS 2006

AANGEPAST VAKANTIEAANBOD

Niet alle vakantieplaatsen zijn aangepast aan de noden van ouderen. Sommigen hebben immers mobiliteits- of gezondheidsproblemen, verkiezen een geborgen omgeving of beschikken niet over voldoende financiële middelen voor de klassieke vakantieformules.

Enkele actoren uit de welzijns- en gezondheidssector organiseren aangepaste vakanties tegen betaalbare prijzen. De informatie over het aanbod blijkt echter vrij beperkt.

1. Actoren en hun dienstverlening

28 actoren beschikken over een aangepast vakantieaanbod. Zij bieden vakanties aan op maat van een ouder doelpubliek, dat vaak met mobiliteits- en/of gezondheidsproblemen kampt. Zij zorgen voor de inschrijvingen en helpen bij het vervullen van de nodige formaliteiten.

Onder de actoren bevinden zich ziekenfondsen of ermee verbonden diensten. Ze bezitten eigen vakantiecentra, of hebben een overeenkomst met bestaande centra, of organiseren vakanties in België en het buitenland.

Het betreft 7 ziekenfondsen – waarvan 3 een overeenkomst hebben met dezelfde vakantiecentra – en 4 bonden of federaties van gepensioneerden verbonden aan een ziekenfonds.

Andere actoren organiseren jaarlijks een of meer reizen: 9 actoren die afhangen van de lokale besturen en 8 actoren uit het verenigingsleven. (Figuur 4-05)

Het betreft gemeentelijke diensten voor sociale actie, gemeentelijke ontspanningscentra of seniorenclubs, actoren uit het verenigingsleven^[24] actief in de hulpverlening aan ouderen en actoren actief in het kader van de sociale hulpverlening – waaronder lokale dienstencentra en sociale wijkdiensten.

Doorgaans organiseren de diensten elk jaar een of meer reizen van enkele dagen tot 2 weken.

De ziekenfondsen beschikken over een ruimer en meer flexibel aanbod.

2. Ruimtelijke dekking van het aanbod

De helft van de actoren zijn ziekenfondsen of ermee verbonden diensten. Ze bestrijken het hele gewest maar hun aanbod is enkel bestemd voor de leden.

De andere actoren zijn actief in een of meer gemeenten of in een wijk. Ze bestrijken de gemeenten in het noordoosten (Schaarbeek, Evere, Sint-Lambrechts-Woluwe), in het zuiden en het westen (Elsene, Sint-

Gillis, Ukkel, Vorst, Anderlecht, Sint-Jans-Molenbeek, Koekelberg). De wijken Aumale, Wayez en Kuregem in Anderlecht, de Marollen in Brussel-Stad en Boncelles in Etterbeek kunnen een beroep doen op extra actoren^[25]. (Kaart 4-03 en Figuur 4-06)

3. Financiële toegankelijkheid

De prijzen kunnen niet worden gespecificeerd, maar in principe bieden de actoren betaalbare vakanties aan.

De jaarlijkse vakantie georganiseerd door een sociale dienst actief in de Marollen wordt door de deelnemers met de verkoop van zelfgemaakte confituur bekostigd.

4. Toegangsvoorwaarden

De vakantiecentra van de ziekenfondsen zijn doorgaans bestemd voor leden die de aanvullende verzekering hebben betaald.

Het aantal deelnemers aan de georganiseerde reizen is beperkt.

De reizen georganiseerd door de ontspanningscentra of clubs, de lokale dienstencentra en de sociale diensten zijn vaak voorbehouden aan de gebruikers en hun familieleden of vrienden.

TOELICHTING

De Belgische vakantiecentra van sommige ziekenfondsen fungeren vaak ook als herstelord of centrum voor kortverblijf.

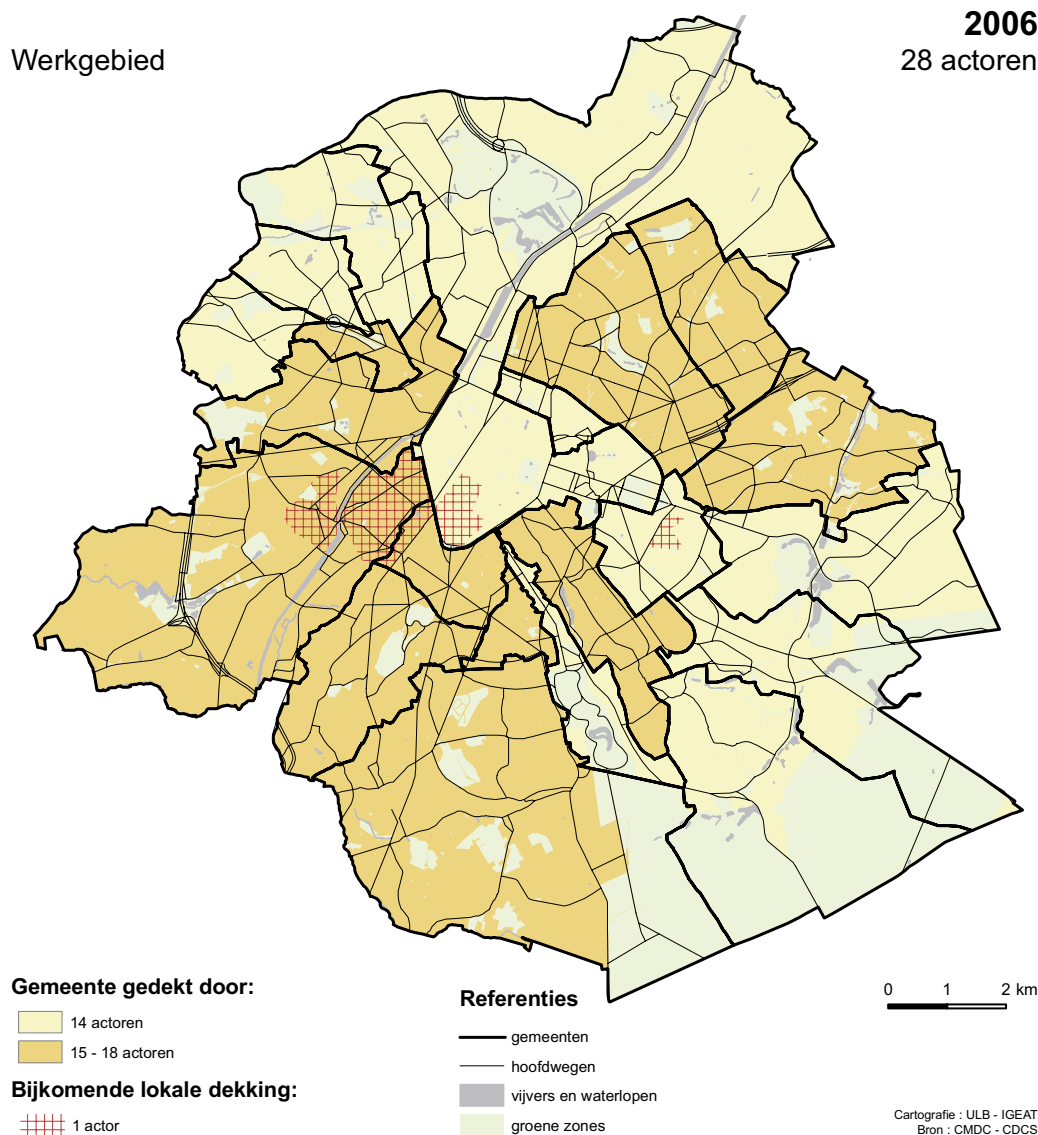
De diensten voor niet-medische thuiszorg, de sociale diensten en andere hulpdiensten beantwoorden dikwijls vragen naar informatie omtrent het vakantieaanbod en treden eventueel op als bemiddelaar tussen de ouderen en de dienstverleners. Het bestaande aanbod komt helemaal niet tegemoet aan de vraag naar vakanties afgestemd op de behoeften inzake welzijn en gezondheid van de Brusselse ouderen. De reacties uit het werkveld waren echter nihil. In tegenstelling tot de nood aan sociaal contact en de behoeften op het vlak van gezondheid en het dagelijks leven wordt deze behoefte wellicht niet als belangrijk beschouwd.

De veldwerkers zijn trouwens niet goed op de hoogte van het aanbod wat een afremmend effect kan hebben op de vraag.

²⁴ Zie de verklarende woordenlijst voor de definitie op p. 200.

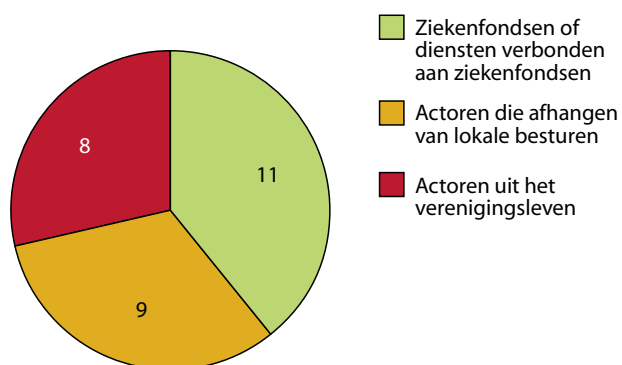
²⁵ Voor meer informatie zie tabel 4-04 op p. 183.

Werkgebied

2006
28 actoren

Figuur 4-05

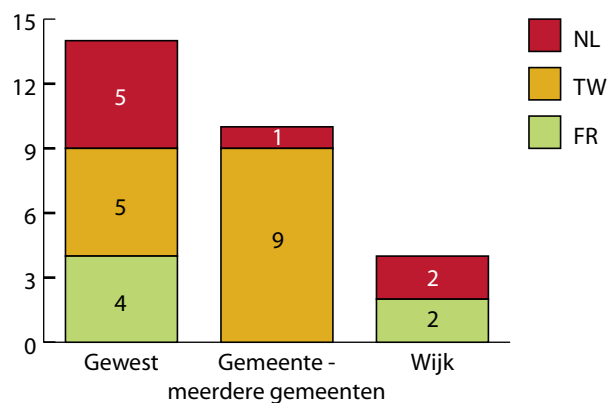
Vakantie: Indeling van de actoren



Bron: Enquête CMDC-CDCS 2006

Figuur 4-06

Vakantie: Spreiding van de ruimtelijke dekking van het aanbod



Bron: Enquête CMDC-CDCS 2006

TRANSVERSALE REACTIES UIT HET WERKVELD

«Het ouderenbeleid moet primordiaal aandacht besteden aan de vereenzaming van de oudere».

Veel ouderen voelen zich eenzaam. Voor de veldwerkers moet de bestrijding van eenzaamheid en isolement centraal staan.

■ Zodra gezondheidsproblemen opduiken die gepaard gaan met een verminderde mobiliteit dreigt het risico op fysiek en psychisch isolement: *«Mobiliteitsproblemen leiden tot een afname van de psychische mobiliteit, isolement, gebrek aan activiteit waarbij de oudere in zichzelf keert».*

Fysieke afhankelijkheid heeft soms verstrekken gevolgen:

- Elke activiteit buitenshuis vergt extra energie: de oudere moet een beroep doen op mantelzorgers of organisaties en moet alles vooraf plannen en organiseren. Door zijn gezondheidsproblemen beperkt hij zich tot de hoogstnoodzakelijke bezoeken en worden relationele en culturele behoeften naar de achtergrond verwezen.
- De hulpverlener wordt vaak de enige regelmatige bezoeker en de enige band met de buitenwereld *«de chauffeur die maaltijden levert is soms het enige contact».*
- Ouderen blijven alleen achter met vragen en angsten over hun fysieke situatie en toekomst wat kan leiden tot *«fobieën, in zichzelf keren, psychisch immobilisme».*

■ De actoren wijzen op het belang van de vertrouwensrelatie met de gezins- en bejaardenhelpster of de verzorgende. Deskundigheidsbevordering bij deze sleutelfiguren is volgens hen onontbeerlijk: *«De gezins- en bejaardenhelpster vervult een indirecte maar belangrijke rol voor de geestelijke gezondheid van de ouderen. Zij komt regelmatig langs waardoor een vertrouwensband ontstaat (wat van belang is onder andere bij incontinentie) en het isolement van de oudere doorbroken wordt».*

■ De vervoerdiensten die ouderen naar activiteiten brengen komen in de behoefte aan vervoer aan bod.

■ Veel ouderen hechten belang aan een status, een zinvolle plaats in de samenleving en aan de structurering van hun tijdsgebruik. Daarom verrichten ze vrijwilligerswerk of werken ze mee aan gestructureerde intergenerationele activiteiten.

Volgens sommige actoren is er een gebrek aan informatie over de talrijke mogelijkheden op het vlak van vrijwilligerswerk.

Bij het intergenerationele ligt de nadruk op het smeden van banden tussen verschillende generaties. Dit concept is tegenwoordig verruimd tot mensen van alle leeftijden die tijd vrijmaken om hun kennis door te geven aan anderen die op zoek zijn naar hulp, uitwisseling van informatie en menselijk contact.

Talrijke sociale en socioculturele verenigingen zagen in dat verband het licht: huiswerkklassen, leesouders, autobiografische schrijfgroepen, animatie op basis van herinneringen van ouderen, intergenerationele en interculturele ontmoetingen, intergenerationele vakanties, grootouders-vrijwilligers voor familieloze kinderen ...

Sommige hulpverleners betreuren dat het intergenerationele beperkt blijft tot de formele organisatie van activiteiten (mensen uit een bepaalde leeftijdsgroep ontmoeten mensen uit een andere leeftijdsgroep voor een bepaalde activiteit) en zien meer heil in het ontstaan van sociale banden binnen een netwerk voor wederzijds hulpbetoon van bewoners uit een wijk of een gemeente, van patiënten uit een wijkgezondheidscentrum, enz.

Deze activiteiten vergen een persoonlijke investering en zijn daarom enkel haalbaar voor ouderen met een goede fysieke en psychische gezondheid.

Om het isolement van de ouderen te doorbreken, stellen actoren de volgende **oplossingen** voor:

- Het creëren van een sociaal netwerk met intergenerationele contacten bij de ouderen thuis, met behulp van vrijwilligersorganisaties.
- *«Het vrijwilligerswerk een nieuwe stimulans geven met minder nadruk op het caritatieve maar met de bedoeling dat de generaties onderling contact leggen, de ouderen actief blijven en een nieuw sociaal netwerk aanleggen».*
- *«Er is iemand nodig die de oudere helpt om opnieuw sociaal contact te leggen. De diensten en de sociale en culturele activiteiten zijn onvoldoende gekend^[26]».*

²⁶ Lees in dit verband de reacties uit het werkveld over de behoefte aan sociale, culturele en vrijetijdsactiviteiten op p. 95.



III. AANBOD AAN MEDISCHE EN PARAMEDISCHE VERZORGING

ALGEMENE GENEESKUNDE

De arts is de spilfiguur in het behoud in de thuisomgeving op het vlak van zorg, preventie, luisterbereidheid.

Door een regelmatige opvolging en huisbezoeken is hij de best geplaatste actor om problemen te onderkennen. Hij kan bovendien informatie afkomstig van verschillende hulpverleners centraliseren. Daarom is de aanwezigheid van een vaste huisarts vaak bepalend voor het handhaven van de oudere in zijn leefomgeving.

1. Actoren

Het Brussels gewest telt 1297 actieve huisartsen^[27]. Een aantal artsen werkt in een wijkgezondheidscentrum of maison médicale of in een vergelijkbare structuur die niet als zodanig is erkend. In totaal werden 29 dergelijke centra bevraagd in de enquête en weergegeven op de kaart.

2. Ruimtelijke dekking van het aanbod^[28]

Gemiddeld heeft een Brusselse huisarts 720 potentiële patiënten. In de veronderstelling dat huisartsen door de bank genomen op huisbezoek gaan in de gemeente of het deel van de gemeente waar hun kabinet of hun privéadres zich bevindt, is een duidelijke dispariteit tussen de verschillende delen van het gewest vast te stellen. In het zuiden van het gewest en in Sint-Agatha-Berchem is de densiteit van de huisartsen het hoogst, maar ook het aandeel ouderen in de bevolking (en de nood aan huisartsen) is er hoger dan het gewestelijk gemiddelde. Het noordelijke deel van het gewest en Elsene kennen de laagste densiteit aan huisartsen. Elsene telt ook een kleiner aandeel ouderen. De beschikbaarheid van huisartsen voor de thuiswonende oudere is bijgevolg het laagst in het noordelijk deel (Jette, Koekelberg, Laken, Neder-Over-Heembeek en Evere), een gebied met zowel een lager aantal huisartsen en een oudere bevolking.

Het wijkgezondheidscentrum, de maison médicales of vergelijkbare structuren situeren zich vooral in de kansarme buurten van de eerste gordel. (Kaart 4-04)

3. Temporele toegankelijkheid

Alle artsen zijn wettelijk verplicht een wachtdienst 's nachts en in het weekend te verzekeren.

4. Financiële toegankelijkheid

Over het algemeen betaalt de patiënt per medische prestatie. Het derdebetalersysteem is onder bepaalde voorwaarden mogelijk en wordt vaker toegepast door wijkgezondheidscentra en maisons médicales.

17 actoren werken in een forfaitair systeem^[29]. De OCMW's dragen eveneens in grote mate bij tot de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg (via de medische kaart, requisitoria, voorschotten, ...).

5. Toegangsvoorwaarden

Enkel voor het wijkgezondheidscentrum en de maisons médicales met een forfaitair systeem is inschrijving vereist.

Reacties uit het werkveld

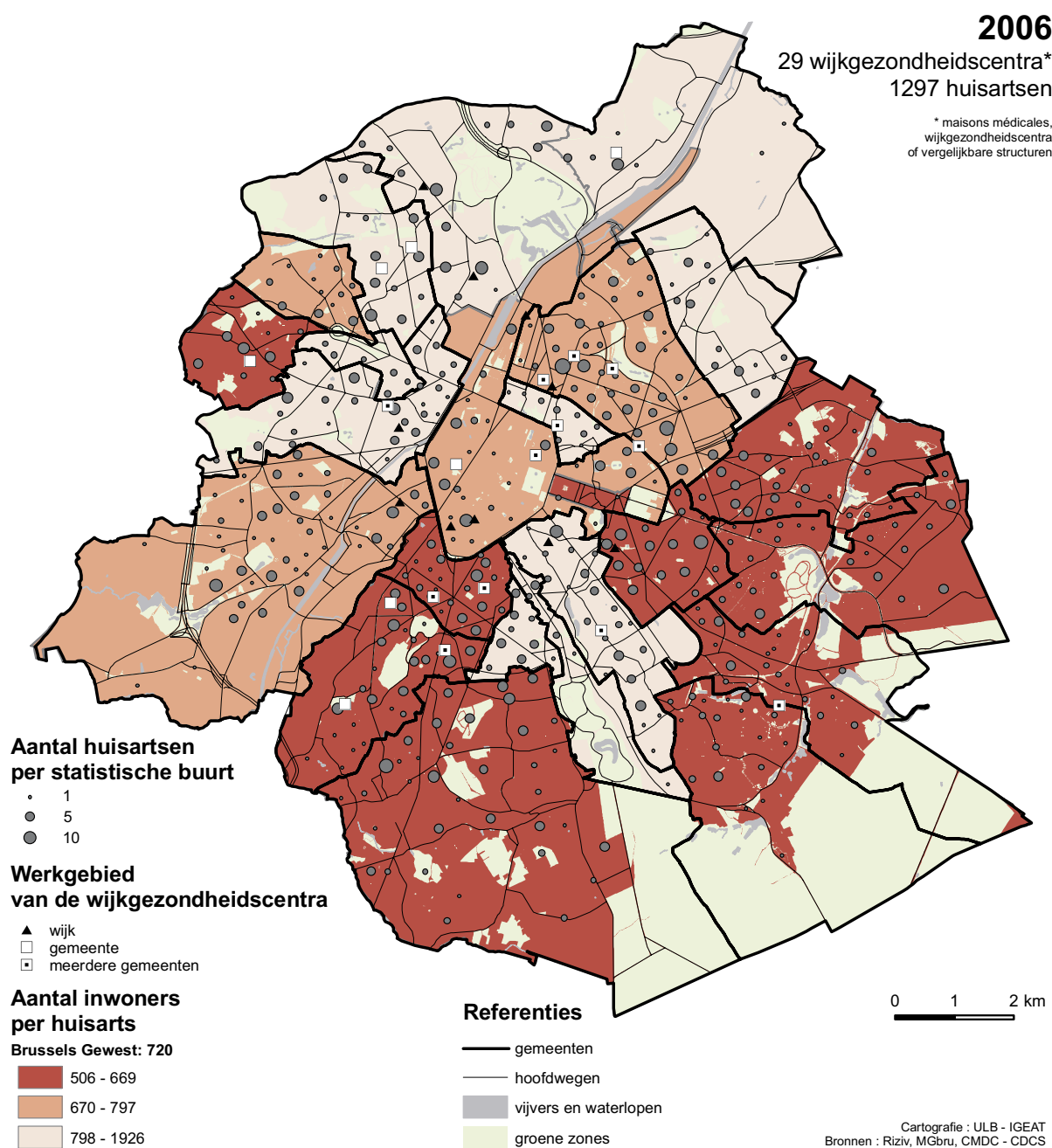
Een actor signaleert dat een toenemend aantal ouderen geen huisarts heeft hoewel die een belangrijke rol vervult bij het behoud in de thuisomgeving.

Een andere actor benadrukt de rol van de arts maar stelt dat «hij vaak een vrije elektron in het hulpverlenings-netwerk is. Hij wordt niet voldoende betaald en opgeleid voor netwerking».

²⁷ Het is niet eenvoudig om het aantal actieve huisartsen, namelijk het aantal huisartsen dat effectief als huisarts werkt, te identificeren. Om de beschikbaarheid van huisartsen voor de oudere zo goed mogelijk te benaderen, werden verschillende databanken met elkaar geconfronteerd. De gebruikte methodologie wordt in detail beschreven in de algemene leeswijzer op p. 15.

²⁸ Zie ook de aanvullende gegevens in tabel 4-05 op p. 183.

²⁹ Zie verklarende woordenlijst op p. 198.



VERPLEGING

Voor sommige ouderen is kwaliteitsvolle en betaalbare verpleging aan huis onmisbaar. Zo niet is plaatsing in een rusthuis of rust- en verzorgingstehuis onvermijdelijk.

1. Actoren en hun dienstverlening

Het Brussels Gewest telt 558 zelfstandige verpleegkundigen. Ze worden op kaart 4-05 gelokaliseerd op basis van het contactadres dat door het Riziv werd verstrekt. Sommigen hebben een overeenkomst gesloten met actoren uit het verenigingsleven of lokale besturen, anderen werken volledig onafhankelijk.

Hoewel deze laatsten ook thuisverpleging aanbieden werden ze niet bevraagd. Enkel de activiteiten van verpleegkundigen in het kader van een dienst voor thuisverzorging werden in rekening genomen.

38 actoren bieden thuisverpleging.

De verpleging omvat de hele Riziv-nomenclatuur gaande van lichte verzorging tot complexe tenlasteneming zoals palliatieve zorg en thuishospitalisatie.

Inspuitingen, verbanden aanleggen, bloedafnames en vaccinaties zijn prestaties die kunnen worden uitgevoerd in maisons médicales, wijkgezondheidscentra of door andere actoren. De verpleegkundigen gaan op huisbezoek bij niet-mobiele ouderen of voor uitgebreide verzorging.

Onder de actoren bevinden zich de regionale dienstencentra, de coordinations de soins et services à domicile, de diensten voor thuiszorg, les services de soins palliatifs et continués en een palliatief zorgteam maar ook de associations de santé intégrée of maisons médicales en een wijkgezondheidscentrum.

De verpleegkundigen van 2 lokale besturen verplegen ouderen thuis, 1 ontmoetingscentrum kan een beroep doen op de verpleegkundigen van een OCMW-rusthuis.

Alle verpleegkundigen komen bij de ouderen aan huis. Sommigen doen dat systematisch zoals in het kader van de dienstverlening van regionale dienstencentra en coordinations de soins et services à domicile, anderen als de oudere niet naar het dispensarium kan komen.

2. Ruimtelijke dekking van het aanbod^[30]

Kaart 4-05 neemt de zelfstandige thuisverplegers op die echter niet werden gecontacteerd voor de enquête. Voor de actoren die wel bevraagd werden, worden dezelfde symbolen gebruikt als op de andere kaarten. De intensiteit van de kleur geeft het aantal 65-plussers weer ten opzichte van het aantal verpleegkundigen. Deze kaart moet met de nodige omzichtigheid worden gelezen want de gemeenten met regionale dienstencentra of coordinations de soins et services à domicile beschikken over een kunstmatig groter aanbod aan verpleegkundigen terwijl die in werkelijkheid in het hele gewest werken.

De regionale dienstencentra en de coordinations de soins et services à domicile zijn gewestelijke actoren die een zeer groot deel van de verpleegkundige verzorging verstrekken.

De maisons médicales zijn zowel in een of meer gemeenten als in de wijken actief. Het werkgebied van het wijkgezondheidscentrum beslaat 2 gemeenten. (Figuur 4-07)

3. Temporele toegankelijkheid

De actoren zijn gedurende een ruim aantal uren bereikbaar:

- 32 actoren zijn toegankelijk overdag en na 17.30 uur.
- 31 actoren hebben in het weekend een wachtdienst. 12 zijn 24 uur per dag toegankelijk.

Het betreft doorgaans de regionale dienstencentra, coordinations de soins et services à domicile en diensten werkzaam in de palliatieve zorg en de thuishospitalisatie.

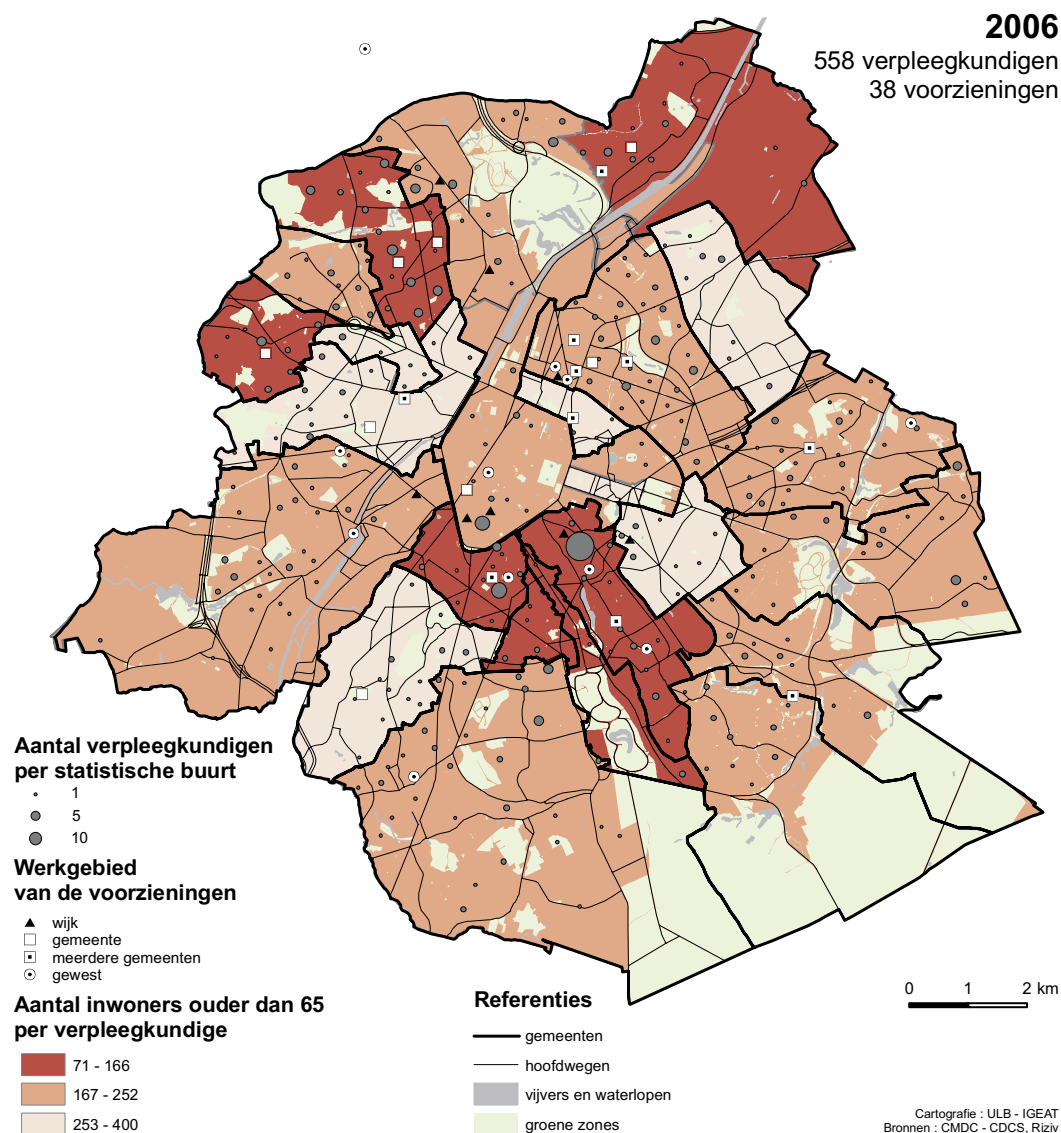
4. Financiële toegankelijkheid

Er zijn twee wijzen van financiële bijdrage.

3/4 van de maisons médicales en het wijkgezondheidscentrum werken in een forfaitair systeem. De oudere die zich ingeschreven heeft, hoeft niet te betalen voor de prestaties van de verpleegkundigen.

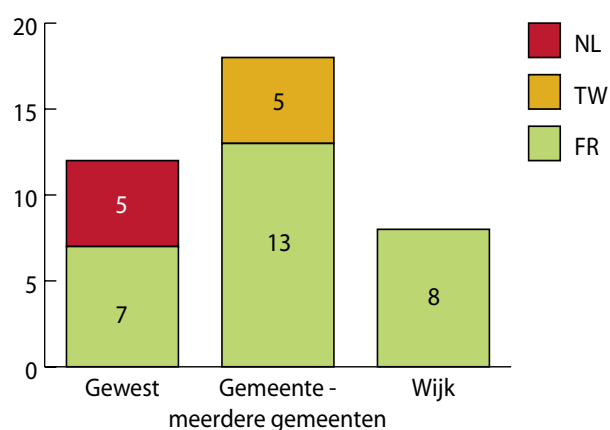
24 actoren hanteren het derdebetalerssysteem.

³⁰ Zie ook de aanvullende gegevens in tabel 4-06 op p. 183.



Figuur 4-07

Verpleging: Spreiding van de ruimtelijke dekking van het aanbod



Bron: Enquête CMDC-CDCS 2006

5. Toegangsvoorwaarden

Om een beroep te kunnen doen op de dienstverlening van het wijkgezondheidscentrum en de maisons médicales met een forfaitair systeem is inschrijving vereist. Er worden geen voorwaarden inzake leeftijd of financiële situatie gesteld. Voor 1/4 van de diensten moet de gebruiker de ziekenfondsbijdrage hebben betaald of geholpen worden door het OCMW of recht hebben op dringende medische hulp voor deze behoefte. Een medisch attest moet worden voorgelegd. Voor een dienst voor palliatieve verzorging moet de gebruiker het statuut van palliatieve patiënt hebben. 1 actor biedt enkel hulp aan patiënten die uit een ziekenhuis ontslagen zijn dat samenwerkt met de dienst.

6. Wachttijden

Meer dan de helft van actoren kunnen de dag zelf op de hulpvraag ingaan, een kwart na hoogstens twee dagen. 8 diensten hebben de wachttijden niet vermeld.

Reacties uit het werkveld

De parkeerproblemen en de ermee gepaard gaande boetes werden door meerdere actoren aangekaart. Sommige actoren vinden daardoor voor bepaalde wijken in het centrum nauwelijks verpleegkundigen.

Uit veiligheidsoverwegingen worden bepaalde wijken vooral door vrouwelijke verpleegkundigen gemeden.

Het probleem van de coördinatie met de ziekenhuizen wordt aangeklaagd. «*Het ontslag uit het ziekenhuis gebeurt te snel zodat er thuis niets geregeld is*».

De verpleegkundigen wijzen erop dat het Riziv bepaalde verpleegkundige verzorging zoals het toedienen van medicijnen (noodzakelijk bijvoorbeeld voor demente ouderen of ouderen met mobiliteitsproblemen aan de bovenste ledematen) en bepaalde hygiënische verzorging niet terugbetaalt.

Sommige actoren hekelen het feit dat te veel verschillende verpleegkundigen bij de oudere aan huis komen. In de mate van het mogelijke zou het altijd dezelfde persoon moeten zijn.

Nederlandstalige actoren signaleren het gebrek aan Nederlandskundige verpleegkundigen in Brussel.



Copyright Seniorencentrum

KINESITHERAPIE EN ERGOTHERAPIE

«Alsmar meer ouderen met fysieke beperkingen wonen in gebrekkige omstandigheden op het vlak van veiligheid, hygiëne en levenskwaliteit. Ze zijn afhankelijk van derden en vertonen een groot risico op vallen. Daarom is het zeer belangrijk dat hun resterende fysieke capaciteiten en zelfredzaamheid gestimuleerd worden zodat ze in hun vertrouwde omgeving kunnen blijven. Het opnieuw aanleren van de dagelijkse handelingen en de aanpassing van de woning zijn daarbij nodig.»^[31]

1. Actoren en hun dienstverlening

37 actoren bieden kinesitherapie en ergotherapie.

Kinesitherapeuten bieden hulp aan mensen met mobiliteitsproblemen, met een cardiovasculaire aandoening of ademhalingsproblemen via massage, ultratonen, elektrotherapie, osteopathie, respiratoire kinesitherapie ...

Alle opgenomen actoren bieden een kinesitherapeutische behandeling aan.

De zelfstandige kinesitherapeuten komen hier niet aan bod.

De ergotherapeutische hulp opgenomen voor deze behoefte omvat de functionele revalidatie en het opnieuw aanleren van de dagelijkse handelingen. De woningaanpassing komt aan bod in de behoefte «ergonomische aanpassing van de woning».

1 coordination de soins et services à domicile biedt ergotherapie aan huis via een overeenkomst met zelfstandige ergotherapeuten. Deze actor bestrijkt het hele gewest.

Met uitzondering van één maison médicale gaan alle diensten op huisbezoek.

2. Ruimtelijke dekking van het aanbod^[32]

Coordinations de soins et services à domicile en regionale dienstencentra werken over het hele gewest.

De maisons médicales zijn zowel op gemeentelijk als op wijkniveau actief, het wijkgezondheidscentrum bestrijkt meerdere gemeenten. (Figuur 4-08)

De dekkingsgraad uitgedrukt in het aantal diensten die kinesitherapie en ergotherapie aanbieden verschilt weinig tussen de gemeenten onderling. Maar in de eerste gordel, in de vijfhoek en het noorden van Jette versterkt het aanbod van de actoren met een wijkgerichte werking dat

van de gewestelijke actoren en de actoren actief in een of meerdere gemeenten. Er zijn weinig actoren gevestigd in de tweede gordel. (Kaart 4-06)

3. Temporele toegankelijkheid

28 actoren bieden hun hulpverlening aan na 17.30 uur. 13 hebben een wachtdienst in het weekend.

4. Financiële toegankelijkheid

De behandeling door kinesitherapeuten die werken voor een maison médicale met een forfaitair systeem en voor het wijkgezondheidscentrum zijn in dit forfait inbegrepen. De ouderen betalen dus niet extra voor deze dienstverlening. De actoren passen over het algemeen het derdebetalersysteem toe.

5. Toegangsvoorwaarden en wachttijden

Voor 10 maisons médicales is inschrijving vereist. In sommige gevallen moet de patiënt zich inschrijven in het forfaitair systeem. Er worden geen voorwaarden inzake leeftijd of financiële situatie gesteld. Voor een behandeling door de kinesitherapeut moet de patiënt een doktersvoorschrift voorleggen en in orde zijn met het ziekenfonds.

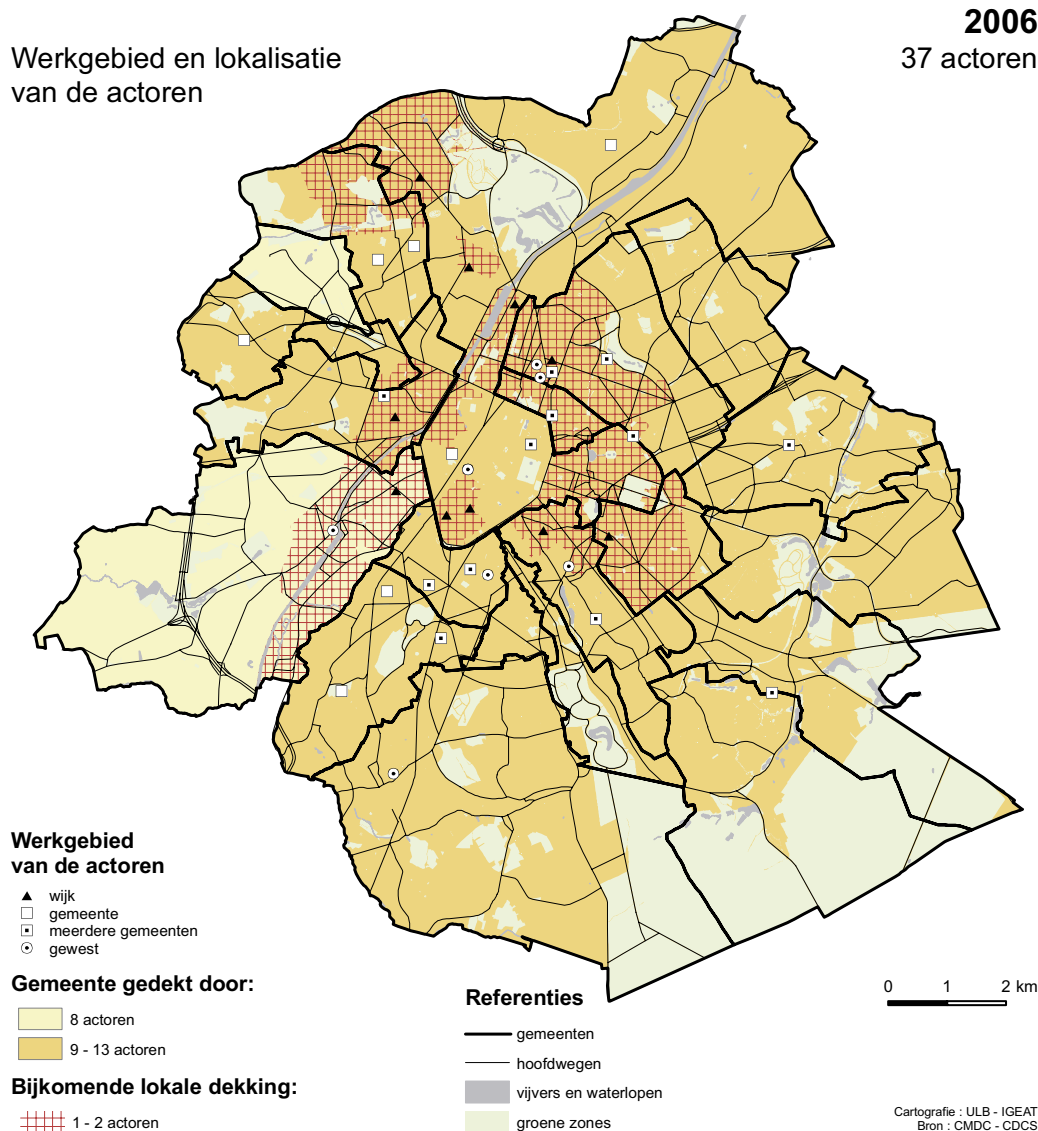
3/4 van de actoren die de vraag naar de wachttijden hebben beantwoord bieden binnen de drie dagen hulp.

³¹ Uit het jaarverslag 2003 van de vzw Soins chez soi.

³² Zie ook de bijkomende gegevens in tabel 4-07 op p. 184.

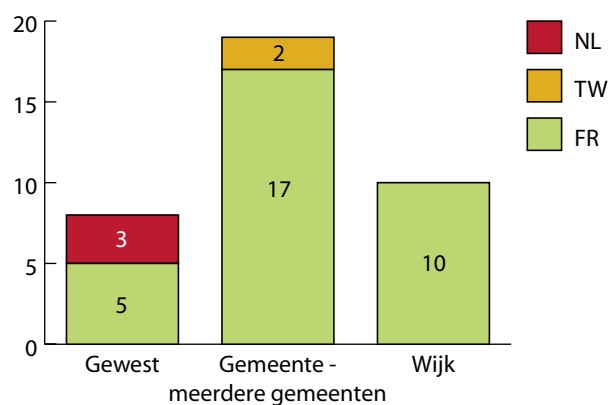
Werkgebied en lokalisatie van de actoren

2006
37 actoren



Figuur 4-08

Kinesitherapie en ergotherapie: Spreiding van de ruimtelijke dekking van het aanbod



Bron: Enquête CMDC-CDCS 2006

ANDERE ZORGVERLENING

Ook andere actoren verstrekken verzorging thuis, meer bepaald zelfstandige tandartsen, logopedisten, oogartsen, opticiens, podologen en diëtisten die een overeenkomst hebben gesloten met 6 actoren waaronder de coordinations de soins et services à domicile . Sommige actoren maken gebruik van het derdebetalersysteem, andere niet. Alle actoren werken overdag, de helft ook na 17.30 uur. De toegangsvoorwaarden worden vastgesteld door de coordinations de soins et services à domicile. Er werden geen wachttijden vermeld.

Reacties uit het werkveld

Volgens een actor uit de niet-medische thuiszorg zijn ouderen en professionelen onvoldoende op de hoogte van de hulpverlening die aangeboden wordt door ergotherapeuten.

HULP BIJ DE HYGIËNISCHE VERZORGING

Zich wassen, nagels knippen, het haar wassen en kammen zijn dagelijkse handelingen die flink bemoeilijkt kunnen worden door fysieke of psychische problemen van voorbijgaande of blijvende aard. Hulp bij de hygiënische verzorging van ouderen is vaak onmisbaar bij het handhaven in de thuisomgeving en draagt ertoe bij dat ze «zich goed in hun vel voelen».

49 actoren bieden deze hulpverlening thuis aan, 15 in hun activiteitenzetel.

Uit de reacties van het werkveld blijkt dat er te weinig gezins- en bejaardenhulpsters en verzorgenden zijn. Bovendien beschikken de verpleegkundigen over te weinig tijd om de verzorging in goede omstandigheden uit te voeren. Er is vooral nood aan dagelijkse, punctuele hulp van beperkte duur die op korte tijd kan worden ingezet.

I. Hulp bij de hygiënische verzorging thuis

1. Actoren en hun dienstverlening

49 actoren komen bij de oudere thuis voor een medisch of niet-medisch toilet, medische of niet-medische voetverzorging en haarverzorging.

Het medisch toilet^[33] maakt deel uit van de verpleging. De gezins- en bejaardenhulpster en de verzorgende mogen een niet-medisch toilet geven dat vaak gepaard gaat met hulp bij het opstaan en/of het slapengaan, het aankleden en het ontbijt.

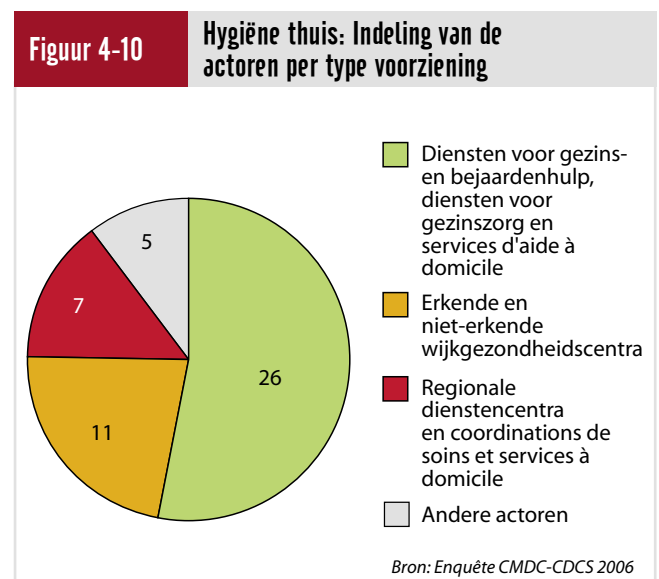
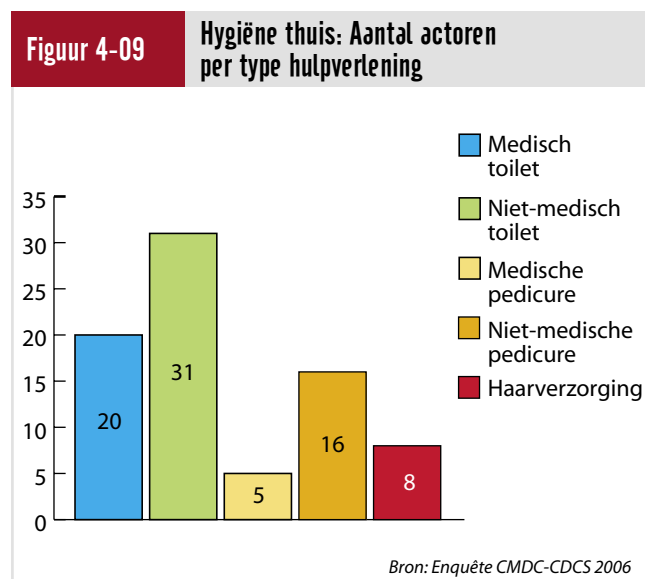
Nagels worden verzorgd door pedicures of podologen. Sommige gezins- en bejaardenhulpsters en verzorgenden kregen een opleiding in niet-medische voetverzorging.

Enkele actoren bieden alle mogelijke hulp bij de hygiënische verzorging, andere slechts één of twee prestaties.

5 van de 49 actoren bieden alle mogelijke hulp, 22 werken enkel met gezins- en bejaardenhulpsters of verzorgenden, 14 bieden enkel verpleging of nagelverzorging aan (2 maisons médicales hebben een overeenkomst met een zelfstandige podoloog of pedicure), 8 zorgen ervoor dat een kapper aan huis komt.

Het merendeel van de actoren behoort tot 3 types diensten. (Figuur 04-10)

Eén maison médicale heeft geen erkenning. Onder de «andere actoren» bevinden zich 1 gemeentelijke dienst voor sociale actie, 1 medische dienst van een centre d'action sociale globale en 3 niet-erkende actoren uit het verenigingsleven, waaronder 2 vrijwilligersnetwerken.



³³ De definitie staat in de verklarende woordenlijst op p. 198.

2. Ruimtelijke dekking van het aanbod

Wat het aantal actoren voor hygiënische verzorging thuis betreft vertonen de gemeenten weinig onderlinge verschillen. Initiatieven van actoren uit het verenigingsleven op gemeentelijke schaal en diensten die wijkgericht werken versterken licht het aanbod in enkele delen van de eerste gordel, in Jette, in de omgeving van de Modelwijk in Laken en in Oudergem.

De ouderen in het Brussels Gewest kunnen kiezen uit 13 actoren: 12 ervan werken op gewestelijke schaal en alle gemeenten worden gedekt door een actor die in een of meer gemeenten actief is.

De bewoners van Anderlecht, Brussel-Stad, Etterbeek, Ganshoren, Koekelberg, Sint-Jans-Molenbeek en Sint-Pieters-Woluwe kunnen enkel op deze actoren een beroep doen.

Sommige ouderen kunnen gebruik maken van het aanbod van een, twee of drie extra actoren. Enkele wijken in Jette en Schaarbeek beschikken over het grootste aanbod.

De wijkactoren bestrijken min of meer de Noordwijk, Maalbeek-Europa en omgeving, de Marollen, Kuregem en een deel van Anderlecht ten zuiden van Kuregem, Bockstael-Willems en een deel van Laken en Jette^[34]. (Kaart 4-07)

Op het eerste gezicht bieden de actoren uit de sector van de medische en de niet-medische thuiszorg verbonden aan lokale besturen en maisons médicales actief in een of meerdere gemeenten, een groot deel van de hulpverlening. Dit wordt echter genuanceerd door het aanbod van de diensten voor medische en niet-medische thuiszorg die actief zijn in het hele gewest. Deze actoren zijn weliswaar minder talrijk maar beantwoorden zeer veel hulpvragen. (Figuur 4-11)

3. Temporele toegankelijkheid

14 van de 49 actoren werken na 17.30 uur en 14 hebben een wachtdienst. Het betreft de regionale dienstencentra en coordinations de soins et services à domicile, de maisons médicales en de dienst voor gezins- en bejaardenhulp van een OCMW.

4. Financiële toegankelijkheid

De actoren hanteren het derdebetalersysteem voor de medische toiletten. Deze verzorging is inbegrepen in het

abonnement betaald door de patiënten van 4 maisons médicales die in een forfaitair systeem werken.

Op de hygiënische verzorging door de gezins- en bejaardenhulpsters of verzorgenden zijn de barema's van de VG, de GGC en de COCOF van toepassing. Deze hangen af van het inkomen^[35].

Voor voetverzorging betalen ouderen met een RVV-statuut € 14,50, zonder RVV-statuut € 15,50.

De enige actor die de prijs voor verzorging door een podoloog vermeldt, rekent € 20 aan.

De prijs voor de kapper hangt af van de vraag van de klant.

5. Toegangsvoorwaarden

Voor verpleging en verzorging door een podoloog is een doktersvoorschrift vereist. Voor het derdebetalersysteem zijn ziekenfondsvignettes en/of de SIS-kaart nodig.

Voor de hulp van de gezins- en bejaardenhulpster en de verzorgende en verzorging door een pedicure wordt een bewijs van het inkomen gevraagd. 35 diensten voeren een sociale enquête uit.

6. Wachttijden

De opgegeven wachttijden voor verpleging bedragen 1 tot 7 dagen en hangen af van de hoogdringendheid van de vraag.

De wachttijden voor gezins- bejaardenhulp en gezinszorg schommelen tussen 7 en 270 dagen^[36].

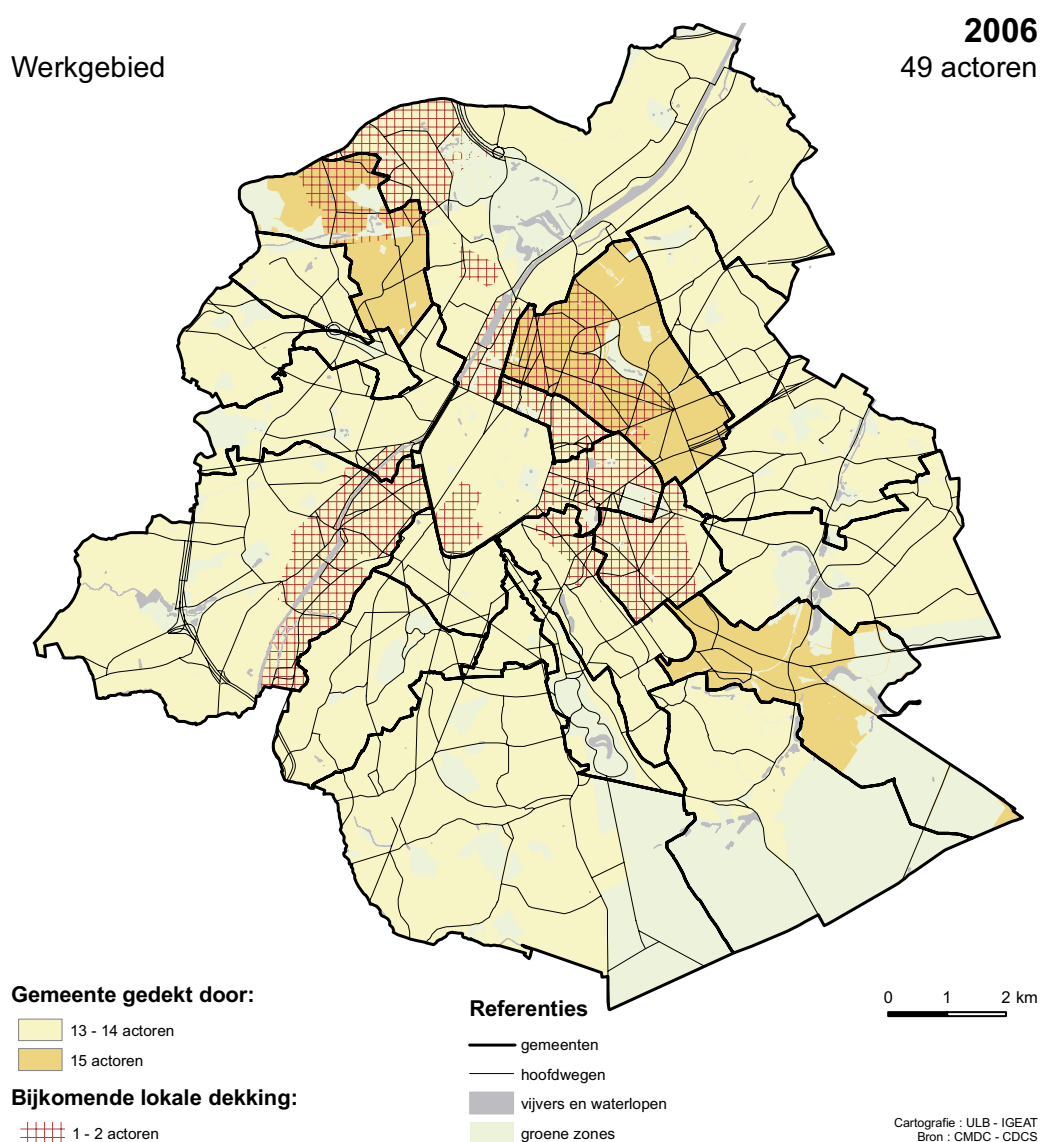
TOELICHTING

De meeste diensten voor gezins- en bejaardenhulp en voor gezinszorg organiseren hun dienstverlening in blokken die een voormiddag of namiddag beslaan. De gezins- en bejaardenhulpsters en de verzorgenden gaan zelden meer dan een of twee keer per week bij de gebruiker langs en bieden slechts sporadisch hulp in het weekend. Het is bijgevolg moeilijk om dagelijkse hulp bij het niet-medisch toilet te organiseren.

³⁴ Voor meer informatie zie tabel 4-08 op p. 184.

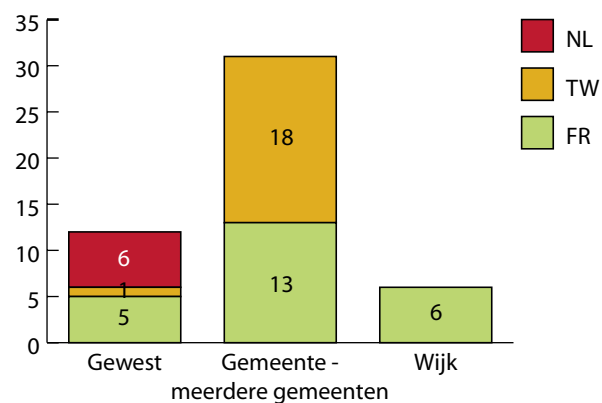
³⁵ Tabel met de barema's op p. 130.

³⁶ Voor meer informatie zie Hulp bij de dagelijkse taken op p. 130.



Figuur 4-11

Hygiëne thuis: Spreiding van de ruimtelijke dekking van het aanbod



Bron: Enquête CMDC-CDCS 2006

II. Hulp bij de hygiënische verzorging buitenshuis

1. Actoren en hun dienstverlening

15 diensten bieden hulp bij de hygiënische verzorging aan in hun lokalen.

12 actoren beschikken over een pedicure, 2 over een manicure, 3 over een kapper, 4 bieden de mogelijkheid om te douchen.

Onder de actoren bevindt zich een dienst voor gepensioneerden van een ziekenfonds, een ontmoetingscentrum voor de derde leeftijd en actoren die werken in het kader van de buurtgerichte sociale hulp^[37] (6 lokale dienstencentra, 6 contactcentra van de stad Brussel en een wijkrestaurant van een dienst voor thuislozen en kansarmen).

2. Ruimtelijke dekking van het aanbod

Ook hier vertoont de dekking weinig variatie. Het aantal actoren ligt echter beduidend lager.

Eén actor is toegankelijk voor alle Brusselse ouderen. Deze Nederlandstalige dienst is verbonden aan een ziekenfonds en richt zich dus enkel tot zijn leden. De bewoners van Sint-Agatha-Berchem, Sint-Joost-ten-Node, Schaarbeek, Evere, Sint-Pieters-Woluwe, Sint-Lambrechts-Woluwe, Oudergem en Watermaal-Bosvoorde die niet aangesloten zijn bij dit ziekenfonds kunnen dus op geen enkele actor een beroep doen.

Sommige ouderen kunnen een beroep doen op 1, 2 of 3 andere actoren.

De wijkactoren bestrijken een groot deel van Brussel-Stad en de wijk Aumale – Wayez in Anderlecht.

Aangezien de actoren de hulpverlening uitsluitend in hun activiteitszetel aanbieden is hun lokalisatie uiterst belangrijk. De bewoners van Brussel-Stad, Sint-Jans-Molenbeek, Jette, Etterbeek, Ukkel, Vorst en de wijk Aumale-Wayez beschikken dan ook over het grootste aanbod. (Kaart 4-08)

Het aanbod in de gemeenten wordt hoofdzakelijk verzekerd door de lokale dienstencentra. Een wijkgericht aanbod wordt verstrekt door de contactcentra van de Stad Brussel. (Figuur 4-12)

3. Temporele toegankelijkheid

Alle diensten zijn open op werkdagen tijdens de kantooruren.

Pedicures, manicures en kappers komen eenmaal per week of om de veertien dagen volgens afspraak.

4. Financiële toegankelijkheid

Naargelang de actoren bedraagt de prijs voor de pedicure € 7,44 tot € 14.

De kapper rekent € 9 tot € 25 afhankelijk van de dienstverlening.

Voor een douche wordt een vast bedrag (gratis of € 1,25) gevraagd of schommelt de prijs tussen € 2,50 en € 5 naargelang het inkomen.

5. Toegangsvoorwaarden

14 van de 15 actoren stellen voorwaarden inzake de woonplaats.

Voor pedicure, manicure en kapper moet doorgaans een afspraak worden gemaakt.

De dienstverlening van een lokaal dienstencentrum is enkel bestemd voor de bezoekers van het centrum.

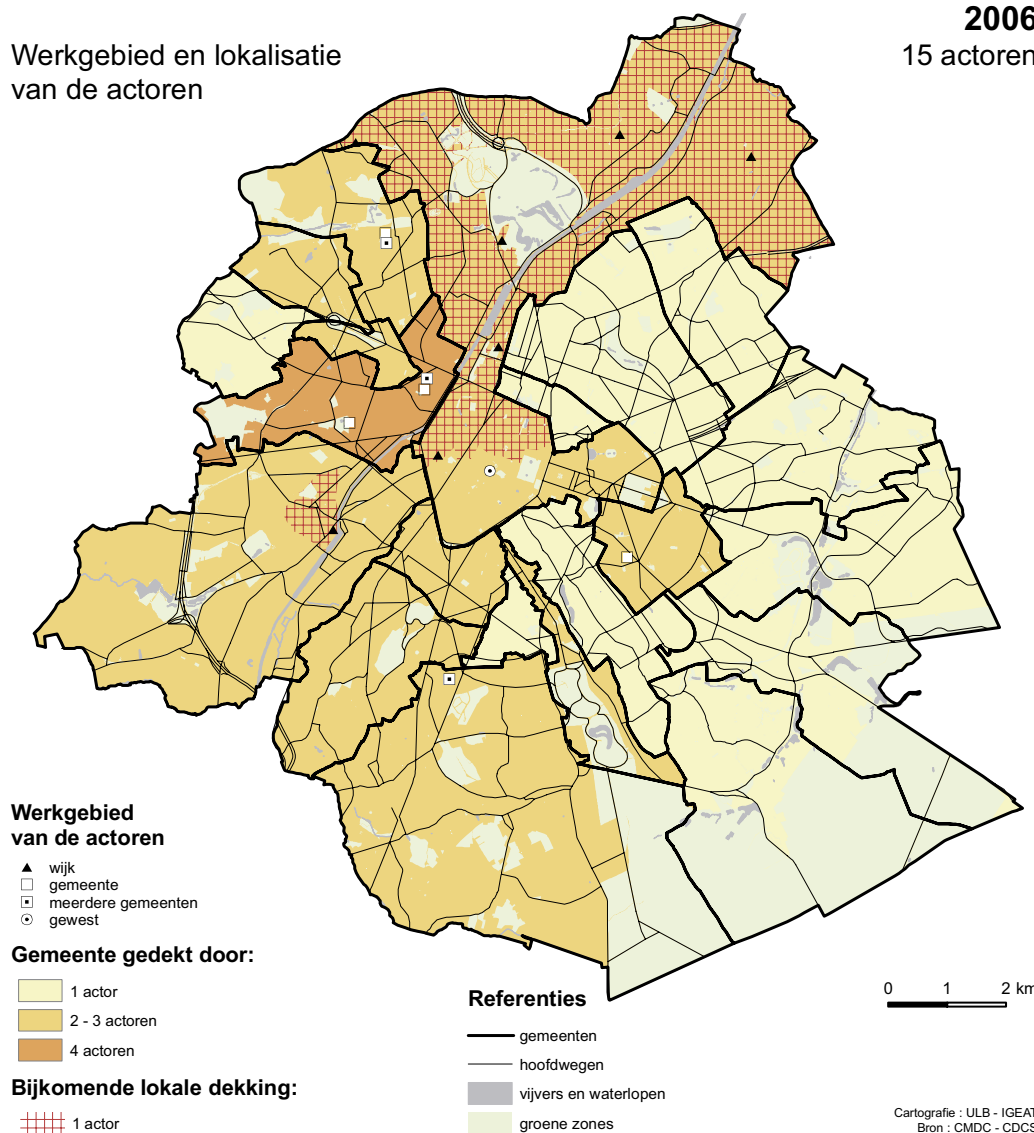
TOELICHTING

Hulp bij de hygiënische verzorging wordt aangeboden aan mobiele maar niet erg bemiddelde ouderen.

³⁷ Zie lijst van de voorzieningen per type hulpverlening op de achterflap.

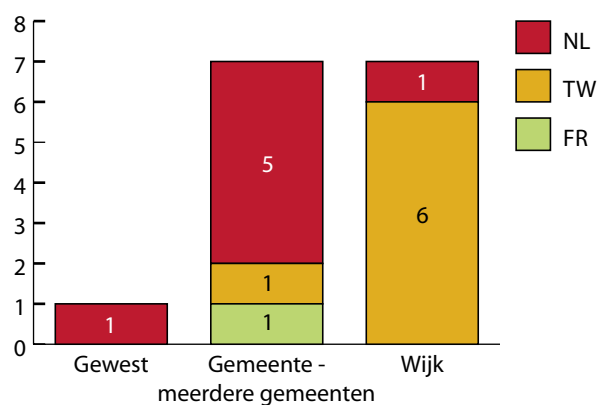
Werkgebied en lokalisatie
van de actoren

2006
15 actoren



Figuur 4-12

Hygiëne buitenshuis: Spreiding van de ruimtelijke dekking van het aanbod



Bron: Enquête CMDC-CDCS 2006

Reacties uit het werkveld

Het tekort aan verpleegkundigen, gezins- en bejaardenhelpsters en verzorgenden komt ruim aan bod in de reacties uit het werkveld bij de behoefte aan verpleging en hulp bij de dagelijkse taken. Maar de actoren uit het werkveld belichten hier specifieke problemen in verband met de nood aan hulp bij de hygiënische verzorging: *«Er zijn te weinig verpleegkundigen: medische toiletten worden soms pas op de middag en zelfs om 14 uur uitgevoerd! Dat is niet erg respectvol», «Er is een gebrek aan dagelijkse hulp door gezins- en bejaardenhelpsters bij de niet-medische toiletten: ze komen slechts 1 of 2, in het beste geval 3 maal per week en nooit in het weekend. De mantelzorgers moeten er de rest van de week zelf voor zorgen. Maar wat als er geen mantelzorgers zijn?».*

Er komen te veel verschillende hulpverleners bij de oudere over de vloer. Uit respect voor de intimiteit van de patiënt (vooral bij incontinentieproblemen) is het aangewezen dat steeds dezelfde hulpverlener verzorging aanbiedt.

Ook voor deze behoefte wordt te weinig soepelheid aan de dag gelegd op het vlak van de dienstverlening door de gezins- en bejaardenhelpsters en verzorgenden en op het vlak van de organisatie van de hulp.

De wijze waarop het werk van gezins- en bejaardenhelpsters en verzorgenden wordt georganiseerd, namelijk in blokken van ± 3 uur, een- of tweemaal per week, is niet altijd afgestemd op de behoeften van sommige ouderen.

Deze ouderen hebben nood aan:

- dagelijkse hulp gedurende 1 uur, anderhalf uur bij het opstaan, het ontbijt of de inname van medicijnen.
- «hulp in het weekend (voor niet-medisch toilet)».

De actoren signaleren: *«Een overduidelijk gebrek aan nagelverzorging (pedicure en vooral podologen)», «De niet-terugbetaling van de podologische verzorging aan huis door het Riziv», «De te hoge kostprijs van de voetverzorging aan huis indien deze niet wordt uitgevoerd door gezins- en bejaardenhelpsters of verzorgenden».*

«Er zijn te weinig kappers die aan huis komen, de kapsels zijn te oubollig».

De Nederlandstalige en tweetalige actoren wijzen op het gebrek aan Nederlandskundige hulpverleners: *«Er is een schrijnend tekort aan Nederlandskundige gezins- en bejaardenhelpsters en verpleegkundigen, zowel aan huis als in de residentiële sector».*

ONDERSTEUNING VAN DE GEESTELIJKE GEZONDHEID

Ouderen hebben soms nood aan psychologische ondersteuning, psychotherapeutische begeleiding of een behandeling met medicijnen ... Talrijke omstandigheden zoals hun oppensioenstelling, eenzaamheid, het verlies van zelfredzaamheid, agressie of mishandeling, neurologische problemen kunnen hiertoe aanleiding geven.

De reacties uit het werkveld zijn zeer talrijk. De hulpverleners signaleren de noodzaak de oudere een zinvolle plaats in onze samenleving te geven, de problematiek van eenzaamheid en isolement, zelfmoord, mishandeling, het gebrekkige aanbod aan psychologische en psychiatrische ondersteuning aan huis en de kostprijs ervan. Respect voor ouderen, voor hun persoonlijke keuze en de permanente nood aan psychische mobilisering van mensen die hun fysieke zelfredzaamheid verliezen staan centraal.

41 actoren bieden hulpverlening aan huis. 14 actoren uitsluitend in hun activiteitszetel. De twee types hulpverlening worden apart behandeld.

- 6 actoren bieden psychosociale ondersteuning in het kader van de niet-medische thuiszorg. Een van de actoren organiseert bovendien toezicht op ouderen die te veel medicijnen hebben ingenomen.

Het betreft diensten voor gezinszorg, diensten voor palliatieve thuiszorg, een centrum voor algemeen welzijnswerk van een ziekenfonds (ICAW) en een dienst voor thuiszorg van een OCMW.

- 3 centra voor telefonische hulpverlening gespecialiseerd in zelfmoordpreventie of psychosociale crisishulp zijn dag en nacht bereikbaar.
- 1 levensbeschouwelijke organisatie biedt morele ondersteuning aan door morele consulenten thuis.
- 1 vrijwilligersnetwerk verstrekt morele hulp aan huis of per telefoon bij eenzaamheid of depressie.

5 van de 41 actoren werken volledig of gedeeltelijk met vrijwilligers. 4 ervan geven hen een specifieke vorming.

I. Hulpverlening aan huis

1. Actoren en hun dienstverlening

41 actoren gaan op huisbezoek indien nodig of bieden telefonische hulp.

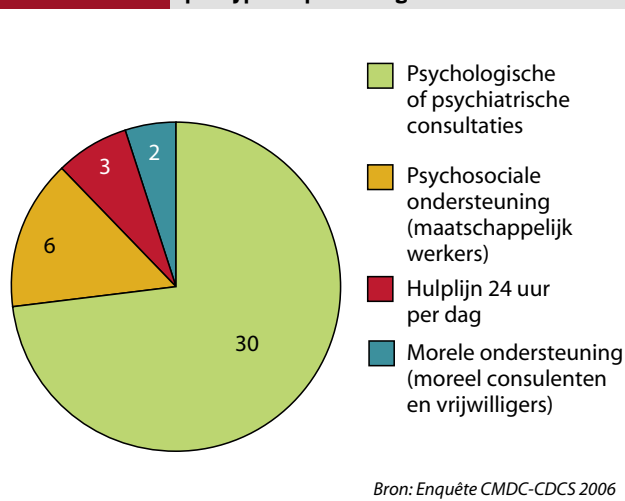
De hulpverlening kan als volgt worden voorgesteld:

- 30 actoren bieden psychologische of psychiatrische consultaties aan.

Het betreft diensten en centra voor geestelijke gezondheidszorg, services de santé mentale, maisons médicales, 1 coordination de soins et services à domicile, 1 regionaal dienstencentrum, 1 dienst gespecialiseerd in de kankerproblematiek.

Figuur 4-13

Geestelijke gezondheid: Indeling per type hulpverlening



2. Ruimtelijke dekking van het aanbod^[38]

De ruimtelijke dekking varieert weinig tussen de gemeenten onderling.

Indien geen rekening wordt gehouden met de specifieke kenmerken van de diensten hebben de ouderen uit het Brussels Gewest toegang tot minimum 14 actoren: 13 actoren werken op gewestelijke schaal en alle gemeenten behoren tot het werkgebied van minstens één actor die in een of meer gemeenten actief is.

Schaarbeek, Elsene, Sint-Gillis, Vorst en wijken zoals de Marollen, Matonge, Noord en Middaglijn (grondgebied van Sint Joost-ten-Node en omgeving) beschikken over een iets groter aanbod. (Kaart 4-09)

De diensten voor geestelijke gezondheidszorg en de services de santé mentale zijn hoofdzakelijk in een of meer gemeenten actief. De Nederlandstalige actoren werken eerder op gewestelijke schaal. (Figuur 4-14)

3. Temporele toegankelijkheid

22 actoren bieden eveneens hulp na 17.30 uur, waarvan 17 eenmaal per week. Dit beperkt het aanbod aan hulp op het vlak van de relatie tussen de oudere en de mantelzorger indien de laatste een beroepsactiviteit heeft.

Het betreft 2 maisons médicales, 1 levensbeschouwelijke organisatie, 1 dienst voor palliatieve thuiszorg en 1 regionaal dienstencentrum. 16 services de santé mentale en 1 centrum voor geestelijke gezondheidszorg zijn één avond in de week toegankelijk na 17.30 uur.

5 actoren beantwoorden de hulpvraag tijdens de kantooruren, na 17.30 uur en in het weekend.

Het betreft 3 centra voor telefonische hulpverlening, 1 vrijwilligersnetwerk en 1 dienst voor thuiszorg die toeziet op de inname van medicijnen.

1 dienst gespecialiseerd in de kankerproblematiek werkt overdag in de week en op zaterdag.

4. Financiële toegankelijkheid

De psychosociale ondersteuning door diensten voor medische en niet-medische thuiszorg of in het kader van een sociale raadpleging, de telefonische hulpverlening, de morele hulpverlening en de hulpverlening door vrijwilligers zijn gratis.

Het tarief voor een psychologische of psychiatrische consultatie bedraagt naargelang de financiële situatie van de gebruiker € 0 tot € 37,50 (eventueel na terugbetaling van het ziekenfonds).

De actoren uit de geestelijke gezondheidssector vragen doorgaans € 0 tot € 15. Een coordination de soins et services à domicile organiseert thuisconsultaties door zelfstandige psychologen voor een bedrag van € 20 tot € 30, een andere actor vraagt € 37,50. 2 maisons médicales werken in een forfaitair systeem, waarin de psychologische en psychiatrische consultaties opgenomen zijn.

Alle centra voor geestelijke gezondheidszorg, diensten voor geestelijke gezondheidszorg en services de santé mentale hanteren het derdebetalersysteem voor psychiatrische consultaties.

5. Wachttijden en toegangsvoorwaarden

De opgegeven wachttijden bedragen 1 tot 30 dagen maar liggen meestal tussen 7 en 30 dagen.

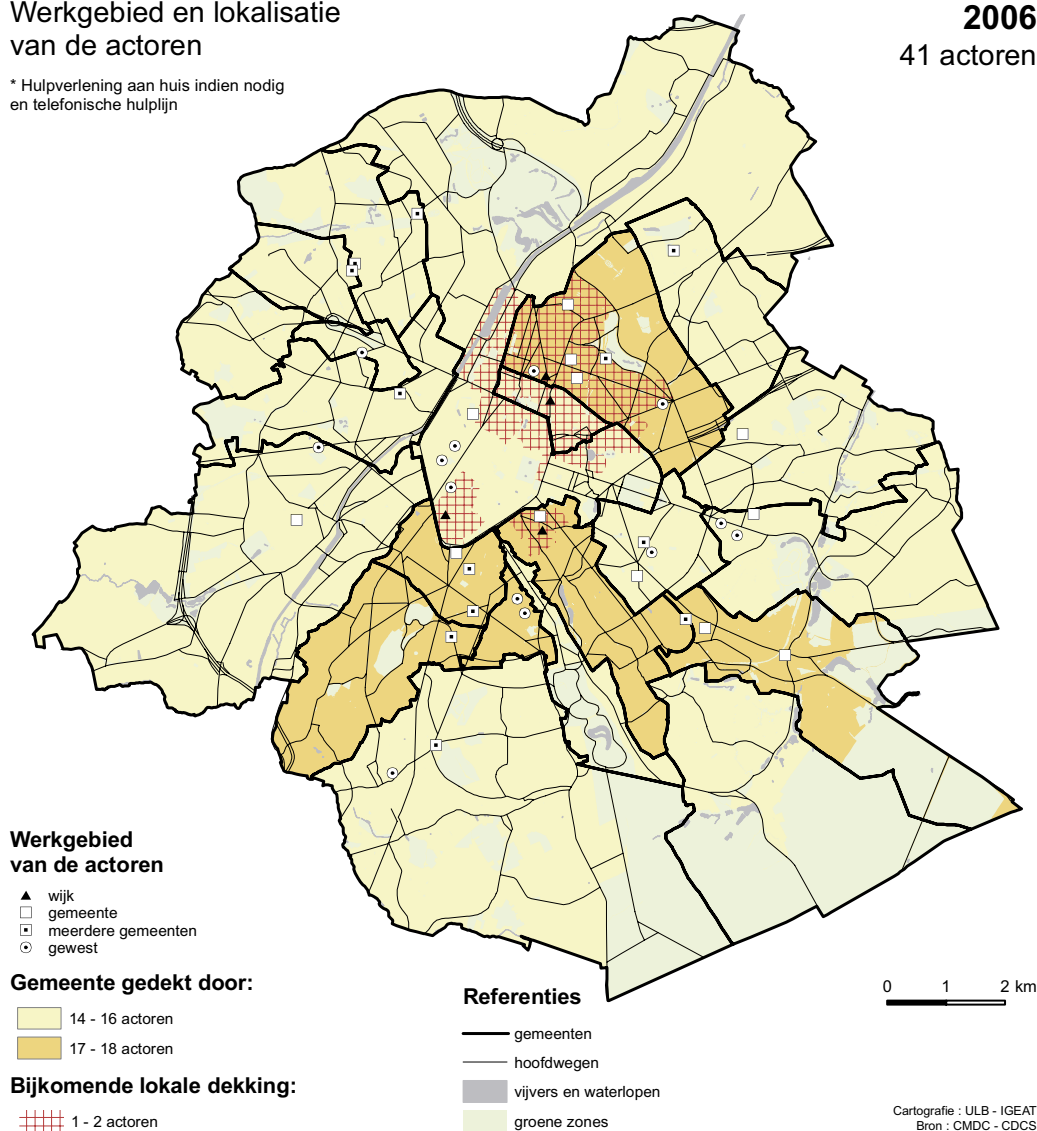
De diensten voor medische en niet-medische thuiszorg bieden psychosociale ondersteuning aan de ouderen die geholpen worden in het kader van een ruimer hulpverleningsaanbod.

³⁸ Zie bijkomende informatie in tabel 4-09 op p. 185.

Werkgebied en lokalisatie van de actoren

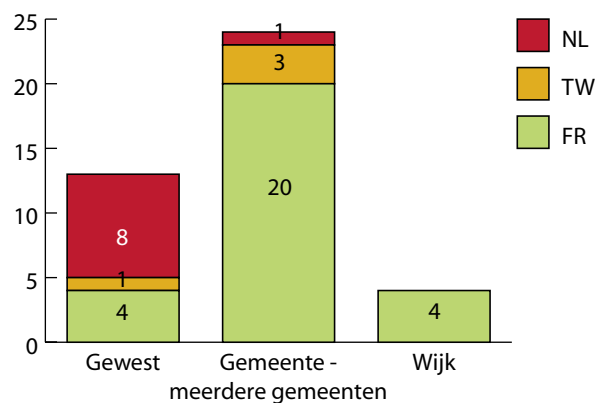
* Hulpverlening aan huis indien nodig en telefonische hulplijn

2006
41 actoren



Figuur 4-14

Geestelijke gezondheid: Spreiding van de ruimtelijke dekking van het aanbod



Bron: Enquête CMDC-CDCS 2006

II. Ander hulpverleningsaanbod

14 actoren voorzien in de behoefte aan ondersteuning van de geestelijke gezondheid maar komen niet aan huis.

- 8 actoren organiseren psychosociale, psychologische of psychiatrische consultaties in hun lokalen.

2 diensten voor geestelijke gezondheidszorg – waaronder een dienst van een gemeente – 2 services de santé mentale, 1 tweewekelijkse permanentie van een centrum voor geestelijke gezondheidszorg in een lokaal dienstencentrum, 2 maisons médicales en 1 centrum voor algemeen welzijnswerk (CAW).

- 2 actoren verlenen specifieke hulp bij de ziekte van Alzheimer: luisterbereidheid, ondersteuning door vrijwilligers, geheugenateliers, Alzheimer-café, ...

Het betreft 1 dienst voor niet-medische thuiszorg van een gemeentelijke dienst voor sociale actie en 1 actor uit het verenigingsleven gespecialiseerd in de problematiek.

- 4 actoren organiseren praatgroepen of relaxatiesessies.

2 christelijk geïnspireerde zelfhulpgroepen³⁹ (1NL-1FR) voor weduwen en weduwnaars en 2 diensten (NL) actief in de socioculturele sector.

Een maison médicale onderstreept zijn rol als eerstelijnsdienst in de geestelijke gezondheid. Uiteraard vervullen alle huisartsen deze functie via diagnosestelling, verzorging, ondersteuning en begeleiding.

De welzijnswerkers bieden eveneens een luisterend oor, ondersteuning en begeleiding binnen hun werkkader.

De rol van de ziekenhuizen op het vlak van de geestelijke gezondheid valt buiten het bestek van deze inventaris.

Reacties uit het werkveld

De reacties omtrent deze behoefte werden ingezameld op basis van de enquête maar vooral aan de hand van de gesprekken met sleutelactoren uit de sector van de geestelijke gezondheid, de medische en niet-medische thuiszorg en de sociale hulpverlening.

- Zoals reeds vermeld moet de strijd tegen eenzaamheid en isolement centraal staan. Wanneer door gezondheidsproblemen de mobiliteit afneemt loert niet alleen het fysieke maar ook het psychische isolement om de hoek: *«Mobiliteitsproblemen gaan gepaard met vereenzaming, gebrek aan activiteit, in zichzelf gekeerd raken, irrationele angsten. Om deze vicieuze cirkel te doorbreken heeft de oudere nood aan een therapeutisch gesprek, aan psychische mobilisering».*

- Dit isolement kan leiden tot zelfmoord. Zelfmoord bij ouderen wordt vaak onderschat en gebanaliseerd. Hulpverleners en mantelzorgers worden echter alsmaar vaker geconfronteerd met zelfmoordgedachten en zelfmoord. Uit cijfers van het Centrum ter Preventie van Zelfmoord blijkt dat 1 op de 10 bellers naar de Zelfmoordlijn ouder is dan 60.

De belangrijkste redenen voor zelfmoordgedachten zijn verlieservaringen, depressie, eenzaamheid, het gevoel niet meer mee te tellen, het verlies van controle, van eigenwaarde, status, een leven zonder zin, zonder structuur. De zelfmoord van ouderen vormt een aanwijzing voor het gevoel van onbehagen in de samenleving met betrekking tot het ouder worden.

³⁹ Ter herinnering: er werden 302 vragenlijsten verstuurd naar de parochies, moskeeën, synagoges en vrijzinnige organisaties. Slechts 3 parochies en 1 levensbeschouwelijke organisatie gaven te kennen dat hun activiteiten in de opzet van de enquête pasten.

- Depressiesymptomen worden niet altijd herkend: *«Ouderen vormen een risicogroep voor zelfmoord. Depressiesymptomen worden verward met symptomen van het ouder worden», «De hulpverleners uit de medische en de niet-medische thuiszorg krijgen onvoldoende vorming en informatie inzake mentale pathologieën».*
 - De oudere die zich in een toestand van psychologisch onbehagen of depressie bevindt raakt in zichzelf gekeerd en wordt fysiek immobiel wat aandoeningen als artritis en artrose in de hand kan werken.
 - Zeer weinig ouderen zetten de stap naar psychologische hulp: de vraag gaat meestal uit van hulpverleners of mantelzorgers. Ondanks het lage aantal spontane hulpvragen is er *«een gebrek aan psychiaters aan huis en aan thuisconsultaties».* Daarnaast vormt de kostprijs een probleem: *«De kosten voor het huisbezoek van de psycholoog worden niet terugbetaald behalve in het kader van de palliatieve zorg», «Er is een gebrek aan diensten die psychologische ondersteuning aan huis aanbieden tegen een betaalbare prijs».*
 - Mantelzorgers ervaren soms relationele problemen bij ouderen met psychologische problemen, stemmingswisselingen, dementie, angsten of neurologische syndromen zoals de ziekte van Alzheimer.
- De oprichting van psychologische diensten die gratis hulp verlenen aan mantelzorgers met relationele problemen wordt door een actor uit de niet-medische thuiszorg als **oplossing** naar voor geschoven.
- Tenslotte vestigen hulpverleners de aandacht op het probleem van de ouderenmis(be)handeling. *«De meeste slachtoffers zijn vrouwen die vaak dag en nacht zorg nodig hebben (het risico op misbehandeling neemt toe met de graad van afhankelijkheid)».*
- Ouderenmis(be)handeling kan verschillende vormen aannemen zoals psychische en psychologische misbehandeling (meest frequent), financiële misbehandeling, misbruik van volmachten, verwaarlozing door het ontzeggen van de noodzakelijke verzorging of aandacht en affectie.
- Door de verschillende vormen van afhankelijkheid (fysiek, psychologisch of sociaal) neemt de afhankelijkheid van de oudere toe. Hoe groter het verlies aan autonomie hoe meer de oudere nood aan aandacht heeft en hoe groter de belasting wordt. Incontinentie bijvoorbeeld veroorzaakt meer werk voor de zorgverleners en kan leiden tot isolement en afkeer voor de oudere. Bovendien is het zeer moeilijk om te gaan met karakterstoornissen en aftakelende intellectuele functies vooral als ze met agressiviteit gepaard gaan.
- Misbehandeling thuis is vaak het gevolg van uitputting van de mantelzorger.
- Talrijke initiatieven zagen reeds het licht. Toch blijft verdere reflectie, op alle niveaus, over goede behandeling noodzakelijk. Om tot een klimaat van goede behandeling te komen zijn een hechte netwerking, communicatie en een leefproject vereist dat voor iedereen een meerwaarde betekent en waarin alle betrokkenen ruimte krijgen (de oudere, zijn familieleden en de beroepskrachten).

TRANSVERSALE REACTIES UIT HET WERKVELD

Veel van de door het werkveld aangekaarte problemen zijn fundamenteel en overstijgen de behoefte aan medische en paramedische verzorging. Ze belichten de wijze waarop de hulpverlening en de relatie met afhankelijke ouderen moeten worden verwezenlijkt:

«De hulpverlening aan huis moet niet alleen rekening houden met het gezondheids- en medisch-sociale aspect maar ook met de psychologische, relationele, culturele en sociale dimensie van ouderen».

■ Ouder worden gaat met specifieke problemen gepaard. Maar tegenwoordig hebben ouderen almaal later behoefte aan hulp. Op pensioenleeftijd hebben ze gemiddeld nog 16,8 jaar (mannen) of 20,7 (vrouwen)^[40] voor de boeg die ze in de beste en meest zinvolle omstandigheden willen doorbrengen.

Zodra ze hun autonomie verliezen en hulp nodig hebben wordt hun positie in de samenleving, in hun familie, bij hun vrienden kwetsbaar en in het gedrang gebracht.

De hulpverleners die een zware werklast hebben beperken zich tot de zorgvragen en hebben geen tijd om:

- *«aandacht te besteden aan het algemeen welzijn van de oudere»* en zijn behoeften op sociaal, psychologisch en cultureel vlak. **De oudere moet in zijn totaliteit en respectvol worden beschouwd.**
- **«de oudere de nodige tijd te bieden om een beslissing te nemen over zijn toekomstige leefsituatie».** Het werkveld wijst erop dat de beslissing te vaak en te snel door de mantelzorgers of hulpverleners wordt genomen waarbij er te weinig aandacht is voor de wensen en het persoonlijke parcours van de oudere: *«We moeten ons rekenschap geven van de tijd die de oudere nodig heeft om voorstellen inzake verzorging of leefsituatie te aanvaarden of af te wijzen», «De oudere de keuze laten houdt zelfs in dat we het risico nemen dat hij zichzelf in gevaar brengt», «We moeten oog hebben voor de integriteit van de oudere en aandacht hebben voor zijn levensparcours en niet alleen voor de crisissituatie».* *«Op welke manier kunnen we rekening houden met de verlangens van de ouderen en hun keuzes respecteren?»* is dan ook een fundamentele vraag.

■ Veldwerkers verwijzen naar het **«probleem van de tijd die verloopt tussen de ziekenhuisopname en de toekomstige leefsituatie»**. De duur van de opname is sterk verminderd. Dagopnames worden steeds couranter en opnames die vroeger 3 weken duurden worden vaak beperkt tot een verblijf van maandag tot vrijdag. *«Bij een korte opname is het moeilijk om een coherent plan voor de terugkeer van de ouderen voor te stellen. Soms weten ze zelfs niet welke toekomstplannen de hulpverleners voor hen in petto hebben! Er is dringend coördinatie nodig tussen de voorzieningen voor gespecialiseerde zorg en de actoren in de thuissector om de hulpverlening soepel te laten verlopen».*

Talrijke actoren uit de medische en de niet-medische thuiszorg getuigen in dit verband van *«plotse ziekenhuisontslagen, zonder medicijnen, niets voorbereid»* wat concreet betekent dat ouderen de vrijdag het ziekenhuis verlaten zonder medicijnen, zonder informatie over verbanden en producten die gekocht moeten worden voor de verpleging, zonder te weten of snel hulp kan worden geregeld, of hun woning verwarmd is, of er voldoende levensmiddelen in huis zijn, enz.

De vrijmaking van middelen voor de organisatie van overlegmomenten, voor de coördinatie tussen de ziekenhuizen en de medische en de niet-medische thuiszorg, voor een verbindingss dossier is dan ook broodnodig. Het gebruik van een zorgplan^[41], zoals reeds bestaat voor de palliatieve zorg en de thuisverzorging, moet gestimuleerd worden.

■ **De problematiek van de levenskwaliteit gekoppeld aan de levensduur** kwam eveneens ter sprake: alle oplossingen die de levenskwaliteit van ouderen verbeteren zijn zinvol maar in een bepaald stadium worden de extra jaren zwaar en belastend. De zorgverleners houden hier niet altijd rekening mee.

⁴⁰ Volgens de huidige cijfers over de gemiddelde levensverwachting.

⁴¹ Zie verklarende woordenlijst op p. 201.

IV. AANBOD TER ONDERSTEUNING VAN DE ACTIVITEITEN VAN HET DAGELIJKS LEVEN

INFORMATIE EN HULP OP ADMINISTRATIEF EN SOCIAAL VLAK

Voor een goed beheer van hun dagelijks leven moeten ouderen op de hoogte zijn van hun rechten inzake pensioen, inkomensgarantie of diverse sociale voordelen, de bestaande diensten kennen en kunnen contacteren en, indien nodig, geholpen worden bij de afwikkeling van complexe situaties of bij hun dagelijkse administratie. Veel ouderen weten echter niet bij welke diensten ze terecht kunnen of op welke financiële tegemoetkomingen ze recht hebben.

1. Actoren en hun dienstverlening

169 actoren bieden informatie en hulp op administratief en sociaal vlak. 14 actoren hebben hun activiteiten gedecentraliseerd via de oprichting van 44 antennes.

Een groot aantal diensten voorzien in deze behoefte. Voor de verschillende actoren die een maatschappelijk assistent of een sociaal verpleegkundige onder hun medewerkers tellen behoort deze hulpverlening tot het eerstelijnswork. De maatschappelijk werker geeft informatie op sociaal vlak en begeleidt de oudere bij alle administratieve formaliteiten.

Het betreft hoofdzakelijk centres de service social, centra voor eerste opvang, centres d'action sociale globale, centra voor algemeen welzijnswerk, coordinations de soins et services à domicile, regionale dienstencentra, centra en diensten voor geestelijke gezondheidszorg, lokale dienstencentra, maisons médicales, alle OCMW's en gemeentelijke diensten voor sociale actie.

Andere actoren voorzien in deze behoefte via de gezins- en bejaardenhelpster en de verzorgende die geregeld contact hebben met de ouderen. Ze worden gesuperviseerd door de maatschappelijk assistent van de dienst die kan ingrijpen bij problemen.

Het betreft enkele diensten voor gezins- en bejaardenhulp en services d'aide à domicile.

De plaatselijke werkgelegenheidsagentschappen (PWA) zorgen voor administratieve hulp via de oprichting van nabijheidsdiensten. De werknemer helpt de oudere bij het invullen van administratieve documenten, stelt brieven op, doet klasseerwerk ...

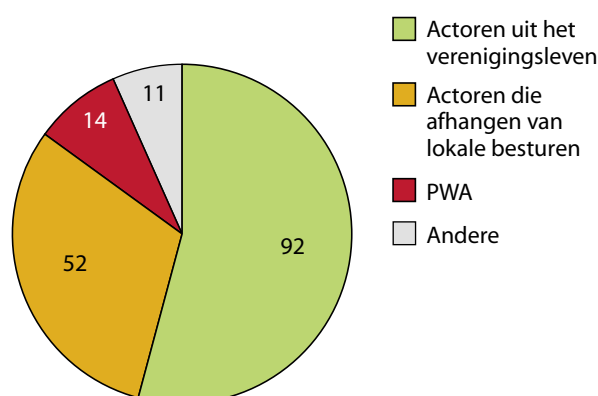
12 PWA's organiseren deze hulp.

Verenigingen actief rond een ziekte (Alzheimer, Parkinson ...) beantwoorden meer specifieke vragen naar informatie.

Alle actoren, op 23 na, komen bij de ouderen aan huis.

Uit figuur 4-15 blijkt dat de sector van het verenigingsleven over het grootste aanbod beschikt. De lokale besturen worden hoofdzakelijk vertegenwoordigd door de OCMW's, de gemeentelijke diensten voor sociale actie en de diensten voor gezins- en bejaardenhulp. In de categorie «andere» bevinden zich de ziekenfondsen en een dienst voor sociale huisvesting.

Figuur 4-15 Informatie: Aard van de actoren



Bron: Enquête CMDC-CDCS 2006

2. Ruimtelijke dekking van het aanbod^[42]

Het aanbod voor deze behoefte is omvangrijk: er zijn minimaal 44 actoren en maximaal 56 actoren actief in de gemeenten. Het minimale aanbod situeert zich in 2 zones. De eerste zone bevindt zich in het noordwesten, meer bepaald in Jette, Ganshoren en Sint-Agatha-Berchem-, het tweede in Evere, Sint-Pieters-Woluwe, Sint-Lambrechts-Woluwe, Oudergem en Watermaal-Bosvoorde. Het gros van de actoren bevindt zich in het centrale deel van het gewest en/of in de nabijheid van gemeentelijke administratieve centra. (Kaart 4-10 en Figuur 4-16)

3. Temporele toegankelijkheid

11 % van de actoren zijn toegankelijk na 17.30 uur.

4. Financiële toegankelijkheid

De dienstverlening van de maatschappelijk assistent is gratis, meer dan 80 % van de actoren vragen geen enkele financiële bijdrage. De diensten voor geestelijke gezondheidszorg vragen een bedrag van €0 tot €20, afhankelijk van de sociale situatie van de oudere.

De PWA-tarieven bedragen €4,95/uur tot €7,45/uur. De PWA-cheques kunnen fiscaal worden afgetrokken. Daarvoor moet de gebruiker belastingplichtig zijn wat niet het geval is voor ouderen die de inkomensgarantie of een klein pensioentje krijgen. Bovendien moet de gebruiker het bedrag van de gebruikte cheques aangeven en alle betalingsbewijzen bewaren.

De barema's voor niet-medische thuiszorg bevinden zich op pagina 130.

5. Toegangsvoorwaarden en wachttijden

De centres de service social, centra voor eerste opvang, centres d'action sociale globale en centra voor algemeen welzijnswerk zijn toegankelijk voor alle Brusselaars.

Maar om gebruik te maken van de dienstverlening van een maatschappelijk assistent of sociaal verpleegkundige van een maison médicale, moet men er soms ingeschreven zijn.

Om een beroep te kunnen doen op de diensten van een PWA moet de gebruiker inschrijvingsgeld betalen, het bewijs van zijn inkomen bezorgen en de procedure volgen voor het aankopen van PWA-cheques.

De helft van de actoren die wachttijden hebben vermeld, bieden hulp uiterlijk de dag na de aanvraag. Twee derde komen binnen de week aan de hulpvraag tegemoet.

Reacties uit het werkveld

Een aantal ouderen kennen de verschillende types diensten niet en zijn niet op de hoogte van de hulp die ze er kunnen krijgen.

Sommige ouderen hebben hulp nodig bij het vervullen van administratieve formaliteiten maar deze hulp wordt niet verzekerd.

Enkele actoren formuleerden deze voorstellen:

- Een gemeentelijke sociale dienst voor ouderen oprichten die zorgt voor de coördinatie van de hulpverleningsnetwerken en de diensten.
- Systematisch informatie verschaffen inzake de dienstverlening voor ouderen.
- Sociale coördinaties voor ouderen oprichten in de gemeenten.
- Een centrale dispatching oprichten voor alle informatie.

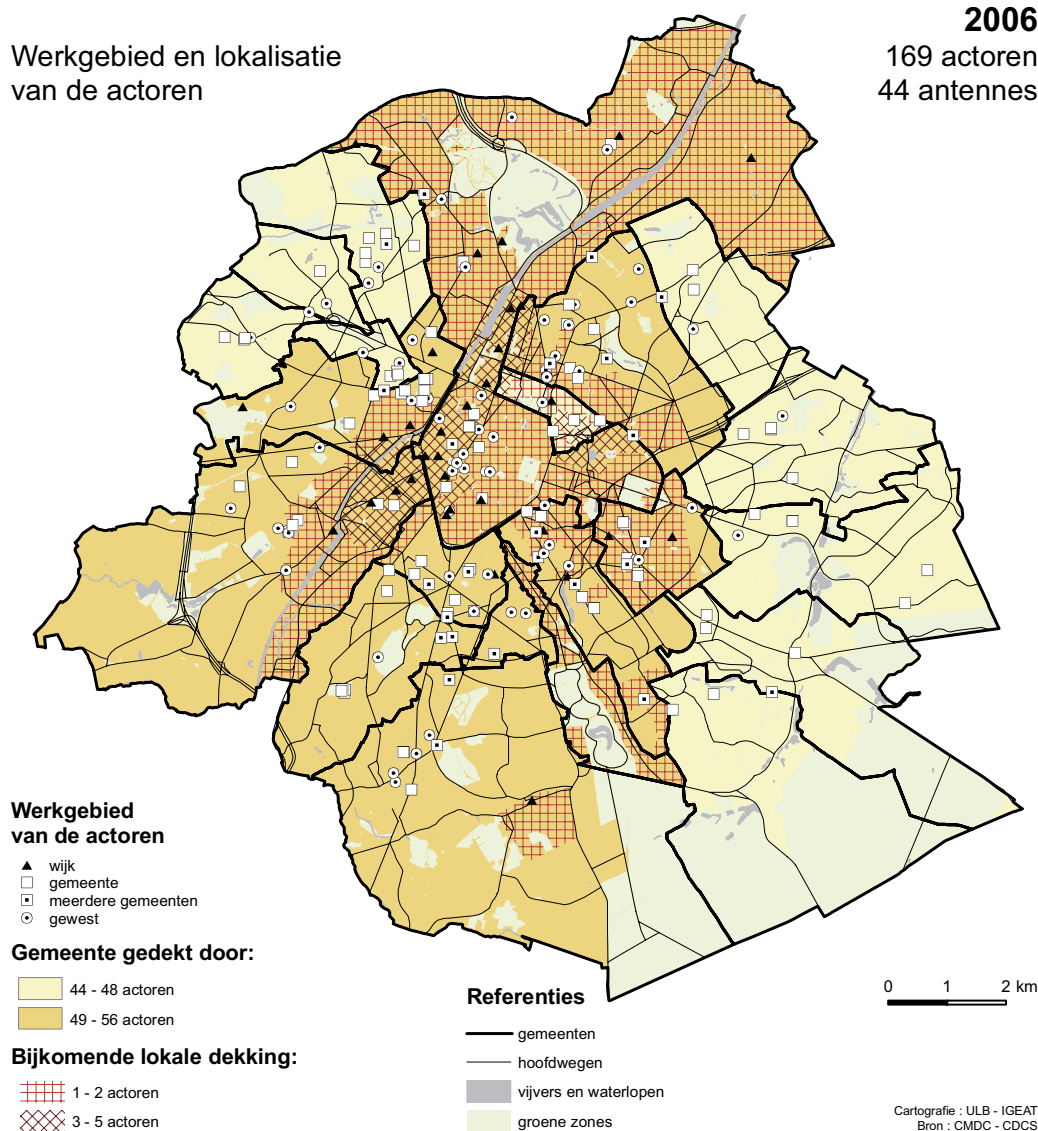
Sommige actoren onderstrepen het belang van de huisbezoeken tijdens dewelke de maatschappelijk werker de werkelijke situatie van de oudere kan beoordelen. Door de goede band die ontstaat met de maatschappelijk werkers voelen de ouderen zich ondersteund.

Een centrum voor eerste opvang van een ziekenfonds is van plan een project op touw te zetten waarbij brieven worden geschreven naar ouderen die in het ziekenhuis zijn opgenomen. Het centrum stelt immers vast dat deze mensen zelden of nooit een maatschappelijk assistent zien. Dankzij het project krijgen ze informatie over de dienstverlening van hun ziekenfonds inzake medische en niet-medische thuiszorg. Het centrum zal ook contact opnemen met de veldwerkers (maatschappelijk assistenten in ziekenhuizen, ...).

⁴² Zie ook de aanvullende gegevens in tabel 4-10 op p. 185.

Werkgebied en lokalisatie
van de actoren

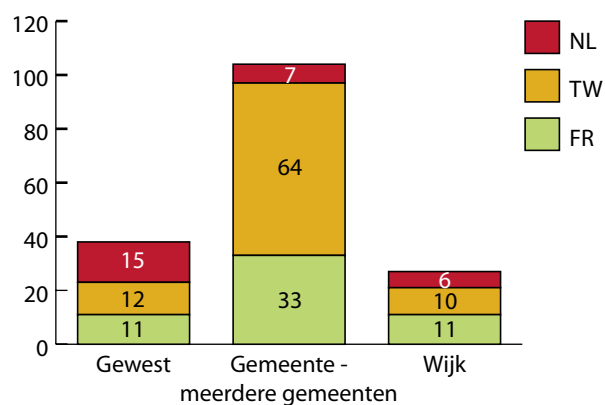
2006
169 actoren
44 antennes



⁴³ Op deze kaart staan ▲ die niet werden gearceerd. Deze symbolen duiden OCMW-antennes aan. Om het aantal actoren die in dezelfde gemeente actief zijn, niet kunstmatig op te drijven wordt het werkgebied van de centrale zetel en de antennes als 1 gemeentelijk werkgebied beschouwd.

Figuur 4-16

Informatie: Spreiding van de ruimtelijke dekking van het aanbod



Bron: Enquête CMDC-CDCS 2006

HULP BIJ DE DAGELIJKSE TAKEN

Voor sommige thuiswonende ouderen is hulp bij dagelijkse taken zoals wassen, strijken, verstellen, het bed opmaken, de woning schoonmaken onontbeerlijk.

Gezins- en bejaardenhelpsters, verzorgenden, poets-hulpen, huishoudhulpen en schoonmakers worden hiervoor ingezet.

57 actoren organiseren hulp bij de dagelijkse taken. Uit de reacties van het werkveld blijkt dat de vraag groter is dan het aanbod. Er is onder andere een gebrek aan personeel en aan organisatorische soepelheid.

1. Actoren en hun dienstverlening

Voor een grotere zichtbaarheid van de dienstverlening worden de 57 actoren opgesplitst in drie grote groepen (Figuur 4-17):

- Ruim de helft van de actoren is werkzaam in de niet-medische thuiszorg^[44]; de hulpverlening wordt geboden door gezins- en bejaardenhelpsters, verzorgenden en poets-hulpen. Sommige actoren zetten huishoudhulpen in als de vraag te groot wordt. De werknemers werken altijd in teamverband en worden omkaderd. Bovendien krijgen ze bijscholing en supervisie.

Het betreft voornamelijk diensten voor gezinszorg, diensten voor gezins- en bejaardenhulp, coordinations de soins et services à domicile en services d'aide à domicile.

- 12 actoren werken in het kader van de promotie van de tewerkstelling. Ze beantwoorden vaak enkel de vraag naar huishoud- of strijkhulp. De schoonmakers krijgen geen specifieke opleiding op het vlak van het behoud in de thuisomgeving en worden slechts zelden omkaderd of gesuperviseerd.

Het betreft voornamelijk niet-commerciële dienstenchequeondernemingen^[45] met onder meer PWA's en buurtdiensten, waaronder een plaatselijk initiatief voor de ontwikkeling van de werkgelegenheid (PIOW).

- 16 actoren zijn actief in de buurtgerichte sociale hulp, de gemeentelijke sociale actie en het wederzijds hulpbetoon en bieden hulp in het kader van kleinere structuren. Ze hebben één of twee poets-hulpen of schoonmakers in dienst, of beschikken over een sociale wasserette of bieden occasionele huishoudelijke hulp aan:

Het betreft interne diensten van sociale diensten, lokale dienstencentra, gemeentelijke diensten voor sociale actie, en 6 niet-erkende actoren uit het verenigingsleven die huishoudelijke hulp verlenen waaronder 3 diensten voor wederzijds hulpbetoon en 1 vrijwilligersnetwerk.

2. Ruimtelijke dekking van het aanbod^[46]

Het aantal dienstverleners varieert weinig tussen de gemeenten onderling.

De ouderen in het gewest kunnen kiezen uit 13 actoren: alle gemeenten hebben minstens 1 dienst opgericht (via gemeente of OCMW) en 12 actoren zijn actief over het hele gewest. Alle Brusselaars hebben zodoende toegang tot de hele sector van de niet-medische thuiszorg en tot 1 actor actief in het kader van de promotie van de tewerkstelling.

Sommige ouderen kunnen een beroep doen op de andere actoren die het aanbod vervullen en actief zijn in een of meer gemeenten of in een wijk. Deze actoren bestrijken voornamelijk Brussel-Stad, Schaarbeek, Evere, Sint-Lambrechts-Woluwe. Elsene, Sint-Agatha-Berchem, Ganshoren en enkele wijken in Anderlecht behoren niet tot hun werkgebied.

De actoren die wijkgericht werken bevinden zich in stadsdelen die over een dicht netwerk van diensten met een zeer lokale uitstraling beschikken: de Marollen, de Noordwijk, de Begijnhofwijk, Kuregem en Sint-Guido. (Kaart 4-11)

Uit figuur 4-18 blijkt dat de meeste actoren in een of meerdere gemeenten actief zijn. Hiertoe behoren andere dan de PWA's en de actoren uit de niet-medische thuiszorg verbonden aan gemeenten en OCMW's.

3. Temporele toegankelijkheid

Alleen een vrijwilligersnetwerk dat hulp biedt aan de bewoners van Oudergem werkt na 17.30 uur en in het weekend.

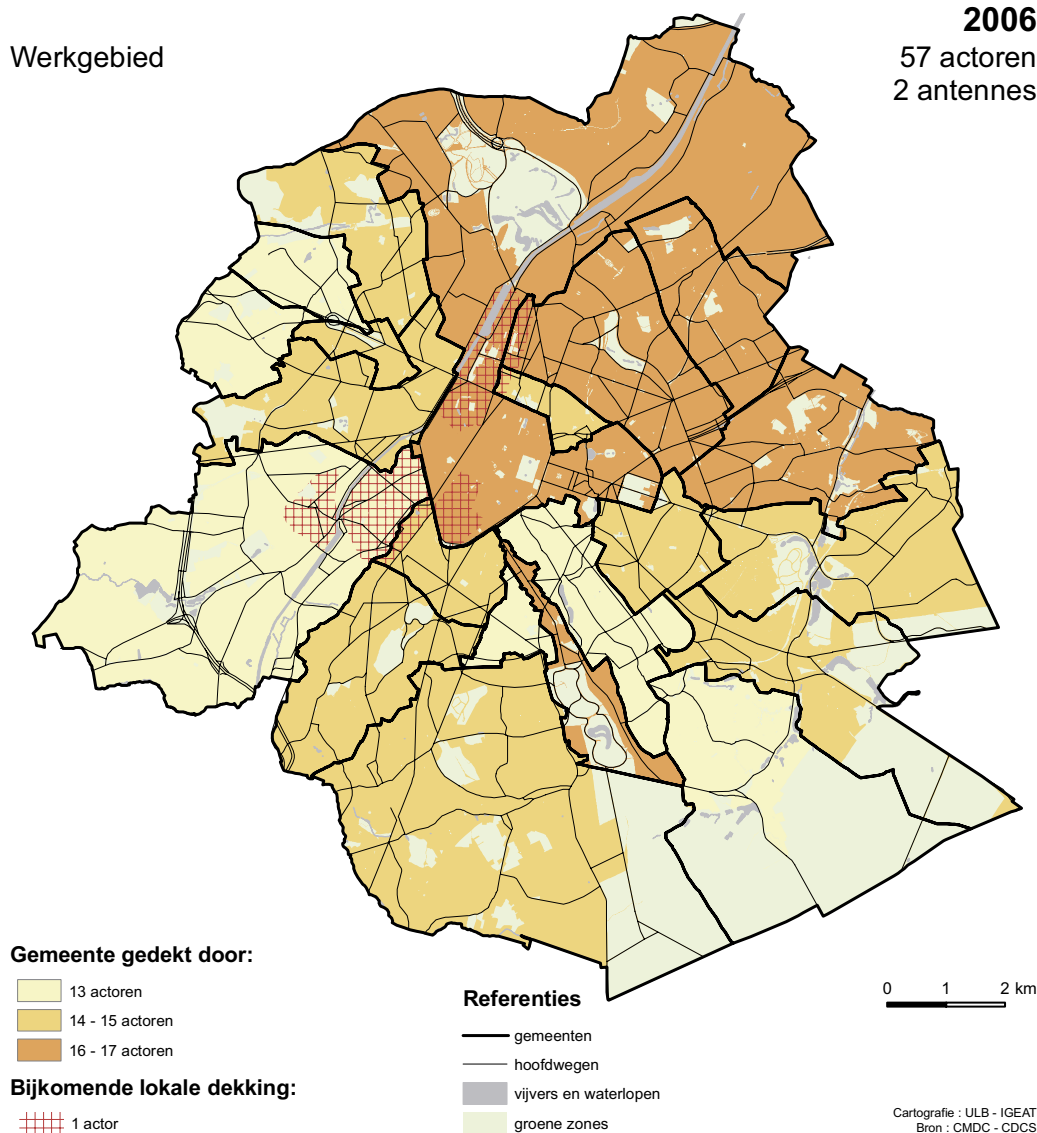
⁴⁴ Zie lijst van de voorzieningen volgens type hulpverlening op de achterflap.

⁴⁵ De private dienstenchequeondernemingen worden niet opgenomen in deze inventaris. Voor meer informatie zie www.dienstencheques.be.

⁴⁶ Zie ook de bijkomende gegevens in tabel 4-11 op p. 186.

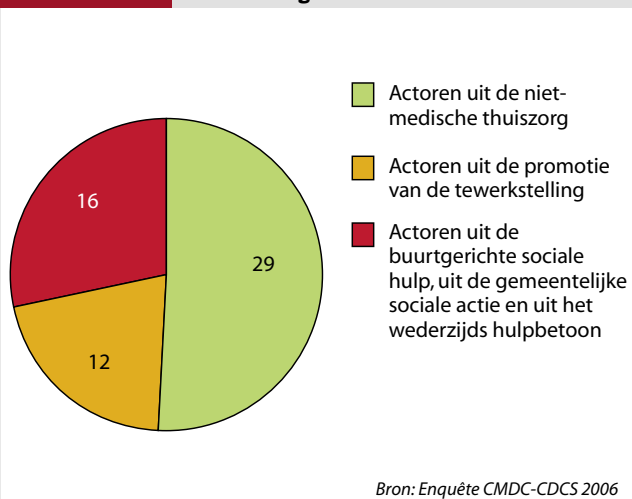
Werkgebied

2006
57 actoren
2 antennes



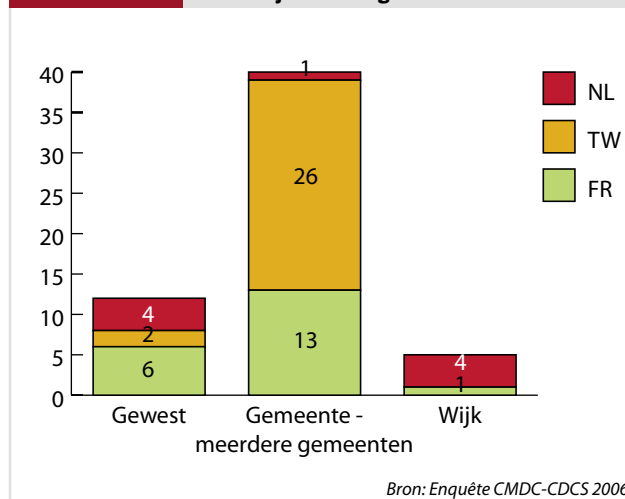
Figuur 4-17

Dagelijkse taken: Indeling van de actoren volgens hun activiteitenkader



Figuur 4-18

Dagelijkse taken: Spreiding van de ruimtelijke dekking van het aanbod



4. Financiële toegankelijkheid

De meeste diensten hanteren prijzen naargelang het inkomen van de gebruiker. De minimale prijs bedraagt € 0,25/uur, de maximale prijs € 8,85/uur:

- De diensten voor gezins- en bejaardenhulp en poetshulp en de diensten voor gezinszorg passen de barema's toe vastgesteld door de subsidiërende overheid. Deze uurbarema's hangen af van het inkomen van de gebruiker.

	Gezins- en bejaardenhulpster of verzorgende	Poetshulp
VG	minimum € 0,53/uur ^[47]	van € 3,35 tot € 8,85/uur
GGC	van € 0,25 tot € 7,39/uur	Geen GGC-barema's. Van € 1,25 tot € 6,85/uur.
COCOF	van € 0,63 tot € 6,58/uur	van € 0,63 tot € 6,58/uur

- De actoren die met dienstencheques werken vragen doorgaans een bijdrage van € 6,70/uur. Slechts 3 actoren rekenen € 4,95 tot € 6,70/uur aan. Na fiscale aftrek kosten de dienstencheques € 4,69/uur. Voor deze aftrek moet de gebruiker belastingplichtig zijn wat echter niet het geval is voor ouderen met de inkomensgarantie voor ouderen of een bescheiden pensioen. De gebruiker moet het bedrag van de benutte dienstencheques aangeven.
- Voor de prestaties van de «artikel 60-ers^[48]» (poetshulp of huishoudhulp) tewerkgesteld door de coordinations de soins et services à domicile wordt een vaste prijs van € 3/uur betaald of € 0,60 tot € 7/uur afhankelijk van het inkomen.
- Het PIOW vraagt € 5 tot € 6,70/uur.
- De andere diensten vragen € 2 tot € 8,40/uur.
- De sociale wasserettes rekenen € 1,25 tot € 2 voor de wasmachine aan en € 1,25 voor de droogtrommel.

Het OCMW kan voor alle prestaties financieel bijspringen.

5. Toegangsvoorwaarden

9 actoren uit het verenigingsleven richten zich tot ouderen met een laag inkomen. Ze bieden hun dienstverlening aan de bewoners van Koekelberg, Jette, Vorst, Elsene en van de Begijnhofwijk, de Marollen, Kuregem, Sint-Guido en de Noordwijk. 72 % van de diensten voeren een sociale enquête uit en vragen een inkomensbewijs.

Het betreft 1 centrum voor eerste opvang, 1 centre d'action sociale globale, coordinations de soins et services à domicile, diensten voor gezins- en bejaardenhulp, services d'aide à domicile, diensten voor gezinszorg, centra voor wederzijds hulpbetoon en lokale dienstencentra.

Om een beroep te doen op de diensten van een PWA moet de gebruiker inschrijvingsgeld betalen, een bewijs afgeven van zijn inkomen en dienstencheques aankopen.

6. Wachttijden

De wachttijden vormen een probleem, wat trouwens bevestigd wordt door het werkveld.

De wachttijden voor gezins- en bejaardenhulp en voor poetshulp schommelen tussen 3 en 700 dagen. De meerderheid vermeldt wachttijden van 7 tot 30 dagen. De actoren werken vaak met teams die een sector toebedeeld krijgen. In sommige sectoren komt snel tijd vrij, in andere dan weer niet zodat er lange tijd geen nieuwe aanvragen kunnen worden beantwoord. Om redenen van rentabiliteit kunnen de tweetalige en Franstalige actoren werknemers uit de ene sector niet inzetten in een andere: de verplaatsing van de werknemers wordt slechts voor zeer korte afstanden (vb: 2 x 15 minuten per werkdag) gesubsidieerd^[49].

De actoren die gebruik maken van dienstencheques vermelden wachttijden van 7 tot 30 dagen.

Voor de kleine structuren bedragen de wachttijden 0 tot 60 dagen.

⁴⁷ Het berekenen van de VG-barema's voor gezinszorg hangt van zoveel factoren af dat ze niet kunnen worden meegedeeld.

⁴⁸ Artikel 60-ers: werknemers in dienst genomen op grond van artikel 60 van de organieke wet van de OCMW's van 8/7/1976.

⁴⁹ De Nederlandstalige diensten worden forfaitair gesubsidieerd.

Reacties uit het werkveld

De actoren klagen unisono over het gebrek aan personeel, het gebrek aan soepelheid in de dienstverlening en de dienstregeling, de prijs van de hulpverlening, de beperkte vorming van de huishoudhulp, het niet vergoeden van het externe coördinatiewerk en de problemen bij ontslag uit het ziekenhuis.

De Nederlandstalige en tweetalige actoren melden bovendien dat er te weinig Nederlandkundige hulpverleners zijn.

- «Probleem om snel gezins- en bejaardenhulp en poetshulp in te schakelen en een continue dienstverlening te krijgen», «Er is een nijpend tekort aan diensten voor gezins- en bejaardenhulp maar vooral aan diensten voor poetshulp». Talrijke veldwerkers kaarten dit probleem aan. De diensten voor niet-medische thuiszorg beamen dat «de vraag groter is dan het aanbod».

Voor deze diensten zijn er vaak **lange wachttijden**, wat trouwens eveneens geldt voor de dienstenchequeondernemingen.

Indien in bepaalde situaties de hulp bij de dagelijkse taken niet snel wordt geregeld en er geen mantelzorg voorhanden is, wordt de oudere in een rusthuis opgenomen.

De actoren stellen enkele **oplossingen** voor:

- De werkomstandigheden verbeteren en de werklust verminderen zodat het vaak voorkomende absentisme door ziekte afneemt.
- De gezins- en bejaardenhelpsters en de verzorgenden ontlasten van strijkwerk dat zeer tijdrovend is. Zo kunnen ze meer tijd besteden aan administratieve hulp, persoonlijk contact en andere dagelijkse taken.
Een dienst voor gezins- en bejaardenhulp is van plan een interne strijkdienst op te zetten om de werklust van de gezins- en bejaardenhelpsters te verlagen.
- Meer subsidies voor niet-medische thuiszorg, vooral voor het werk van de poetshulpen^[50].

- Volgens de actoren vertoont **(de organisatie van) de hulpverlening** een **gebrek aan soepelheid**:
 - Er zijn **onvoldoende hulpverleners voor de dagelijkse taken**: «De dienstencheques vormen geen alternatief want de mensen hebben ook andere problemen dan het huishouden».
 - De **taakomschrijving** van de gezins- en bejaardenhelpsters, de verzorgenden, de poetshulpen en

de schoonmakers is **te beperkt**. Een aantal noden inzake huishoudelijke hulp worden bijgevolg niet beantwoord: «Het is enorm moeilijk om iemand te vinden die ramen en plafonds wil schoonmaken. Gewone poetsdiensten of dienstenchequeondernemingen doen dit werk niet. Nochtans is dat het eerste wat een oudere niet meer zelf durft doen».

De grote schoonmaak vormt eveneens een probleem. Sommige diensten worden geconfronteerd met woningen in een erbarmelijke toestand (omdat de oudere door zijn fysieke of psychische toestand het huishouden niet meer kan doen, omdat de situatie niet tijdig wordt ontdekt, de wachttijden te lang zijn of de woning in slechte staat is). Een grote schoonmaak is nodig voor er hulpverlening op lange termijn wordt georganiseerd. Er zijn echter bijna geen diensten - ook geen dienstenchequeondernemingen - die in deze behoefte voorzien.

Enkele actoren stellen als **oplossing** voor dat: «een dienst 'grote kuis' wordt opgericht, eventueel voor het hele Brusselse Hoofdstedelijk gebied».

- Veel behoeften van ouderen zijn niet te verzoenen met de **dienstregeling van de gezins- en bejaardenhelpsters en de verzorgenden** die namelijk werken in blokken van ±3 uur, een- of tweemaal per week.

Voor deze ouderen is het nodig dat:

- de gezins- en bejaardenhelpster of de verzorgende dagelijks 1 uur, hoogstens 1,5 uur langskomt om bijvoorbeeld te helpen met het opstaan, het ontbijt of de inname van medicijnen;
- de gezins- en bejaardenhelpster of de verzorgende gedurende een tweetal weken langskomt voor administratieve hulp of in een crisissituatie (na een val ...), enz.;
- in dringende gevallen zoals bij ontslag uit het ziekenhuis, afwezigheid of ziekte van de mantelzorger, een volledige structuur van tijdelijke hulpverlening wordt opgezet.

Actoren formuleren de volgende **oplossing**: «Er moet een urgentiedienst met onmiddellijk inzetbare gezins- en bejaardenhelpsters of verzorgenden worden opgericht (dit voorstel werd reeds voorgelegd maar stierf een stille dood».

- Het feit dat de **dienstencheques** een minimale dienstverlening van 4 uur/week vergen, vormt een probleem.

⁵⁰ Vermeld door actoren gesubsidieerd door de GGC.

– Andere actoren wijzen op het **gebrek aan hulp 's avonds** (hulp bij het slapengaan bv.) **en in het weekend**.

- Ondanks de barema's ligt **de kostprijs duidelijk te hoog**: «Problemen met de prijs voor gezins- en bejaardenhulp», «Onvoldoende aanbod aan hulp waarvan de kostprijs gebaseerd is op de inkomsten van de aanvrager», «De dienstencheques zijn geen alternatief want ze zijn te duur. Bovendien komen de ouders die geen belastingen betalen, niet in aanmerking voor een fiscale aftrek zodat ze de volle pot betalen».

- Aangepaste hulpverlening voor thuiswonende ouders die hun zelfredzaamheid verliezen door fysieke en/of psychische oorzaken, **vergt vorming en omkadering**. Dat is niet voor alle hulpverleners het geval.

Voor de hulpverleners is het vaak moeilijk het juiste evenwicht te vinden tussen de behoefte aan communicatie van de alleenstaande oudere en de noodzaak om de woning schoon te maken. Ze weten niet altijd blijf met agressieve uitvallen (omdat ze bijvoorbeeld keukengerei niet op de juiste plaats hebben gezet) en met onsamenvangende of verwarde uitspraken.

Zelfs de hulpverleners omkaderd door de actoren uit de niet-medische thuiszorg zijn onvoldoende of helemaal niet **opgeleid** om met **psychologische en neurologische problemen** om te gaan^[51]. De gezins- en bejaardenhelpsters en de verzorgenden hebben het geregeld over de problemen die ze ondervinden om een correcte professionele houding aan te nemen bij deze problematiek.

De actoren uit de sector van de geestelijke gezondheidszorg benadrukken dat alleenstaande ouders of ouders met psychologische of neurologische problemen stabiliteit nodig hebben op het gebied van de dienstverlening. Te veel verschillende personen, te veel veranderingen zijn verwarrend en verhinderen dat de oudere een band ontwikkelt met de hulpverlener.

Actoren stellen de volgende **oplossing** voor:

- een opwaardering van de sector van de niet-medische thuiszorg en adequate vorming voor de hulpverleners. Bij een opwaardering en een betere subsidiëring van de sector hoeven afhankelijke ouders geen beroep te doen op hulpverleners uit de sector van de promotie van de werkgelegenheid die voor dit type hulpverlening geen vorming of omkadering krijgen.

– Een actor gespecialiseerd in zelfmoordpreventie is van plan een gespreks- en supervisie ruimte te openen voor hulpverleners die worden geconfronteerd met het doodsverlangen of de zelfmoordgedachte van ouders.

- «Subsidiëring van de gezins- en bejaardenhelpster en de verzorgende die externe coördinatievergaderingen bijwonen voor een dossier». **Het probleem van de vergoeding voor coördinatievergaderingen** wordt trouwens ook door andere hulpverleners ter sprake gebracht (geneesheren, enz.).

- «Het ontslag uit het ziekenhuis wordt zeer slecht georganiseerd, gebeurt vaak in allerijl en op een onbegrijpelijk tijdstip». Talrijke getuigenissen beaamen deze uitspraak: ontslag op het einde van de week, zonder enige regeling van de terugkeer naar huis en zonder tijd te voorzien voor de organisatie van de hulpverlening. De oudere komt thuis in een onverwarme woning, de koelkast is leeg, er zijn geen verbanden voor de verpleegkundigen enz. **Coördinatie tussen de ziekenhuisdiensten en de actoren uit de medische en de niet-medische thuiszorg** blijkt hoogstnoodzakelijk. Dat geldt voor elke situatie waarin dit type hulpverlening vereist is, dus niet alleen in het kader van de palliatieve zorg zoals nu meestal het geval is.

- «Er is een schrijnend tekort aan Nederlandstalige gezins- en bejaardenhelpsters en verpleegkundigen, zowel aan huis als in de residentiële sector».

Ondanks het hoge percentage laaggeschoolde werklazen is het moeilijk geschikt personeel te vinden. Nederlandskundige gezins- en bejaardenhelpsters en verpleegkundigen vinden is een nagenoeg onmogelijke opdracht. Bovendien zijn de subsidies ontoereikend om voldoende personeel aan te werven en op te leiden. De wachttijden zijn daardoor onverantwoord lang.

⁵¹ Zie ook de reacties van het werkveld in de Ondersteuning van de geestelijke gezondheid inzake de detectie van de symptomen voor depressie en andere psychologische of neurologische problemen op p. 123.

LEVERING VAN BOODSCHAPPEN

Voor ouderen die weinig mobiel zijn is de levering van huishoudproducten en levensmiddelen nuttig en zelfs onmisbaar.

Om in deze behoefte te voorzien leveren sommige diensten boodschappen aan huis.

1. Actoren en hun dienstverlening

In deze inventaris komen enkel de actoren uit de non-profitsector aan bod en geen kruidenierszaken, buurtwinkels en supermarkten die deze dienstverlening tegen betaling verrichten.

48 actoren leveren de boodschappen thuis af die eventueel samen met de oudere werden aangekocht. Deze dienstverlening is niet opgenomen in een ruimer hulpverleningsaanbod zodat de gebruiker uitsluitend voor de levering van boodschappen een beroep op deze actoren kan doen^[52].

22 diensten doen enkel lichte boodschappen (geen auto nodig), 5 leveren enkel zware of omvangrijke boodschappen. (Figuur 4-19)

⁵² Zie Toelichting op p. 134.

2. Ruimtelijke dekking van het aanbod^[53]

6 actoren uit de niet-medische thuiszorg zijn in het hele gewest actief.

Bovendien kunnen alle gemeenten, met uitzondering van Elsene, een beroep doen op 1 tot 4 actoren die in een of meerdere gemeenten werkzaam zijn.

Enkele wijkactoren bieden de dienstverlening aan in wijken met een sterk verenigingsleven zoals Kuregem, de Marollen, de Begijnhofwijk, de Noordwijk en de Montgomerywijk. (Kaart 4-12 en Figuur 4-20)

3. Temporele toegankelijkheid

Slechts 3 actoren, die met vrijwilligers werken, leveren boodschappen na 17.30 uur of in het weekend: een parochie in de Montgomerywijk, een bewonersnetwerk en een wijkhuis in Oudergem.

4. Financiële toegankelijkheid

De prijzen schommelen tussen € 0 en € 8.

- 5 diensten werken gratis. Ze voorzien in de behoefte met behulp van vrijwilligers.
- De erkende diensten voor gezins- en bejaardenhulp en de erkende diensten voor gezinszorg passen de barema's toe opgelegd door de subsidiërende overheid. De uurbarema's hangen af van het inkomen van de gebruikers.
 - VG: minimaal € 0,53^[54]
 - GGC: € 0,25 tot € 7,39 /uur
 - COCOF: € 0,63 tot € 6,58 /uur.
- De diensten die gebruik maken van dienstencheques vragen € 6,70 /uur. De PWA's hanteren prijzen van € 4,95 tot € 6,70 /uur.^[55]
- Het PIOW vraagt € 5 tot € 6,70 /uur.
- De andere diensten vragen vaste prijzen (€ 1,25 tot € 3), of prijzen naargelang het inkomen gaande van € 1 tot € 8.

5. Wachttijden en toegangsvoorwaarden

De vermelde wachttijden bedragen 1 tot 30 dagen.

7 diensten doen boodschappen op gezette tijden (1 x /week, 2 x /maand, 1 x /maand).

3 actoren werken uitsluitend voor mensen met een laag inkomen, 28 vragen een bewijs van het inkomen. 23 diensten voeren een sociale enquête uit.

Voor de PWA's is een jaarlijkse inschrijving en de samenstelling van een dossier nodig om cheques te kunnen bestellen.

TOELICHTING

Sommige diensten voor niet-medische thuiszorg voorzien eveneens in deze behoefte maar worden niet opgenomen: de gezins- en bejaardenhelpsters of de verzorgenden doen boodschappen voor of samen met de oudere. Deze hulpverlening is vervat in hun takenpakket. Het is echter niet mogelijk om enkel voor boodschappen op deze diensten een beroep te doen omdat de gezins- en bejaardenhelpsters en de verzorgenden in blokken van een volledige voormiddag of een volledige namiddag werken.

Reacties uit het werkveld

De actoren uit de sector van niet-medische thuiszorg wijzen op verschillende lacunes:

Er is een tekort aan diensten die uitsluitend in deze behoefte voorzien.

De «nood aan korte, dagelijkse hulp (brood, tijdschriften kopen)» en «de nood aan diensten die kunnen bijspijzen in dringende situaties (boodschappen, apotheek, kapotte bril ...)» worden niet voldaan. «De wachttijd is vaak zeer lang».

Sommige diensten voor gezins- en bejaardenhulp zouden «over een voertuig willen beschikken zodat ze grote boodschappen kunnen doen».

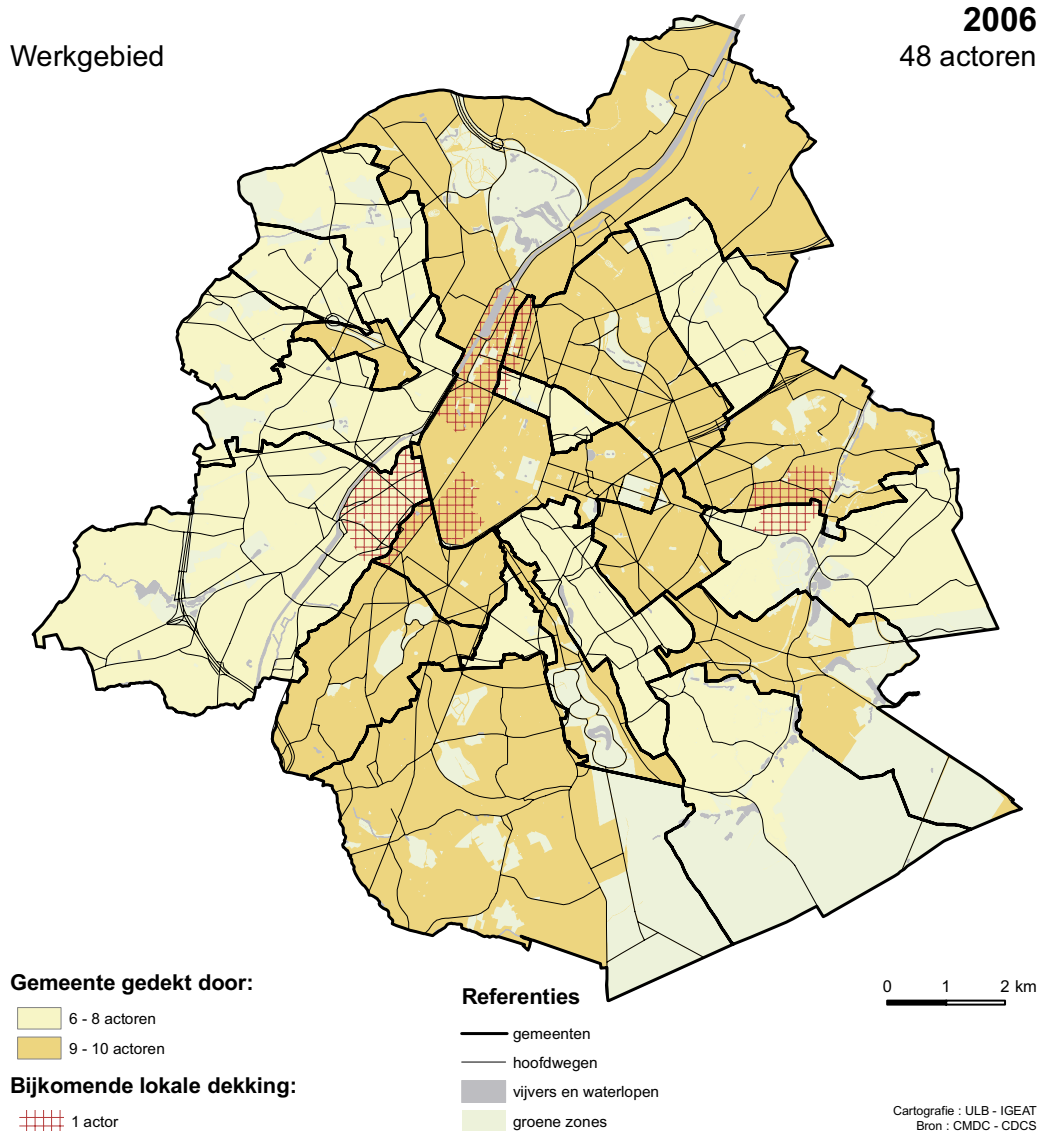
⁵³ Zie ook de aanvullende gegevens in tabel 4-12 op p. 187.

⁵⁴ Het berekenen van de barema's van de VG voor gezinszorg hangt van zoveel factoren af dat ze niet kunnen worden meegedeeld.

⁵⁵ Voor alle informatie omtrent de toegangsvoorwaarden en de te volgen procedure voor de PWA's en de dienstencheques zie verklarende woordenlijst op p. 197 en 199.

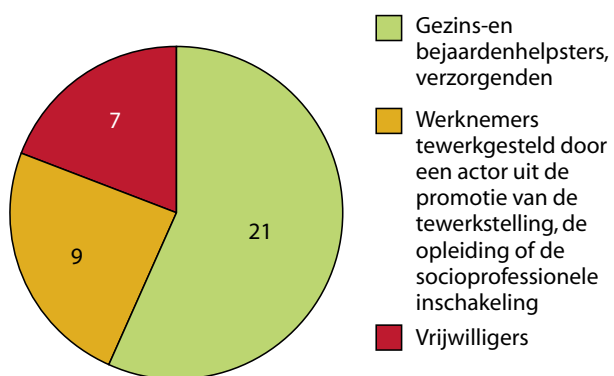
Werkgebied

2006
48 actoren



Figuur 4-19

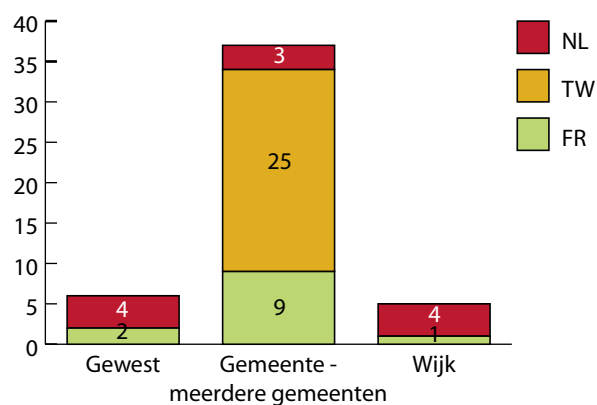
Boodschappen: Indeling volgens type dienstverlener



Bron: Enquête CMDC-CDCS 2006

Figuur 4-20

Boodschappen: Spreiding van de ruimtelijke dekking van het aanbod



Bron: Enquête CMDC-CDCS 2006

HULP BIJ DE MAALTIJDEN

Sommige ouderen eten onvoldoende of onevenwichtig na het overlijden of de opname van hun partner in een rusthuis of bij sociaal isolement. Anderen sukkelen met hun gezondheid, keren terug naar huis na een ziekenhuisopname of hebben de moed niet meer om eten klaar te maken. In al deze gevallen is hulp bij de maaltijden aangewezen.

Structuur van het aanbod:

Het aanbod bestaat uit 2 types initiatieven:

- I. de niet-commerciële restaurants die maaltijden **buitenshuis** aanbieden
- II. de levering van en hulp bij de bereiding van maaltijden bij de oudere **thuis**.

113 actoren voorzien in deze behoefte, waarvan sommige beide mogelijkheden aanbieden.

I. Maaltijden buitenshuis

1. Actoren en hun dienstverlening

De 64 niet-commerciële restaurants in deze inventaris worden vooral, maar niet uitsluitend, door ouderen bezocht. Het betreft sociale restaurants, gemeentelijke restaurants en buurtrestaurants.

De lokale besturen hebben in deze behoefte geïnvesteerd wat zich weerspiegelt in een uitgebreid aanbod op gemeentelijk vlak. Dit aanbod wordt versterkt door de contactcentra van de stad Brussel die wijkgericht werken. Alle lokale dienstencentra beschikken over een restaurant dat toegankelijk is voor de wijkbewoners of voor de bewoners uit een of meer gemeenten. (Figuur 4-21)

2. Ruimtelijke dekking van het aanbod^[56]

De ruimtelijke spreiding van de restaurants is op twee verschillende manieren tot stand gekomen. Ze zijn vooral talrijk in de dichtstbevolkte en oudste delen van het gewest waar ook de meest achtergestelde bevolkingsgroepen wonen. Enkele gemeenten zoals Anderlecht, Vorst, Ukkel en Elsene opteerden voor een relatief homogene dekking van hun grondgebied en decentraliseerden de vestigingen. Hoewel alle gemeenten deze dienstverlening aanbieden zijn er grote verschillen qua dichtheid van het netwerk. In sommige gemeenten zijn er restaurants in talrijke wijken (Anderlecht en Ukkel bijvoorbeeld), terwijl andere slechts over één

- doorgaans dicht bij het historische centrum gelegen restaurant beschikken (Ganshoren, Oudergem, Etterbeek bijvoorbeeld). (Kaart 4-13)

3. Temporele toegankelijkheid

De meeste restaurants zijn open tijdens de week. Enkele zijn ook in het weekend toegankelijk.

- 60 restaurants zijn elke middag open van maandag tot en met vrijdag, 3 slechts enkele dagen in de week.
- 7 restaurants zijn open op zaterdag: 4 lokale dienstencentra, 1 restaurant van het OCMW en 2 actoren uit het verenigingsleven.
- 3 restaurants zijn open op zondag: 2 lokale dienstencentra en 1 restaurant van een parochie.

Het parochierestaurant is enkel open in het weekend. Sommige gemeentelijke restaurants bieden de vrijdag diepvriesmaaltijden aan voor het weekend.

4. Financiële toegankelijkheid

De meeste restaurants hanteren een vaste prijs van € 1 tot € 9. Bij twee derde kost een maaltijd hoogstens € 3,80. 23 restaurants koppelen hun prijzen aan de sociale en financiële situatie van de oudere. Ze rekenen € 0,60 tot € 7,31 aan.

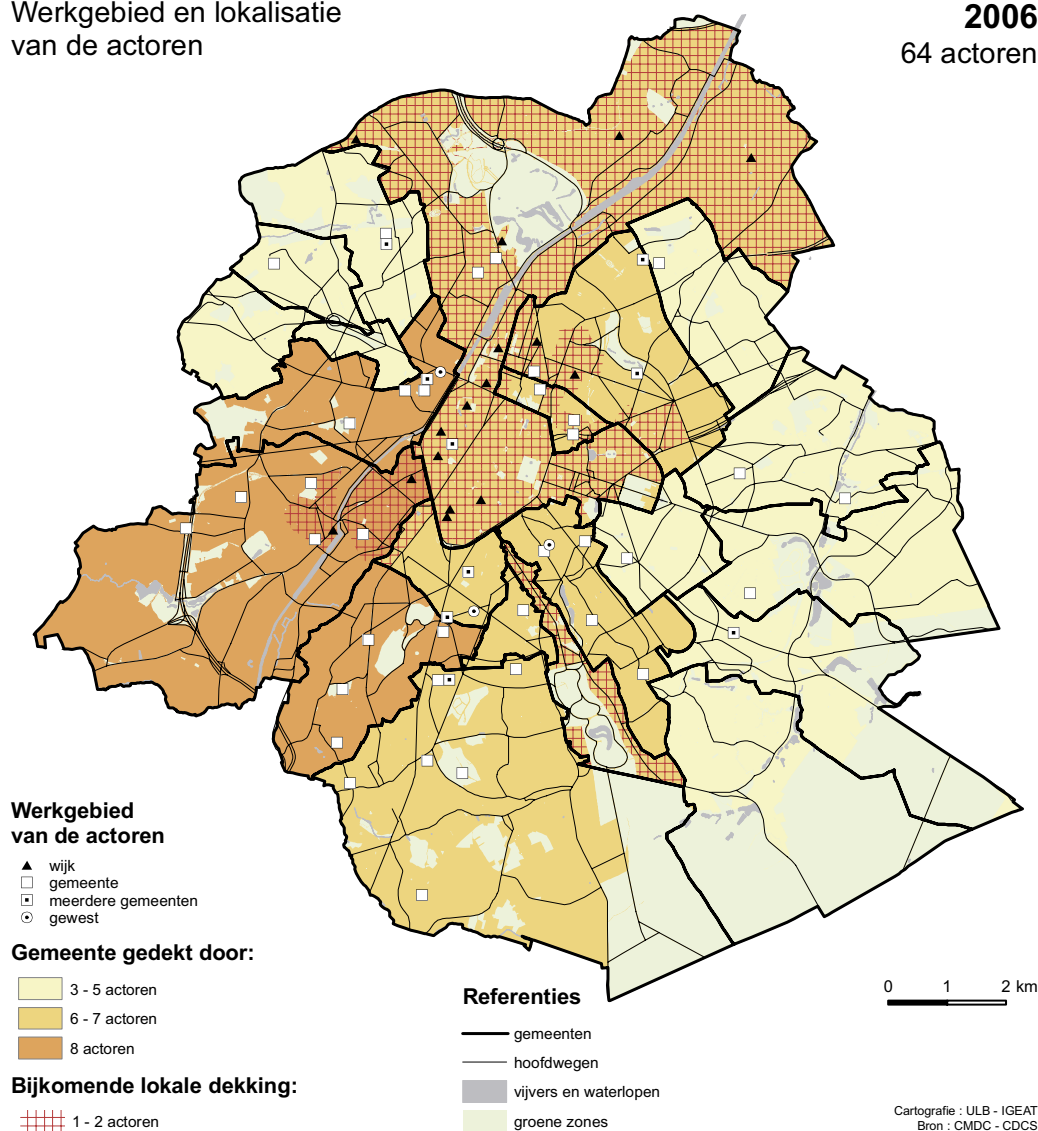
5. Toegangsvoorwaarden

29 gemeenterestaurants zijn alleen toegankelijk voor de bewoners van de gemeente. In sommige restaurants wordt voorrang gegeven aan de gemeentebewoners of mogen de ouderen iemand meebrengen die niet in de gemeente gedomicilieerd is. Enkele lokale dienstencentra beperken hun dienstverlening tot de wijkbewoners. Restaurants die prijzen hanteren op basis van het inkomen, vragen het bewijs ervan.

⁵⁶ Zie ook de aanvullende gegevens in tabel 4-13 op p. 188.

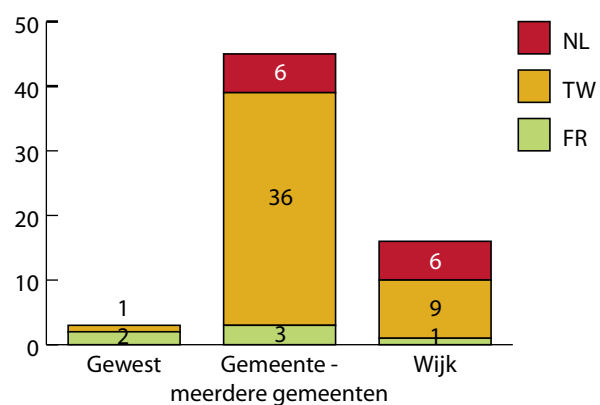
Werkgebied en lokalisatie
van de actoren

2006
64 actoren



Figuur 4-21

**Restaurants: Spreiding van de
ruimtelijke dekking van het aanbod**



Bron: Enquête CMDC-CDCS 2006

II. Maaltijden thuis

61 actoren leveren of bereiden maaltijden thuis. Sommige doen beide.

Ruimtelijke dekking van het aanbod

Kaart 4-14 toont weinig variatie inzake het aantal actoren (14 tot 16 actoren). Alleen de stad Brussel springt uit de band en telt iets meer actoren op haar grondgebied.

1. THUISLEVERING

Maaltijden worden thuis geleverd bij ouderen met een beperkte mobiliteit maar ook bij ouderen die niet op restaurant willen gaan. Sommige ouderen wisselen restaurantbezoek af met maaltijden die thuis worden geleverd.

1.1. Actoren en hun dienstverlening

44 actoren bezorgen maaltijden thuis. Ze hebben rechtstreeks contact met de ouderen en zetten alle nodige stappen. Ze stellen soms de prijs vast maar bereiden de maaltijden niet altijd zelf. De dienstverlening wordt vaak uitbesteed aan privétraiteurs of zorgcoördinaties. Sommige restaurants van OCMW-rusthuizen leveren maaltijden aan de gemeentelijke diensten. Enkele actoren stellen microgolftoestellen ter beschikking zodat de ouderen de geleverde maaltijd kunnen opwarmen.

Ook voor deze behoefte hebben de lokale besturen grote inspanningen verricht. Dat blijkt uit het uitgebreide aanbod op gemeentelijk niveau en het extra aanbod van de contactcentra van de stad Brussel die wijkgericht werken. 5 lokale dienstencentra zijn actief in de wijk waar ze gevestigd zijn. (Figuur 4-22)

1.2. Temporele toegankelijkheid

Alle diensten leveren maaltijden 's middags.
4 diensten leveren enkel op weekdays.
5 diensten leveren van maandag tot en met zaterdag.
35 diensten leveren 7 dagen per week.

1.3. Financiële toegankelijkheid

De meeste diensten stellen prijzen vast afhankelijk van de sociale en financiële situatie van de oudere. De maaltijden kosten € 0 tot € 9. Acht diensten vragen een vaste prijs van € 3 tot € 6. De helft daarvan rekent hoogstens € 4 aan.

1.4. Toegangsvoorwaarden

De gemeentediensten bieden de dienstverlening enkel aan hun bewoners. De prijzen aangepast aan de financiële inkomsten van de ouderen, worden vastgesteld na het sociaal onderzoek door de maatschappelijk assistente.

1.5. Wachttijden

Sommige diensten kunnen dezelfde of de volgende dag leveren, andere hebben een wachttijd van een week. De meeste diensten hebben een wachttijd van twee dagen.

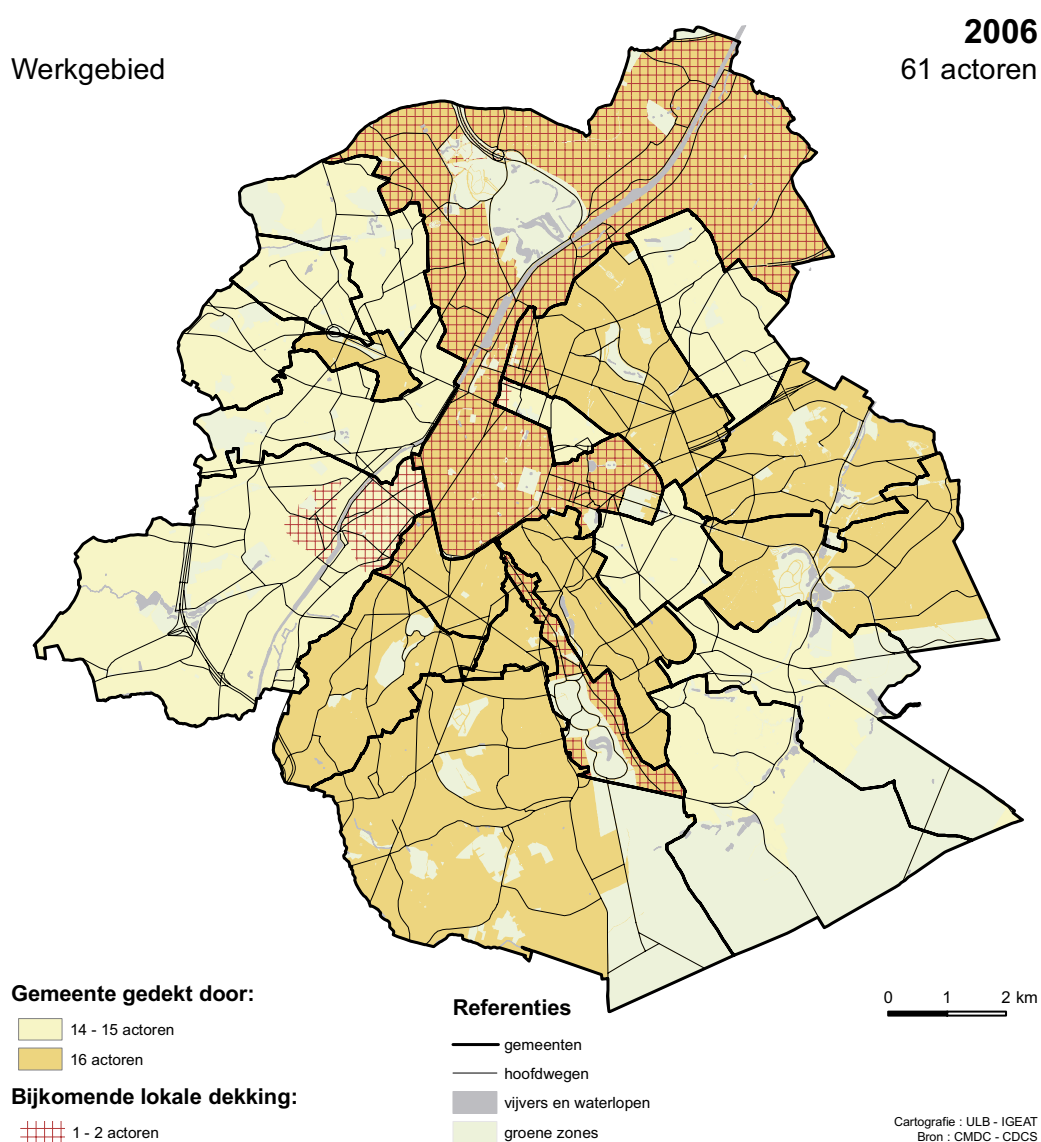
2. BEREIDING MAALTIJDEN THUIS

Hulp bij de bereiding van de maaltijden wordt meestal geboden door gezins- en bejaardenhelpsters en verzorgenden of personen die werken voor een PWA of in het dienstenchequesysteem. Zij maken meestal verschillende maaltijden vooraf klaar aangezien ze niet elke dag bij de oudere komen. Sommige diensten sturen elke dag hulp maar dat is vrij uitzonderlijk.

2.1. Actoren en hun dienstverlening

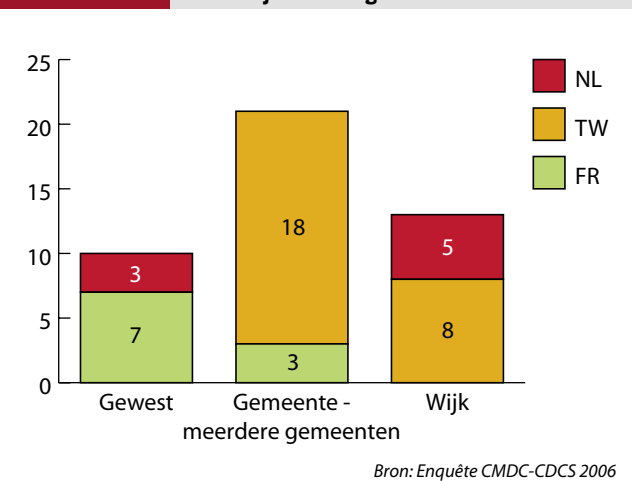
40 diensten bieden hulp bij de bereiding van maaltijden thuis.

Ook hier zijn de lokale besturen sterk vertegenwoordigd met de diensten voor gezins- en bejaardenhulp. De PWA's of dienstencheques bieden eveneens hulp. (Figuur 4-23)



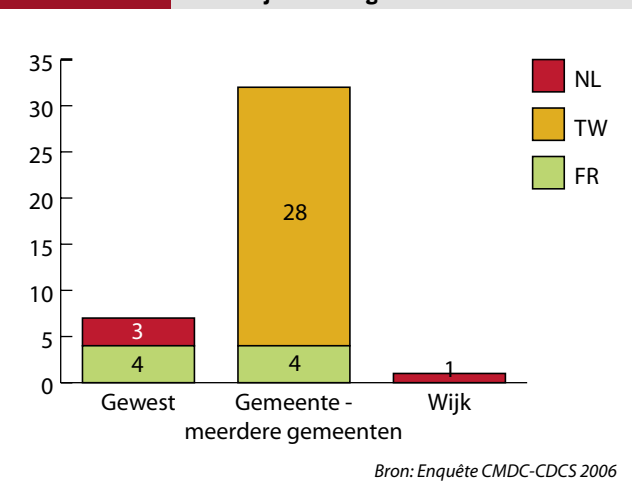
Figuur 4-22

Levering maaltijden: Spreiding van de ruimtelijke dekking van het aanbod



Figuur 4-23

Bereiding maaltijden: Spreiding van de ruimtelijke dekking van het aanbod



De verschillende parameters inzake de toegankelijkheid en de toelichting bij de dienstverlening van de diensten voor gezins- en bejaardenhulp, de diensten voor gezinszorg, de services d'aide à domicile en de PWA's/ dienstencheques komen in de behoefte aan hulp bij de dagelijkse taken aan bod.

TOELICHTING BIJ DE HULP BIJ DE MAALTIJDEN

Een groot aantal actoren voorzien in deze behoefte. De lokale besturen zijn sterk vertegenwoordigd. De restaurants fungeren ook als gezelligheidsruimte. Sommige ouderen zijn perfect in staat hun eigen maaltijden te bereiden maar gaan naar een restaurant om er mensen te ontmoeten. Dit aspect mag niet worden onderschat. De restaurants organiseren na de maaltijd vaak verschillende activiteiten.

VERVOER

Evenwichts- en gezichtsstoornissen, een val, tijdelijke of chronische ziekte, ziekte of het overlijden van de partner kunnen ertoe leiden dat ouderen nood hebben aan hulp bij hun verplaatsingen.

Uitgaan wordt meestal niet als een levensnoodzakelijke behoefte beschouwd. Nochtans ... Een bezoek aan de kruidenier, de bank, het postkantoor, het ziekenfonds, een consultatie bij arts of kinesist, gaan stemmen, naar het kerkhof gaan, koffiedrinken met een vriend(in), naar film, theater, restaurant gaan, activiteiten bijwonen georganiseerd door de gemeente, naar de bridgeclub of naar de vereniging gaan waar men als vrijwilliger werkt, een bezoek aan de partner in ziekenhuis of rusthuis, maken deel uit van het dagelijks leven van veel Brusselaars.

Niet langer mobiel zijn gaat vaak gepaard met toenemend isolement, problemen om sociale contacten te behouden en schudt het leven van de oudere grondig dooreen. Mobiliteit is misschien geen levensnoodzakelijke maar wel een belangrijke behoefte.

De diensten die vervoer «van deur tot deur» organiseren komen gedeeltelijk aan deze behoefte tegemoet. De vraag overstijgt echter het aanbod zoals uit de reacties van het werkveld blijkt.

I. Aanbod

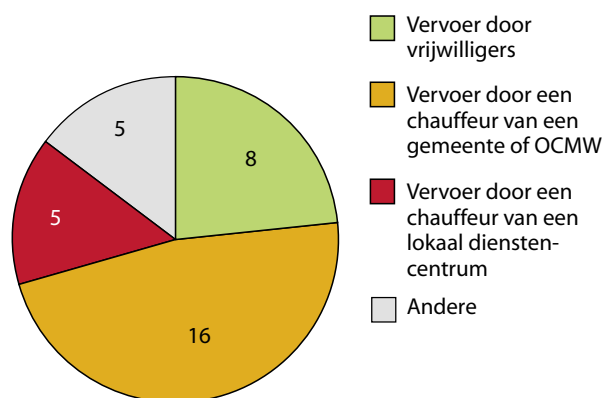
De actoren van de welzijns- en gezondheidsdiensten die in de inventaris zijn opgenomen, voorzien in de behoefte aan vervoer vanaf de woning van de oudere.

Met het oog op een betere zichtbaarheid worden twee kaarten gepresenteerd: een voor «niet-dringend medisch vervoer» en een voor «niet-medisch vervoer» (dagelijks leven, vrije tijd, enz.). Op de kaarten komen 34 actoren voor. 10 diensten die beide types vervoer organiseren, zijn op beide kaarten terug te vinden.

8 actoren waaronder 1 gemeentelijke en 7 actoren uit het verenigingsleven (2NL-1TW-4FR) werken met vrijwilligers. De meeste diensten van gemeente en OCMW beschikken niet over voertuigen en chauffeurs uitsluitend bestemd voor het vervoer van mensen met een beperkte mobiliteit. Vervoer wordt slechts georganiseerd als dat in de planning van de chauffeur past.

5 lokale dienstencentra hebben een chauffeur in dienst die echter niet alleen voor het vervoer van ouderen wordt ingezet.

Figuur 4-24 Vervoer: Indeling per type chauffeur



Bron: Enquête CMDC-CDCS 2006

1. NIET-DRINGEND MEDISCH VERVOER

1.1. Actoren en hun dienstverlening

25 actoren voorzien in deze behoefte. Ze zorgen voor vervoer in het kader van een medische of paramedische raadpleging, naar het ziekenhuis en in sommige gevallen om de partner die in het ziekenhuis is opgenomen te bezoeken.

Medisch vervoer in het kader van de behandeling van sommige ziekten zoals het vervoer ingelegd door de Stichting tegen Kanker voor chemotherapie, door de ziekenfondsen (voor nierdialyse, ...) en vervoer uitsluitend bestemd voor mensen met een handicap vallen niet binnen het bestek van deze inventaris.

Van deze actoren (Figuur 4-25):

- is 24 % werkzaam in de niet-medische thuiszorg^[57]:
1 regionaal dienstencentrum, 1 coordination de soins et services à domicile, 1 initiative locale de développement de l'emploi (ILDE) van een coordination de soins et services à domicile, 1 service d'aide à domicile en 2 diensten voor gezins- en bejaardenhulp.
- is 44 % actief in de sector van de sociale hulpverlening
 - waaronder de buurtgerichte hulpverlening:
3 vervoerdiensten georganiseerd door OCMW's of gemeentelijke dienst voor sociale actie, 2 ontspanningscentra van gemeentelijke diensten voor sociale actie, 1 vrijwilligersnetwerk opgericht door een gemeente, 1 vrijwilligersnetwerk van de vervoerdienst van een CASG en 4 lokale dienstencentra.
- is 20 % uit het verenigingsleven niet erkend:
waaronder 4 vrijwilligersnetwerken.
- zijn 2 erkend als vervoerdienst:
1 dienst voor aangepast vervoer en het niet-dringend vervoer door ziekenwagens van het Rode Kruis.
- is 1 actief in de gezondheidssector:
het netwerk voor wederzijds hulpbetoon van patiënten van een maison médicale.

1.2. Ruimtelijke dekking van het aanbod^[58]

Door de bank genomen is er weinig verschil in aanbod tussen de verschillende gemeenten en wijken. De gemeenten met het laagste aanbod aan niet-dringend medisch vervoer, bevinden zich in het oosten (Schaarbeek, Evere, Sint-Pieters-Woluwe en Sint-Lambrechts-Woluwe), in het zuiden (Ukkel en Vorst) en het noordwesten (Sint-Agatha-Berchem en Ganshoren) van het gewest.

Enkele actoren met een wijkgerichte werking bieden hun dienstverlening voornamelijk aan in het centrale deel van het gewest: Kuregem, de Begijnhofwijk en Maalbeek-Europawijk. (Kaart 4-15)

De actoren actief in een of meer gemeenten bestaan hoofdzakelijk uit diensten verbonden aan gemeenten of OCMW's. (Figuur 4-26)

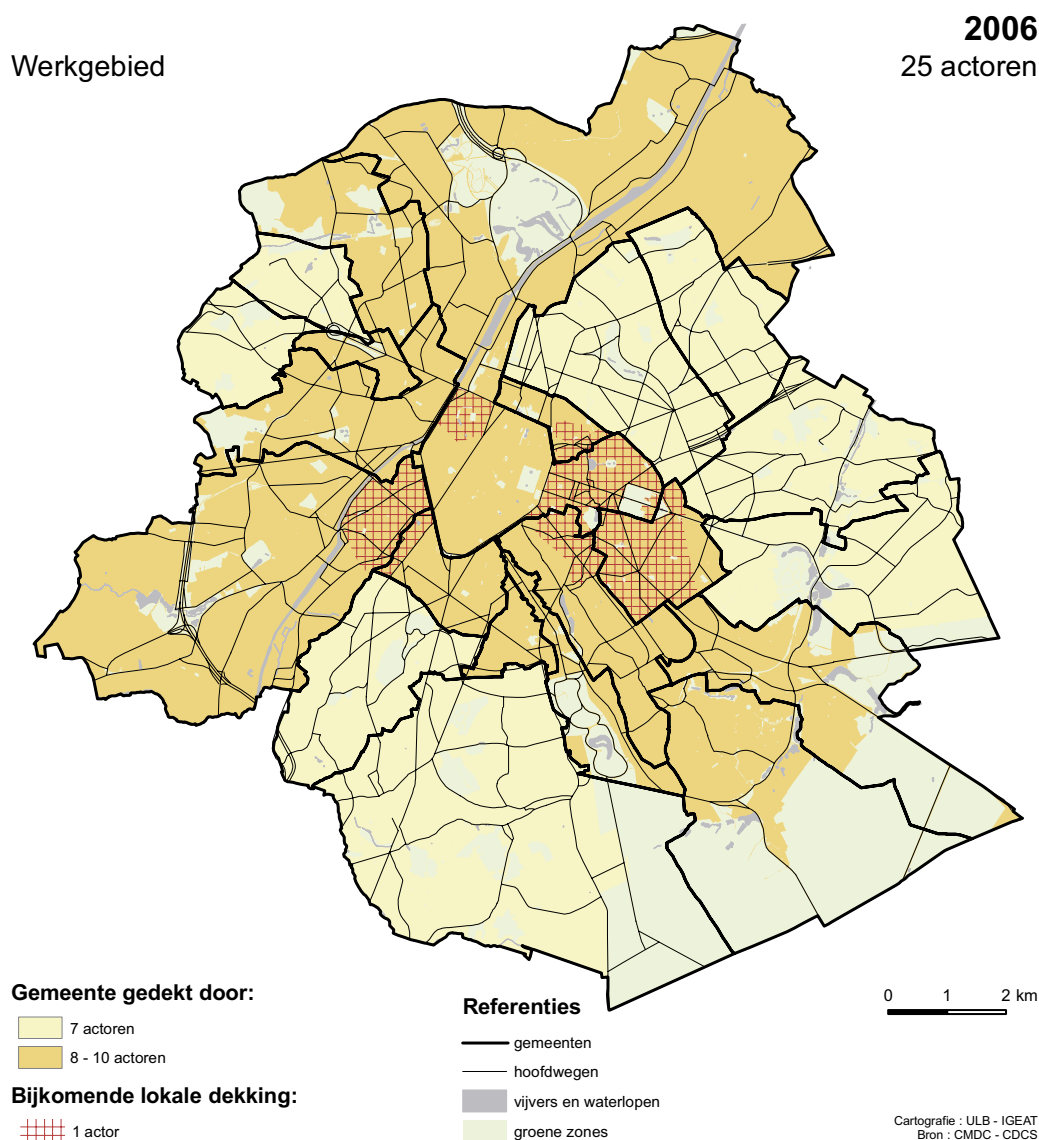
1.3. Temporele toegankelijkheid van het niet-dringend medisch vervoer

Alle diensten zorgen voor vervoer overdag. Enkele weigeren of vermijden te rijden tijdens de spitsuren.

Slechts 7 diensten leggen vervoer in na 17.30 uur, waarvan 5 ook in het weekend. Het betreft 3 verenigingen uit het verenigingsleven actief in een gemeente (Etterbeek, Jette, Oudergem; 1NL-1TW-1FR) en 4 verenigingen uit het verenigingsleven die het hele Brussels Hoofdstedelijk Gewest bestrijken (2NL-1TW-1FR) waaronder de ambulancedienst van het Rode Kruis. 4 van de 7 actoren zijn vrijwilligersnetwerken.

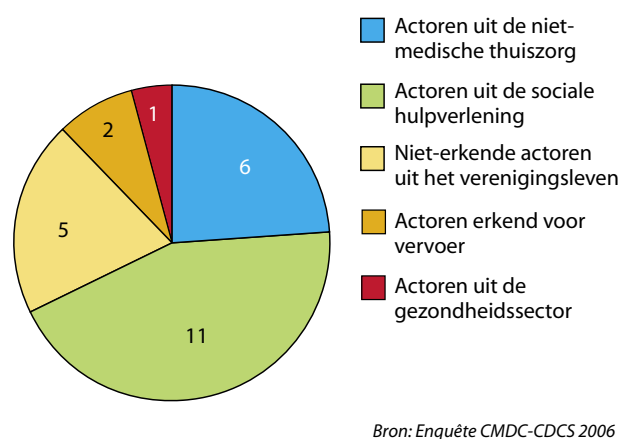
⁵⁷ Zie lijst van de voorzieningen per type hulpverlening op de achterflap.

⁵⁸ Zie ook de aanvullende gegevens in tabel 4-14 op p. 189.



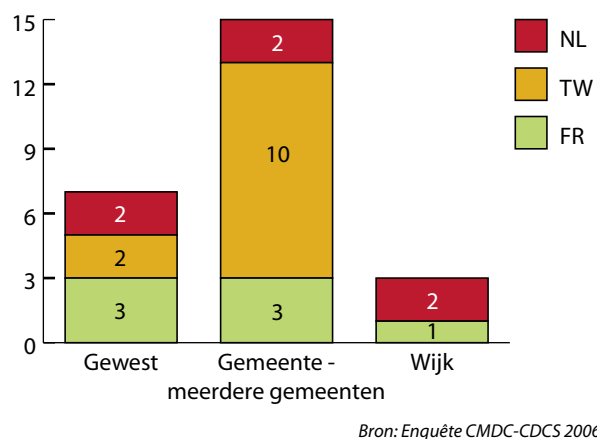
Figuur 4-25

Medisch vervoer: Indeling van de actoren volgens hun activiteitenkader



Figuur 4-26

Medisch vervoer: Spreiding van de ruimtelijke dekking van het aanbod



2. NIET-MEDISCH VERVOER

2.1 Actoren en hun dienstverlening

11 actoren voorzien in de behoefte aan niet-medisch vervoer aan huis. 8 contactcentra van de stad Brussel regelen vervoer van en naar de centra.

Deze actoren zorgen voor vervoer naar de kapper, een activiteit, de bank, om vrienden te bezoeken of boodschappen te doen. De bedoeling is niet alleen hulp te bieden bij vervoer maar ook het sociaal contact te bevorderen. Dit laatste geldt zowel voor de ouderen als voor de chauffeurs van het vrijwilligersnetwerk.

De contactcentra van de stad Brussel organiseren enkel vervoer voor kleine boodschappen tweemaal per maand.

Van de 19 actoren (Figuur 4-27):

- zijn 14 actoren actief in de sector van de sociale hulpverlening – waaronder de buurtgerichte sociale hulp:

1 vervoerdienst van een OCMW, 1 vrijwilligersnetwerk opgericht door een gemeente, 4 lokale dienstencentra en de 8 contactcentra van de stad Brussel.

- werkt 1 actor in de niet-medische thuiszorg^[59]:
1 service d'aide à domicile van een gemeente.
- heeft 1 actor een erkenning als dienst voor aangepast vervoer;
- hebben 3 actoren, waaronder twee vrijwilligersnetwerken voor wederzijds hulpbetoon, geen erkenning.

2.2. Ruimtelijke dekking van het aanbod^[60]

Er zijn weinig plaatselijke verschillen wat het aantal actoren betreft. Dat is deels te wijten aan het zeer beperkte aantal diensten dat dit type vervoer aanbiedt. Uit het zeer lage aantal actoren blijkt een gebrek aan aandacht voor deze behoefte, althans voor ouderen die moeilijk toegang hebben tot het openbaar vervoer. (Kaart 4-16)

De 8 actoren met een wijkgerichte werking zijn de 8 contactcentra van de stad Brussel. (Figuur 4-28)

2.3 Temporele toegankelijkheid van het niet-medisch vervoer

Alle diensten organiseren vervoer overdag. Enkele weigeren of vermijden te rijden tijdens de spitsuren. Slechts 4 diensten zorgen voor vervoer na 17.30 uur of in het weekend: 3 verenigingen actief op gemeentelijke schaal (Etterbeek, Jette, Oudergem; 1NL-1 tweetalig-1FR) en 1 vereniging die het Brussels Hoofdstedelijk Gewest bestrijkt (NL).

3. NIET-DRINGEND MEDISCH VERVOER EN NIET-MEDISCH VERVOER

3.1. Financiële toegankelijkheid

De tarieven zijn moeilijk te vergelijken: er zijn forfaitaire prijzen, prijzen per km en prijzen per uur.

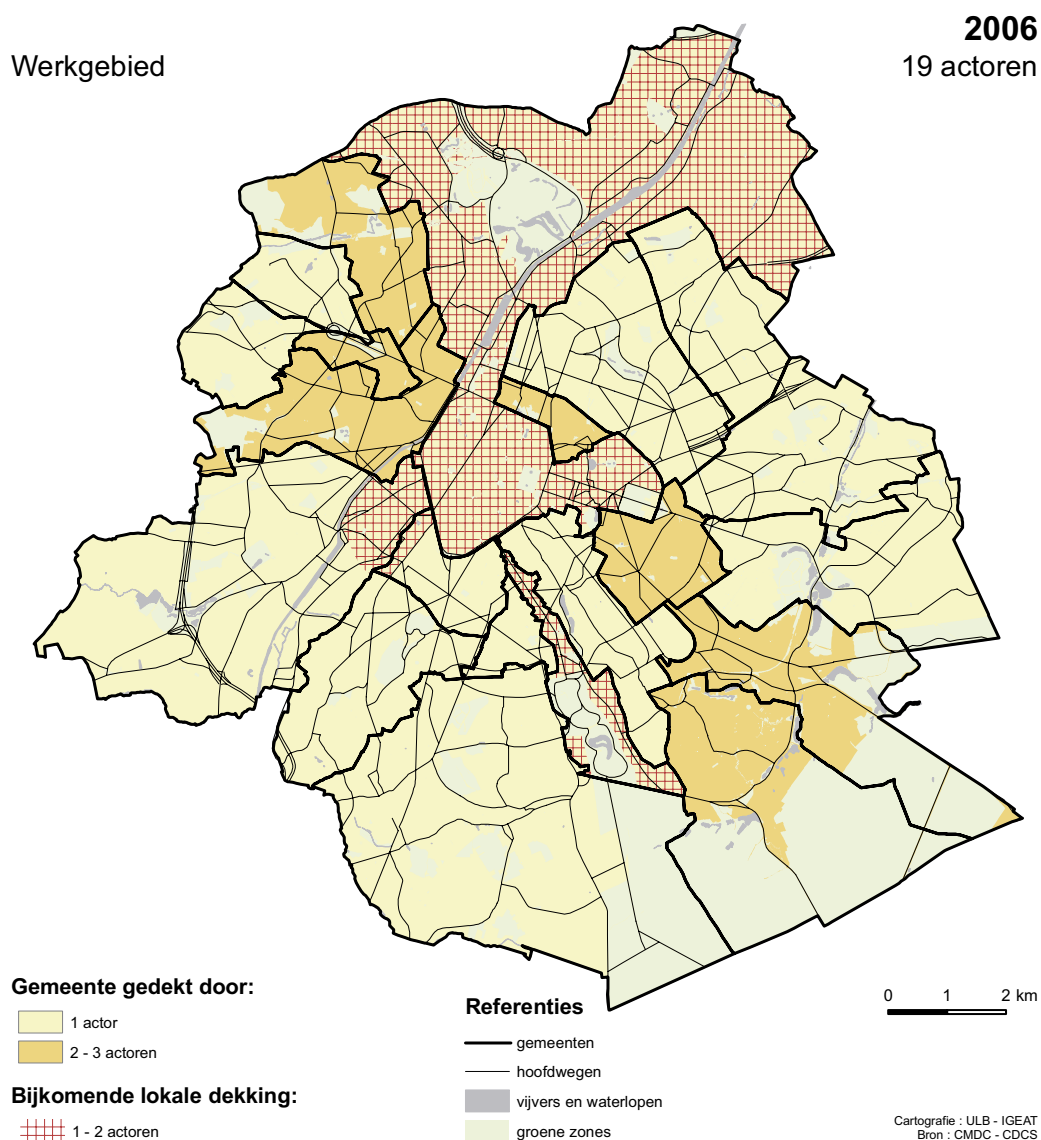
- 21 diensten hanteren een vaste prijs:
Forfaitaire prijs: € 1 tot € 5
Prijs per km: € 0,25/km tot € 0,30/km
Prijs per uur: € 0,30/uur tot € 8/uur
Het Rode Kruis vraagt € 60/10 km per traject.
- bij 6 diensten hangen de prijzen af van het inkomen:
Forfaitaire prijs: € 0,25 tot € 7,39
Prijs per km: € 0/km tot € 1,30/km
Prijs per uur: € 1,25/uur tot € 8/uur

3.2 Wachttijden en toegangsvoorwaarden

De wachttijden bedragen 1 tot 21 dagen. Geen enkele dienst biedt echter de garantie dat er effectief voor vervoer wordt gezorgd. De opgegeven wachttijden zijn louter informatief. Is er geen chauffeur vrij of geen voertuig beschikbaar, dan kan de aanvraag op het allerlaatste ogenblik worden geannuleerd. De wachttijden houden ook geen rekening met aanvragen die onbeantwoord blijven omdat de diensten volgeboekt zijn.

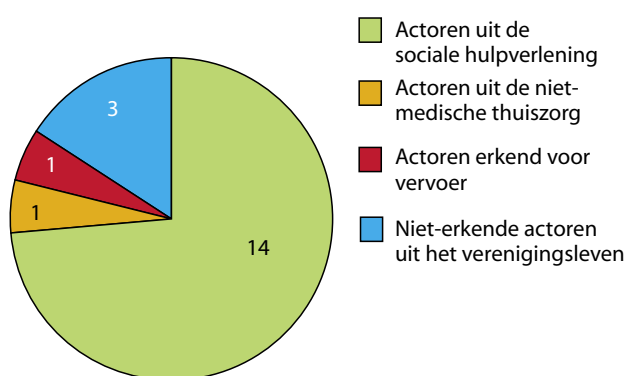
⁵⁹ Zie de lijst van de voorzieningen per type hulpverlening op de achterflap.

⁶⁰ Zie ook de aanvullende gegevens in tabel 4-14 op p. 189.



Figuur 4-27

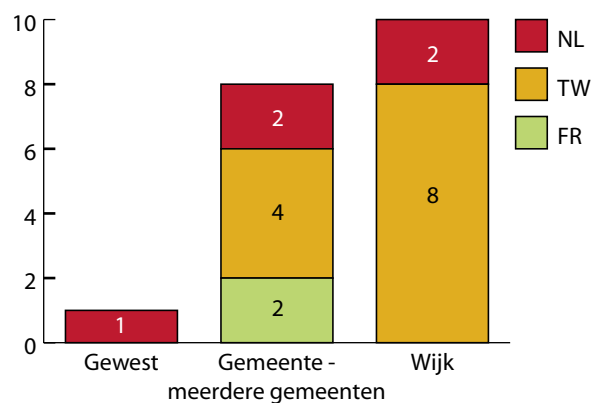
Niet-medisch vervoer: Indeling van de actoren volgens hun activiteitenkader



Bron: Enquête CMDC-CDCS 2006

Figuur 4-28

Niet-medisch vervoer: Spreiding van de ruimtelijke dekking van het aanbod



Bron: Enquête CMDC-CDCS 2006

Met uitzondering van de 7 diensten die het hele gewest bestrijken, stellen alle actoren voorwaarden inzake de verblijfplaats. Voor 2 diensten is het lidmaatschap vereist (jaarlijkse bijdrage). 5 diensten richten zich uitsluitend tot mensen met een laag inkomen (bewijs van inkomsten wordt gevraagd), waarvan 2 tot OCMW-gebruikers of gebruikers van een dienst voor gezins- en bejaardenhulp. 3 actoren vervoeren ouderen die niet in staat zijn om het openbaar vervoer te gebruiken en vragen een medisch attest. Verondersteld mag worden dat alle diensten vervoer aanbieden aan ouderen die, tijdelijk of niet, beperkt zijn in hun mobiliteit.

TOELICHTING

5 van de 7 Franstalige actoren uit het verenigingsleven werken met vrijwilligers. Bij de Nederlandstalige actoren is dat 2 op de 7, bij de tweetalige 1 op de 3. De meeste Nederlandstalige diensten krijgen subsidies voor deze dienstverlening.

De meeste actoren beschikken niet over een chauffeur die louter instaat voor personenvervoer.

II. Andere hulp bij de verplaatsing

Tijdens de enquête die aan de inventaris voorafging brachten verschillende actoren andere hulp bij de verplaatsing ter sprake:

3 actoren organiseren zelf geen vervoer maar begeleiden ouderen bij de verplaatsing (hulp bij het stappen, het trappen lopen, het gebruik van een roltrap, ...). Het betreft 1 service de sante mentale, een plaatselijk werk gelegenheidsagentschap en een dienst voor gezins- en bejaardenhulp.

25 actoren zorgen voor vervoer zodat de ouderen hun activiteiten kunnen bijwonen namelijk 8 centra voor dagverzorging, 2 centres d'accueil de jour, 1 palliatief dagcentrum en 14 actoren, waaronder 1 gemeentelijke dienst voor sociale zaken, die culturele of vrijetijdsactiviteiten aanbieden. Vervoer in het kader van dergelijke activiteiten wordt zowel regelmatig als zeer occasioneel ingelegd.

6 gemeenten reiken taxicheques uit. De bedragen zijn verschillend. 2 gemeenten bieden bijvoorbeeld taxicheques aan voor een maandelijks bedrag van € 12,50 of € 150 per jaar. Andere berekenen het bedrag van de tegemoetkoming op basis van het inkomen of reiken taxicheques uit ter waarde van € 2,48. De gebruiker moet aan verschillende criteria voldoen waaronder:

- een definitieve, fysieke of geestelijke handicap vertonen van minstens 66 %, erkend door de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid, of minstens 75 jaar oud zijn;
- over een inkomen beschikken dat niet hoger ligt dan de RVV-uitkering.

Sommige actoren leggen vervoer in of betalen de vervoerkosten terug voor bepaalde ziekten of handicaps, zoals bijvoorbeeld de ziekenfondsen voor nierdialyse en chemotherapie, de Stichting tegen Kanker via de Kankerfoon, de MIVB via een minibusdienst voor personen met een handicap of slechtzienden, erkend door de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid.

Reacties uit het werkveld

«Er is een gebrek aan vervoer», «Il manque de transport», zowel de Nederlandstalige als de Franstalige actoren zijn het erover eens dat het aanbod de behoefte niet dekt. Het aanbod is bovendien te beperkt qua uurregeling en bestemmingen.

De vereniging Sociaal Vervoer Brussel bijvoorbeeld, heeft als taak een uitgebreide vervoerdienst aan te bieden in het Brussels Gewest, maar kan slechts de helft van de vragen beantwoorden. Andere actoren zouden al tevreden zijn mochten ze deze score behalen.

Inzake het **niet-dringend medisch vervoer** wijst het werkveld erop:

- dat de vraag naar vervoer voor medische consultaties snel beantwoord moet worden;
- dat sommige ouderen daarbij begeleiding nodig hebben;
- dat het niet-dringend vervoer met de ziekenwagen duur is;
- dat er te weinig betaalbaar vervoer is voor mensen met een beperkte mobiliteit die vergezeld worden door een derde;
- dat er een gebrek aan vorming is voor chauffeurs die ouderen vervoeren met psychologische, neurologische of psychiatrische problemen.

Het gebrek aan **niet-medisch vervoer** blijkt nog acuter:

- «Er is te weinig goedkoop en zelfs gratis vervoer voor ouderen die een kop koffie willen gaan drinken, familie of vrienden bezoeken, naar de kapper gaan».
- Er is een tekort aan vervoer «buiten de kantooruren naar culturele activiteiten, theater, bioscoop ...».

Alle actoren worden met **verkeersproblemen** geconfronteerd: steeds langere ritten door verkeersopstoppingen, problemen om een parkeerplaats te vinden dicht bij de woning van de oudere, de prijzen van de parkings (vooral in de buurt van ziekenhuizen), boetes voor dubbelparkeren, ...

Volgens de vervoerdiensten die met vrijwilligers werken, ondervinden ze daardoor problemen om nieuwe chauffeurs te werven.

Sommige actoren stellen als **oplossing** de uitbreiding van de dienstencheques voor naar alle actoren die vervoer aanbieden aan mensen met een beperkte mobiliteit.

HULP BIJ DE AANPASSING VAN DE WONING

Ouderen kunnen niet altijd een beroep doen op een handig familielid om herstellingen uit te voeren aan de woning, te verhuizen, grote huishoudapparaten in werking te stellen of gewoon een lamp te vervangen. Bovendien kan het aangewezen zijn de woning aan te passen aan de fysieke toestand van de oudere of in het kader van de valpreventie.

53 actoren helpen daarbij: 14 bieden hulp bij de ergonomische aanpassing van de woning, 44 voeren klein onderhoudswerk uit en helpen bij het verhuizen. 5 actoren bieden beide types hulpverlening aan.

I. Hulp bij de ergonomische aanpassing van de woning

1. Actoren en hun dienstverlening

Van de 14 actoren:

- zijn er 12 die over een ergotherapeut beschikken die aan huis komt:

2 regionale dienstencentra, 4 coordinations de soins et services à domicile, 1 dienst voor gezinszorg, 2 ziekenfondsen, 2 uitleendienst voor hulpmiddelen van ziekenfondsen en 1 maison médicale.

Eén coordination de soins et services à domicile en twee ziekenfondsen werken samen in het kader van een proefproject voor ergotherapie aan huis.

De ergotherapeut maakt een evaluatie van de problemen die de oudere ondervindt bij dagelijkse handelingen en geeft advies inzake verbeteringen en aanpassingen aan de woning.

Dankzij deze aanpassingen wordt de mobiliteit verbeterd, de leefomgeving aangepast aan een specifiek fysiek probleem (rugprobleem, slecht zicht, enz.) en worden valpartijen voorkomen.

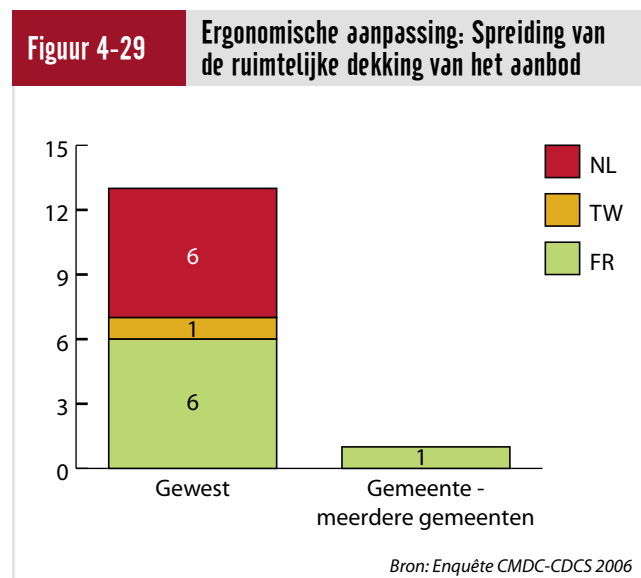
- geven de 2 overige diensten advies en/of laten ze werken uitvoeren door een technische dienst:
 - 1 dienst actief in het welzijns- en sociocultureel werk met senioren verstrekt advies inzake de beveiliging van de woning (valpreventie, enz.). Ook wordt de sanitaire toestand en de hygiëne in de woning nagegaan in samenwerking met de mantelzorgers. Hun klusjesdienst plaatst handvatten, enz.
 - 1 Franstalige dienst laat ergonomische aanpassingen uitvoeren (plaatsing van handvatten, hellingen, enz.) door zijn technische dienst.

Een van de reeds vermelde coordinations de soins et services à domicile laat kleine beveiligingswerken uitvoeren door een werkmans (onder andere in het kader van valpreventie).

2. Ruimtelijke dekking van het aanbod ^[61]

13 van de 14 actoren zijn actief in het hele gewest. Een kaart met de ruimtelijke dekking van het aanbod is bijgevolg overbodig.

De actor die op gemeentelijke schaal werkt is een maison médicale die zijn dienstverlening enkel aanbiedt aan zijn leden uit Jette.



3. Temporele toegankelijkheid

Alle diensten werken uitsluitend tijdens de kantooruren.

4. Financiële toegankelijkheid

De dienstverlening van 3 actoren is gratis (1 coordination de soins et services à domicile en 2 ziekenfondsen). Ze maken deel uit van hetzelfde proefproject ten gunste van hun leden.

De actoren die de prijs vermelden voor het huisbezoek van de ergotherapeut, vragen € 35.

⁶¹ Zie ook de aanvullende gegevens in tabel 4-15 op p. 190.

Voor kleine ergonomische aanpassingen wordt een vaste prijs aangerekend van € 3 + € 3,25 voor de verplaatsing, of € 4 tot € 8 (verplaatsing inbegrepen) naargelang het inkomen.

5. Wachttijden en toegangsvoorwaarden

De dienstverlening van de ergotherapeut wordt enkel aan gebruikers of leden aangeboden. De ziekenfondsen en uitleendienstverleners voor hulpmiddelen geven een tegemoetkoming aan de leden die de aanvullende verzekering hebben betaald.

Voor alle diensten is een doktersvoorschrift vereist. 8 actoren vragen een bewijs van het inkomen en van het RVV-statuuut.

De wachttijden bedragen 1 tot 15 dagen.

TOELICHTING

De gezins- en bejaardenhulpsters, de verzorgenden en sommige maatschappelijk werkers die bij de oudere aan huis komen bieden elementaire hulp in het kader van deze behoefte. Ze halen bijvoorbeeld tapijten weg met het oog op valpreventie, plaatsen een bed beneden en brengen de woning in gereedheid wanneer de oudere uit het ziekenhuis wordt ontslagen. Deze hulpverlening is inherent aan hun takenpakket en is dus in de prijs inbegrepen (of is gratis bij sociale hulpverlening).

Reacties uit het werkveld

Actoren uit de niet-medische thuiszorg, de sociale hulpverlening en enkele parochies wijzen erop dat **ergotherapeuten te weinig advies verstrekken** omtrent de aanpassing van de woning.

Ze signaleren eveneens het gebrek aan **aangepaste woningen** voor minder mobiele ouderen en de **kosten van de aanpassingen**: «De woningaanpassing is zeer duur», «Behoeft aan mensen die kleine karweitjes uitvoeren zoals handgrepen plaatsen in het toilet», «De technische hulpmiddelen voor de woningaanpassing zijn te duur».

Het probleem stelt zich vooral voor de huurders: zeer veel eigenaars (waaronder de sociale huisvestingsmaatschappijen) eisen dat de woning in de oorspronkelijke toestand wordt hersteld. Huurders betalen dubbel: voor de (dure) aanpassingen en om de woning in de originele staat te brengen.

Actoren uit de niet-medische thuiszorg formuleren de volgende **oplossingen**:

- De sociale woningen moeten worden aangepast aan mindermobiele mensen en aan de behoeften van de ouderen.
- Eigenaars mogen niet langer eisen dat de woning in de oorspronkelijke toestand wordt hersteld indien de aanpassingen correct werden uitgevoerd.

- De overheid moet een grotere bijdrage leveren in de aanpassingskosten en het huidige terugbetalingsstelsel veranderen opdat de gebruiker niet eerst de volledige som moet ophoesten.
- Het concept van het levensloopbestendig wonen moet in het stedenbouwkundig beleid worden opgenomen. De overheid moet de bouwsector er toe aanzetten om dit concept op elk nieuw bouwwerk of elke renovatie toe te passen. Nieuwe woningen moeten zo worden ontworpen dat ze beantwoorden aan de behoeften van de ouderen of gemakkelijk kunnen worden aangepast (en zodoende aan de criteria voor duurzame woningen voldoen)^[62].

Een actor wijst op het **gebrek aan informatie** inzake de hulpverlening door ergotherapeuten en op **de weerstand om een beroep te doen** op deze dienst: «Onze dienst voor ergotherapie is niet goed gekend (4 aanvragen /jaar). De mensen zijn zeer wantrouwig en willen niet dat iemand bij hen thuis komt rondneuzen (zich moeit met hun privéleven)».

⁶² Zie in dit verband «Handicaps en vergrijzing van de bevolking, uitdagingen voor de Stad». Activiteitsverslag 2002 van de Confederatie Bouw Brussel-Hoofdstad.

II. Hulp bij de aanpassing van de woning: klein onderhoudswerk en verhuizing

1. Actoren en hun dienstverlening

44 actoren bieden hulp bij klein onderhoudswerk en helpen met de verhuizing. 1 heeft zijn activiteiten gedecentraliseerd en 2 antennes opgericht.

Ze voeren werk uit dat zelfstandige werknemers weigeren omdat het niet rendabel is zoals kaders ophangen, lampen vervangen, klein herstelwerk (klein schilder- en behangwerk, elektriciteit en loodgieterij, lekkende kranen, ...), klein tuinonderhoud.

17 diensten bieden hulp bij kleine verhuizingen (dozen, kleine meubels, meubels uit elkaar halen en in elkaar zetten, rekken plaatsen).

Onder de 44 actoren bevinden zich:

- 6 actoren uit de niet-medische thuiszorg^[63].
1 regionaal dienstencentrum, 2 coordinations de soins et services à domicile, 2 gemeentelijke services d'aide à domicile, 1 dienst voor gezins- en bejaardenhulp.
- 17 actoren actief in het kader van de promotie van de werkgelegenheid:
15 plaatselijke werkgelegenheidsagentschappen (PWA's), 1 initiative locale de développement de l'emploi (ILDE) opgericht door een coordination de soins et services à domicile en 1 organisme d'insertion socioprofessionnelle.
- 21 actoren uit de sociale hulpverlening en andere actoren uit het verenigingsleven:
1 vrijwilligersdienst van een gemeente, 2 diensten voor sociale actie en 2 diensten van OCMW's, 6 lokale dienstencentra, 2 verenigingen waar armen het woord nemen, 1 dienst werkzaam in het welzijns- en sociocultureel werk met senioren, 1 vereniging actief in het kader van de wijkcontracten en 6 actoren uit het verenigingsleven waaronder 5 klusjesdiensten en 1 verhuisdienst.

2. Ruimtelijke dekking van het aanbod^[64]

8 actoren werken op gewestelijke schaal.

In 16 van de 19 gemeenten kunnen de bewoners een beroep doen op 1 tot 6 bijkomende actoren. Brussel-Stad en Sint-Jans-Molenbeek beschikken over het grootste aanbod. De bewoners van Ganshoren, Evere en Oudergem hebben geen toegang tot deze actoren die in een of meer gemeenten actief zijn.

Voor de bewoners van Kuregem in Anderlecht, de Maritiemwijk in Sint-Jans-Molenbeek, de Anneessens- en Begijnhofwijk in Brussel-Stad en de Noordwijk is er een bijkomend aanbod. Deze actoren zijn vooral werkzaam op de vroegere industrieas van het gewest. (Kaart 4-17)

Voor de actoren met een gemeentelijke dekking zijn ruim vertegenwoordigd met het hulpverleningsaanbod van 15 PWA's, gemeentelijke actoren en OCMW's. (Figuur 4-30)

3. Temporele toegankelijkheid

4 PWA's verlenen hun diensten ook na 17.30 uur of in het weekend.

4. Financiële toegankelijkheid

2 diensten werken gratis (waaronder de vrijwilligersdienst).

Indien een vaste prijs wordt aangerekend, bedraagt deze € 3 tot € 8 per uur. De gebruiker moet extra betalen (€ 3 tot € 4) voor verplaatsing en materialen.

Indien een prijs naargelang het inkomen wordt gevraagd, bedraagt deze € 0 tot € 14. Het merendeel van de diensten vraagt € 4,95 tot € 6,20 (PWA's)^[65].

5. Wachttijden en toegangsvoorwaarden

21 actoren richten zich uitsluitend tot mensen met een laag inkomen (± equivalent van IGO), 30 vragen een inkomensbewijs. 8 voeren een sociale enquête uit.

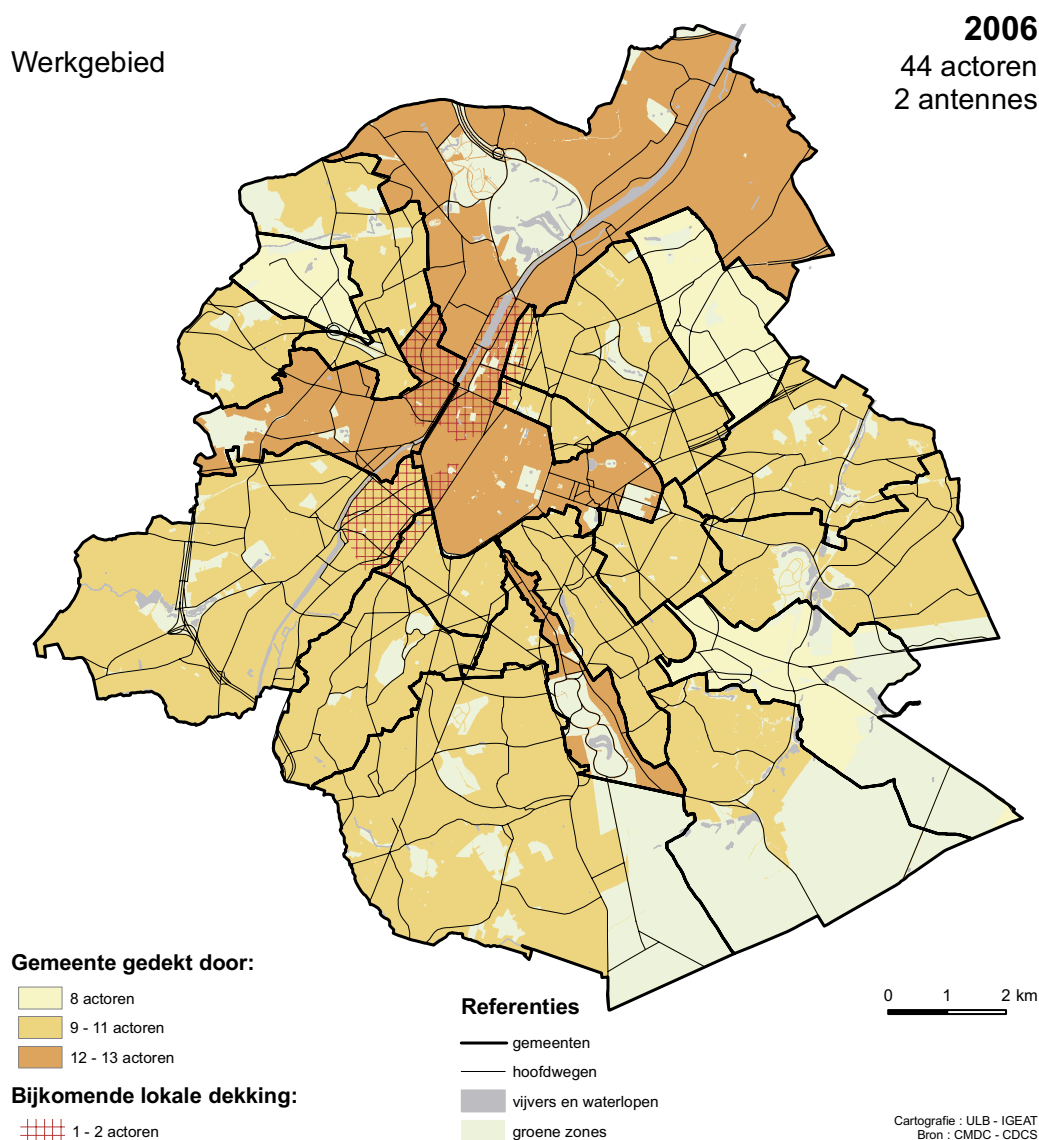
De regionale dienstencentra, coordinations de soins et services à domicile, diensten voor gezins- en bejaardenhulp en services d'aide à domicile bieden deze hulpverlening enkel aan hun gebruikers aan.

De wachttijden bedragen 1 tot 30 dagen.

⁶³ Zie de lijst van de voorzieningen per type hulpverlening op de achterflap.

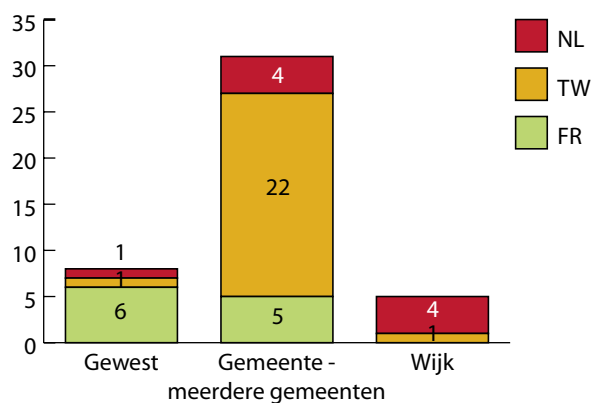
⁶⁴ Zie ook de aanvullende gegevens in tabel 4-15 op p. 190.

⁶⁵ Zie ook de toegangsvoorwaarden van de PWA's in de verklarende woordenlijst op p. 199.



Figuur 4-30

Klein onderhoudswerk: Spreiding van de ruimtelijke dekking van het aanbod



Bron: Enquête CMDC-CDCS 2006

TOELICHTING

Ook gezins- en bejaardenhelpsters en verzorgenden vervangen lampen, voeren klein herstelwerk uit of helpen met de voorbereiding van een verhuizing. Hun hulpverlening maakt deel uit van een ruimer takenpakket.

Het merendeel van de actoren die specifieke hulp organiseren richten zich vooral tot mensen met een laag inkomen. Deze klusjes worden nauwelijks uitgevoerd door de privésector die bovendien duur is.

Reacties uit het werkveld

«Er zijn niet genoeg klusjesdiensten». Actoren uit de niet-medische thuiszorg, PWA's en klusjesdiensten zijn het erover eens dat er te weinig diensten zijn, die voor iedereen toegankelijk zijn (niet alleen voor de lage inkomens): «Professionele vakmannen zijn te duur en/of verplaatsen zich niet voor kleine herstellingen (lekkende kraan, stopcontact)». Enkele diensten melden dat ze niet over gekwalificeerd personeel of over de nodige verzekeringen beschikken.

De actoren wijzen ook op het gebrek aan diensten voor grotere herstelwerken tegen betaalbare prijzen: «Geen diensten voor groot herstelwerk (loodgieterij, elektriciteit,...) en voor een schappelijke prijs», «Aanpassing van het interieur, gespecialiseerd herstelwerk (elektriciteit,loodgieterij), schilderen, behangen waarvoor een stielman nodig is maar voor een haalbare prijs».

Er zijn te weinig verhuisdiensten (ongeacht de omvang van de verhuizing): «Er is een gebrek aan hulp bij de verhuizing als er geen familieleden zijn», «Gebrek aan hulp bij grotere verhuizingen».

De actoren reiken enkele **oplossingen** aan:

- Een dienst voor gezins- en bejaardenhulp stelt voor dat «in samenspraak met de stielmannen uit de sector een gespecialiseerde dienst wordt opgericht die gesubsidieerd wordt door de gemeente».
- Een lokaal dienstencentrum stelt voor dat er intern «eventueel een nieuwe dienst wordt opgericht voor kleine werken».
- Volgens een andere actor moet de sociale economie in deze behoefte investeren.

TOEZICHT

I. Personenalarmsysteem

Alleenstaande ouderen kunnen in een noodsituatie terechtkomen, bij een ongelukkige val, onpasselijkheid, enz., en moeten dan zo snel mogelijk hulp kunnen krijgen. Daartoe wordt een alarmtoestel geplaatst dat de oudere een zekerheid van veiligheid verschaft zodat hij in zijn vertrouwde omgeving kan blijven wonen.

1. Actoren en hun dienstverlening

22 actoren voorzien in deze behoefte. 4 hebben hun activiteiten gedecentraliseerd via de oprichting van 30 antennes.

Sommige actoren beschikken over een dienst voor personenalarm. De ouderen kunnen zich rechtstreeks tot hen wenden.

Andere actoren hebben deze dienst niet, maar doen het nodige om de dienstverlening te organiseren.

Bij activering van het alarmtoestel of indien telefonisch contact niet beantwoord wordt, komt de hulpverlening op gang.

De diensten voor personenalarm functioneren op tweeërlei wijze:

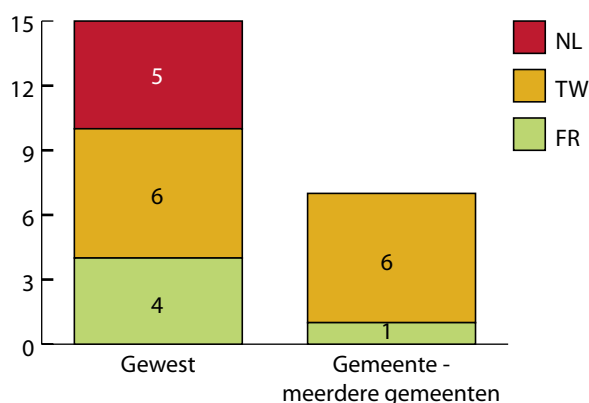
- Sommige diensten doen enkel een beroep op mensen uit de omgeving van de ouderen. Ze beschikken over een lijst van contactpersonen maar gaan zelf niet bij de oudere langs. Voor dit systeem moet een hulpverleningsnetwerk (buren, familieleden ...) worden opgezet opdat de oudere zo lang mogelijk thuis kan blijven wonen.
Sommige ouderen leven echter zo vereenzaamd dat ze bij problemen op niemand in de omgeving een beroep kunnen doen.
De maatschappelijk assistenten van de diensten proberen in dat geval het contact tussen de oudere en zijn buren te herstellen.
12 diensten functioneren op deze wijze.
- 7 diensten doen niet alleen een beroep op familieleden en vrienden maar gaan eventueel zelf bij de ouderen langs. Ze beschikken over een sleutel van de woning.

2. Ruimtelijke dekking van het aanbod^[66]

De minimale dekking van het aanbod wordt verzekerd door 15 actoren. Voor de bewoners van Sint-Agatha-Berchem, Brussel, Elsene, Evere, Sint-Jans-Molenbeek, Sint-Joost-ten-Node en Sint-Lambrechts-Woluwe voorziet de gemeentelijke dienst voor sociale zaken of, in één gemeente, een service d'aide à domicile, in een bijkomend aanbod. Deze diensten regelen alle formaliteiten en bepalen de prijs. Ze hebben vaak een overeenkomst afgesloten met een dienst voor personenalarm. Sommige hebben toestellen aangekocht die ze rechtstreeks verhuren aan de gebruikers.

Figuur 4-31

Personenalarm: Spreiding van de ruimtelijke dekking van het aanbod



Bron: Enquête CMDC-CDCS 2006

3. Temporele toegankelijkheid

Alle diensten voor personenalarm werken 24 uur per dag. De diensten die de hulpverlening regelen zijn enkel toegankelijk tijdens de kantooruren.

4. Financiële toegankelijkheid

Een prijsvergelijking maken van de verschillende systemen is vrij moeilijk. Er moet rekening worden gehouden met de plaatsingskosten, de huurprijs, de prijs afhankelijk van het inkomen of van het lidmaatschap van sommige ziekenfondsen.

⁶⁶ Zie ook de aanvullende gegevens in tabel 4-16 op p. 191.

12 diensten rekenen een vaste prijs aan voor de verhuur die schommelt tussen €5/maand en €42/maand. Twee derde vraagt hoogstens €15/maand.

Bij 8 diensten hangt de prijs af van de sociale situatie van de gebruiker of van zijn lidmaatschap. De bedragen schommelen tussen €7/maand en €42/maand. De helft rekent maximaal €12,50/maand aan.

De plaatsingskosten bedragen €12,40 tot €37. Enkele diensten vragen een waarborg die kan oplopen tot €100.

5. Toegangsvoorwaarden

De gemeentediensten richten zich uitsluitend tot de bewoners van de gemeente. Enkele ziekenfondsen bieden de hulpverlening enkel aan hun leden. De gebruiker moet over een telefoonaansluiting beschikken en een contract ondertekenen. 1 dienst vraagt een medisch attest.

6. Wachttijden

De helft van de diensten die deze vraag hebben beantwoord starten de dienstverlening binnen de week op. 1 actor biedt binnen de maand hulp.

II. Professionele ziekenoppassers

Bij ziekte hebben ouderen soms nood aan iemand die naar hen luistert, troost en helpt indien nodig. Dat kan gedurende enkele uren zijn om de mantelzorgers te ontlasten of op regelmatige basis.

Thuisoppasdiensten bieden professionele ziekenoppas aan. De veldwerkers wijzen op het gebrek aan dergelijke diensten in het Brussels Gewest.

1. Actoren en hun dienstverlening

5 actoren organiseren professionele ziekenoppas.

De professionele ziekenoppassers hebben een opleiding gevolgd. Ze bieden gezelschap en toezicht bij zorgbehoevende ouderen. Ze zorgen voor de veiligheid en de hygiëne en voor het fysieke en morele welzijn van de oudere. Ze bieden hulp in het dagelijks leven (wassen, aankleden, maaltijden, ...) en dienen medicijnen toe voorgeschreven door de huisarts.

In Brussel bestaat er 1 dienst voor professionele thuisoppassers. Deze vzw is werkzaam in de sector van de socioprofessionele inschakeling en is erkend door de COCOF en het Europees Sociaal Fonds voor de opleiding van thuisoppassers. De dienst werkt met ongeveer 55 oppassers.

2 diensten voor gezinszorg bieden binnen hun hulpverleningsaanbod ook thuisoppas aan. De ene heeft 1 ziekenoppasser in dienst, de andere biedt enkel oppas overdag aan.

2 andere actoren, waarvan 1 actief in de palliatieve zorg, bieden eveneens ziekenoppas thuis aan.

2. Ruimtelijke dekking van het aanbod

Er zijn zeer weinig actoren die ziekenoppas organiseren. Opmerkelijk is dat het aanbod iets groter is in het oosten van het gewest (Sint-Joost-ten-Node, Schaarbeek, Evere, Sint-Pieters-Woluwe, Sint-Lambrechts-Woluwe en Etterbeek). (Kaart 4-18 en Figuur 4-33)

3. Temporele toegankelijkheid

Alle diensten werken 24 uur per dag met uitzondering van een dienst voor gezinszorg die enkel overdag werkt.

4. Financiële toegankelijkheid

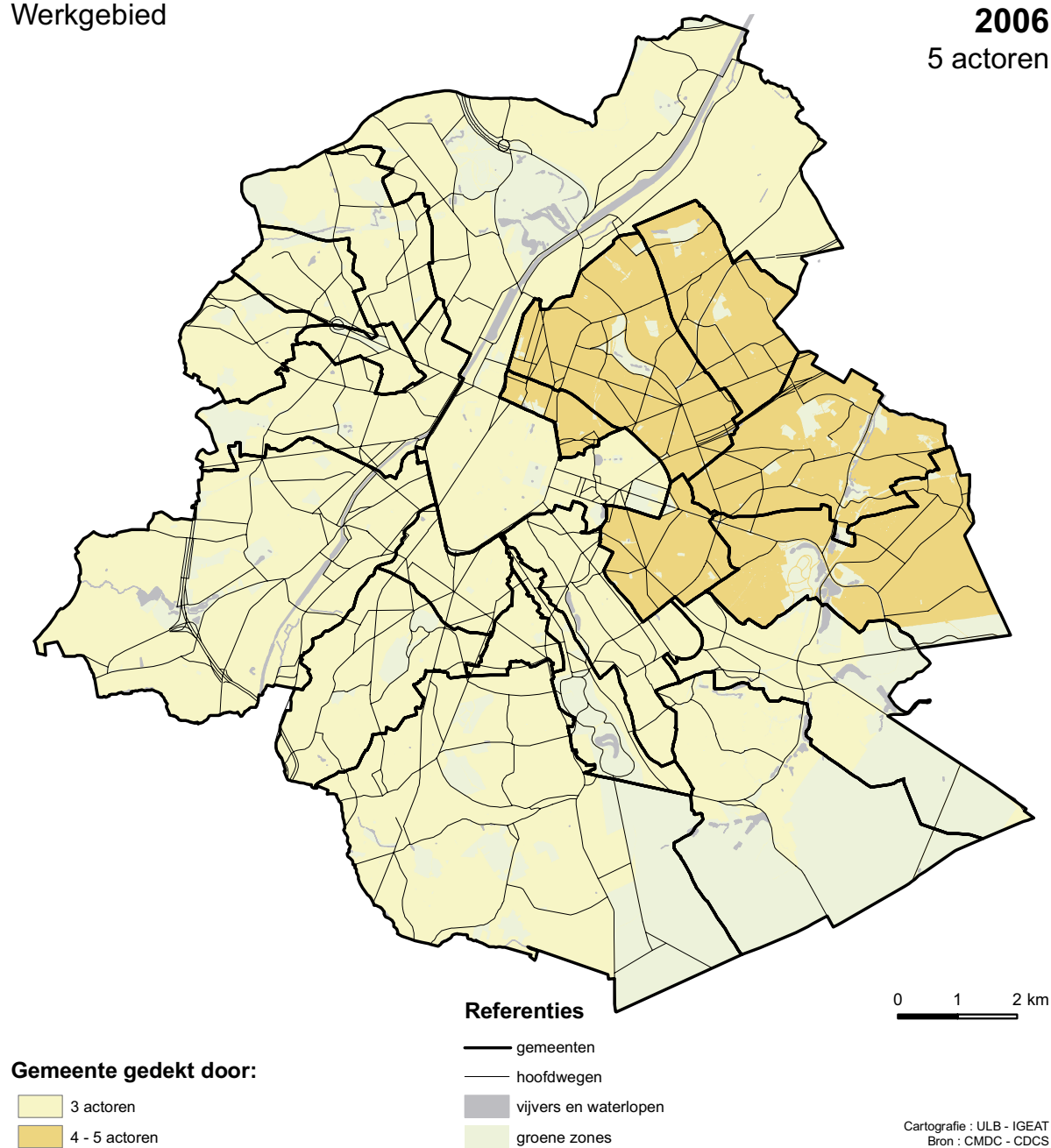
Ziekenoppas is zeer duur. De uurprijzen bedragen €3,25 tot €6,75 naargelang het tijdstip overdag of 's nachts en het statuut (RVV of niet) van de oudere. De dienst voor palliatieve zorg vraagt €15/uur tot €35/uur. 1 dienst voor gezinszorg rekent €2,50/uur aan.

Enkele ziekenfondsen betalen een bijdrage in de kosten die echter geplafonneerd is.

5. Wachttijden

Slechts twee actoren hebben de wachttijden meegedeeld. Eén actor kan hulp organiseren in een tijdspanne van 14 dagen tot 3 maand. De dienst voor palliatieve zorg biedt binnen de 2 dagen hulp.

Werkgebied

2006
5 actoren

III. Seniorsitting - niet-professionele thuisoppassers

1. Actoren en hun dienstverlening

De 14 actoren die hier aan bod komen doen geen beroep op professionele oppassers. De oppas wordt verzekerd door een netwerk van mantelzorgers, occasionele seniorsitting of intensief toezicht buiten de kantooruren, 's nachts en in het weekend.

In tegenstelling tot professionele ziekenoppassers hebben niet-professionele oppassers geen opleiding gekregen. Ze zijn doorgaans werkzaam in een PWA of als vrijwilliger in diverse voorzieningen. (Figuur 4-32)

2. Ruimtelijke dekking van het aanbod

In de gemeenten Brussel, Koekelberg, Sint-Gillis, Sint-Joost-ten-Node, Schaarbeek en Sint-Lambrechts-Woluwe is er een PWA met een dienst van niet-professionele ziekenoppassers. In Oudergem is een vrijwilligersnetwerk actief. Brussel is de best voorziene gemeente want naast de PWA-dienst is er de dienst «Papy-Mamysitting» opgericht door de gemeentelijke dienst voor sociale zaken. (Kaart 4-19)

3. Temporele toegankelijkheid

Het gros van de actoren werkt overdag. Twee actoren bieden de dienstverlening 24 uur per dag aan. De uurregeling van PWA's is vrij soepel want de praktische organisatie wordt afgesproken tussen de gebruiker en de PWA-werknemer.

4. Financiële toegankelijkheid

De PWA-tarieven bedragen € 4,95/uur tot € 7,44/uur. Een dienst voor vrijwilligers werkt gratis. De andere actoren vragen € 1,50/uur tot € 3,50/uur.

5. Toegangsvoorwaarden

De PWA's, de gemeentelijke «Papy-Mamysitting»-dienst en het vrijwilligersnetwerk bieden enkel hulp aan de inwoners van hun gemeente.

6. Wachttijden

De wachttijden bedragen één dag tot één maand. Twee derde van de actoren regelen hulp binnen de twee weken.

ALGEMENE TOELICHTING BIJ HET TOEZICHT

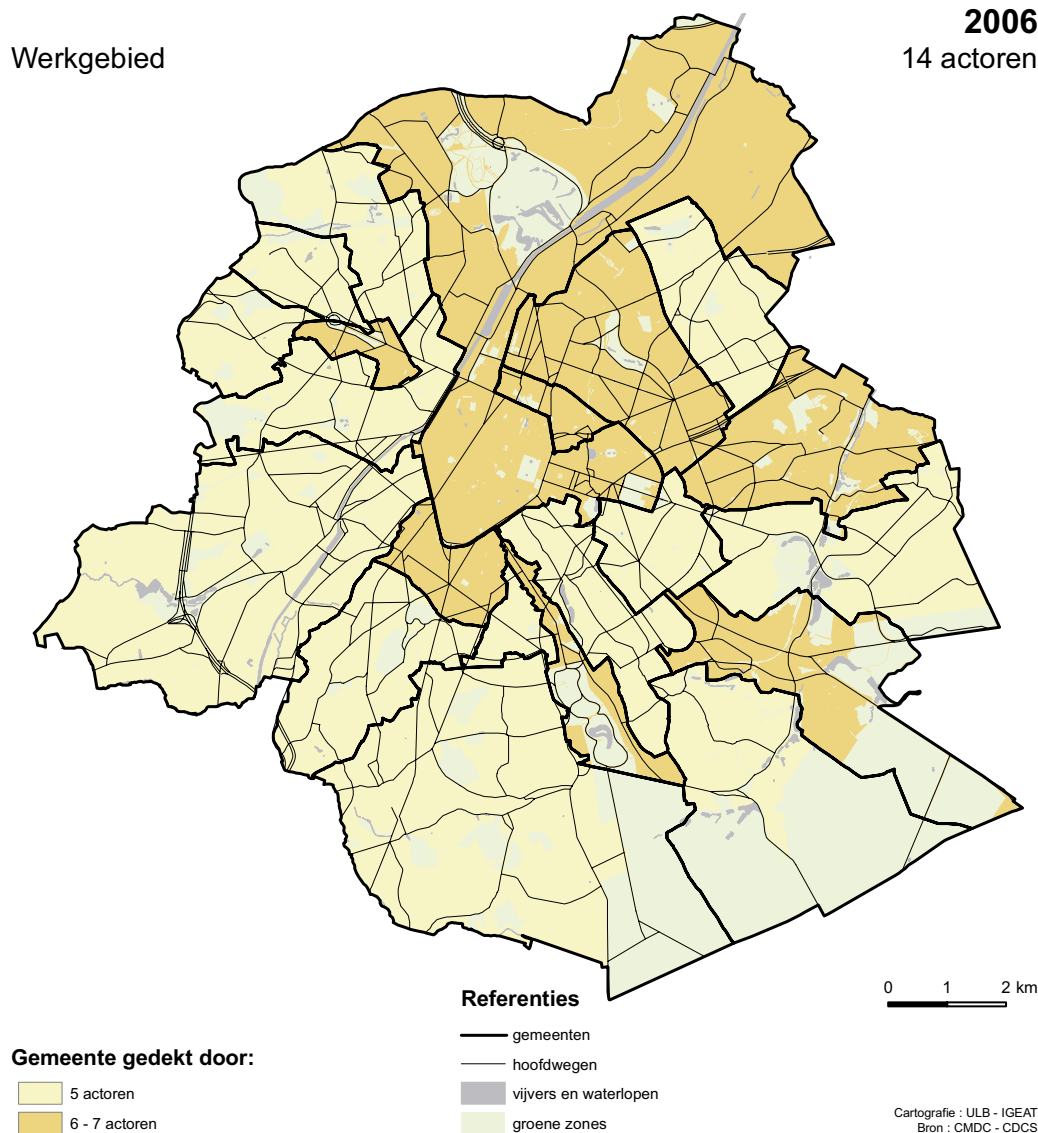
Op gewestelijk niveau zijn er 1 Franstalige dienst met ongeveer 55 professionele ziekenoppassers en 2 Nederlandstalige diensten die slechts over een beperkt aantal professionele ziekenoppassers beschikken, actief. Verondersteld mag worden dat 5 Nederlandstalige actoren werkzaam in de niet-medische thuiszorg daarom een reeks initiatieven hebben opgezet die vooral op vrijwilligers een beroep doen. Er zijn geen Franstalige actoren actief over het hele gewest die met vrijwilligers werken. Op gemeentelijk vlak organiseren 6 PWA's toezicht. (Figuur 4-33)

Reacties uit het werkveld

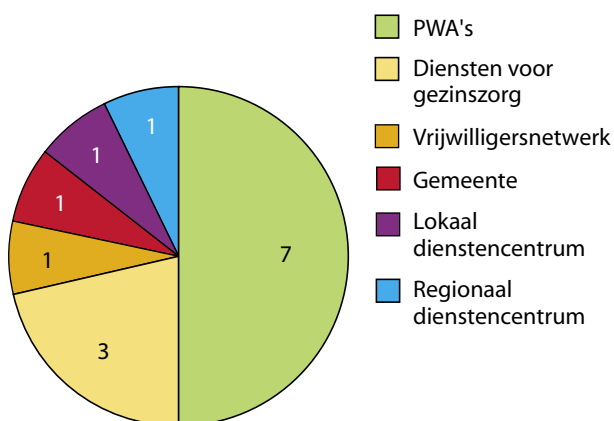
Alle commentaren getuigen van een cruciaal gebrek aan ziekenoppasdiensten, vooral voor oppas 's nachts. Bovendien zijn de tarieven te hoog wat de toegankelijkheid niet ten goede komt en de deur openzet voor parallelle netwerken die werknemers zonder sociale zekerheid uitbuiten.

Een actor met een dienst voor professionele ziekenoppassers signaleert dat de OCMW's de kosten voor thuisoppas zelden of nooit ten laste nemen.

Werkgebied

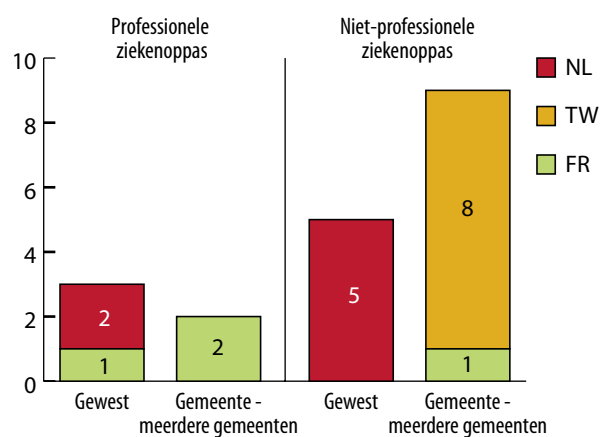
2006
14 actoren

Figuur 4-32

Niet-professionele oppas:
Aard van de actoren

Bron: Enquête CMDC-CDCS 2006

Figuur 4-33

Ziekenoppas: Spreiding van de
ruimtelijke dekking van het aanbod

Bron: Enquête CMDC-CDCS 2006

SLACHTOFFERHULP EN VEILIGHEIDSGEVOEL

Zich veilig voelen thuis, goede begeleiding en ondersteuning krijgen als slachtoffer van een misdrijf zijn essentiële factoren voor het behoud van ouderen in de thuisomgeving. Sommige ouderen gaan immers naar een rusthuis omdat ze zich niet langer veilig voelen.

1. Actoren en hun dienstverlening

Alle diensten voor slachtofferhulp werden gecontacteerd. Enkele meenden dat ze niet bijdroegen tot het handhaven van ouderen in de thuisomgeving en hebben de vragenlijst dus niet beantwoord. De gemeenten met een veiligheids- en preventiecontract hebben geen gewag gemaakt van de door hen opgezette diensten voor technopreventie.

32 actoren voorzien in deze behoefte. 2 actoren hebben hun activiteiten gedecentraliseerd en 5 antennes opgericht.

5 actoren bieden **hulp op het vlak van het veiligheidsgevoel**.

- 2 actoren voeren beveiligingswerken uit in appartementen en huizen. Deze aanpassingen verhogen het veiligheidsgevoel en bevorderen het subjectieve welzijn van de ouderen.
- 3 actoren organiseren informatiesessies die gegeven worden door de diensten voor slachtofferhulp of door de diensten voor technopreventie.

27 actoren verstrekken **eerstelijns hulp aan slachtoffers** van geweldsmisdrijven door opvang, luisterbereidheid en psychologische ondersteuning aan te bieden. Ze geven eveneens informatie over de gerechtelijke procedure, volgen het dossier op en begeleiden het slachtoffer bij de administratieve demarche. Indien nodig verwijzen ze de slachtoffers naar meer gespecialiseerde diensten.

3 diensten voor geestelijke gezondheid melden dat ze hulp verstrekken aan slachtoffers. Verondersteld mag worden dat alle diensten voor geestelijke gezondheid deze hulpverlening aanbieden.

3 telefonische hulplijnen voorzien eveneens in deze behoefte.

Indien nodig gaan de diensten bij de ouderen op huisbezoek met uitzondering van een dienst voor slachtofferhulp, de telefonische hulplijnen en de diensten die informatiesessies organiseren in hun lokalen.

2. Ruimtelijke dekking van het aanbod^[67]

Alle gemeenten behoren tot het werkgebied van minstens 8 actoren. Het onthaalbureau in Ukkel meldt echter dat er zich geen ouderen onder het publiek bevinden. De activiteitenzetels zijn, op gewestelijke schaal, meestal centraal gelegen en, op gemeentelijke schaal, in de nabijheid van gemeentediensten of politiebureaus. Een lokale actor uit Elsene beperkt zijn dienstverlening tot de beveiliging van het door hem beheerde sociale woningenpark. Gezien de ruimtelijke concentratie van de sociale woningen (in 'cités') gaat het om volledige wijken. (Kaart 4-20)

Dankzij de diensten voor politionele slachtofferbejegening en de gemeentelijke diensten voor slachtofferhulp is er een sterke aanwezigheid van actoren die in een of meerdere gemeenten actief zijn. (Figuur 4-34)

3. Temporele toegankelijkheid

Twee telefonische hulplijnen zijn dag en nacht bereikbaar. De diensten voor politionele slachtofferbejegening zijn in principe overdag open. Slachtoffers van een misdrijf kunnen na de kantooruren bij de politie van wacht terecht. De andere actoren zijn open tijdens de dag.

4. Financiële toegankelijkheid

De dienstverlening van de diensten voor slachtofferhulp is gratis. De diensten voor geestelijke gezondheidszorg en de diensten die beveiligingswerk uitvoeren hebben hun tarieven niet meegedeeld.

5. Toegangsvoorwaarden en wachttijden

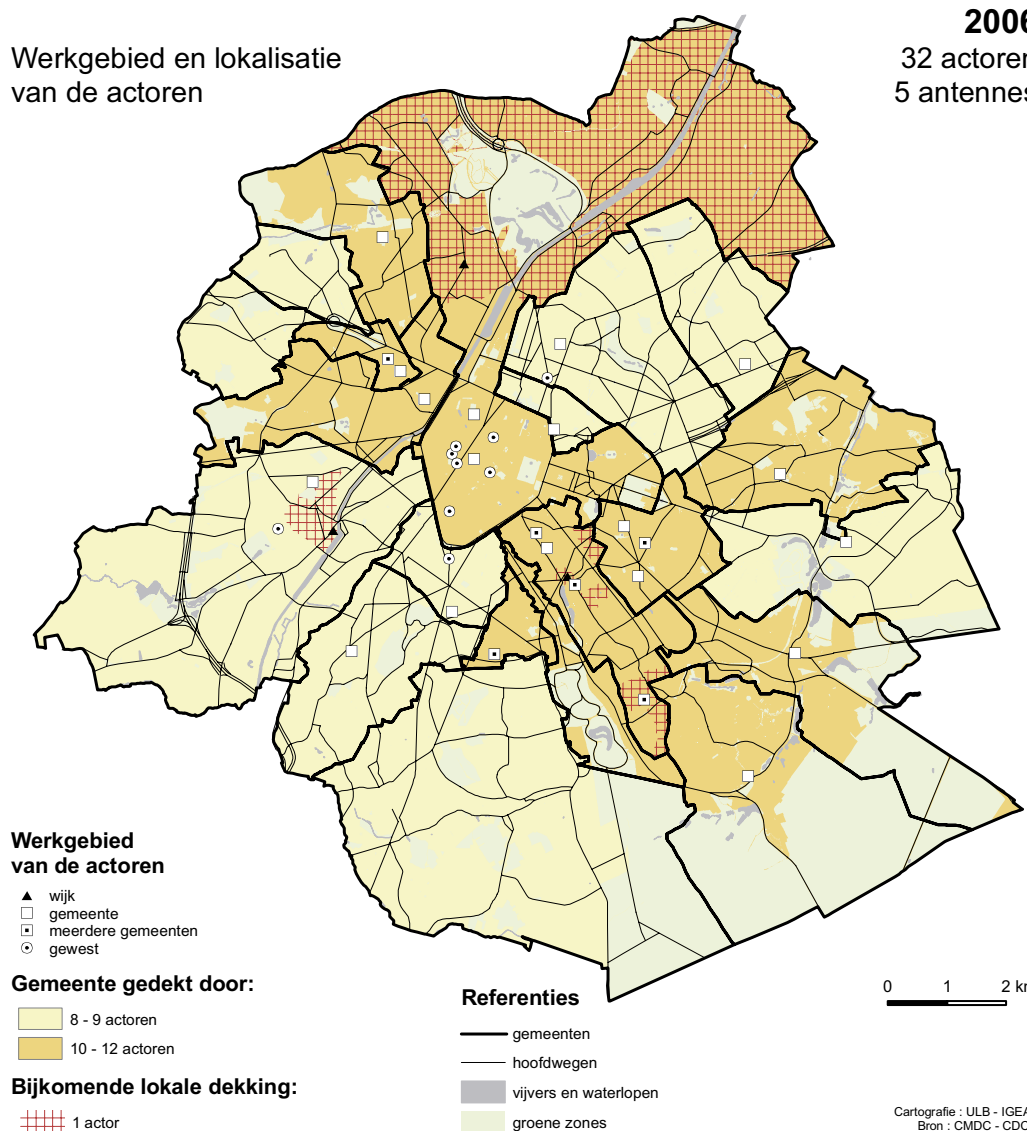
De diensten voor politionele slachtofferbejegening richten zich enkel tot slachtoffers gedomicilieerd in de gemeente(n) uit hun werkgebied.

15 actoren hebben de wachttijden vermeld. 7 bieden de dag zelf hulp, 5 binnen de week en 3 binnen de maand.

⁶⁷ Zie ook de aanvullende gegevens in tabel 4-17 op p. 191.

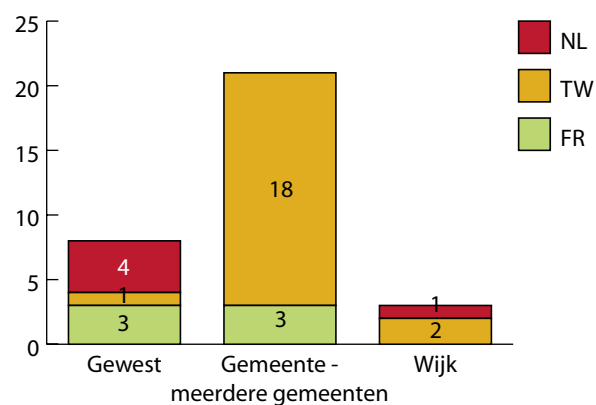
Werkgebied en lokalisatie
van de actoren

2006
32 actoren
5 antennes



Figuur 4-34

Veiligheid: Spreiding van de ruimtelijke dekking van het aanbod



Bron: Enquête CMDC-CDCS 2006

LENEN VAN HULPMIDDELEN

Minder mobiele ouderen kunnen veilig op stap met hulpmiddelen zoals krukken, een rollator, een rolstoel, enz. Dankzij sanitaire en medische hulpmiddelen (toiletstoel, aerosol, masker, aangepaste matras of aangepast bed, ...), kunnen ze bij ziekte thuis worden verzorgd. Gezien de hoge kostprijs van deze middelen vervullen de diensten die dergelijke hulpmiddelen uitleenen een belangrijke rol bij het behoud in de thuisomgeving.

14 actoren lenen hulpmiddelen. 4 ervan hebben hun activiteiten gedecentraliseerd en in totaal 12 antennes opgericht.

1. Actoren en hun dienstverlening

De uitleendienst worden meestal georganiseerd door de ziekenfondsen en het Rode Kruis.

De hulpmiddelen worden thuis bezorgd als ze omvangrijk zijn of als de persoon zich niet kan verplaatsen en geen beroep kan doen op familie of kennissen.

Van de 14 diensten, beschikken 3 actoren enkel over een bepaald type van hulpmiddel (rolstoel of sanitaire hulpmiddelen) en lenen 2 actoren voor een beperkte tijdsspanne (van één maand tot maximum drie maanden).

- Er zijn 8 uitleendiensten van ziekenfondsen (+ 4 antennes): deze zijn ofwel gevestigd op het adres van centrale depots of op het adres van de ziekenfondsen of hun antennes.
- De uitleendienst van het Rode Kruis heeft 9 depots.
- 2 vrijwilligersnetwerken, actief in Oudergem en Watermaal-Bosvoorde, beschikken over een depot voor medische en paramedische hulpmiddelen van het Rode Kruis. Ze zorgen zelf voor het beheer ervan om aan de vraag te voldoen.
- De dienst voor thuiszorg van een OCMW leent sanitaire hulpmiddelen aan zijn gebruikers.
- 1 lokaal dienstencentrum bezit 2 rolstoelen die uitgeleend kunnen worden.
- 1 maison médicale leent rolstoelen en aerosols.

2. Ruimtelijke dekking van het aanbod^[68]

Het aantal actoren verschilt weinig tussen de gemeenten onderling. De ouderen van Schaarbeek, Oudergem, Watermaal-Bosvoorde, Ukkel, Sint-Gillis, Vorst en Anderlecht kunnen een beroep doen op 1 extra actor.

De actor actief in de Noordwijk en omgeving is een maison médicale met een forfaitair systeem waarvan de dienstverlening enkel bestemd is voor de aangesloten leden.

De uitleendiensten bevinden zich vooral in het centrum van het gewest. In bepaalde gemeenten bestaan deze diensten niet (Sint-Agatha-Berchem, Koekelberg, Sint-Gillis, Etterbeek en Evere). Ouderen die zich moeten verplaatsen om de hulpmiddelen op te halen, worden bijgevolg benadeeld.

Eén actor bevindt zich buiten het Brussels Gewest en levert de hulpmiddelen thuis. (Kaart 4-21)

De diensten verbonden aan ziekenfondsen zijn gewestelijke actoren die een groot deel van het aanbod leveren. (Figuur 4-35)

3. Temporele toegankelijkheid

De uitleendiensten van het Rode Kruis zijn ook na 17.30 uur toegankelijk. Dat geldt eveneens voor een ziekenfonds en het vrijwilligersnetwerk van Oudergem die bovendien in het weekend toegankelijk zijn. De andere diensten zijn enkel overdag tijdens de week open.

4. Financiële toegankelijkheid

De prijzen zijn zeer verschillend en hangen af van het geleende hulpmiddel zodat de financiële toegankelijkheid niet kan behandeld worden.

5. Toegangsvoorwaarden en wachttijden

Voor sommige hulpmiddelen is een doktersvoorschrift nodig. De gebruiker moet een contract ondertekenen.

Bij enkele ziekenfondsen kunnen enkel leden een beroep doen op de uitleendienst. Om recht te hebben op de voordelen verbonden aan de aanvullende verzekering moet de gebruiker lid zijn.

Enkel leden van het maison médicale kunnen er hulpmiddelen lenen.

4 actoren vermelden wachttijden: 3 van 0 tot 2 dagen, 1 vermeldt een wachttijd van 7 dagen.

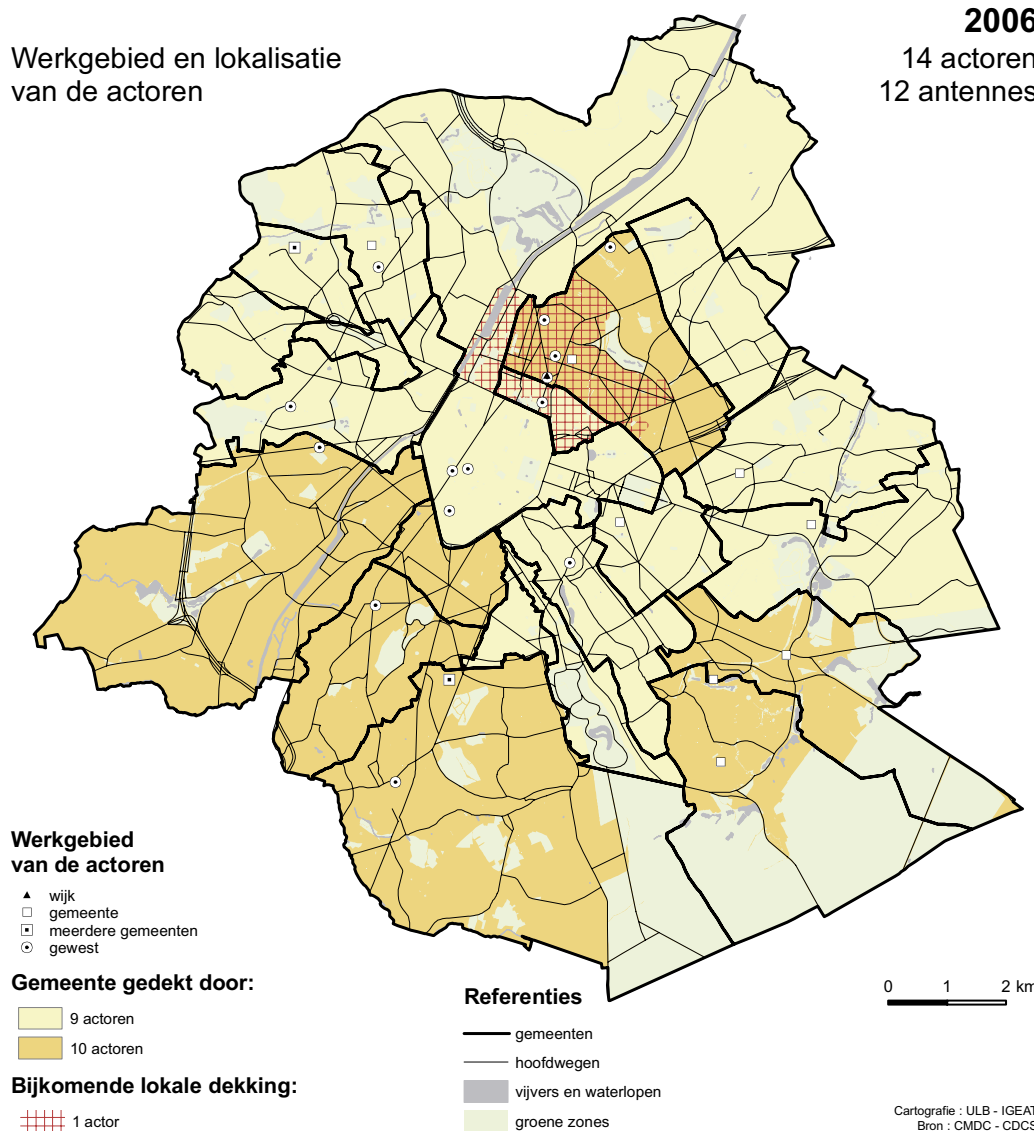
Reacties uit het werkveld

Volgens een centrum voor eerste opvang bestaat er te weinig informatie over de verschillende actoren: ouderen en veldwerkers blijken niet goed op de hoogte te zijn van het bestaan van de uitleendiensten van de ziekenfondsen en van de tegemoetkoming in het kader van de aanvullende verzekering.

⁶⁸ Zie ook de aanvullende gegevens in tabel 4-18 op p. 192.

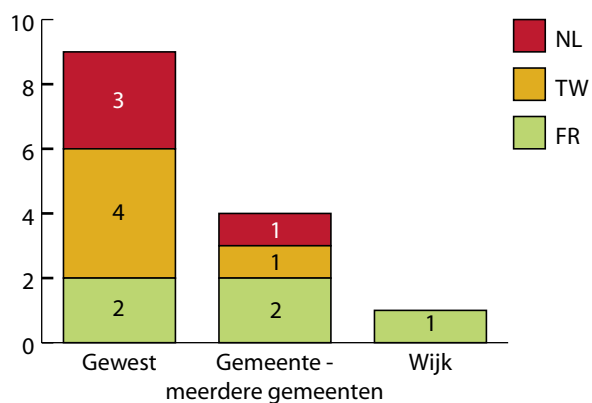
Werkgebied en lokalisatie
van de actoren

2006
14 actoren
12 antennes



Figuur 4-35

Lenen hulpmiddelen: Spreiding van de ruimtelijke dekking van het aanbod



Bron: Enquête CMDC-CDCS 2006

LEVERING VAN PARAMEDISCHE HULPMIDDELEN EN INCONTINENTIEMATERIAAL

Voor minder mobiele ouderen is de thuislevering van paramedische hulpmiddelen en/of incontinentiemateriaal die ze (soms dagelijks) nodig hebben van cruciaal belang.

1. Actoren en hun dienstverlening

1 regionaal dienstencentrum en 4 diensten verbonden aan een ziekenfonds (waarvan 1 een plaatselijk initiatief voor de ontwikkeling van de werkgelegenheid heeft opgericht voor deze dienstverlening) verkopen en leveren paramedische hulpmiddelen en incontinentiemateriaal.^[69]

2. Ruimtelijke dekking van het aanbod

De 5 actoren bestrijken het hele gewest. De cartografie van het aanbod is bijgevolg overbodig (2NL-2TW-1FR).

3. Temporele toegankelijkheid

Alle diensten werken overdag, tijdens de week.

4. Financiële toegankelijkheid

2 actoren vragen € 8 voor de levering. 1 actor vraagt € 10 voor de levering en € 30 voor dringende leveringen.

5. Wachttijden en toegangsvoorwaarden

De wachttijden bedragen 2 tot 10 dagen.

Voor 1 dienst die hulpmiddelen uitleent en verkoopt is een doktersvoorschrift vereist. De andere 3 actoren bieden deze dienstverlening uitsluitend aan de leden van het ziekenfonds. Het ILDE biedt hulp aan ouderen met mobiliteitsproblemen.

TOELICHTING

Niet alle ziekenfondsen hebben een dienst die hulpmiddelen verkoopt of uitleent.

Ook de regionale dienstencentra, coordinations de soins et services à domicile, services d'aide à domicile, diensten voor gezins- en bejaardenhulp en diensten voor gezinszorg zorgen voor de levering van paramedische hulpmiddelen en incontinentiemateriaal. Hun dienstverlening wordt verricht in het kader van reeds georganiseerde hulp. Ze bestellen de hulpmiddelen die vervolgens door de gezins- en bejaardenhulpster, de poetshulp, de verzorgende, de maatschappelijk assistent of andere hulpverleners bij de oudere thuis worden geleverd.

Reacties uit het werkveld

Er werden geen reacties genoteerd. Men kan zich echter vragen stellen bij het aantal actoren en de kostprijs van de dienstverlening.

De prijs van het incontinentiemateriaal werd wel ter sprake gebracht. Volgens de hulpverleners wordt het budget van vele ouderen er zwaar door belast.

⁶⁹ Zie ook de aanvullende gegevens in tabel 4-19 op p. 192.

HULP BIJ DE VERZORGING EN DE OPPAS VAN HUISDIEREN

Een huisdier heeft een stimulerende invloed op een alleenstaande oudere en biedt gezelschap. Wanneer de afhankelijkheid van de oudere toeneemt komt de verzorging van het dier in het gedrang. Toch is het zeer belangrijk dat het bij zijn baasje kan blijven.

1. Actoren en hun dienstverlening

13 actoren voorzien in deze behoefte.

Via de organisatie van buurtdiensten bieden de plaatselijke werkgelegenheidsdiensten (PWA's) hulp bij de verzorging en de oppas van huisdieren. De PWA'ers laten honden uit, voederen huisdieren, maken de kattenbak schoon ...

Vrijwilligersnetwerken zijn eveneens actief in dit domein. Een ziekenfonds biedt hulp bij een dringende ziekenhuisopname. Het huisdier wordt naar een dierenpension gebracht voor een verblijf van hoogstens een maand. Gezins- en bejaardenhelpsters voorzien soms ook in deze behoefte.

2. Ruimtelijke dekking van het aanbod ^[70]

Slechts één actor is actief over het hele gewest, meer bepaald een ziekenfonds die deze dienstverlening beperkt tot zijn leden.

In 8 gemeenten, namelijk Brussel, Vorst, Ganshoren, Elsene, Jette, Koekelberg, Sint-Gillis en Sint-Lambrechts-Woluwe, zijn geen bijkomende actoren actief.

3. Temporele toegankelijkheid

De PWA'er en de oudere maken concrete afspraken over de dienstregeling. In principe werken de PWA-ers overdag maar sommigen zijn beschikbaar 's avonds en in het weekend. Een vrijwilligersdienst actief in Oudergem biedt eventueel hulp in het weekend.

4. Financiële toegankelijkheid

De dienstverlening van de vrijwilligers en het ziekenfonds zijn gratis. De PWA-tarieven bedragen € 4,95 € tot € 7,50 per uur.

5. Toegangsvoorwaarden

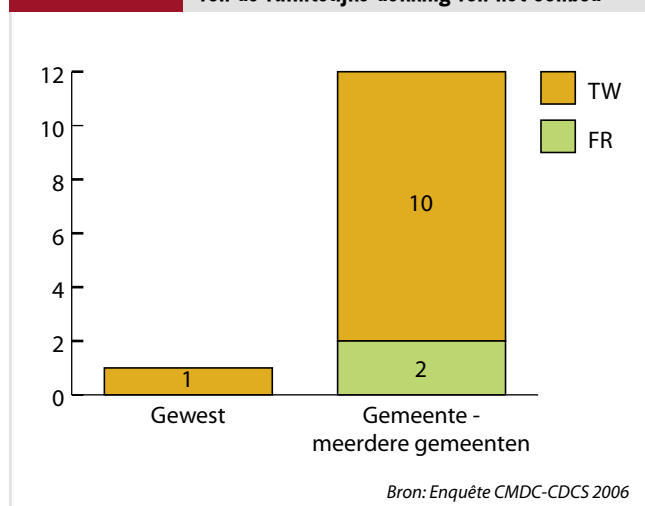
Het ziekenfonds biedt deze hulpverlening enkel aan leden die de aanvullende verzekering hebben betaald. De huisdieren moeten gevaccineerd zijn. Het vaccinatieboekje moet als bewijs worden voorgelegd.

6. Wachttijden

Het ziekenfonds biedt hulp op de dag van de aanvraag zelf. 70 % van de diensten geven gevolg binnen de 3 dagen, de andere binnen de maand.

Figuur 4-36

Verzorging en oppas van huisdieren: Spreiding van de ruimtelijke dekking van het aanbod



⁷⁰ Zie ook de aanvullende gegevens in tabel 4-20 op p. 192.

TRANSVERSALE REACTIES UIT HET WERKVELD

Naast de behoefte aan hulp bij de dagelijkse activiteiten zijn er andere fundamentele noden:

■ **«Sommige ouderen leven in een benarde financiële situatie** maar durven geen hulp vragen». «De meeste ouderen wonen in miserabele omstandigheden (woning in slechte staat, vereenzaamd, klein inkomen)». De reacties uit het werkveld over de financiële situatie van ouderen zijn legio.

Dit bemoeilijkt de toegang tot de medische en de niet-medische thuiszorg: «Er is soms een groot verschil tussen de prijs voor de dienstverlening en de prijs die ouderen kunnen of willen betalen», «Er wordt in talrijke behoeften voorzien. De dienstverlening is echter alleen voor ouderen met voldoende inkomsten financieel haalbaar»^[71].

■ **De prijzen en de staat van de woningen** in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest worden door de hulpverleners eveneens ter sprake gebracht: «Huurders met een bescheiden inkomen die moeten verhuizen vinden moeilijk een woning op de privémarkt. Door de lange wachttijden is de sociale huisvesting vaak ontoegankelijk. Het rusthuis is vaak de enige oplossing».

■ Er moet **meer informatie** worden verspreid over het dienstenaanbod van actoren die in **alle behoeften** voorzien. Niet alleen ouderen^[72] maar ook hulpverleners beschikken over onvoldoende informatie. Ouderen kennen niet altijd het verschil tussen de gezins- en bejaardenhelpster of de verzorgende en de poetshulp, tussen de poetshulp en de verpleegster of tussen de verpleegster en de maatschappelijk assistente.

Een specifiek initiatief heeft de centralisatie van informatie tot doel: Een actor heeft de opdracht alle socioculturele en welzijnsprojecten voor ouderen te coördineren, te ondersteunen en te leiden en de nodige initiatieven te nemen:

- de actor organiseert culturele en vrijetijds-activiteiten in zijn lokalen en in rusthuizen en leidt animatoren voor rusthuizen op;

- hij beantwoordt vragen naar sociojuridische informatie met betrekking tot ouderen en beschikt over een dienst voor hulp bij woningbeveiliging en over een ombudsdienst voor begrafenissen en crematies;
- hij biedt ondersteuning aan professionals uit de socioculturele sector voor ouderen en begeleidt bepaalde projecten.

■ **Complementariteit en coördinatie tussen alle hulpverleners, zowel professioneel als niet-professioneel, en de gebruikers** zijn belangrijk. Alle betrokkenen moeten elkaar leren kennen.

De regionale dienstencentra en de coordinations de soins et services à domicile verrichten heel wat coördinatiewerk dat echter nog te weinig gekend is en verder uitgebouwd moet worden.

Het hulpverleningsproject moet voor iedereen positief zijn maar het is de oudere die de uiteindelijke beslissing neemt. Daarbij moet voldoende tijd worden uitgetrokken voor gezamenlijke reflectie en om het project te laten rijpen.

In dit verband bestaat er een **specifiek initiatief**, namelijk een bemiddelingsdienst voor ouderen. Deze dienst biedt hulp bij conflicten tussen ouderen en hun familieleden of tussen ouderen en een dienst. Er wordt ook bemiddeld bij conflicten tussen families en diensten of tussen familieleden onderling. De oudere staat centraal zelfs indien hij niet meer aanwezig kan zijn of zijn mening kan geven. Zijn «aanwezigheid» wordt in dat geval door een lege stoel of een ander voorwerp gesymboliseerd.

■ **Voor het toekennen van bepaalde hulp wordt rekening gehouden met de fysieke gezondheid.** Dit kan een probleem vormen:

- De toekenning van hulpverlening en de terugbetaling ervan worden vaak gekoppeld aan de evaluatie van de graad van autonomie op de Katz-schaal. Sommige afhankelijke ouderen beantwoorden echter niet aan de criteria van deze schaal en krijgen bijgevolg geen toegang tot de hulpverlening of moeten er meer voor betalen.

- Het Riziv, via de MAF (maximumfactuur), en sommige ziekenfondsen, voor de leden die de aanvullende verzekering hebben betaald, voorzien in een plafond voor de kosten inzake medische en paramedische thuisverzorging. Voor andere hulpverlening bestaat echter geen «sociaal plafond». Voor ouderen die een beroep moeten doen op verschillende hulpverleners of vaak hulp nodig hebben vormt *«het financiële aspect geregeld een struikelblok»*.

■ Enkele actoren onderstrepen het belang van de **continuïteit op het vlak van de hulpverleners die bij de oudere aan huis komen**. Er mogen echter geen te «hechte» banden ontstaan die tot affectieve afhankelijkheid kunnen leiden. Daarom zijn opleiding en omkadering van de hulpverleners nodig.

■ **Het gebrek aan opleiding en omkadering van sommige hulpverleners** (onder andere uit de sector van de promotie van de tewerkstelling) wordt aangekaart. De hulpverlener wordt door de oudere immers vaak beschouwd als iemand die een beroep heeft geleerd en daarom over professionele competenties beschikt.

Er moet een evenwicht worden gevonden tussen enerzijds het verlangen in te gaan op de hulpvraag die de sector van de niet-medische thuiszorg door gebrek aan middelen niet kan beantwoorden en anderzijds de nood aan professionalisme.

■ Voor veel ouderen is de kwaliteit van de relatie met de hulpverleners van fundamenteel belang. Er moet dan ook grondig worden nagedacht over de **werklust van de hulpverleners** en over de plaats van de intermenselijke verhoudingen.

■ Talrijke actoren uit de medische en de niet-medische thuiszorg signaleren de **mobilititeits- en parkeerproblemen** in Brussel.

Ze stellen als **oplossing** voor «dat er een unieke, gewestelijke kaart wordt ingevoerd waarmee de nabijheidsdiensten zich kunnen identificeren en tijdelijk kunnen parkeren». Deze kaart zou ook bestemd zijn voor chauffeurs van vervoerdiensten, artsen, verpleegkundigen, gezins- en bejaardenhulpsters, verzorgenden, poetshulp en andere actoren betrokken bij het behoud in de thuisomgeving.

71 Twee kostensimulaties zijn opgenomen in de bijlage op p. 194.

72 Volgens een studie uit 2000 hebben de Brusselse ouderen een voorkeur voor de televisie als informatiedrager (Leleu M. (2000). *Les nouveaux vieux. Portrait des personnes âgées de plus de 50 ans vivant dans la Région bruxelloise – Rapport final.* Bruxelles, Commission Communautaire Française.)

V. AANBOD AAN OPVANG BUITENSHUIS

DAGOPVANG

Bij dagopvang worden ouderen die ondersteuning en verzorging nodig hebben, overdag opgevangen. De bedoeling is hun plaatsing in een rusthuis zo lang mogelijk uit te stellen, ziekenhuisopname te vermijden of te verkorten en de zelfredzaamheid na ziekte te bevorderen. Dagopvang vormt een belangrijke schakel binnen het behoud in de thuisomgeving. Volgens de veldwerkers zijn er in Brussel te weinig voorzieningen om aan de toenemende vraag te voldoen.

1. Actoren en hun dienstverlening

11 actoren zorgen voor dagopvang.

De centra voor dagverzorging bieden een gevarieerd aanbod aan diensten en activiteiten en werken met een pluridisciplinair team dat bestaat uit verpleegkundigen, kinesisten, ergotherapeuten, animatoren, maatschappelijk assistenten, sanitaire helpsters. Ze zorgen voor een gepersonaliseerde opvang met medische hulpverlening, fysieke revalidatie en mentale en sociale ondersteuning. Deze dienstverlening maakt deel uit van het dagforfait.

De centres d'accueil de jour bieden sociale hulpverlening, lichamelijke en geestelijke activiteiten, hygiënische verzorging, een middagmaal en een vieruurtje. Voor paramedische verzorging kan de oudere een beroep doen op professionele hulpverleners. Deze prestaties zijn niet opgenomen in het dagforfait en worden apart aangerekend.

Het palliatief dagcentrum biedt dezelfde medische verzorging aan als het ziekenhuis (bloedtransfusie, continuë verzorging, ...), palliatieve consultaties, psychologische consultaties, fysieke verzorging (bad, pedicure ...) maar ook vrijetijdsactiviteiten. (Figuur 4-37)

Alle actoren leggen vervoer in.

Enkele actoren zijn gespecialiseerd in een bepaalde ziekte of handicap. Andere richten zich tot alle personen die hun zelfredzaamheid verliezen. (Figuur 4-38)

2. Ruimtelijke dekking van het aanbod ^[73]

Van de 11 actoren bevindt 1 zich in Vlaams-Brabant. Het werkgebied opgenomen voor deze kaart is het gebied dat **door de vervoerdienst van de actoren wordt bestreken**. 2 actoren hebben een gewestelijke dekking en leggen vervoer in voor alle Brusselaars. 7 actoren organiseren vervoer in de buurgemeenten van hun plaats van activiteit en vangen de bewoners van de andere gemeenten op indien deze laatsten zelf voor vervoer zorgen. 2 actoren beperken zich tot het gebied dat bestreken wordt door hun vervoerdienst.

Uit kaart 4-22 blijkt dat Sint-Joost-ten-Node en Watermaal-Bosvoorde een kleiner aanbod hebben. Het OCMW van de laatste gemeente heeft een centrum voor dagverzorging opgericht. Vermoedelijk vangt dit centrum de bewoners van Watermaal-Bosvoorde op zodat de andere actoren enkel in de andere buurgemeenten actief zijn. De gegevens uit de enquête bieden geen verklaring voor het beperkte aanbod in Sint-Joost-ten-Node.

In Brussel-Stad bevinden zich 2 actoren zodat deze gemeente over het grootste aanbod beschikt.

3. Temporele toegankelijkheid

Alle centra zijn open tijdens de week van maandag tot en met vrijdag, behalve dat in Etterbeek. Dit centrum is slechts 3 dagen per week toegankelijk.

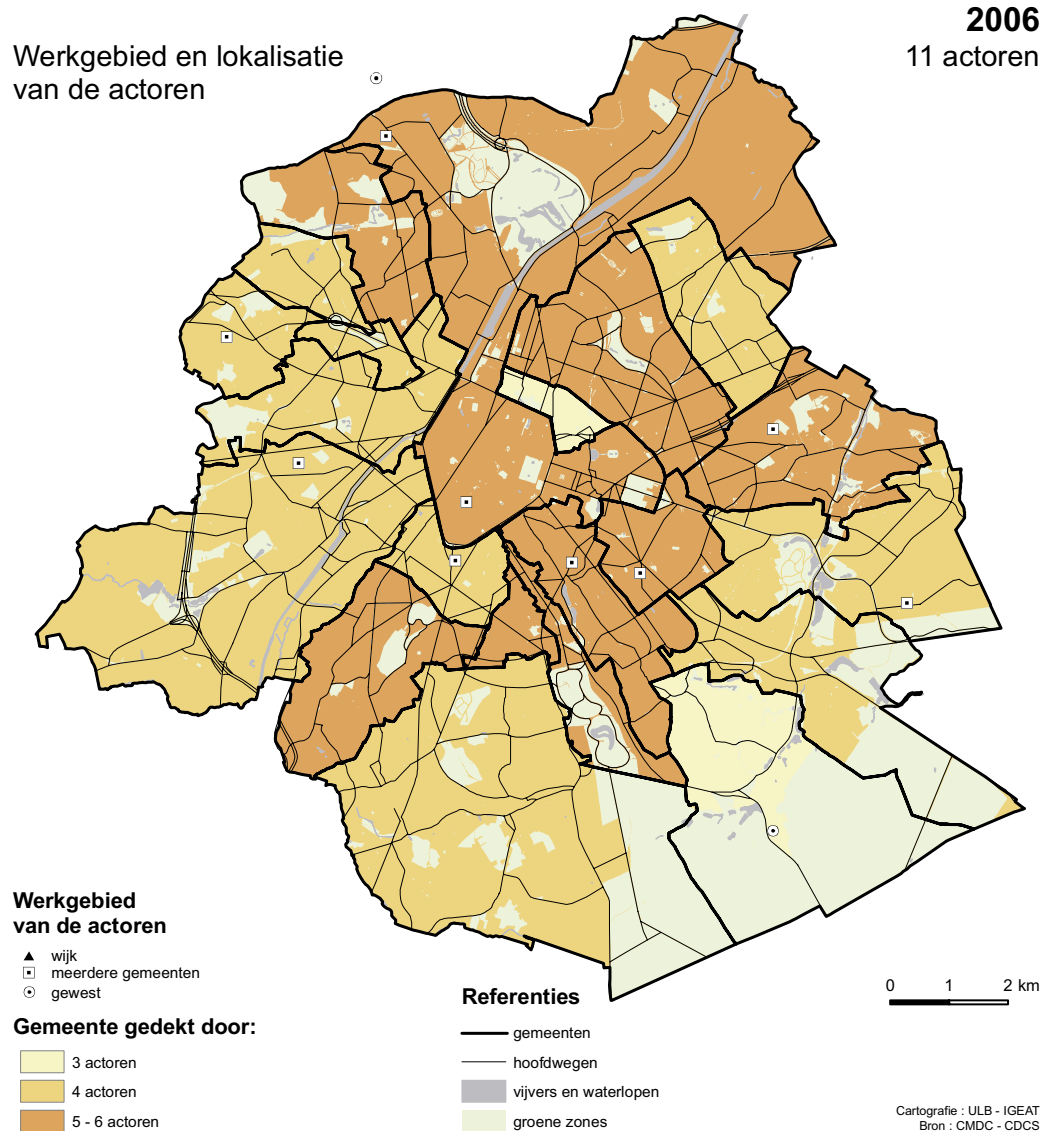
4. Financiële toegankelijkheid

Het palliatief dagcentrum vraagt € 2,50/dag. Het dagforfait van de andere centra schommelt tussen € 10,40 en € 24/dag. De helft rekent niet meer aan dan € 15,10/dag. 1 dienst vraagt een maandelijkse bijdrage van € 12,30, 1 andere een driemaandelijkse bijdrage van € 30. Bij 4 actoren moet de gebruiker € 1,48 tot € 5 betalen voor het vervoer heen en terug.

⁷³ Zie ook de aanvullende gegevens in tabel 4-21 op p. 192.

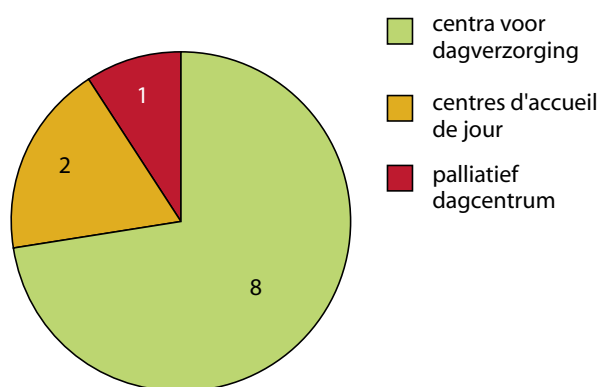
Werkgebied en lokalisatie
van de actoren

2006
11 actoren



Figuur 4-37

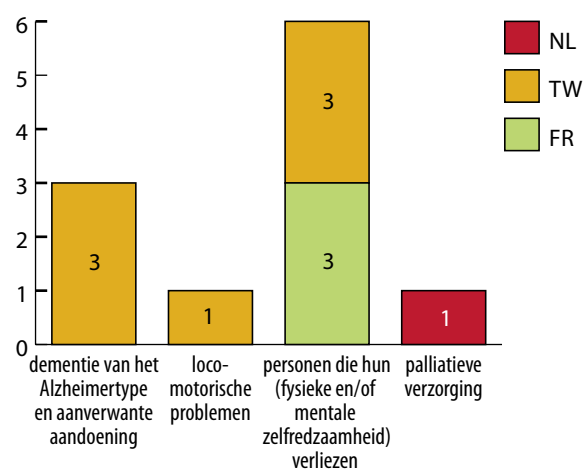
Dagopvang: Type actor



Bron: Enquête CMDC-CDCS 2006

Figuur 4-38

Dagopvang: Specificiteit van de actoren



Bron: Enquête CMDC-CDCS 2006

5. Toegangsvoorwaarden

Voor de centra voor dagverzorging moeten medische documenten worden bezorgd zoals de evaluatie van de zorgbehoefte op de Katz-schaal, ziekenfondsklevers ... 1 centre d'accueil de jour wijst erop dat het geen vrijetijdsclub is en dat de oudere werkelijk behoefte moet hebben aan opvang.

6. Wachttijden

1 centre d'accueil de jour en 1 centrum voor dagverzorging kunnen binnen de week opvang regelen. 1 centrum voor dagverzorging meldt wachttijden tot 6 maanden. In 1 centre d'accueil de jour bedragen de wachttijden meer dan 4 maanden. De andere centra hebben niet geantwoord.

Reacties uit het werkveld

Hoewel dagopvang cruciaal is voor ouderen die thuis willen blijven wonen, signaleren de veldwerkers een gebrek aan dagcentra en centra voor dagverzorging. Er is vooral een tekort voor ouderen in een gevorderd stadium van de ziekte van Alzheimer en ouderen met een minder ernstige handicap. Ze wijzen ook op de vrij hoge kostprijs en stellen voor dat het Riziv een grotere bijdrage levert in de financiering.

KORTOPVANG

Soms is het nodig dat de oudere tijdelijk opgevangen wordt om te herstellen of wanneer de mantelzorger ziek of korte tijd afwezig is. In de voorzieningen voor kortopvang kan de oudere fysiek en psychisch op krachten komen zodat hij in optimale omstandigheden terug naar huis kan. Ondertussen kan de mantelzorger weer op verhaal komen. Dankzij kortopvang kan plaatsing in een rusthuis vermeden worden.

1. Actoren en hun dienstverlening

10 ziekenfondsen en 1 geriatriesch centrum van het OCMW organiseren kortopvang. 4 ziekenfondsen hebben hun activiteiten gedecentraliseerd en richtten in totaal 23 antennes op.

De actoren bieden hulp bij de inschrijving in een centrum voor kortopvang en bij het vervullen van de formaliteiten. De ziekenfondsen bezitten eigen centra of hebben een overeenkomst met bestaande centra. Het geriatriesch centrum houdt plaatsen vrij voor kortopvang.

In het Brussels Gewest beschikken verschillende rusthuizen over bedden voor onder andere kortopvang. Het rusthuis zorgt voor opvang en hulp bij de dagelijkse handelingen en voor medische verzorging en verpleging. Deze bedden worden echter niet **voorbehouden** (behalve in enkele uitzonderlijke gevallen) voor kortopvang en worden, gezien de vaak dringende aanvragen voor langdurige opvang en om economische redenen, meestal toegekend voor definitieve opvang. Deze «theoretische» opvangmogelijkheden komen in deze inventaris dan ook niet aan bod^[74].

2. Ruimtelijke dekking van het aanbod^[75]

De actoren werken op gewestelijke schaal, met uitzondering van het geriatriesch centrum dat zijn werkgebied beperkt tot 9 gemeenten met name Brussel-Stad, Evere, Jette, Oudergem, Schaarbeek, Sint-Jans-Molenbeek, Sint-Lambrechts-Woluwe, Sint-Pieters-Woluwe en Ukkel.

3. Financiële toegankelijkheid en toegangsvoorwaarden

Alle ziekenfondsen betalen een gedeelte van de verblijfskosten van hun leden die de aanvullende verzekering hebben betaald.

Voor het verblijf in een hersteloord is de toestemming van het ziekenfonds vereist. De gebruiker moet een medisch getuigschrift voorleggen en naar een centrum gaan waarmee het ziekenfonds een overeenkomst heeft.

Het geriatriesch centrum beantwoordt zowel vragen tot tenlasteneming van ziekenhuizen als van de sector van de niet-medische thuiszorg. De aanvullende verzekering van de ziekenfondsen komt in de verblijfskosten van dit centrum tegemoet.

Slechts 1 actor heeft wachttijden meegedeeld: gemiddeld 14 dagen.

Reacties uit het werkveld

«Er is een gebrek aan kortopvang». Alle reacties in verband met het aanbod komen uit Nederlandstalige hoek, hoofdzakelijk actoren uit de niet-medische thuiszorg, de sociale hulpverlening en de hulpverlening aan mensen met de ziekte van Alzheimer. Maar dat betekent niet dat er aan Franstalige zijde geen probleem is (zie reacties met betrekking tot de behoefte aan ondersteuning van de mantelzorgers).

⁷⁴ De wetgeving verandert waarschijnlijk in 2007.

⁷⁵ Zie ook de aanvullende gegevens in tabel 4-22 op p. 192.

NACHTOPVANG

Slaapstoornissen en nachtelijk dwalen komen zeer vaak voor bij mensen die lijden aan de ziekte van Alzheimer of andere neurodegeneratieve ziekten.

Dankzij nachtopvang kunnen de mantelzorgers uitblazen, en van een ongestoorde nachtrust genieten zodat ze met nieuwe energie de zorg kunnen voortzetten. Misbehandeling door uitgeputte mantelzorgers wordt hierdoor voorkomen.

In 2006 zijn er in Brussel geen actoren die nachtopvang organiseren.

TRANSVERSALE REACTIES UIT HET WERKVELD

Voorzieningen die tijdelijke opvang aanbieden vervullen een belangrijke rol bij het behoud in de thuisomgeving. Ze bieden een geborgen omgeving aan ouderen die overdag of 's nachts niet alleen willen of kunnen blijven. De mantelzorgers krijgen de gelegenheid om op adem te komen.

Door nachtopvang of kortopvang in een rusthuis leren de ouderen en hun familieleden het leven in deze woonvorm kennen zodat bij een latere opname de drempel een stuk lager ligt.

Voor een vlotte overgang tussen de verschillende leefsituaties is het aangewezen **een brug te slaan tussen de verschillende vormen van opvang** (dagcentra, dagverzorgingscentra, rusthuizen, enz.). Om de eenzaamheid te breken gaat een oudere bijvoorbeeld enkele uren per week naar een dagcentrum. Hij krijgt echter gezondheidsproblemen (trombose, Parkinson, ...) en heeft geregeld verzorging nodig. Hij kan niet langer naar het dagcentrum en moet naar een dagverzorgingscentrum. De oudere moet niet alleen afscheid nemen van een stukje autonomie maar ook van de contacten die hij heeft opgebouwd in het vorige centrum.

Daarom stellen veldwerkers voor dat er ruimtes worden gecreëerd waarin verschillende activiteiten worden ondergebracht (zoals sommige rusthuizen die over een dagverzorgingscentrum beschikken of hun restaurant openstellen voor ouderen die niet in het rusthuis verblijven).

In het kader van het behoud in de thuisomgeving bestaat er een **specifiek initiatief**. In samenwerking met het OCMW heeft een sociale huisvestingsmaatschappij in een van haar appartementsgebouwen een project opgestart op het grensvlak tussen thuis wonen en het verblijf in een rusthuis. Het initiatief is erkend als dagcentrum maar biedt een uitgebreidere dienstverlening. De ouderen wonen thuis in een geborgen omgeving. In de ontmoetingsruimte op de benedenverdieping kunnen ze gemeenschappelijke activiteiten bijwonen zodat ze sociale contacten blijven onderhouden. Het centrum beschikt daarnaast over een gezelligheidsruimte, een ruimte voor kinesithérapie en een ruimte voor creatieve ateliers. Er wordt hulp geboden bij de dagelijkse

taken (huishoudelijke hulp, boodschappen, eten bereiden, begeleiding bij uitstappen), bij het vervullen van administratieve formaliteiten, begeleiding naar medische consultaties en een opvolging in geval van ziekenhuisopname. Het centrum vraagt een forfaitaire bijdrage. Indien nodig springt het OCMW financieel bij. Andere sociale huisvestingsmaatschappijen hebben voor de oudere huurders kleinere projecten op touw gezet.

Aangezien in het Brussels Gewest geen **nachtopvang** bestaat worden voorbeelden uit Vlaanderen en Wallonië ter reflectie aangehaald:

- **In Vlaanderen** bieden sommige rusthuizen erkend als centra voor kortopvang de mogelijkheid tot nachtopvang. De organisatie ervan verloopt zeer soepel en naargelang de vraag van de mantelzorgers.

Een Gents woon- en zorgcentrum dat afhangt van het OCMW biedt sedert mei 2006 nachtopvang aan. Het OCMW neemt vervoer, maaltijden en eventuele verzorging ten laste. Het dagforfait (zonder de vervoerkosten) bedraagt € 10. De bedoeling is de mantelzorgers te ontlasten en de opname in het rusthuis zo lang mogelijk uit te stellen.

- **In Wallonië** werd van half oktober 2002 tot half april 2003 een actieonderzoek^[76] gevoerd naar nachtopvang voor demente of gedesoriënteerde ouderen. Drie voorzieningen, respectievelijk erkend als rusthuis, rust- en verzorgingstehuis en dagcentrum werkten mee aan het project. Ondanks het verlangen van de deelnemers werd het proefproject niet voortgezet. Er bestaat momenteel geen nachtopvang.

⁷⁶ S. Henry, M. Ylief, J.-M. Caudron, C. Liénard. Recherche-action: «accueil de nuit» pour personnes démentes ou désorientées en Région wallonne. Rapport final avril 2004. Ligue Alzheimer asbl.

VI. AANBOD VOOR DE ONDERSTEUNING VAN DE MANTELZORGERS

ONDERSTEUNING VAN DE MANTELZORGERS

Ouderen die hulpbehoevend worden doen in de eerste plaats een beroep op hun partner en/of hun kinderen. Deze mantelzorgers voorzien in talrijke behoeften die in de inventaris aan bod komen en zijn vaak de centrale spil in het behoud in de thuisomgeving.

Ze hebben daarbij echter nood aan informatie, aan de mogelijkheid om uit te blazen of aan iemand die hen bij ziekte of afwezigheid vervangt.

1. Actoren en hun dienstverlening

Talrijke diensten bieden de mantelzorgers ondersteuning aan: de sociale diensten bieden informatie en hulp, de centra voor geestelijke gezondheidszorg psychologische ondersteuning. De dagcentra en centra voor dagverzorging, de medische en de niet-medische thuiszorg bieden hulp en ondersteuning via regelmatige contacten met de mantelzorgers. De ziekenfondsen komen tegemoet in de kosten voor kortopvang zodat de mantelzorgers op adem kunnen komen.

Enkel de diensten die specifieke activiteiten in het kader van deze behoefte hebben ontwikkeld komen in de inventaris aan bod.

11 actoren geven ondersteuning aan de mantelzorgers. 1 actor heeft zijn activiteiten gedecentraliseerd via de oprichting van 4 antennes.

- 3 diensten ondersteunen en vervangen tijdelijk de mantelzorger:
 - 2 vrijwilligersnetwerken vervangen de mantelzorger een of twee uren wanneer de oudere niet alleen kan blijven,
 - 1 dienst gespecialiseerd in de problematiek van de ziekte van Alzheimer biedt de hulp van een ervaringsdeskundige aan. Deze persoon stelt tips voor die het leven van de mantelzorger vergemakkelijken, zoekt naar aangepaste strategieën ter ondersteuning van de familie. Hij vervangt de mantelzorger bij afwezigheid of ziekte.

- 9 andere diensten bieden informatie, een luisterend oor, ondersteuning en organiseren gespreksgroepen.

Het betreft 2 diensten gespecialiseerd in de problematiek van de ziekte van Alzheimer, 1 centre d'action sociale globale en zijn antennes, 1 centrum voor geestelijke gezondheidszorg, 2 diensten

van ziekenfondsen, 1 dienst erkend als vereniging van gebruikers en mantelzorgers en 1 dienst erkend als vereniging voor welzijns- en sociocultureel werk met senioren.

2. Ruimtelijke dekking van het aanbod^[77]

Wat de ruimtelijke dekking betreft vertonen de gemeenten onderling weinig verschil.

7 actoren werken over het hele gewest. In de gemeenten Oudergem, Etterbeek, Elsene, Watermaal-Bosvoorde, Ganshoren, Jette en Koekelberg is 1 extra actor actief.

2 actoren bevinden zich in Vlaanderen maar zijn actief in het Brussels Gewest. (Kaart 4-23)

Bij de actoren die op gewestelijke schaal werken zijn er 3 gespecialiseerd in de problematiek van de ziekte van Alzheimer. (Figuur 4-39)

3. Temporele toegankelijkheid en hulp aan huis

6 actoren zijn toegankelijk buiten de kantooruren: het centrum voor geestelijke gezondheidszorg is eenmaal per week open na 17.30 uur. De 2 vrijwilligersnetwerken en de 3 gespecialiseerde diensten zijn beschikbaar na 17.30 uur en in het weekend.

De 2 netwerken en 2 van de gespecialiseerde diensten komen aan huis.

4. Financiële toegankelijkheid

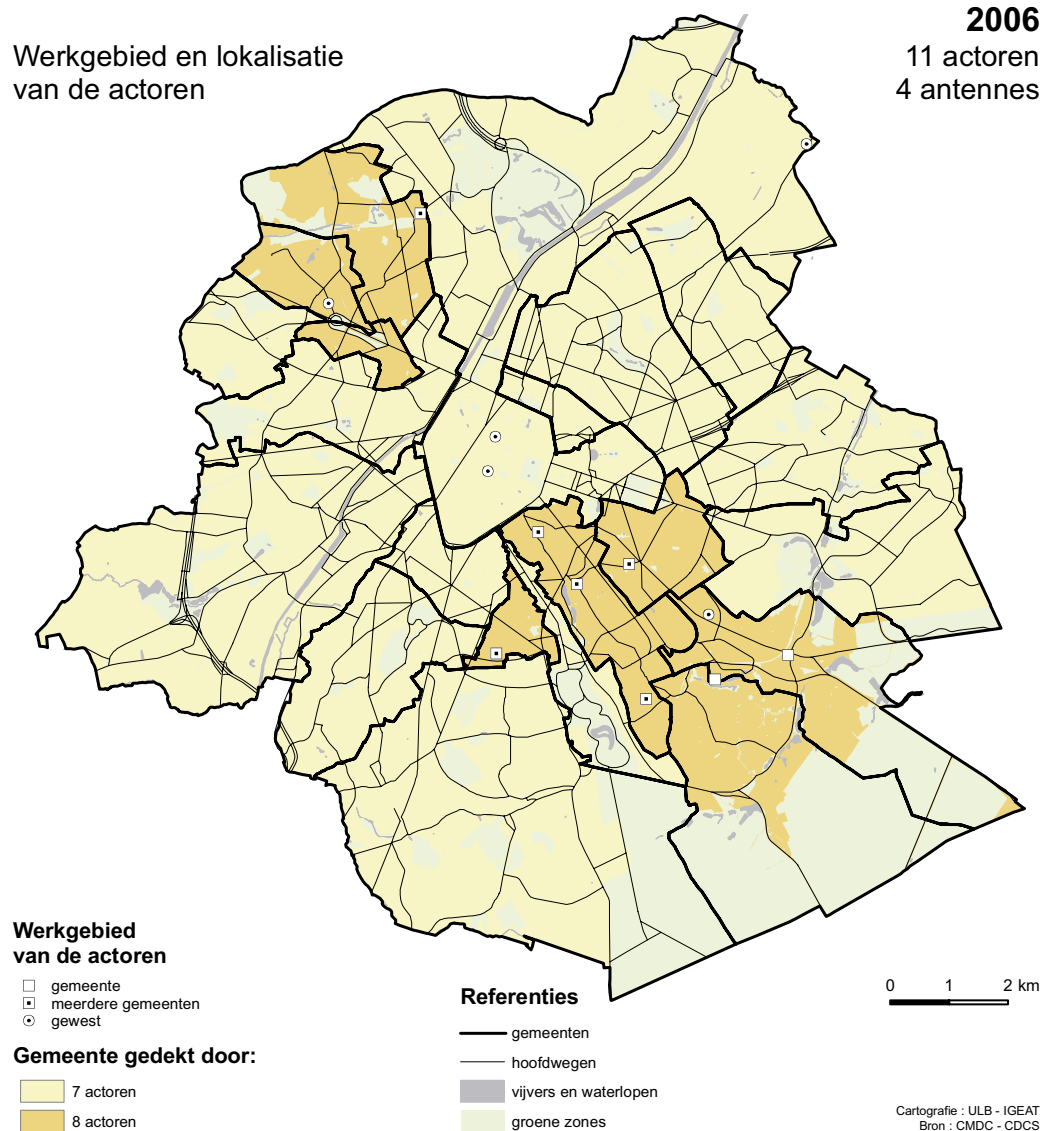
9 diensten werken gratis.

Een dienst die hulp biedt aan de mantelzorgers van ouderen met de ziekte van Alzheimer en hen tijdelijk vervangt, vraagt € 60 per dag.

⁷⁷ Zie ook de aanvullende gegevens in tabel 4-23 op p. 193.

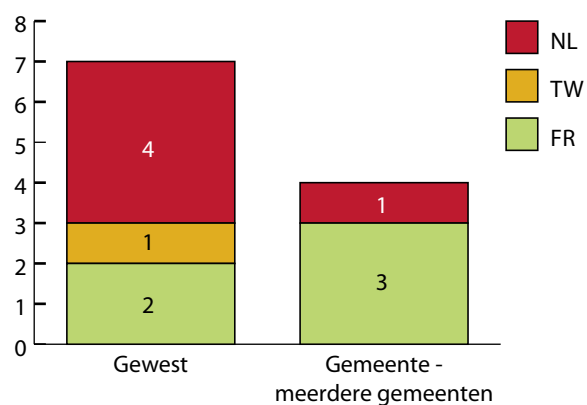
Werkgebied en lokalisatie
van de actoren

2006
11 actoren
4 antennes



Figuur 4-39

Ondersteuning van de mantelzorgers: Spreiding
van de ruimtelijke dekking van het aanbod



Bron: Enquête CMDC-CDCS 2006

Reacties uit het werkveld

«De mantelzorgers moeten op verhaal kunnen komen, boodschappen doen», «Men moet de mantelzorger soms rust gunnen zodat hij er weer tegenaan kan», «Wie zorgt voor de coördinatie wanneer er geen mantelzorger is?». De actoren uit de medische en de medische thuiszorg zijn zich bewust van de centrale rol die de mantelzorger vervult.

Ze zien regelmatig mantelzorgers die zich enorm inzetten maar fysiek en psychologisch instorten en zelfs sterven vóór de oudere die ze verzorgen.

Er zijn te weinig «vervangers» en voorzieningen voor kortopvang. Informatie over de bestaande diensten ontbreekt. Er is ook een tekort aan psychologische ondersteuning, aan hulp bij de vaak problematische relatie die tussen de mantelzorger en de oudere ontstaat wanneer deze laatste lijdt aan psychologische problemen, stemmingswisselingen, dementie, angsten of neurologische syndromen zoals de ziekte van Alzheimer. Sommige mantelzorgers kampen echter met schuldgevoelens en aanvaarden geen hulp. Ze maken zelden gebruik van de mogelijkheden tot informatie

en gaan niet naar informatievoordrachten bij gebrek aan tijd en omdat ze thuis niet gemist kunnen worden. Bovendien zijn de alternatieven vaak duur.

Daarom stellen actoren uit de medische en de niet-medische thuiszorg de volgende **oplossingen** voor:

- «de oprichting van een dienst met psychologen die ondersteuning bieden aan de mantelzorgers» (project om een gratis dienst op te richten die relationele hulp aan huis biedt voor mantelzorgers en ouderen met de ziekte van Alzheimer),
- de oprichting van een betaalbare dienst van professionele vervangers die, al dan niet in crisismomenten, het werk van de mantelzorger overnemen (dat is niet het geval voor ziekenoppassers),
- gratis informatie, opleidingen en ondersteuning aan huis,
- «Voor ouderen die geen beroep kunnen doen op mantelzorgers zou er een centrale coördinatie moeten worden opgericht».

LAATSTE TRANSVERSALE REACTIES UIT HET WERKVELD

Hoewel de hulpverleners het vaakst de vereenzaming, het tekort aan ziekenoppassers, aan vervoerdiensten, diensten voor klein onderhoudswerk, gezins- en bejaardenhelpsters, verzorgenden, poetshulpen en verpleegkundigen ter sprake hebben gebracht, lijkt het aanbod de behoeften doorgaans niet te dekken. Er is een groot gebrek aan mensen en middelen.

Uit de reacties blijkt ook dat de uurregeling na de kantooruren en in het weekend zou moeten worden uitgebreid: «Alleenstaande ouderen geraken in moeilijkheden wanneer ze geen beroep kunnen doen op de hulp van familie of burens».

De overheid heeft weliswaar reeds flink geïnvesteerd in deze sector maar er is nog veel werk aan de winkel.

Deze inventaris belicht de rol vervuld door actoren uit de promotie van de tewerkstelling (via dienstencheques en PWA's) en door het vrijwilligerswerk die in bepaalde leemten voorzien.

In dit verband moeten enkele **specifieke initiatieven** van vrijwilligersnetwerken worden vermeld:

- Patiënten van een maison médicale hebben een netwerk voor wederzijds hulpbetoon opgericht voor bezoeken bij zieken thuis.
- Een gemeentedienst voor sociale actie heeft een vrijwilligersdienst die hulp biedt aan ouderen of alleenstaanden uit de gemeente die ziek of herstellend zijn of een ongeval hebben gehad. De vrijwilligers voeren klein onderhoudswerk uit, verzorgen de huisdieren, doen boodschappen, bieden administratieve hulp, brengen bezoekjes, ...
- Een buurtsolidariteitsnetwerk is reeds 25 jaar actief in de niet-medische thuiszorg. Het netwerk dat zich aanvankelijk richtte tot de wijkbewoners en later tot de hele gemeente, werkt samen met gezondheidsactoren en artsen uit de gemeente. De vrijwilligers doen boodschappen voor zieke burens, brengen eenzame ouderen een bezoek, telefoneren regelmatig, helpen bij het toilet op verzoek van verpleegkundigen, verluchten de woning, helpen met het huishouden of het strijkwerk, gaan een wandeling maken met mindervalide

ouderen, voeren mensen naar de dokter of naar vrienden, ... Het netwerk steunt op het principe van wederkerigheid: wie vandaag geholpen wordt biedt morgen misschien zelf hulp. Het initiatief wordt begeleid door medische en paramedische zorgverstrekkers die deel uitmaken van de raad van bestuur van de vzw.

Het probleem van de opleiding en de omkadering van hulpverleners die geregeld contact hebben met ouderen die hun autonomie verliezen wordt door het werkveld echter aan de kaak gesteld.

In het licht van de behoeften van de Brusselse ouderen enerzijds en van de werkloosheidsproblematiek anderzijds lijkt het logisch dat de overheid werklozen ertoe aanzet een opleiding te volgen in de sector van de nabijheidshulp en een baan in deze sector te aanvaarden. «De niet-medische thuiszorg mag geen 'vergaarbak' voor werklozen worden. Om adequaat te kunnen helpen moet je graag en van harte met ouderen werken». Hiermee moet rekening worden gehouden, zo niet stijgt het risico op mis(be)handeling.

De veldwerkers onderstrepen eveneens de nood aan herwaardering van de niet-medische thuiszorg en van de ouderenhulpverlening in het bijzonder. Ze vrezen het ontstaan van nepstatuten die de hulpverlening in waarde doen dalen.

Een doorgedreven eis naar professionalisme mag echter niet ten koste gaan van spontane, vrijwillige hulpverlening. Natuurlijke solidariteit tussen familieleden of wijkbewoners is onvervangbaar. De veldwerkers wijzen op het belang van vrijwilligerswerk en wederzijdse hulp in de wijk, de gemeente (bijvoorbeeld via de projecten voor sociale cohesie die activiteiten organiseren ter versterking van het sociale weefsel, buurtagenten gevoelig maken voor de rol die ze kunnen vervullen op het vlak van intergenerationele relaties in de wijk, enz).

Vrijwillige en spontane hulpverlening moet echter door een globaal project worden ondersteund. Vandaar het belang van een hecht netwerk tussen beroepsmensen en vrijwilligers, spontane hulpverleners (buurtkruidenier, kinderen van ouderen, apotheker, postbode ...).

De uitdaging bestaat erin het juiste evenwicht te vinden tussen een minimum aan opleiding en overprofes-

sionalisering. Uitingen van solidariteit en informele hulp zijn waardevol en moeten een plaats krijgen in de hulpverlening op voorwaarde dat ze door mensen met de vereiste opleiding^[78] worden omkaderd.

Tenslotte moeten de grenzen van het behoud in de thuisomgeving worden erkend:

«Bij sommige ouderen komen dagelijks verschillende diensten langs om medicijnen toe te dienen, te helpen met het toiletbezoek of om de eenzaamheid te doorbreken. Dit is soms niet voldoende vooral wanneer de familieleden ver wonen of wanneer er geen familie is».

Na ontslag uit het ziekenhuis is opname in een rusthuis of een alternatieve woonvorm soms onvermijdelijk om de continuïteit van de zorgverstrekking niet in het gedrang te brengen.

Daarom ondersteunen sommige actoren het belang van bewustmakingscampagnes die waarschuwen voor de kwalijke gevolgen van laattijdige beslissingen tot plaatsing in een rusthuis. Ze wijzen bovendien op de noodzaak om alternatieve woonvormen te ontwikkelen zoals aangepast wonen, levensloopbestendig wonen, kangoeroewonen, duplexwonen, groepswonen, woonzorgzones,^[79] ...

«Ouderen zijn volwassenen die een jaartje ouder worden en hebben recht op zelfbeschikking, participatie, kansen en vrije keuzes.», *«Ze hebben recht op een zinvolle plaats in de samenleving, in de stad, in het contact met andere generaties zelfs als ze afhankelijk zijn»* stellen enkele actoren. Pas als deze voorwaarden zijn vervuld kunnen ouderen in onze samenleving waardig ouder worden.

78 Momenteel wordt denkwerk verricht rond de mantelzorgers van ouderen en chronisch zieke kinderen. De bedoeling is na te gaan welke behoeften door de mantelzorger kunnen worden ingevuld en welke door de professionele hulpverlener ten laste moeten genomen worden. Contactpersoon: Anne Jaumotte – Département Recherche-Etude-Formation de la Ligue des familles.

79 Voor meer informatie, raadpleeg de website van de vzw Platform Wonen voor Ouderen: www.pwo.be

VII. EEN AANBOD VANUIT MEERDERE OVERHEDEN

Binnen het Brussels Gewest zijn verschillende overheden bevoegd voor het organiseren, erkennen en/of financieren van welzijns- en gezondheidsdiensten die bijdragen tot het thuis blijven wonen van de Brusselse ouderen. In 12 kaarten (kaart 4-24 tot 4-36) geven we een overzicht van de ruimtelijke spreiding van de actoren (en hun eventuele antennes) per overheid die instaat voor de erkenning en/of financiering van de dienstverlening. Sommige actoren beantwoorden aan meerdere behoeften en kunnen daarvoor op een of meerdere financieringsbronnen een beroep doen. Ook de 36 actoren die door geen enkele overheid worden gefinancierd en toch beantwoorden aan een of meerdere behoeften van de thuiswonende ouderen, worden in het overzicht opgenomen (kaart 4-35).

Vanzelfsprekend zijn de actoren die door de lokale overheden (gemeente en OCMW) worden gefinancierd en de Plaastelijke Werkgelegenheidsagentschappen (PWA's) ruimtelijk het best gespreid. Er zijn slechts beperkte verschillen tussen het kaartbeeld van de actoren gefinancierd door de Vlaamse Gemeenschapscommissie (VGC) en de actoren gefinancierd door de Vlaamse Gemeenschap. Dat is logisch aangezien de VGC-middelen meestal worden ingezet ter versterking van het beleid van de Vlaamse Gemeenschap.

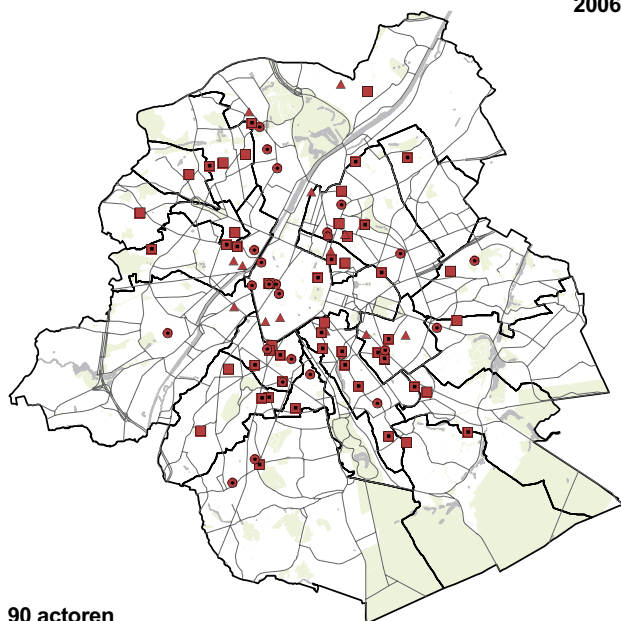
Kaart 4-36 toont de spreiding van de actoren volgens taalstatuut ^[80]. In totaal konden 404 actoren (waaronder ook antennes) in kaart worden gebracht, waarvan meer dan de helft (53 %) tweetalig, een derde (34 %) enkel Franstalig en 13 % enkel Nederlandstalig. Het aantal Nederlandstalige diensten is beperkt in het zuidoosten en er zijn verschillende gemeenten waar geen Nederlandstalige actoren gevestigd zijn. Dat betekent echter niet dat er geen aanbod is in deze gemeente, aangezien heel wat diensten voor meerdere gemeenten of het hele gewest werken. De Franstalige diensten zijn dan weer beperkter gelokaliseerd in het noordwesten.

80 Het taalstatuut wordt hier bepaald door de overheid die de erkenning verleent of door de taal die wordt opgegeven door de actoren die niet erkend zijn.

Kaart 4-24

**Actoren gefinancierd door de Franse
Gemeenschapscommissie (COCOF)**

2006

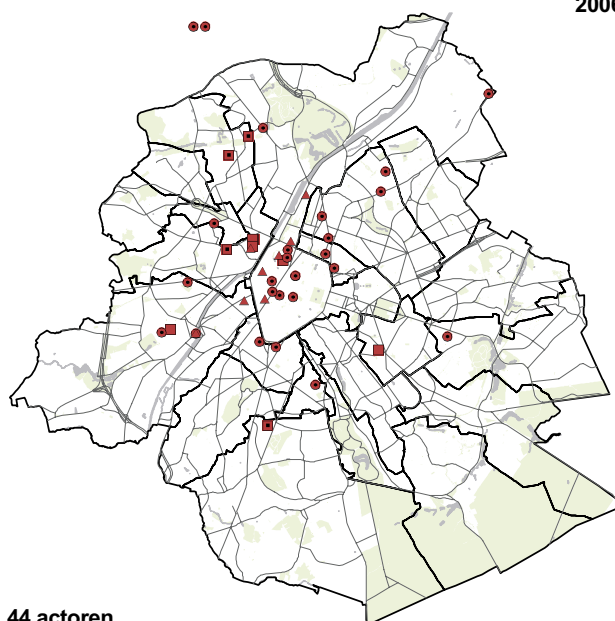


90 actoren

Kaart 4-25

**Actoren gefinancierd door de Vlaamse
Gemeenschapscommissie (VGC)**

2006

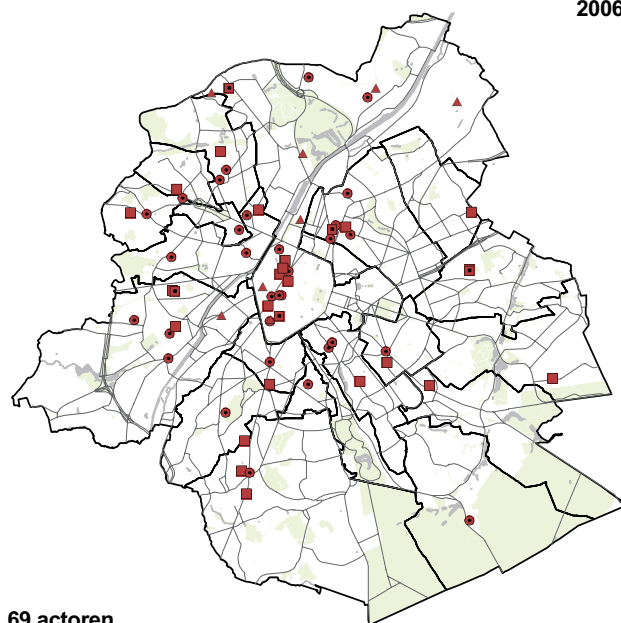


44 actoren

Kaart 4-26

**Actoren gefinancierd door de Gemeenschappelijke
Gemeenschapscommissie (GGC)**

2006

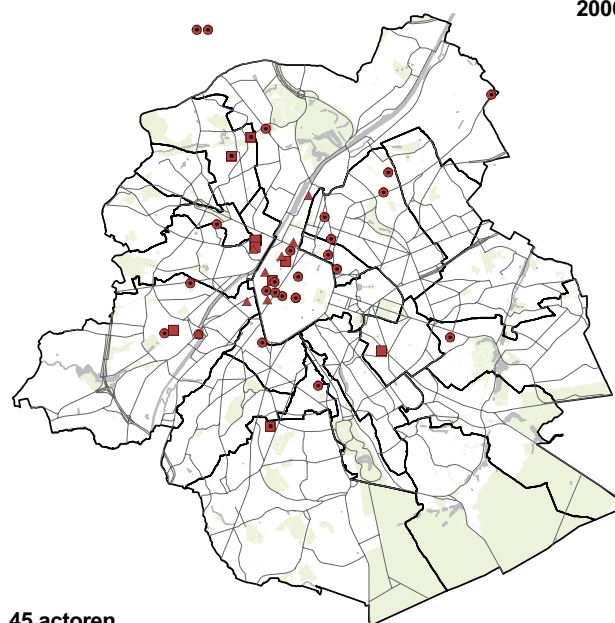


69 actoren

Kaart 4-27

**Actoren gefinancierd door de
Vlaamse Gemeenschap (VG)**

2006



45 actoren

**Werkgebied
van de actoren**

- ▲ wijk
- gemeente
- meerdere gemeenten
- gewest

Referenties

- gemeenten
- hoofdwegen
- vijvers en waterlopen
- groene zones

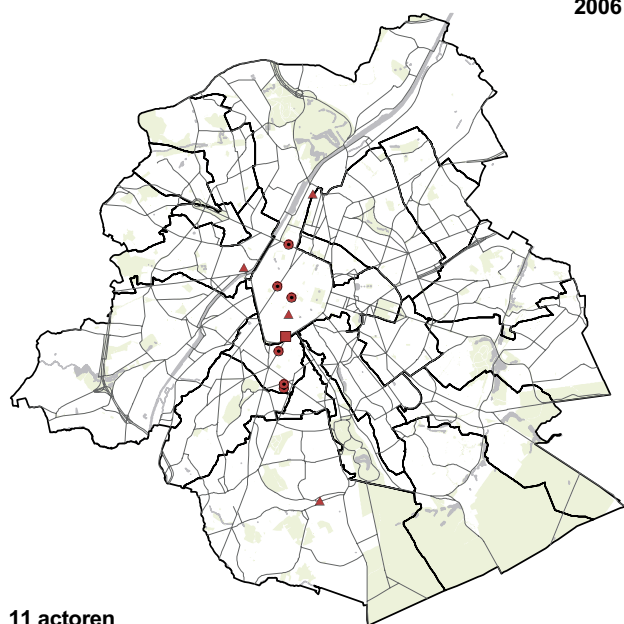
0 1 2 km

Cartografie: ULB - IGEAT
Bron: CMCD - CDCS

Kaart 4-28

Actoren gefinancierd door de Franse Gemeenschap (FG)

2006

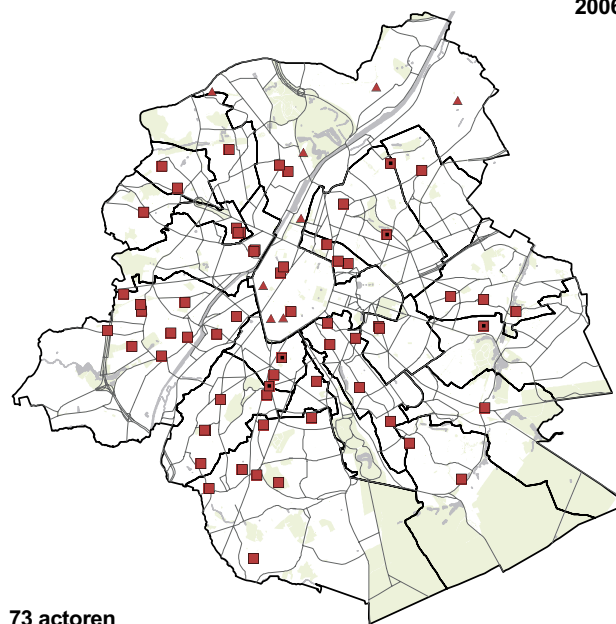


11 actoren

Kaart 4-29

Actoren gefinancierd door de gemeenten

2006

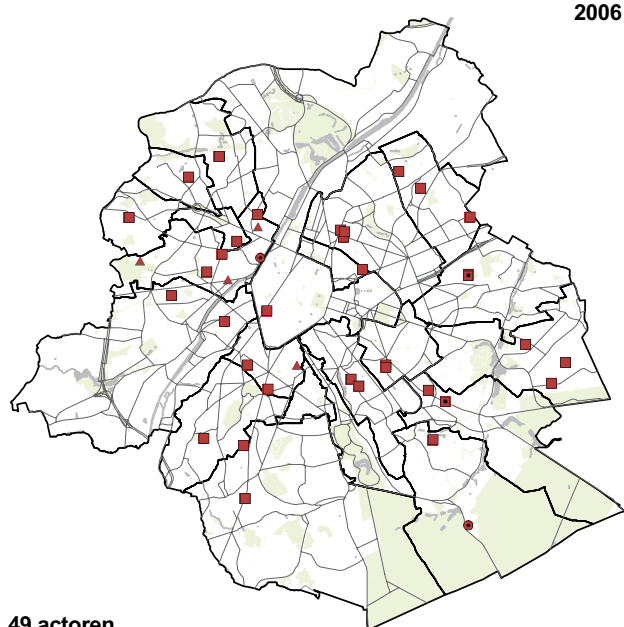


73 actoren

Kaart 4-30

Actoren gefinancierd door de OCMW's

2006

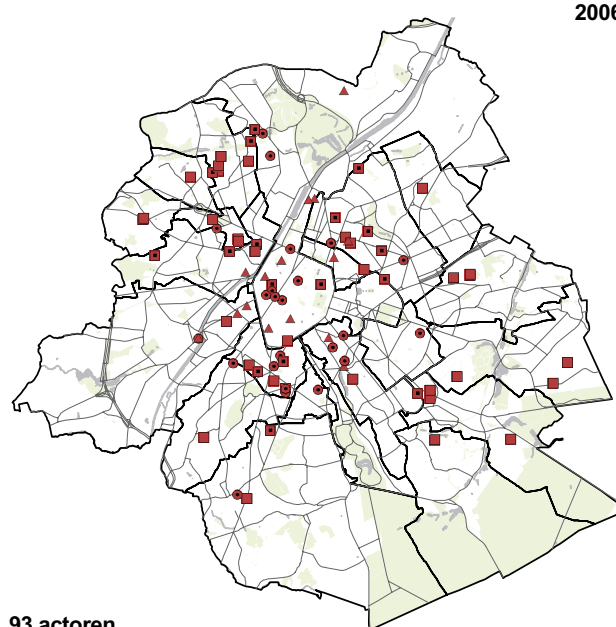


49 actoren

Kaart 4-31

Actoren gefinancierd door Actiris^[81] (Geco)

2006



93 actoren

Werkgebied van de actoren

- ▲ wijk
- gemeente
- meerdere gemeenten
- gewest

Referenties

- gemeenten
- hoofdwegen
- vijvers en waterlopen
- groene zones

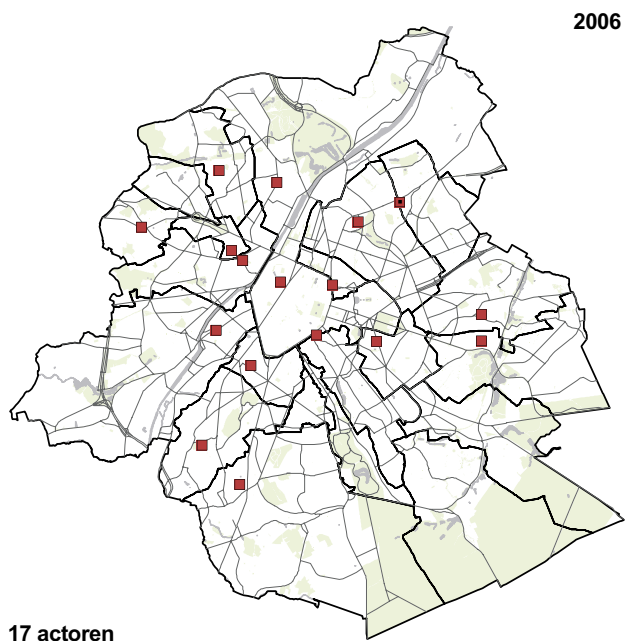
[81] Actiris is de nieuwe naam voor de vroegere BGDA. Actiris subsidieert de actoren niet rechtstreeks, maar stelt personeel ter beschikking via het Geco-statuuut.

0 1 2 km

Cartografie: ULB - IGEAT
Bron: CMCD - CDCS

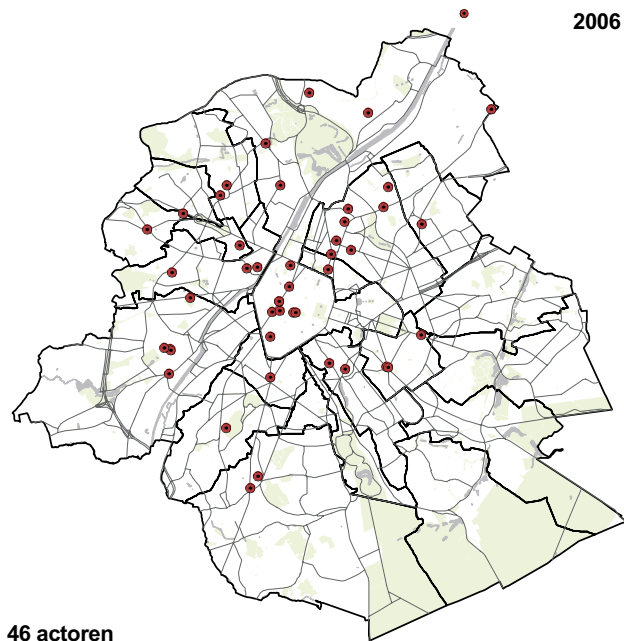
Kaart 4-32

Actoren gefinancierd als PWA (federaal)



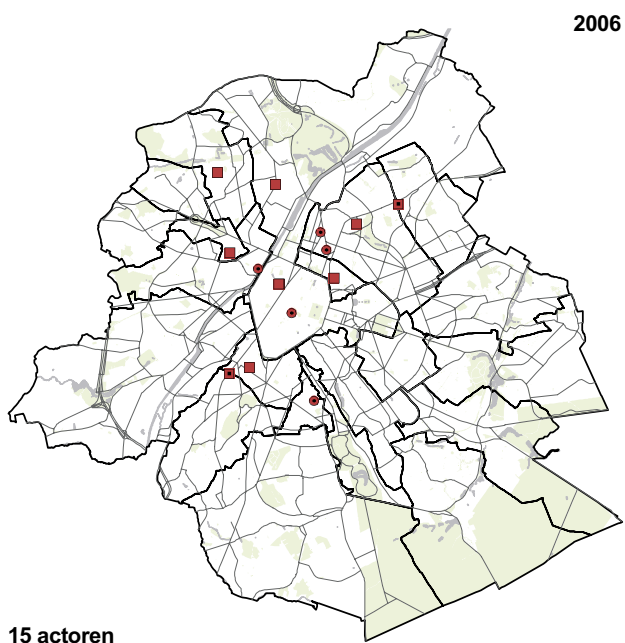
Kaart 4-33

Actoren gefinancierd door een ziekenfonds



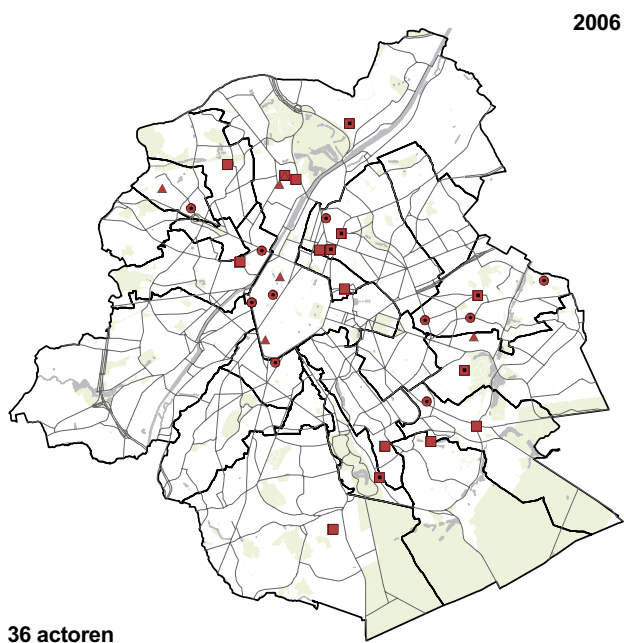
Kaart 4-34

**Actoren gefinancierd via
dienstencheques (federaal)**



Kaart 4-35

Niet-gesubsidieerde actoren



**Werkgebied
van de actoren**

- ▲ wijk
- gemeente
- meerdere gemeenten
- gewest

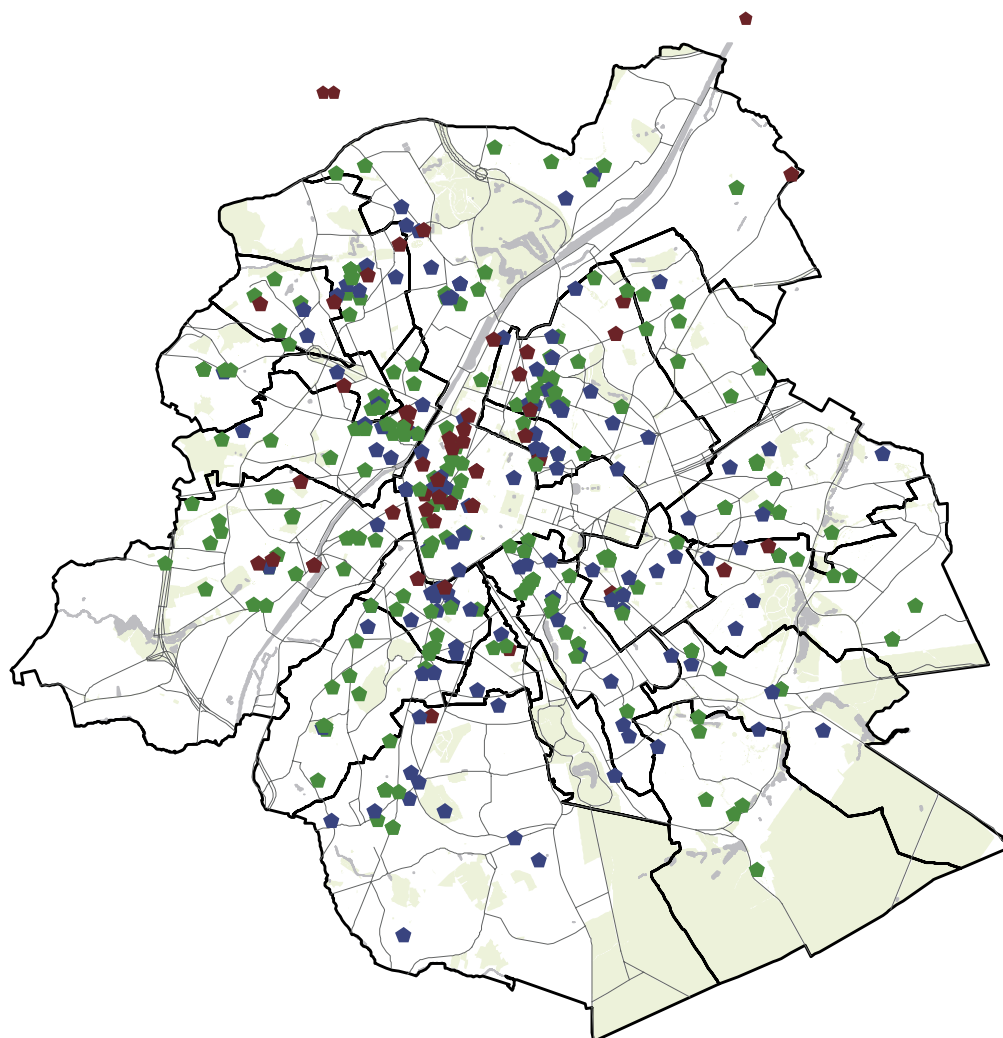
Referenties

- gemeenten
- hoofdwegen
- vijvers en waterlopen
- groene zones

0 1 2 km

Cartografie: ULB - IGEAT
Bron: CMCD - CDCS

2006



213 tweetalige actoren
138 Franstalige actoren
53 Nederlandstalige actoren

Taalregime van de actoren

- ◆ tweetalig
- ◆ Franstalig
- ◆ Nederlandstalig

Referenties

- gemeenten
- hoofdwegen
- vijvers en waterlopen
- groene zones

0 1 2 km

Cartografie: ULB - IGEAT
Bron: CMCD - CDCS

VIII. BIJLAGEN

SPREIDING VAN DE RUIMTELIJKE DEKKING VAN HET AANBOD PER BEHOEFTE

Tabel 4-01 Sociale, culturele en vrijetijdsactiviteiten

- 64** actoren voorzien in deze behoefte (18NL-33TW-13FR). 8 hebben hun activiteiten gedecentraliseerd via de oprichting van 22 antennes.
- 17** actoren uit het verenigingsleven hebben een gewestelijke uitstraling (7NL-4TW-6FR):
- 4 christelijke of vrijzinnige actoren,
 - 6 actoren verbonden aan ziekenfondsen en
 - 7 actoren uit de sociale of socioculturele sector.
- 27** diensten zijn actief in een of meer gemeenten (5NL-21TW-1FR):
- 7 actoren uit het verenigingsleven waaronder 5 lokale dienstencentra;
 - 20 diensten hangen af van lokale besturen:
 - 7 gemeentelijke diensten voor sociale actie,
 - 1 sociale dienst,
 - 1 dienst voor gezins- en bejaardenhulp van het OCMW en
 - 11 ontspanningscentra, clubs of contactcentra van gemeente of OCMW (8 van de 11 actoren hebben 22 antennes opgericht).
- 17 van de 19 gemeenten worden door een van deze actoren bestreken.*
- 20** actoren zijn toegankelijk voor de wijkbewoners (6NL-8TW-6FR):
- 7 contactcentra van de stad Brussel,
 - 6 lokale dienstencentra,
 - 2 maisons médicales en
 - 5 diensten uit de sociale of socioculturele sector.

Tabel 4-02 Gezelligheidsruimten

- 60** actoren voorzien in deze behoefte (9NL-48TW-3FR).
- 3** actoren werken op gewestelijke schaal (1NL-1TW-1FR). Het betreft onder meer:
- 1 lokaal dienstencentrum en
 - 1 sociaal café voor alleenstaanden.
- 42** actoren bestrijken een of meer gemeenten (4NL-37TW-1FR).
- De lokale besturen zijn vrij actief in deze sector via de sociale restaurants en de ontspanningscentra.
Enkele lokale dienstencentra zijn hier eveneens actief.
- 15** diensten zijn actief in een wijk (4NL-10TW-1FR).
- Het betreft onder andere de contactcentra van de stad Brussel en lokale dienstencentra.

Tabel 4-03 Aanwezigheid van een derde in huis

- 25** actoren voorzien in deze behoefte (8NL-11TW-6FR).
- 5** diensten werken op gewestelijk niveau (3NL-2FR):
- 1 ziekenfonds
 - 4 vrijwilligersdiensten waarvan een erkend als initiatief in het vrijwilligerswerk en 1 als sociaal-culturele organisatie.
- 16** actoren zijn in een gemeente actief (2NL-10TW-4FR):
- 9 PWA's,
 - 2 lokale dienstencentra en
 - 5 vrijwilligersdiensten.
- 4** diensten zijn in een wijk actief (4NL):
- 3 parochies en
 - 1 dienst erkend als vereniging waar armen het woord nemen.

Tabel 4-04 Aangepast vakantieaanbod

- 28** actoren voorzien in deze behoefte (8NL-24TW-6FR). 3 ziekenfondsen hebben hun activiteiten gedecentraliseerd en richtten 19 antennes op.
- 14** actoren hebben het gewest als werkgebied (5NL-5TW-4FR):
- 11 diensten verbonden aan ziekenfondsen en
 - 3 actoren uit het verenigingsleven gericht op hulpverlening aan ouderen (waarvan een niet erkend).
- 10** actoren zijn in een of meer gemeenten werkzaam (1NL-9TW).
- 9 diensten verbonden aan lokale besturen: 3 diensten voor sociale actie en 6 gemeentelijke ontspanningscentra of clubs voor senioren.
 - 1 lokaal dienstencentrum.
- In 10 van de 19 gemeenten is een van deze actoren actief.*
- 4** wijkactoren (2NL-2FR):
- 2 lokale dienstencentra en
 - 2 sociale wijkdiensten.

Tabel 4-05 Algemene geneeskunde (actoren gecontacteerd voor de enquête)

- 29** wijkgezondheidscentra voorzien in deze behoefte (2TW-27FR).
- 19** actoren zijn in een of meer gemeenten actief (2TW-17FR).
Het betreft associations de santé intégrée (maisons médicales),
- 1 actor werkzaam als maison médicale maar zonder erkenning en
 - 1 wijkgezondheidscentrum.
- 10** actoren hebben een wijkgerichte werking (10 FR).
Het betreft associations de santé intégrée (maisons médicales) en
- 2 actoren die werken als maison médicale maar zonder erkenning.

Tabel 4-06 Verpleging (actoren gecontacteerd voor de enquête)

- 38** actoren voorzien in deze behoefte (5NL-5TW-28FR).
- 12** actoren bestrijken het hele gewest (5NL-7FR).
Het betreft regionale dienstencentra, coordinations de soins et services à domicile, diensten voor thuiszorg, een palliatief thuiszorgteam en services de soins palliatifs et continués.
- 18** actoren zijn in een of meer gemeenten werkzaam (5TW-13FR), onder andere:
- 11 associations de santé intégrée (maisons médicales),
 - 1 wijkgezondheidscentrum,
 - 3 lokale besturen: 2 actoren beschikken over verpleegkundigen die op huisbezoek gaan, 1 ontmoetingscentrum kan een beroep doen op de dienstverlening van de verpleegkundigen van het OCMW-rusthuis.
- 8** actoren hebben een wijkgerichte werking (8FR):
- 6 erkende associations de santé intégrée,
 - 1 maison médicale en
 - 1 centre d'action sociale globale hebben dezelfde activiteiten als de associations de santé intégrées maar niet de erkenning.

Tabel 4-07 Kinesitherapie en ergotherapie

- 37** actoren voorzien in deze behoefte (3NL-2TW-32FR).
- 8** actoren zijn in het hele gewest actief (3NL-5FR).
Het betreft regionale dienstencentra en coordinations de soins et services à domicile.
 - 19** actoren zijn in een of meerdere gemeenten werkzaam (2TW-17FR):
de Franstalige maisons médicales, 1 dienst voor palliatieve zorg en 1 wijkgezondheidscentrum.
 - 10** actoren zijn in een wijk actief (10FR):
de maisons médicales en 1 centre d'action sociale globale dat over een medische dienst beschikt.

Tabel 4-08 Hulp bij de hygiënische verzorging

1. Thuis

- 49** actoren komen bij de oudere thuis (6NL-19TW-24FR).
- 12** actoren uit het verenigingsleven werken op gewestelijke schaal (6NL-1TW-5FR):
 - 3 regionale dienstencentra en
 - 4 coordinations de soins et services à domicile,
 - 3 diensten voor gezinszorg en
 - 1 service d'aide à domicile,
 - 1 dienst voor thuiszorg.
 - 31** actoren bestrijken een of meer gemeenten:
 - 9 actoren (9FR), waaronder 7 maisons médicales en 1 vrijwilligersnetwerk dat helpt met het toilet van ouderen op verzoek van verpleegkundigen.
 - 22 diensten zijn verbonden met lokale besturen (4FR-18TW):
 - 4 services d'aide à domicile,
 - 1 dienst voor gezins- en bejaardenhulp van de gemeente,
 - 1 gemeentelijke dienst voor sociale actie en
 - 16 diensten voor gezins- en bejaardenhulp van het OCMW.*Alle Brusselse ouderen kunnen op minstens 1 actor een beroep doen.*
 - 6** actoren werken wijkgericht (6FR), waaronder
 - 5 maisons médicales en
 - 1 medisch centrum van een sociale wijkdienst.

2. Buitenshuis

- 15** diensten bieden in hun lokalen hulp bij de hygiënische verzorging (7NL-7TW-1FR).
- 1** actor uit het verenigingsleven (NL) is toegankelijk voor alle Brusselaars, namelijk een dienst verbonden aan een ziekenfonds.
 - 7** actoren bestrijken een of meerdere gemeenten (5NL-1TW-1FR):
 - 5 lokale dienstencentra,
 - 1 wijkrestaurant verbonden aan een dienst voor thuislozen en kansarmen (FR) en
 - 1 ontmoetingscentrum voor de derde leeftijd van een OCMW (TW).*In 10 van de 19 gemeenten is van een van deze lokale actoren actief.*
 - 7** diensten richten zich tot de bewoners van de wijk (1NL-6TW):
 - 6 contactcentra van de stad Brussel en
 - 1 lokaal dienstencentrum.

Tabel 4-09 Ondersteuning aan huis van de geestelijke gezondheid

- 41** welzijns- en gezondheidsdiensten voorzien in deze behoefte (9NL-4TW-28FR).
40 actoren behoren tot het verenigingsleven, 1 actor is verbonden met een lokaal bestuur (OCMW).
- 13** actoren uit het verenigingsleven zijn in het hele Brussels Gewest actief (8NL-1TW-4FR):
- 1 centrum voor geestelijke gezondheidszorg organiseert psychologische, psychotherapeutische en diagnostische consultaties,
 - 1 coordination de soins et services à domicile en
 - 1 regionaal dienstencentrum hebben een overeenkomst gesloten met zelfstandige psychologen en diensten die thuisconsultaties aanbieden,
 - 2 diensten voor gezinszorg en
 - 2 diensten voor palliatieve thuiszorg (1FR-1TW) zorgen voor ondersteuning en psychosociale begeleiding van hun gebruikers,
 - 1 centrum voor algemeen welzijnswerk (ICAW) van een ziekenfonds,
 - 1 dienst gespecialiseerd in de kankerproblematiek geeft psychologische ondersteuning,
 - 3 centra voor telefonische hulpverlening (2NL-1FR) gespecialiseerd in zelfmoordpreventie en psychosociale crisishulp,
 - 1 levensbeschouwelijke organisatie zorgt voor ondersteuning door moreel consultants.
- 24** actoren zijn in een of meer gemeenten actief (1NL-3TW-20FR):
- 23** actoren uit het verenigingsleven waaronder
- 2 diensten voor geestelijke gezondheidszorg,
 - 16 services de santé mentale,
 - 1 centrum voor geestelijke gezondheidszorg,
 - 3 maisons médicales die een psycholoog in hun team hebben en
 - 1 vrijwilligersnetwerk (FR) dat eenzame of depressieve ouderen bezoekt en/of telefonische hulp aanbiedt.
- 1 dienst voor thuiszorg van een OCMW organiseert toezicht op ouderen die te veel medicijnen hebben ingenomen: op verzoek van de arts en met toestemming van de betrokkene brengt de dienst de voorgeschreven medicijnen dagelijks naar de oudere.
- Alle Brusselse ouderen kunnen een beroep doen op minstens een van deze actoren.*
- 4** actoren uit het verenigingsleven werken wijkgericht (4FR):
- 2 maisons médicales die over een psychiater beschikken en
 - 2 services de santé mentale.

Tabel 4-10 Informatie en hulp op administratief en sociaal vlak

- 169** actoren voorzien in deze behoefte (28NL-86TW-55FR).
- 38** actoren (+ 29 antennes) werken op gewestelijke schaal (15NL-12TW-11FR):
- hoofdzakelijk centres de service social, centra voor eerste opvang, centres d'action sociale globale, centra voor algemeen welzijnswerk, coordinations de soins et services à domicile, regionale dienstencentra, diensten voor geestelijke gezondheid, services de santé mentale, ziekenfondsen en organisaties die informatie verstrekken over ziekten.
- 104** actoren (+15 antennes) zijn in een of meer gemeenten actief (7NL-64TW-33FR).
- Het gaat om dezelfde actoren - met uitzondering van de coordinations de soins et services à domicile, de regionale dienstencentra en de ziekenfondsen - de lokale dienstencentra, de PWA's en de maisons médicales.
- De diensten die afhangen van lokale besturen zoals OCMW-diensten, diensten voor sociale actie, enkele diensten voor gezins- en bejaardenhulp en services d'aide à domicile vertegenwoordigen 44 % van de actoren die in deze categorie zijn opgenomen.
- 27** actoren werken wijkgericht (6NL-10TW-11FR):
- centra voor eerste opvang, centres d'action sociale globale, maisons médicales en lokale dienstencentra.

1. Spreiding van de ruimtelijke dekking van het aanbod

57 actoren voorzien in deze behoefte (9NL-28TW-20FR). 1 actor heeft zijn activiteiten gecentraliseerd en richtte 2 antennes op.

12 actoren werken op gewestelijke schaal (4NL-2TW-6FR):

- 11 actoren uit het verenigingsleven waaronder 3 diensten voor gezinszorg, 4 coordinations de soins et services à domicile en 1 service d'aide à domicile, 1 PIOU van een lokaal dienstencentrum en 2 sociale diensten (1 centrum voor eerste opvang en 1 centre d'action sociale globale),
- 1 dienstenchequeonderneming opgericht door een OCMW.

40 actoren werken in een of meerdere gemeenten (1NL-26TW-13FR):

- 7 actoren uit het verenigingsleven:
 - 1 lokaal dienstencentrum – dat over een sociale wasserette, een versteldienst en een dienst voor niet-medische thuiszorg beschikt – en
 - 6 niet-erkende actoren die huishoudelijke hulp bieden – waaronder 3 diensten voor wederzijds hulpbetoon en 1 vrijwilligersnetwerk.
- 24 actoren hangen af van de lokale besturen:
 - 1 dienst voor kleine klusjes van een OCMW,
 - 4 services d'aide à domicile van 1 OCMW en 3 gemeenten,
 - 17 diensten voor gezins- en bejaardenhulp van 15 OCMW's en 2 gemeenten,
 - 2 gemeentelijke diensten voor sociale actie waarvan een twee antennes heeft.
- 7 PWA's die voldoen aan de vraag via dienstencheques,
- 2 diensten voor dienstencheques waarvan een opgericht door een PWA en een door een mission locale pour l'emploi.

Alle gemeenten van het gewest worden door minstens 1 van de actoren bestreken.

5 actoren bieden hulp aan de bewoners van de wijk (4NL-1FR):

- 4 lokale dienstencentra waarvan 2 met een sociale wasserette en
- 1 centre d'action sociale globale.

2. Type hulpverlening

Van de 57 actoren, zijn er

- 25** diensten voor gezinszorg, diensten voor gezins- en bejaardenhulp of services d'aide à domicile die gezins- en bejaardenhulp en poetshulp aanbieden;
- 4** coordinations de soins et services à domicile.

- 2 coördinaties beschikken over een service d'aide à domicile.

De 2 andere werken samen met de hogervermelde services d'aide à domicile en diensten voor gezins- en bejaardenhulp en hebben huishoudhulpen «artikel 60-ers» die ter beschikking worden gesteld door enkele OCMW's waarmee ze een akkoord hebben gesloten.

12 actoren werkzaam in het kader van de promotie van de werkgelegenheid:

- 10 actoren werken met dienstencheques (waaronder 7 PWA's, die op het tijdstip van de bevraging, tegemoetkomen aan de vraag naar poetshulp via de dienstencheques),
- 1 plaatselijk initiatief voor de ontwikkeling van de werkgelegenheid (PIOU) en
- 1 dienst voor buurtgerichte sociale hulp van een OCMW.

Bovendien beschikken een aantal van de reeds vermelde diensten voor gezinszorg, services d'aide à domicile, diensten voor gezins- en bejaardenhulp en het PIOU over een dienst die huishoudhulp organiseert in het kader van de dienstencheques.

14 actoren uit het verenigingsleven en

2 gemeentelijke diensten voor sociale actie die hulp bieden via kleinere structuren:

- 10 actoren hebben één of twee poetshulpen of schoonmakers in dienst,
 - 1 actor heeft er vier,
 - 2 acteurs stellen een sociale wasserette ter beschikking en
 - 1 vrijwilligersnetwerk biedt occasionele poetshulp.
- 6 actoren hebben geen erkenning.

Tabel 4-12 **Levering van boodschappen**

48 actoren voorzien in deze behoefte (11NL-25TW-12FR).

6 actoren uit het verenigingsleven werken op gewestelijke schaal (4NL-2FR):

- 3 diensten voor gezinszorg,
- 2 coordinations de soins et services à domicile en
- 1 PIOW van een lokaal dienstencentrum.

37 actoren werken in een of meerdere gemeenten (3NL-25TW-9FR):

8 actoren uit het verenigingsleven waaronder 3 lokale dienstencentra (1 werkt voor deze behoefte met vrijwilligers) en 3 actoren die met behulp van vrijwilligers in de behoefte voorzien.

22 diensten hangen af van lokale besturen:

- 1 service d'aide à domicile,
- 1 dienst voor de promotie van de tewerkstelling,
- 11 diensten voor gezins- en bejaardenhulp,
- 1 sociale dienst van het OCMW,
- 1 vrijwilligersdienst,
- 3 diensten voor sociale actie,
- 1 dienst voor gezins- en bejaardenhulp en
- 3 services d'aide à domicile van de gemeente.

6 plaatselijke werkgelegenheidsagentschappen (PWA's) en

1 dienstenchequeonderneming.

In 18 van de 19 gemeenten is van een van deze actoren actief.

5 actoren bieden hulp aan de wijkbewoners (4NL-1FR):

- 1 centre d'action sociale globale,
- 3 lokale dienstencentra en
- 1 parochie.

Tabel 4-13 Hulp bij de maaltijden

I. Maaltijden buitenshuis

Er zijn **64** restaurants opgenomen (12NL-38TW-14FR).

Het werkgebied van **3** restaurants bestrijkt het hele gewest (1TW-2 FR):

- 2 actoren uit het verenigingsleven,
- 1 actor uit de sector van de socioprofessionele inschakeling.

45 restaurants zijn in een of meer gemeenten actief.

33 restaurants hangen af van lokale besturen (OCMW of dienst voor sociale zaken van de gemeente). 13 gemeenten hebben in de infrastructuur geïnvesteerd. Het restaurant van sommige OCMW-rusthuizen is toegankelijk voor ouderen uit de wijk. Deze restaurants zijn niet in de inventaris opgenomen.

12 restaurants hangen af van actoren uit het verenigingsleven (6NL-3TW-3FR). De tweetalige restaurants geven de voorrang aan een kansarm publiek (vb. Poverello, Resto du Cœur). 5 lokale dienstencentra richten zich tot Nederlandstaligen.

16 restaurants richten zich tot de wijkbewoners (6NL-1TW-9FR).

6 zijn lokale dienstencentra. Sommige restaurants, onder meer de contactcentra van de stad Brussel, brengen maaltijden thuis bij regelmatige bezoekers wanneer deze ziek zijn.

II. Maaltijden thuis

1. THUISLEVERING

44 actoren bezorgen maaltijden aan huis (8NL-26TW-10FR).

10 actoren zijn over het hele gewest actief (3NL-7FR).

Het betreft vooral regionale dienstencentra en centres de coordination de soins et services à domicile.

21 actoren werken op gemeentelijke schaal (18TW-3FR).

Ze zijn verbonden met lokale besturen (OCMW of dienst voor sociale zaken van de gemeente). Een groot aantal zijn erkend als dienst voor gezins- en bejaardenhulp of service d'aide à domicile.

13 actoren zijn in een wijk actief (5NL-8TW).

Het betreft de contactcentra van de stad Brussel en lokale dienstencentra.

2. BEREIDING THUIS

40 actoren bieden hulp bij de bereiding van maaltijden thuis (4NL-28TW-8FR).

7 actoren bestrijken het hele gewest (3NL-4FR):

regionale dienstencentra, diensten voor gezinszorg en centres de coordination de soins et services à domicile.

32 actoren zijn in een gemeente actief (28TW-4FR).

Het merendeel hangt af van lokale besturen (OCMW en dienst voor sociale zaken van de gemeente). Een groot deel is erkend als dienst voor gezins- en bejaardenhulp of als service d'aide à domicile.

10 PWA's/dienstencheques sturen werknemers naar ouderen om te helpen met de bereiding van maaltijden.

1 lokaal dienstencentrum is in een wijk actief (NL).

Tabel 4-14 **Hulp bij vervoer**

1. Niet-dringend medisch vervoer

Van de **25** actoren opgenomen in de inventaris (6NL-12TW-7FR),

bieden **7** actoren uit het verenigingsleven vervoer aan ouderen die in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest wonen (2NL-2TW-3FR).

Het betreft niet-dringend vervoer door de ambulance van het Rode Kruis,

- 3 vrijwilligersnetwerken (waarvan een opgericht door een regionaal dienstencentrum),
- 1 coordination de soins et services à domicile,
- 1 initiative locale de développement de l'emploi (ILDE) opgericht door een coordination de soins et services à domicile en
- 1 dienst voor aangepast vervoer.

zijn **15** actoren in een of twee gemeenten actief:

- 6 actoren uit het verenigingsleven (2NL-2TW-2FR), waaronder 3 vrijwilligersnetwerken voor wederzijds hulpbetoon van bewoners en 2 lokale dienstencentra.
- 9 diensten hangen af van lokale besturen (8TW-1FR):
 - 1 service d'aide à domicile
 - 2 ontspanningscentra
 - 1 vrijwilligersnetwerk van de gemeente
 - 2 diensten voor gezins- en bejaardenhulp
 - 3 vervoerdiensten opgericht door de OCMW's of de gemeentelijke dienst voor sociale actie.

In 11 van de 19 gemeenten zijn actoren actief die een of meer gemeenten bestrijken.

bieden **3** actoren uit het verenigingsleven hulp aan de wijkbewoners (2NL-1FR):

- 2 lokale dienstencentra en
- 1 maison médicale waarvan de patiënten een netwerk voor wederzijds hulpbetoon hebben georganiseerd.

2. Niet-medisch vervoer

Van de **19** actoren die opgenomen werden (5NL-12TW-2FR),

werkt **1** actor uit het verenigingsleven op gewestelijke schaal, namelijk een dienst voor aangepast vervoer (NL).

zijn **8** diensten in een of meer gemeenten actief:

- 5 actoren uit het verenigingsleven (2NL-2TW-1FR), waaronder 2 vrijwilligersnetwerken voor wederzijds hulpbetoon van bewoners.
- 3 diensten zijn verbonden met lokale besturen (2TW-1FR):
 - 1 service d'aide à domicile van de gemeente,
 - 1 vervoerdienst van het OCMW en
 - 1 vrijwilligersnetwerk van de gemeente.

In 8 van de 19 gemeenten is een van deze lokale actoren actief.

werken **10** diensten wijkgericht (2 NL-8TW):

- 2 lokale dienstencentra (actoren uit het verenigingsleven) en de
- 8 contactcentra van de stad Brussel (openbare actoren).

1. Hulp bij de ergonomische aanpassing van de woning

14 actoren voorzien in deze behoefte (6NL-1TW-7FR).

13 actoren zijn actief in het hele gewest (6NL-1TW-6FR):

- 2 regionale dienstencentra en
- 4 coordinations de soins et services à domicile,
- 1 dienst voor gezinszorg,
- 2 ziekenfondsen,
- 2 uitleendienst voor hulpmiddelen van ziekenfondsen die de dienstverlening van een ergotherapeut aanbieden.
- 1 coordination de soins et services à domicile en twee ziekenfondsen maken deel van hetzelfde proefproject voor ergotherapie aan huis.
- 1 dienst actief in het welzijns- en sociocultureel werk met senioren geeft advies inzake de beveiliging van de woning (valpreventie, enz.) en controleert de sanitaire situatie en de hygiëne in samenwerking met de mantelzorgers. 1 Franstalige actor uit het wederzijds hulpbetoon laat ergonomische aanpassingen uitvoeren zoals handvatten, hellingen, enz. door de technische dienst. Een van de reeds vermelde coordinations de soins et services à domicile laat kleine beveiligingswerken uitvoeren door een werkmans (vb. bevestigen van loshangende draden, ...).

1 actor heeft een gemeentelijke uitstraling (1FR): 1 maison médicale dat over een ergotherapeut beschikt.

2. Hulp bij de aanpassing van de woning: klein onderhoudswerk en verhuizing

44 actoren voorzien in deze behoefte. 1 actor heeft zijn activiteiten gedecentraliseerd via de oprichting van 2 antennes (9NL-24TW-11FR).

8 actoren uit het verenigingsleven werken op gewestelijke schaal (1NL-1TW-6FR). Het betreft:

- 1 regionaal dienstencentrum,
- 2 coordinations de soins et services à domicile,
- 1 initiative locale de développement de l'emploi (ILDE),
- 1 organisme d'insertion socioprofessionnelle en
- 3 klusjesdiensten.

31 actoren (+ 2 antennes) zijn in een of meer gemeenten actief (4NL-22TW-5FR). Het betreft:

- 8 actoren uit het verenigingsleven waaronder
 - 3 lokale dienstencentra,
 - 1 vereniging waar armen het woord nemen,
 - 1 dienst actief in het welzijns- en sociocultureel werk met senioren,
 - 1 klusjesdienst en
 - 2 niet-erkende diensten.
- 8 actoren die afhangen van lokale besturen waaronder
 - 1 vrijwilligersdienst opgericht door een gemeente,
 - 2 diensten voor sociale actie,
 - 2 services d'aide à domicile,
 - 1 dienst voor gezins- en bejaardenhulp en
 - 2 andere OCMW-diensten.

15 plaatselijke werkgelegenheidsagentschappen (PWA's).

16 van de 19 gemeenten behoren tot het werkgebied van een van deze actoren.

5 actoren helpen de bewoners van de wijk (4NL-1TW). Het betreft:

- 3 lokale dienstencentra,
- 1 vereniging waar armen het woord nemen en
- 1 vereniging die in het kader van de wijkcontracten werkt.

Tabel 4-16 Toezicht**1. Personenalarmsysteem**

22 actoren voorzien in deze behoefte. 4 hebben hun activiteiten gedecentraliseerd en richtten 30 antennes op (5NL-12TW-5FR).

15 actoren (+ 30 antennes) hebben een gewestelijke uitstraling (5NL-6TW-4FR):

diensten voor personenalarm, ziekenfondsen, regionale dienstencentra en centres de coordination de soins et services à domicile. De ziekenfondsen zijn erkend als centrum voor eerste opvang, centra voor algemeen welzijnswerk of centre de service social.

7 actoren zijn in een gemeente actief (6TW-1FR):

de gemeentelijke diensten voor sociale actie en 1 service d'aide à domicile. Zij zorgen voor de afwikkeling van de formaliteiten en stellen de prijs vast. Vaak hebben ze een overeenkomst gesloten met een dienst voor personenalarm. Sommige actoren hebben toestellen aangekocht die ze verhuren.

2. Professionele ziekenoppas

5 actoren voorzien in deze behoefte (2NL-3FR).

3 actoren zijn in het hele gewest actief (2NL-1FR):

- 2 diensten voor gezinszorg en
- 1 actor die de ziekenoppassers ook opleidt.

2 diensten zijn in 3 gemeenten actief (2FR).

Een van de diensten werkt in het kader van de palliatieve zorg.

3. Seniorsitting – niet-professionele thuisoppas

14 actoren voorzien in deze behoefte (5NL-8TW-1FR).

5 actoren werken op gewestelijke schaal (5NL):

- 3 diensten voor gezinszorg,
- 1 regionaal dienstencentrum en
- 1 lokaal dienstencentrum.

De diensten voor gezinszorg maken gebruik van vrijwilligers.

9 diensten werken op gemeentelijke schaal (8TW-1FR):

- 1 vrijwilligersnetwerk,
- 7 PWA's en

1 «Papy-Mamysitting»-dienst opgezet door een gemeente.

Tabel 4-17 Slachtofferhulp en veiligheidsgevoel

32 actoren voorzien in deze behoefte (5 NL-21TW-6FR). 2 actoren hebben hun activiteiten gedecentraliseerd en richtten 4 antennes op.

8 (+ 1 antenne) actoren bestrijken het hele gewest (4NL-1TW-3FR):

- 3 telefonische hulplijnen (1NL-2FR) waarvan een gespecialiseerd in ouderenmis(be)handeling,
- 1 ziekenfonds vangt slachtoffers op,
- 1 sociaal-culturele vereniging richt informatiesessies in,
- 1 vereniging voor welzijns- en sociocultureel werk met senioren voert beveiligingswerken uit in woningen,
- 1 dienst voor slachtofferhulp en
- 1 service d'aide aux justiciables bieden hulp aan slachtoffers.

21 (+ 4 antennes) diensten werken in een of meer gemeenten (18TW-3 FR). Het betreft:

- 14 diensten voor politionele slachtofferbejegening,
- 3 gemeentelijke diensten voor slachtofferhulp,
- 1 dienst voor geestelijke gezondheidszorg,
- 2 services de santé mentale en
- 1 centre d'action sociale globale dat informatielezingen organiseert.

3 actoren zijn actief in een wijk (1NL-2TW). Het betreft:

- 1 dienst voor politionele slachtofferbejegening,
- 1 lokaal dienstencentrum dat informatievoordrachten organiseert en
- 1 sociale huisvestingsmaatschappij die haar woningen beveiligd.

Tabel 4-18 Lenen van hulpmiddelen

- 14** actoren voorzien in deze behoefte. 4 hebben hun activiteiten gedecentraliseerd en 12 antennes in totaal opgericht. (4NL-5TW-5FR).
- 9** actoren werken op gewestelijke schaal (3NL-4TW-2FR):
 - 8** uitleendiensten van ziekenfondsen (+ 4 antennes): ze bevinden zich op het adres van centrale depots opgericht door ziekenfondsen of op het adres van de ziekenfondsen of hun antennes.
 - 1** uitleendienst van het Rode Kruis (+ 8 antennes),
 - 4** actoren zijn actief in een of meer gemeenten (1NL-1TW-2FR):
 - 2** vrijwilligersnetwerken beschikken over een depot voor medische en paramedische hulpmiddelen van het Rode Kruis dat ze zelf beheren,
 - 1** dienst voor thuiszorg van een OCMW leent sanitaire hulpmiddelen aan zijn gebruikers,
 - 1** lokaal dienstencentrum beschikt over 2 rolstoelen.
- In 7 van de 19 gemeenten is een van deze lokale actoren actief.*
- 1** actor werkt wijkgericht (FR), namelijk 1 maison médicale met een forfaitair systeem dat rolstoelen en aerosols uitleent.

Tabel 4-19 Levering van paramedische hulpmiddelen en incontinentiemateriaal

- 5** actoren werken op gewestelijke schaal (2NL-2TW-1FR). Het betreft:
- 4** diensten die hulpmiddelen uitlenen en verkopen verbonden aan een ziekenfonds. 1 dienst heeft een initiative locale de développement de l'emploi (ILDE) opgericht dat zorgt voor de thuislevering van hulpmiddelen,
 - 1** regionaal dienstencentrum dat een interne dienst heeft opgericht voor de levering van incontinentiemateriaal aangekocht bij de verkoopdiensten van de ziekenfondsen.

Tabel 4-20 Hulp bij de verzorging en de oppas van huisdieren

- 13** actoren voorzien in deze behoefte (11TW-2FR).
- 1** dienst bestrijkt het hele gewest (1TW): een ziekenfonds.
- 12** actoren zijn in een gemeente actief (10TW-2FR):
- 9** PWA's en
 - 3** vrijwilligersdiensten.

Tabel 4-21 Dagopvang

- 11** actoren voorzien in deze behoefte (1NL-7TW-3FR).
- Het werkgebied van **2** centra bestrijkt het hele gewest (1TW-1NL):
- 1** centrum voor dagverzorging van een OCMW en
 - 1** palliatief dagcentrum.
- 9** centra zijn in meerdere gemeenten actief (6TW-3FR):
- 6** centra voor dagverzorging erkend door de GGC,
 - 1** centre de soins de jour erkend door de COCOF en
 - 2** centres d'accueil de jour gesubsidieerd door de COCOF.

Tabel 4-22 Kortopvang

- 11** actoren voorzien in deze behoefte (3NL-7TW-1FR).
- 10** ziekenfondsen werken in het hele gewest (3NL-6TW-1FR).
- Het werkgebied van **1** geriatriesch centrum van het OCMW beslaat verschillende gemeenten (1TW).

Tabel 4-23 Ondersteuning van de mantelzorgers

- 11** actoren voorzien in deze behoefte. 1 heeft zijn activiteiten gedecentraliseerd via de oprichting van 4 antennes (5NL-1TW-5FR).
- 7** actoren uit het verenigingsleven werken op gewestelijke schaal (4NL-1TW-2FR):
- 3 diensten gespecialiseerd in de problematiek van de ziekte van Alzheimer. Twee diensten bieden een luisterend oor, ondersteuning en gespreksgroepen voor de mantelzorgers. De derde stelt ervaringsdeskundigen ter beschikking van de familie. Zij geven tips die het leven van de mantelzorgers vergemakkelijken en stellen aangepaste strategieën op. Deze personen kunnen de mantelzorger eventueel vervangen bij afwezigheid of ziekte en nemen diens taken over.
 - 2 ziekenfondsen: het ene organiseert jaarlijks een week van de mantelzorg, het andere infosessies voor ondersteuning en reflectie voor personen die geconfronteerd worden met een ouderwordend familielid en specifieke «vorming» voor mantelzorgers.
 - 2 erkende diensten, respectievelijk erkend als vereniging van gebruikers en mantelzorgers en als vereniging voor welzijns- en sociocultureel werk met senioren. Ze bieden informatie aan en organiseren gespreksgroepen. De eerste dienst kaart de moeilijkheden van de mantelzorgers aan bij de bevoegde overheden onder andere via overlegplatforms.
- 4** actoren (+ 4 antennes) zijn in een of meerdere gemeenten actief (1NL-3FR). Het betreft:
- 2 netwerken van vrijwilligers die de mantelzorger vervangen gedurende één of twee uren indien de oudere niet alleen kan blijven,
 - 1 centre d'action sociale globale en zijn antennes die de mantelzorger individueel begeleiden en gespreksgroepen organiseren,
 - 1 centrum voor geestelijke gezondheidszorg dat specifieke informatievoordrachten organiseert voor mantelzorgers van ouderen met mentale problemen.
- In 7 van de 19 gemeenten is een van deze actoren actief.*

KOSTENSIMULATIE

Een coordination de soins à domicile heeft uit haar dossiers 2 sterk vergelijkbare en vrij courante situaties gelicht die een beeld geven van de kosten van de hulpverlening:

Situatie A		Normaal verzekerde patiënt, groot pensioen		
		Kosten	maand van 30 dagen	maand van 31 dagen
Verpleging forfait B (toilet, luier vervangen, medicijnen, verbanden zweer).	3 x /d, 7 x /week	€ 7,18 /d	€ 215,40	€ 222,58
Maaltijden	7 x /week	€ 6,49 /d	€ 194,70	€ 201,19
Personenalarmsysteem	Maandabonnement	€ 42,00 /maand		
Gezins- en bejaardenhulp	5 x /week, 2.30 u /d	€ 6,20 /u € 15,60 /d	€ 343,20	€ 358,80
Incontinentiemateriaal	Luier 3 x /d + steeklaken 1 x /d	Luiers: € 2,96 /d Steeklaken: € 0,54 /d	€ 105,00	€ 108,50
Totaal per maand			€ 900,30	€ 933,07

Situatie B		Patiënt, RVV, klein pensioen		
		Kosten	maand van 30 dagen	maand van 31 dagen
Verpleging forfait B (toilet, luier vervangen, steunkousen aandoen).	2 x /d, 7x /week	€ 0,21 /d	€ 6,30	€ 6,51
Maaltijden	7 x /week	€ 4,09 /d	€ 122,70	€ 126,79
Personenalarmsysteem	Maandabonnement	€ 29,62 /maand		
Gezins- en bejaardenhulp	5 x /week, 2u /d	€ 0,89 /u € 1,78 /d	€ 39,16	€ 40,94
Incontinentiemateriaal	Luier 2 x /d	Luier: € 1,87 /d	€ 56,10	€ 57,97
Totaal per maand			€ 253,88	€ 261,83

VERKLARENDE WOORDENLIJST

CASG:	zie Centre d'action sociale globale (COCOF)
CAW:	zie Centrum voor algemeen welzijnswerk (VG)
CEO:	zie Centrum voor eerste opvang
CGGZ:	zie Centrum voor geestelijke gezondheidszorg (VG)
COCOF:	Commission communautaire française de la région de Bruxelles-Capitale
DAV:	zie Dienst voor aangepast vervoer
GGC:	Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest
IGO:	zie Inkomensgarantie voor ouderen
ILDE:	zie Plaatselijk initiatief voor de ontwikkeling van de werkgelegenheid
OCMW:	Openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn
OISP:	zie Organisme d'insertion socioprofessionnelle
OVM:	zie Openbare vastgoedmaatschappij
PIOW:	zie Plaatselijk initiatief voor de ontwikkeling van de werkgelegenheid
PWA:	zie Plaatselijk werkgelegenheidsagentschap
RVV:	zie Rechthebbende op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming
VG:	Vlaamse Gemeenschap
VGC:	Vlaamse Gemeenschapscommissie van het Brussels hoofdstedelijk gewest
TW:	Tweetalig
Gezinshulp:	zie Dienst voor gezins- en bejaardenhulp
Huishoudhulp:	zie Dienst voor gezins- en bejaardenhulp
Verzorgende:	zie Dienst voor Gezinszorg

Actor

Dienstverlener uit de openbare of de private sector.

Actor uit het verenigingsleven

Zie definitie verenigingsleven.

Bureau voor politionele slachtofferbejegening

De politionele slachtofferbejegening bestaat uit het verschaffen van adequate opvang, informatie en bijstand aan het slachtoffer. Elke politieambtenaar moet bekwaam zijn deze taak goed te volbrengen.

Centre d'accueil de jour (COCOF)

De «centres d'accueil de jour» vormen een overgang tussen de thuisomgeving en het rusthuis. Deze centra vangen ouderen op die hun autonomie verliezen en die behoefte hebben aan psychologische, paramedische en sociale begeleiding. Ze onthalen maximum 20 personen per dag en zijn 5 dagen in de week open.

Deze centra beschikken over een sociale dienst, een dienst ergotherapie en een vervoerdienst van en naar de centra, naar het ziekenhuis. Ze bieden hulp bij de lichaamshygiëne en paramedische omkadering en organiseren diverse activiteiten (spelletjes, zang, maaltijden, bijwonen van voorstellingen, ...).

Centre d'action sociale globale - CASG (COCOF)

De «CASG» hebben als opdracht hulp te bieden aan alleenstaanden, gezinnen of groepen. Hun dienstverlening is volledig gratis. De hulp wordt geboden door professionelen (sociaal assistenten of sociaal verpleegkundigen) en bestaat uit ambulante psycho-sociale begeleiding.

Centre de coordination de soins et services à domicile (COCOF)

Het doel is binnen eenzelfde geografische zone de diensten voor niet-medische en medische thuiszorg te coördineren zodat de personen die hun autonomie verloren hebben, zolang mogelijk thuis kunnen blijven wonen. Hiervoor worden de volgende diensten ter beschikking gesteld: dienst voor hulp bij bereiding van de maaltijden, poetsdienst, klusjesdienst, globale hulpverlening, medische en paramedische verzorging, ...

Centrum voor algemeen welzijnswerk - CAW (VG)

De autonome centra voor algemeen welzijnswerk bieden hulpverlening op maat voor administratieve, sociale, financiële, familiale en persoonlijke problemen. De hulp- en dienstverlening kan gaan van informatie en advies naar partiële of integrale (op één of alle levensdomeinen) begeleiding, al dan niet gekoppeld aan een residentiële opvang.

Met vragen of problemen in verband met kinderbijslag, pensioen, sociale of financiële problemen, ziekte- en invaliditeitsverzekering, administratieve problemen, inschrijvingen in het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, thuiszorg, zorgverzekering, ... kan men terecht in een centrum voor algemeen welzijnswerk in het kader van een ziekenfonds, een zogenoemd ingebouwd centrum voor algemeen welzijnswerk (ICAW).

Centrum voor dagverzorging (GGC)

Een centrum voor dagverzorging biedt een verzorgingsstructuur aan, vangt zwaar afhankelijke zorgbehoevende personen overdag op en verschaft de noodzakelijke ondersteuning voor het behoud van die personen in hun thuisomgeving.

Centrum voor eerste opvang (ex- Centrum voor maatschappelijk werk) (GGC)

De centra nemen de volgende opdrachten waar:

- de persoon in zijn geheel en in zijn integratiemogelijkheden helpen door te zorgen voor een eerste opvang, door de situatie van de gebruiker te analyseren en hem de nodige begeleiding en opvolging te bieden;
- de sociale band versterken en de personen een betere toegang tot de collectieve voorzieningen en hun grondrechten waarborgen. Inwerken op alle factoren die de sociale onzekerheid veroorzaken;
- een beroep doen op de actieve medewerking van de geholpen personen, hun inburgering alsmede die van hun families in de hand werken;
- uitsluiting voorkomen en positieve acties met het oog op sociale integratie bevorderen;
- de gebruikers zo nodig doorverwijzen naar meer gespecialiseerde instellingen om specifieke noodsituaties op te lossen;
- de opgespoorde institutionele tekortkomingen en leemten in de regelgeving aan de bevoegde overheden melden en voorstellen formuleren om die weg te werken.

Centrum voor geestelijke gezondheidszorg - CGGZ (VG)

In een centrum voor geestelijke gezondheidszorg (CGGZ) kunnen mensen met psychische problemen hulp krijgen. Deze hulp is medisch-psychiatrisch en/of psychotherapeutisch van aard.

In het eerste geval stelt een geneesheer-psychiater een diagnose en wordt meestal medicatie voorgeschreven.

In het tweede geval bieden psychologen of andere gekwalificeerde medewerkers hulp via een reeks gesprekken; de patiënt krijgt aldus de mogelijkheid een aantal emoties of ervaringen beter te verwerken. In veel probleemsituaties is een combinatie van beide methodes aangewezen.

De hulpverlening in een CGGZ gebeurt enkel tijdens een consultatie. Er is dus geen opname of verblijf.

Contactcentra van Brussel (de stad Brussel)

De Contactcentra van Brussel is een vzw opgericht door de stad Brussel. De hoofddoelstelling is het doorbreken van het isolement van kansarme en kwetsbare personen door middel van collectieve activiteiten die worden georganiseerd in een aantal Brusselse wijken.

De doelstellingen van de 8 contactcentra steunen op 5 pijlers: het ontmoetingscentrum, de permanenties (sociale hulpverlening, juridische hulpverlening), de nabijheidsdiensten (maaltijden, ...), animatie en projecten die voortspuiten uit het beleid dat wordt gevoerd op gewestelijk en federaal vlak.

Dienst voor aangepast vervoer - DAV (VG)

De DAV heeft als opdracht:

- op tijdelijke basis de vervoersvraag op te vangen van een brede groep van minder mobiele personen, tot zolang het regulier netwerk maximaal toegankelijk is.

Zo worden er:

- complementair aan dit aanbod, overbruggings-trajecten verzorgd. Ze voorzien in de noodzakelijke aansluitingen tussen toegankelijke openbare netten, tussen vertrek of bestemmingspunt en toegankelijke busdiensten, enz.;
 - daar waar nodig deur-aan-deurtrajecten aangeboden.
- op permanente basis de vervoersvraag op te vangen.

Dienst voor gezins- en bejaardenhulp (GGC)

De diensten voor gezins- en bejaardenhulp bieden hulp aan gezinnen in moeilijkheden, ouderen, personen met een handicap en zieken zodat zij naar hun eigen woning kunnen terugkeren of er kunnen blijven wonen.

De gezins- of bejaardenhulpen helpen of vervangen deze personen bij hun gezinstak en huishoudelijke werkzaamheden en geven daarbij een echte ondersteuning. Zij vormen de schakel tussen de verschillende leden van het gezin en het medisch-sociale netwerk (huisarts, verpleegkundige, kinesist, ...) met wie ze in overleg en in coördinatie handelen.

De taken zijn veelvuldig en gevarieerd: verzorging en oppas van kinderen, koken, boodschappen doen, hand- of afwas, hygiënische verzorging, ...

De huishoudhulp zorgt voor de schoonmaak van de bewoonde ruimten.

De gezinshulpen treden op in crisissituaties en hebben een overgangsrol. Hun tussenkomst is dus tijdelijk. De bedoeling is dat de gebruiker weer zelfredzaam wordt of met voldoende mantelzorg wordt omringd.

Dienst voor geestelijke gezondheidszorg (GGC)

Een dienst voor geestelijke gezondheidszorg is een ambulante voorziening in het kader van de volksgezondheid en zorgt voor het psychisch welzijn van de patiënt in zijn leefomgeving.

De dienst staat open voor iedereen zonder discriminatie op grond van ras, nationaliteit, leeftijd, geslacht of probleemgroep en heeft in alle omstandigheden eerbied voor de ideologische, filosofische en religieuze overtuigingen van de patiënt.

Hij zorgt voor opvang, stelt een diagnose en biedt een aangepaste behandeling die rekening houdt met de verschillende medische, psychiatrische, psychologische en sociale aspecten.

De dienst organiseert preventieactiviteiten voor de bevolking, de maatschappelijk werkers en doelgroepen en ontwikkelt specifieke projecten.

Hij coördineert zijn activiteiten met het gezondheids-, welzijns- en schoolnetwerk.

Het multidisciplinair team is samengesteld uit een psychiater, een psycholoog, een maatschappelijk assistent, een secretaris en eventueel een geneesheer, een socioloog, een criminoloog, een logopedist, enz.

Dienst voor gezinszorg (VG)

Gezinszorg is het hulp- en dienstverleningsaanbod dat door verzorgenden wordt verleend. Het bestaat uit persoonsverzorging, huishoudelijke hulp en schoonmaakhulp, en de daarmee verband houdende algemene psychosociale en pedagogische ondersteuning en begeleiding.

Dienst slachtofferhulp (VG)

De dienst slachtofferhulp biedt emotionele, praktische en juridische ondersteuning aan personen die met een misdrijf (of ramp) worden geconfronteerd of iemand hebben verloren door moord, zelfdoding of een verkeersongeval.

De opdracht van de dienst slachtofferhulp is vastgelegd in het kader van het samenwerkingsakkoord inzake slachtofferzorg tussen de Vlaamse Gemeenschap, het ministerie van Justitie en het ministerie van Binnenlandse Zaken.

Dienst voor thuiszorg (GGC)

De dienst voor thuiszorg biedt professionele medische thuiszorg door verpleegkundigen zodat de gebruiker thuis kan blijven wonen.

Dienstencheque

De dienstencheque is een systeem waarbij een erkende onderneming (werkgever) werknemers in dienst neemt

om hulp van huishoudelijke aard bij de gebruikers (particulieren) thuis of buitenshuis uit te voeren.

De dienstencheque streeft naar de bevordering van buurtdiensten en -banen. Het creëren van arbeidsplaatsen en het bestrijden van zwartwerk zijn de doelstellingen. Dankzij de dienstencheques kunnen particulieren huishoudelijk werk tegen een voordelig tarief laten uitvoeren.

De gebruiker betaalt elk uur werk met een dienstencheque die hij afgeeft aan de werknemer.

De werknemer krijgt een echt salaris dat elke maand wordt uitbetaald door zijn werkgever.

De waarde van een dienstencheque is voor de gebruiker vastgelegd op € 6,70 en is 8 maanden geldig.

Erkenning

Een handeling die uitgaat van een administratieve overheid. Deze waarborgt dat de dienst conform is aan de normen opgelegd bij decreet of ordonnantie.

IGO - Inkomensgarantie voor ouderen

De inkomensgarantie voor ouderen is een uitkering die tot doel heeft financiële hulp te bieden aan ouderen die niet over voldoende middelen beschikken.

De vereiste leeftijd om dit voordeel te bekomen is gelijk voor mannen en vrouwen, namelijk 64 jaar (in 2006).

Met ingang van 01.01.2009 wordt de leeftijd op 65 jaar gebracht.

Om van de IGO te genieten moet men Belg zijn, onderdaan van de Europese Unie, vluchteling, staatloze of van onbepaalde nationaliteit.

De persoon die een andere nationaliteit heeft, kan de IGO alleen in bepaalde gevallen bekomen.

Wie samenwoont met één of meer personen (echtgenoot, broer, zuster... of een persoon die geen familie is), ontvangt het basisbedrag van € 6 363,65 per jaar of € 530,30 per maand.

Wie alleen woont, ontvangt het verhoogde bedrag van € 9 545,48 per jaar of € 795,46 per maand.

Lokaal dienstencentrum - LDC (VG)

Lokale dienstencentra hebben tot doel mensen zo lang mogelijk in hun vertrouwde omgeving te laten wonen door het aanbieden van activiteiten en diensten.

Volgens de regelgeving moet een LDC 32 uren per week toegankelijk zijn.

Per jaar moet het centrum 10 informatieve activiteiten, 100 vormende activiteiten (5 verschillende soorten), 75 ontspannende activiteiten (5 verschillende soorten), 5 optionele activiteiten (restaurant, vervoer, boodschappen, klusjes, specifieke doelgroepen) en 3 soorten hygiënische zorg aanbieden.

Hun laagdrempeligheid, de vrijwilligerswerking en het bevorderen van een sociaal netwerk voor de buurtbewoner vormen duidelijke troeven.

Het LDC is één van de dienstverleningsvormen binnen het thuiszorgbeleid.

Maison médicale (ou association de santé intégrée) (COCOF)

De «maisons médicales» werden opgericht in de jaren 70. Ze vervullen verschillende functies die ressorteren onder de primaire gezondheidszorgen. Hieronder verstaat men de essentiële zorgen die gebaseerd zijn op methoden en technieken die voor iedereen toegankelijk zijn zonder onderscheid of beperking en tegen een betaalbare prijs. Ze hebben een curatieve en preventieve taak, een gezondheidstaak op wijkniveau en een observatiefunctie. Ze zijn samengesteld uit een pluridisciplinair team (algemene geneeskunde, kinesitherapeuten, verpleegkundigen, maatschappelijk assistenten, psychotherapeuten, ...) en verlenen de volgende diensten: onthaal, raadplegingen en huisbezoeken, wachtdienst 24u/24, preventieactiviteiten, psychologische en sociale hulp, raadgevingen op gezondheidsvlak. In bepaalde «maisons médicales», is er ook een tandartsenraadpleging, gynecologische raadplegingen, raadpleging voor gezinsplanning en een dienst logopedie.

Er zijn twee betalingswijzen:

Per prestatie:

De patiënt betaalt het bedrag van de raadpleging, van het huisbezoek of van de technische prestatie volgens de tarieven vastgelegd door de overeenkomst tussen artsen en ziekenfondsen.

Per forfait:

Het systeem waarbij men betaalt per forfait resulteert uit een akkoord tussen de maisons médicales, het Riziv en alle verzekeringsinstellingen.

In het kader van een contract getekend tussen de patiënt, zijn verzekeringsinstelling en het maison médicale, betaalt de verzekeringsinstelling rechtstreeks aan het maison médicale, een vaste som uit: het forfait. Dit forfait wordt elke maand en per geabonneerd persoon die in orde is met zijn ziekenfonds betaald. De som wordt toegekend ongeacht of de diensten van het centrum gebruikt worden of niet. Het bedrag van het forfait wordt berekend op basis van de gemiddelde terugbetaling van het Riziv binnen het systeem van betaling per prestatie.

Dit forfait heeft betrekking op drie diensten van het centrum: de artsen algemene geneeskunde, de verpleegkundigen en de kinesitherapeuten, ongeacht of de zorgen verstrekt worden op het centrum of bij de patiënt thuis.

Het geheel van de forfaits laat aan het maison médicale toe om gezondheidszorgen voor iedereen te organiseren op basis van solidariteit tussen gezonde en zieke mensen.

Medisch toilet

Een medisch toilet is een toilet voorgeschreven door een dokter en moet worden uitgevoerd door een verpleegkundige.

Mission locale pour l'emploi (COCOF)

In de jaren 80 worden, ingevolge de vaststelling van het permanente karakter van de tewerkstellingscrisis, vele initiatieven gelanceerd met het oog op het herinschakelen van laaggeschoolden op de arbeidsmarkt.

De nood aan coördinatie van deze verschillende inschakelingsprojecten laat zich al vlug voelen. Zo worden vanaf 1988 in de achtergestelde buurten van het Brussels Gewest de «missions locales», geïnspireerd op het Franse model, gecreëerd.

In totaal worden 9 missions locales opgericht.

De missions locales (Mloc) maken deel uit van de 49 OISP (zie hieronder) erkend door de COCOF.

De Mloc geven informatie over opleiding of tewerkstelling. Ze organiseren besluitvormingsmodules die de stagiair helpen om zijn beroepsproject te definiëren.

Ze kunnen ook innoverende opleidingen ontwikkelen m.b.t. nieuwe noden.

Tenslotte coördineren zij de verschillende socioprofessionele inschakelingsacties van hun zone.

Niet-dringend medisch vervoer

Ziekenvervoer is hoofdzakelijk doch niet altijd ambulancevervoer.

Ambulancevervoer dat niet via de 100 is aangevraagd, is per definitie «niet-dringend».

In de praktijk vallen onder dit niet-dringend vervoer zowel het vervoer van en naar het ziekenhuis, het vervoer van en naar een arts of een andere verstrekker en de overbrenging van een patiënt van een ziekenhuis naar een ander.

Niet-medisch toilet

Een niet-medisch toilet is een toilet uitgevoerd bij een oudere of een persoon met een handicap die hun autonomie hebben verloren en wordt meestal uitgevoerd door een gezinshulp.

Openbare vastgoedmaatschappij - OVM

Een openbare vastgoedmaatschappij is elke door de BGHM (Brusselse Gewestelijke Huisvestingsmaatschappij) erkende rechtspersoon die als opdracht heeft sociale woningen te verwezenlijken en ter beschikking te stellen en het gewest als aandeelhouder heeft.

Organisme d'insertion socioprofessionnelle - OISP (COCOF)

De OISP heeft als opdracht vorming aan te bieden aan laaggeschoolde volwassenen om zowel basis- als competentievaardigheden te ontwikkelen als om hun professioneel project te verduidelijken ten einde een job te vinden.

Een laaggeschoolde volwassene is een werkzoekende ouder dan 18 jaar die niet over een diploma van hoger secundair onderwijs of een gelijkgesteld diploma beschikt. De OISP verleent verschillende diensten: onthaal, hulp bij het zoeken naar werk, begeleiding, check-up van de competenties, psychosociale begeleiding.

Na het verwerven van nieuwe competenties dankzij opleidingen volgt de laaggeschoolde een stage in een onderneming zodat hij de verwachtingen van het beroepsleven leert kennen.

Palliatief dagcentrum (VG)

Het palliatief dagcentrum biedt dagopvang aan ongeneeslijk zieken (kanker, aids, multiple sclerose, mucoviscidose, ...).

Het centrum biedt dezelfde medische verzorging aan als een ziekenhuis (transfusies, continue zorg, ...), palliatieve en psychologische consultaties, lichamelijke verzorging (bad, pedicure ...) maar ook vrijetijdsactiviteiten.

Personenalarmsysteem

Personenalarmsystemen worden bij zelfstandig wonende ouderen geplaatst zodat ze zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen.

Het personenalarm bestaat uit een alarmtoestel en een draagbaar zendertje en stelt de oudere in staat om 24 uur per dag in contact te treden en een gesprek te voeren met het team van de alarmcentrale.

Dit systeem geeft de oudere een veiligheidsgevoel en de zekerheid 24 uur per dag geholpen te kunnen worden.

Plaatselijk initiatief voor de ontwikkeling van de werkgelegenheid - PIOW

Een PIOW is een vereniging zonder winstoogmerk waarvan het maatschappelijk doel bestaat in de socioprofessionele inschakeling van moeilijk te plaatsen werkzoekenden door het verlenen van diensten of de productie van goederen voor inwoners, collectiviteiten en ondernemingen.

Plaatselijk werkgelegenheidsagentschap - PWA

Een PWA is een vereniging zonder winstoogmerk (VZW) opgericht door de gemeente of door een groep van gemeenten. Diverse activiteiten waaraan niet tegemoet gekomen wordt door het reguliere arbeidscircuit mogen worden uitgevoerd in het kader van het PWA.

Het PWA biedt aan de werkzoekenden de mogelijkheid om hun werkloosheidsuitkering of hun toelage voor sociale inschakeling aan te vullen door het uitoefenen van buurtwerken ten gunste van personen, openbare instellingen, scholen, niet-commerciële verenigingen.

Een fiscale aftrek van de betaalde PWA-prestaties is voorzien. Voor deze aftrek moet de gebruiker belastingplichtig zijn. Dat is echter niet het geval voor ouderen die de inkomensgarantie voor ouderen (IGO) krijgen of over een klein pensioen beschikken. Bovendien moet de gebruiker het bedrag van de benutte dienstencheques aangeven en alle betalingsbewijzen bewaren.

Een jaarlijks inschrijvingsgeld wordt gevraagd. De prijs varieert van € 0 of € 2,48/jaar voor de RVV tot € 7,45/jaar voor de andere personen.

De uren waarin de prestaties geleverd worden, worden overeengekomen tussen de PWA-werknemer en de gebruiker.

Rechthebbende op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming - RVV (ex- WIGW)

Sommige personen met een laag inkomen hebben recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming. Zij betalen minder voor gezondheidszorg.

De rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming komen ook in aanmerking voor bepaalde specifieke rechten (in bepaalde ziekenfondsen) en verschillende sociale rechten.

Bepaalde categorieën van personen (o.m. gepensioneerden, weduwen en weduwnaars, wezen, invaliden, verblijvenden in België vanaf 65 jaar, ...) hebben recht op de verhoogde tegemoetkoming, op voorwaarde dat hun bruto belastbaar gezinsinkomen niet hoger is dan € 13 512,18, te verhogen met € 2 501,47 per persoon ten laste (bedragen op 1 oktober 2006).

Regionaal dienstencentrum (VG)

Het regionaal dienstencentrum:

- is in staat om op elke informatievrage over een voorziening uit de regio en over de sociale tegemoetkomingen een antwoord te formuleren of de vraagsteller door te verwijzen;
- beschikt over of heeft toegang tot een geactualiseerde databank over op zijn minst de erkende voorzieningen uit de regio, de sociale tegemoetkomingen in verband met de thuiszorg en de vrijwilligersorganisaties uit de regio die vrijwilligerszorg aanbieden;
- is in staat om op elke individuele adviesvraag over materiële en immateriële hulp- en dienstverlening, gesteld vanuit een specifieke thuiszorgsituatie, een antwoord te formuleren of, indien nodig of gewenst, de adviesvrager door te verwijzen naar de meest

- geschikte persoon of voorziening die de adviesvraag kan beantwoorden;
- richt informatie- en/of vormingscursussen en/of bijeenkomsten in omtrent voor de thuiszorg relevante onderwerpen voor mantelzorgers, vrijwilligers en gebruikers;
 - maakt informatiebrochures of gelijkgestelden op omtrent een voor de thuiszorg relevant onderwerp;
 - is in staat om elke vraag naar vrijwilligerszorg voor een specifieke thuiszorgsituatie toe te leiden naar een vrijwilliger, een voorziening of een erkende organisatie die vrijwilligerszorg aanbiedt;
 - biedt aan gebruikers, die getroffen worden door een ernstig langdurig verminderd zelfzorgvermogen, een materiële of immateriële hulp- of dienstverlening aan.
 - verricht minstens drie van de zes hieronder opgesomde optionele werkzaamheden:
 - het uitlenen en onderhouden van personenalarm-toestellen;
 - het organiseren van de dienstverlening van een personenalarmcentrale;
 - het uitlenen van en het verstrekken van advies over verschillende soorten hulpmiddelen;
 - het verstrekken van advies aan gebruikers omtrent aanpassingen van de woningen en over de technologie aan personen die zich in een thuiszorgsituatie bevinden;
 - het aanbieden aan gebruikers van een ergotherapeutische begeleiding;
 - het organiseren van specifieke en te onderscheiden activiteiten gericht op personen die behoren tot een duidelijk te definiëren doelgroep met betrekking tot specifieke thuiszorgsituaties.

Service d'aide à domicile (COCOF)

De diensten hebben als opdracht: de bevordering van het behoud en de terugkeer in de thuisomgeving, de begeleiding en de hulp bij de dagelijkse activiteiten van alleenstaanden, ouderen, personen met een handicap, zieken en gezinnen in moeilijkheden. Dit alles in samenspraak met de familiale omgeving en de naastbestaanden. De bedoeling is om de personen zelfredzamer te maken.

De diensten sturen tijdelijk gezins-, bejaarden- en schoonmaakhulp aan huis. De hulp moet in eerste instantie verstrekt worden aan diegenen die ze het meest nodig hebben en die het meest behoeftig zijn op financieel, sociaal en gezondheidsvlak.

Service d'aide aux victimes (COCOF)

De «services d'aide aux victimes» bieden hulp aan personen en hun naastbestaanden die een inbreuk of een als inbreuk omschreven feit ondergaan hebben.

Ze vervullen de volgende opdrachten:

- een specifieke permanentie verzekeren in aangepaste lokalen;
- psychologische hulp bieden aan de slachtoffers en hun naastbestaanden;
- de slachtoffers of hun naastbestaanden begeleiden gedurende al de te ondernemen stappen;
- het slachtoffer of zijn naastbestaanden informeren over de rol van de politie, de justitiële overheid, de verzekeringsmaatschappijen. Het slachtoffer of zijn familieleden adviseren omtrent de hulpverlening die de overheid verleent aan slachtoffers van opzettelijke gewelddaden,
- de toegang van het slachtoffer en zijn naastbestaanden vergemakkelijken tot de diensten voor bijstand aan personen en gezondheid door in partnerschap te werken met het netwerk van welzijn en gezondheid.

Service de soins palliatifs et continués (COCOF)

Het betreft de pluridisciplinaire hulp en bijstand die verleend wordt ofwel aan huis, ofwel in een rusthuis of rust- en verzorgingstehuis ofwel in een ziekenhuis.

Door de COCOF worden gesubsidieerd:

- de initiatieven met betrekking tot palliatieve zorg die tegemoetkomen aan de fysieke, psychische en spirituele behoeften van de patiënten in hun laatste levensfase;
- de projecten voor de omkadering van de naastbestaanden van de stervende.

Verenigingsleven

«Het verenigingsleven is het geheel van instellingen zonder winstoogmerk (IZW).

De sector van de izw's omvat de instellingen die aan de vijf volgende voorwaarden voldoen:

1. Het gaat om organisaties, ze bestaan dus als instelling.
2. Ze verdelen geen materiële voordelen onder hun leden of hun bestuurders.
3. Ze bestaan als privéorganisaties en zijn institutioneel gescheiden van de staat.
4. Ze zijn onafhankelijk, wat betekent dat ze hun eigen regels en hun eigen besluitvormingsinstanties hebben.
5. Aansluiten bij deze organisaties staat ieder geheel vrij en de organisaties kunnen een beroep doen op vrijwillige inzet in de vorm van giften of van vrijwilligerswerk.^[82]»

⁸² Deze definitie komt uit: Defourny J., Develtere P. (2005). *Het verenigingsleven in België. Een kwantitatieve en kwalitatieve analyse*. Brussel, Koning Boudewijnsstichting, p. 10.

Wijkgezondheidscentrum

Een wijkgezondheidscentrum biedt preventieve en curatieve eerstelijnszorg aan met een vast team waarin verschillende disciplines (huisartsgeneeskunde, verpleegkunde, en vaak ook kinesithérapie, maatschappelijk werk, diëtiëk) onder één dak gehuisvest zijn.

In het zorgconcept staan toegankelijkheid, multidisciplinaire samenwerking, integrale zorgverlening en het wijkgericht werken centraal.

Zorgplan

Om kwaliteitsvolle verzorging en de samenwerking tussen de hulpverleners in de thuiszorg te verzekeren, worden samenwerkingsinitiatieven inzake thuisverzorging (SIT's) sinds 1991 erkend en gesubsidieerd door de Vlaamse overheid.

Een SIT is een samenwerkingsverband in een bepaalde regio tussen vertegenwoordigers van huisartsenkringen, erkende teams thuisverpleging, erkende diensten voor gezinszorg, erkende centra voor algemeen welzijnswerk, enz.

Er zijn momenteel 21 erkende SIT's in Vlaanderen. Voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest is dit het BOT (Brussels Overleg Thuiszorg).

Voor personen waarvoor ondersteuning en coördinatie van de thuisverzorging nodig is (vooral personen die als zwaar zorgbehoevend gekwalificeerd worden) wordt door een zorgbemiddelaar een zorgplan opgesteld.

De zorgbemiddelaar is een van de betrokken zorgverleners en stemt de werking van de verschillende partners op elkaar af.

De coördinator van het SIT zorgt voor de administratieve ondersteuning en de begeleiding van de zorgbemiddelaars.

Het zorgplan bevat een goede afsprakenregeling en streeft naar een aangepaste zorg- en hulpverlening om de zelfredzaamheid van de patiënt en het ondersteunen van de thuisverzorgers maximaal te bevorderen.

Voor meer details: zie www.zorg-en-gezondheid.be

Zorgverzekering (informatie voor de ouderen)

De Vlaamse zorgverzekering is een wettelijk stelsel dat in 2001 door de Vlaamse Regering aan het bestaande sociale zekerheidsstelsel werd toegevoegd. Het is een solidair systeem waarbij zorgbehoevenden, ongeacht hun leeftijd, een maandelijkse tegemoetkoming kunnen ontvangen voor niet-medische hulp en dienstverlening.

Er bestaan twee tegemoetkomingen:

- één voor de personen die thuis wonen en die hulp nodig hebben van mantelzorgers en/of van diensten uit de sector van de niet-medische thuiszorg.

Het bedrag van de tegemoetkoming is € 105/maand voor 2007. Dit bedrag wordt jaarlijks verhoogd met € 5 tot € 125.

- één voor de residentiële zorg (rusthuizen, RVT, psychiatrische verzorgingstehuizen). Het bedrag is € 125/maand.

Om ervan te genieten moet aan een aantal voorwaarden worden voldaan:

1. Aangesloten zijn bij een van de 7 zorgkassen: 5 zijn van de ziekenfondsen, 1 van de overheid (de Vlaamse Zorgkas) en een van een privéverzekeraar, DKV.
 - Wie in het Vlaams Gewest woont, moet aansluiten in het jaar dat hij 26 jaar wordt en betaalt jaarlijks een bijdrage van € 25 aan een zorgkas van zijn keuze. Personen die het RVV-statuuut hebben, betalen slechts € 10.
 - Wie in het Brussels Gewest woont kan zich vrijwillig aansluiten. Wie zich laattijdig aansluit, moet een wachttijd doorlopen.
2. Ofwel over een medisch attest beschikken dat een grote graad van afhankelijkheid aantoonst. De berekening van deze afhankelijkheidsgraad gebeurt aan de hand van een evaluatieschaal (Katz, Bel, ...) die het verlies van zelfredzaamheid evalueert. Ofwel gehuisvest zijn in een residentiële voorziening. Voor Brussel moet de voorziening erkend (of gelijkgesteld) zijn door de Vlaamse Gemeenschap. Zo niet heeft de resident geen recht op de zorgverzekering.
3. 5 jaar ononderbroken wonen in Vlaanderen of Brussel.
4. Een aanvraagformulier indienen bij de zorgkas met een bewijs van zwaar zorgbehoevendheid.

Meer informatie: www.vlaamsezorgverzekering.be

LIJST VAN DE ACTOREN DIE AAN DE ENQUÊTE HEBBEN MEEGEWERKT

DAGOPVANG EN KORTOPVANG

ATOLL • CENTRE DE JOUR 3E AGE-AEGIDIUM • CENTRE DE JOUR MALIBRAN • CENTRUM VOOR DAGVERZORGING DE HEUVEL • CENTRUM VOOR DAGVERZORGING DE ZONNEBLOEM • CENTRUM VOOR DAGVERZORGING HERFSTZON • CENTRUM VOOR DAGVERZORGING LE BON JOUR D'IGNACE • CENTRUM VOOR DAGVERZORGING SINT-MONIKA • CENTRUM VOOR DAGVERZORGING VAN HET OCMW VAN SINT-PIETERS-WOLUWE • CENTRUM VOOR DAGVERZORGING VAN HET OCMW VAN WATERMAAL-BOSVOORDE • HET VEER • THUIS VOOR PSYCHOSOCIALE ONCOLOGIE EN PALLIATIEVE ZORG • VERSAILLES SENIORS

MEDISCHE EN/OF NIET-MEDISCHE THUISZORG

AIDE AUX FAMILLES DE SCHAERBEEK • AIDE SOCIALE AUX FAMILLES ET AUX PERSONNES AGEES DE KOEKELBERG • ASD • ASSISTANCE AUX SENIORS ET HANDICAPES • CENTRE DE COORDINATION DE SOINS ET SERVICES A DOMICILE INDEPENDANTS DE BRUXELLES • CENTRE D'ENTRAIDE DE JETTE • CENTRE FAMILIAL DE BRUXELLES SERVICE D'AIDES FAMILIALES MENAGERES OU AUTRES • CSD • DIENST VOOR BEJAARDENHULP VAN HET OCMW VAN ANDERLECHT • DIENST VOOR GEZINS- EN BEJAARDENHULP EN THUISVERZORGING VAN HET OCMW VAN SINT-PIETERS-WOLUWE • DIENST VOOR GEZINS- EN BEJAARDENHULP VAN HET OCMW VAN ELSENE • DIENST VOOR GEZINS- EN BEJAARDENHULP VAN HET OCMW VAN ETTERBEEK • DIENST VOOR GEZINS- EN BEJAARDENHULP VAN HET OCMW VAN EVERE • DIENST VOOR GEZINS- EN BEJAARDENHULP VAN HET OCMW VAN JETTE • DIENST VOOR GEZINS- EN BEJAARDENHULP VAN HET OCMW VAN OUDERGEM • DIENST VOOR GEZINS- EN BEJAARDENHULP VAN HET OCMW VAN SINT-AGATHA-BERCHEM • DIENST VOOR GEZINS- EN BEJAARDENHULP VAN HET OCMW VAN SINT-JANS-MOLENBEEK • DIENST VOOR GEZINS- EN BEJAARDENHULP VAN HET OCMW VAN UKKEL • DIENST VOOR GEZINS- EN BEJAARDENHULP VAN HET OCMW VAN VORST • DIENST VOOR GEZINS- EN BEJAARDENHULP VAN UKKEL • DIENST VOOR HULP AAN BRUSSELSE GEZINNEN • DIENST VOOR THUISVERZORGING VAN SCHAARBEEK • DIENSTENCENTRUM VIOLETTE VAN HET OCMW VAN SINT-GILLIS • ENTRAIDE ET CULTURE • ENTRAIDE ET SOLIDARITE • FAMILIEHULP • GEZINS- EN BEJAARDENHULP VAN GANSHOREN • IRIS THUISZORG REGIONAAL THUISZORGCENTRUM BRUSSEL • LIBERAAL COORDINATIECENTRUM VOOR THUISZORG EN DIENSTVERLENING • MAISON DE LA FAMILLE • ONDERSTEUNING TEN HUIZE VAN HET OCMW VAN BRUSSEL • RESEAU SANTE DE WATERMAEL-BOITSFORT • RESEAU SANTE DU VIEUX SAINTE-ANNE • SANTE CHEZ SOI • SOCIALE DIENST VAN HET OCMW VAN SINT-AGATHA-BERCHEM • SOINS A DOMICILE • SOINS CHEZ SOI • SOLIDARITEIT VOOR HET GEZIN • TELE-SECOURS • THUISHULP • THUISZORG BRABANT • THUISZORG BRUSSEL • VIVRE CHEZ SOI ASBL DE SERVICE A DOMICILE DE WATERMAEL-BOITSFORT • WOLU SOCIAAL

SOCIALE HULPVERLENING

ANTENNE HERTOGIN VAN HET OCMW VAN SINT-JANS-MOLENBEEK • ANTENNE HOOG VAN HET OCMW VAN SINT-JANS-MOLENBEEK • ANTENNE MARITIEM VAN HET OCMW VAN SINT-JANS-MOLENBEEK • ANTENNE VAN HET OCMW VAN ELSENE • ASSOCIATION D'INSERTION DE LIBERTE ET D'ECHANGE • BRUSSEL ONTHAAL OPEN DEUR • CAW ARCHIPEL - GROOT EILAND • CAW ARCHIPEL - SOCIAAL CENTRUM NOORDWIJK • CAW ARCHIPEL - WEGWIJZER • CAW ARCHIPEL - WELKOM • CENTRE D'ACTION SOCIALE GLOBALE DE LA REGIONALE DE BRUXELLES DE LA LIGUE DES FAMILLES • CENTRE DE SERVICE SOCIAL BRUXELLES SUD-EST (5) ^[83] • CENTRE D'ENTRAIDE DE JETTE • CENTRE MEDICO-SOCIAL CARLOO-SAINT-JOB • CENTRUM VOOR MAATSCHAPPELIJK WERK WESTLAND • CENTRUM VOOR SOCIALE OPVANG EERWAARDE HEER FROIDURE • CONTACTCENTRUM HAREN • CONTACTCENTRUM KRAKEEL • CONTACTCENTRUM MELLERY • CONTACTCENTRUM MILLENIUM • CONTACTCENTRUM MODELWIJK • CONTACTCENTRUM NACHTEGAAL • CONTACTCENTRUM TREFFPUNT S • CONTACTCENTRUM WASHUIS • COSMOS • CSD • DE BUURTWINKEL • DE GROENE POORT - SNIJBOONTJE • DE KAAI • DE VLAAMSE HULPDIENT • DIENST MAATSCHAPPELIJKE ACTIE VAN ANDERLECHT (2) • DIENST SOCIALE ACTIE VAN EVERE • DIENST SOCIALE ACTIE VAN OUDERGEM • DIENST SOCIALE ACTIE VAN UKKEL • DIENST SOCIALE ACTIE VAN WATERMAAL-BOSVOORDE • DIENST SOCIALE ZAKEN VAN DE STAD BRUSSEL (3) • DIENST SOCIALE ZAKEN VAN ELSENE • DIENST SOCIALE ZAKEN VAN GANSHOREN • DIENST SOCIALE ZAKEN VAN JETTE • DIENST SOCIALE ZAKEN VAN KOEKELBERG • DIENST SOCIALE ZAKEN VAN SINT-AGATHA-BERCHEM • DIENST SOCIALE ZAKEN VAN SINT-GILLIS • DIENST SOCIALE ZAKEN VAN SINT-JANS-MOLENBEEK • DIENST SOCIALE ZAKEN VAN SINT-PIETERS-WOLUWE • DIENSTENCENTRUM AKSENT - AANVULLENDE THUISZORG • DIENSTENCENTRUM DE HARMONIE • DIENSTENCENTRUM DE VAARTKAPOEN • DIENSTENCENTRUM PETERBOS • ENTRAIDE DES MAROLLES • ESPACE SOCIAL TELE-SERVICE • EUROMUT ONAFHANKELIJK ZIEKENFONDS • EUROMUT ONAFHANKELIJK ZIEKENFONDS (3) • FEDERATIE VAN SOCIALISTISCHE MUTUALITEITEN VAN BRABANT (17) • INTERNATIONALE DIENST VOOR ONDERZOEK ONDERWIJS EN SOCIALE ACTIE • LA RUE • LIBERALE MUTUALITEIT VAN BRABANT (2) • LOKAAL DIENSTENCENTRUM FORUM • LOKAAL DIENSTENCENTRUM HET ANKER • MAISON DE LA FAMILLE • MINDERVALIDENDIENST VAN VORST • MUTUALITE LIBRE PARTENA • MUTUALITE SAINT-MICHEL (7) • OPENBAAR CENTRUM VOOR MAATSCHAPPELIJK WELZIJN VAN ELSENE • OPENBAAR CENTRUM VOOR MAATSCHAPPELIJK WELZIJN VAN ETTERBEEK • OPENBAAR CENTRUM VOOR MAATSCHAPPELIJK WELZIJN VAN EVERE • OPENBAAR CENTRUM VOOR MAATSCHAPPELIJK WELZIJN VAN GANSHOREN • OPENBAAR CENTRUM VOOR MAATSCHAPPELIJK WELZIJN VAN JETTE • OPENBAAR CENTRUM VOOR MAATSCHAPPELIJK WELZIJN VAN KOEKELBERG • OPENBAAR CENTRUM VOOR MAATSCHAPPELIJK WELZIJN VAN OUDERGEM • OPENBAAR CENTRUM VOOR MAATSCHAPPELIJK WELZIJN VAN SINT-GILLIS • OPENBAAR CENTRUM VOOR MAATSCHAPPELIJK WELZIJN VAN SINT-JANS-MOLENBEEK • OPENBAAR CENTRUM VOOR MAATSCHAPPELIJK WELZIJN VAN SINT-JOOST-TEN-NODE • OPENBAAR CENTRUM VOOR MAATSCHAPPELIJK WELZIJN VAN SINT-LAMBRECHTS-WOLUWE • OPENBAAR CENTRUM VOOR MAATSCHAPPELIJK WELZIJN VAN SINT-PIETERS-WOLUWE • OPENBAAR CENTRUM VOOR MAATSCHAPPELIJK WELZIJN

⁸³ De cijfers tussen haakjes duiden het aantal antennes aan.

VAN UKKEL • OPENBAAR CENTRUM VOOR MAATSCHAPPELIJK WELZIJN VAN VORST • OPENBAAR CENTRUM VOOR MAATSCHAPPELIJK WELZIJN VAN WATERMAAL-BOSVOORDE • PARKRESIDENTIE • PROTESTANTS SOCIAAL CENTRUM - CENTRUM VOOR ALGEMEEN WELZIJNSWERK • RANDSTAD • RESTOJET • SENIORENCENTRUM • SENIORENCENTRUM OPBOUWWERK-LOKAAL DIENSTENCENTRUM DE KAT • SENIORENDIENST VAN DE GEMEENTE SCHAARBEEK • SERVICE SOCIAL JUIF • SERVICE SOCIAL MUSULMAN LE FIGUIER • SINT-MICHIELSBOND (4) • SOCIALE ACTIE VAN SINT-LAMBRECHTS-WOLUWE • SOCIALE DIENST VAN ETTERBEEK • SOCIALE DIENST VAN HET OCMW VAN ANDERLECHT • SOCIALE DIENST VAN HET OCMW VAN SCHAARBEEK • SOCIALE DIENST VAN HET OCMW VAN SINT-AGATHA-BERCHEM • SOCIALE DIENST VAN KUREGEM • SOLIDARITE SAVOIR • TELE-ONTHAAL VLAAMS- BRABANT EN BRUSSEL • VLAAMS NEUTRAAL ZIEKENFONDS (2) • VLAAMSE PARKINSON LIGA • WERKGROEP THUISVERZORGERS • WIJKANTENNE VAN HET OCMW VAN SINT-GILLIS • WIJKHUIS CHAMBERY • WIJKMAATSCHAPPELIJK WERK 1030 • WOLU SERVICES • ZIEKENFONDS VOOR VERVOER EN VERKEER

HULP AAN SLACHTOFFERS

AUTREMENT • DIENST POLITIELE SLACHTOFFERBEJEGENING VAN DE POLITIEZONE 5339 - BRUSSEL • DIENST POLITIELE SLACHTOFFERBEJEGENING VAN DE POLITIEZONE 5339 - ELSENE • DIENST POLITIELE SLACHTOFFERBEJEGENING VAN DE POLITIEZONE 5339 - LAKEN-NEDER-OVER-HEEMBEEK-HAREN • DIENST POLITIELE SLACHTOFFERBEJEGENING VAN DE POLITIEZONE 5340 - BRUSSEL-WEST • DIENST POLITIELE SLACHTOFFERBEJEGENING VAN DE POLITIEZONE 5341 ZUID - ANDERLECHT-VORST-SINT-GILLIS • DIENST POLITIELE SLACHTOFFERBEJEGENING VAN DE POLITIEZONE 5341 ZUID - SINT-GILLIS • DIENST POLITIELE SLACHTOFFERBEJEGENING VAN DE POLITIEZONE 5341 ZUID - VORST • DIENST POLITIELE SLACHTOFFERBEJEGENING VAN DE POLITIEZONE 5342 - OUDERGEM • DIENST POLITIELE SLACHTOFFERBEJEGENING VAN DE POLITIEZONE 5342 - WATERMAAL-BOSVOORDE • DIENST POLITIELE SLACHTOFFERBEJEGENING VAN DE POLITIEZONE 5343 - MONTGOMERY-ETTERBEEK • DIENST POLITIELE SLACHTOFFERBEJEGENING VAN DE POLITIEZONE 5343 - MONTGOMERY-SINT-LAMBRECHTS-WOLUWE • DIENST POLITIELE SLACHTOFFERBEJEGENING VAN DE POLITIEZONE 5343 - MONTGOMERY-SINT-PIETERS-WOLUWE • DIENST POLITIELE SLACHTOFFERBEJEGENING VAN DE POLITIEZONE 5344 - EVERE • DIENST POLITIELE SLACHTOFFERBEJEGENING VAN DE POLITIEZONE 5344 - SCHAARBEEK • DIENST POLITIELE SLACHTOFFERBEJEGENING VAN DE POLITIEZONE 5344 - SINT-JOOST-TEN-NODE • DIENST VOOR SLACHTOFFERHULP VAN JETTE • DIENST VOOR SLACHTOFFERHULP VAN KOEKELBERG • GEMEENTELIJKE DIENST VOOR SLACHTOFFERHULP

GEZONDHEID (wijkgezondheidscentra en palliatieve zorg)

ANTENNE TOURNESOL • AREMIS • ASSOCIATION DES SOINS PALLIATIFS • CENTRE AFRICAIN PROMOTION-SANTE • CENTRE DE SANTE DU MIROIR • COLLECTIF DE SANTE LA PERCHE • CONTINUING CARE • INFIMEDIC • JOSEPH SWINNEN • L'ASTER • MAISON MEDICALE BOTANIQUE • MAISON MEDICALE CITE SANTE • MAISON MEDICALE COULEURS SANTE • MAISON MEDICALE D'ANDERLECHT • MAISON MEDICALE DE FOREST (2) • MAISON MEDICALE DE LAEKEN • MAISON MEDICALE DE WATERMAEL-BOITSFORT-AUDERGHEN • MAISON MEDICALE DES RICHES-CLAIRES • MAISON MEDICALE DU NORD • MAISON MEDICALE DU VIEUX MOLENBEEK • MAISON MEDICALE ENSEIGNEMENT • MAISON MEDICALE ESSEGHEN • MAISON MEDICALE KATTEBROEK • MAISON MEDICALE LE NOYER • MAISON MEDICALE LE PAVILLON • MAISON MEDICALE MARCONI • MAISON MEDICALE SAINTE-MARIE • MAISON MEDICALE SANTE PLURIELLE • MEDECINE POUR LE PEUPLE-SCHAARBEEK • MSL PALLIATIVE CARES ASSOCIATION • PALLIATIEVE THUISZORG OMEGA • PROMOTION SANTE • SEMIRAMIS • THUIS VOOR PSYCHOSOCIALE ONCOLOGIE EN PALLIATIEVE ZORG • WIJKGEZONDHEIDSCENTRUM DE BRUG - LA PASSERELLE

GEESTELIJKE GEZONDHEID

ALLO MALTRAITANCE PERSONNES AGEES • ALZHEIMER Belgique (2) • ANTONIN ARTAUD - DIENST GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG • ASSOCIATION NATIONALE D'AIDE A L'INTEGRATION SOCIALE • BALUCHON ALZHEIMER BELGIQUE - BELGIE • CANCER ET PSYCHOLOGIE • CENTRE DE GUIDANCE DE MOLENBEEK-SAINT-JEAN • CENTRE DE GUIDANCE D'ETTERBEEK • CENTRE DE GUIDANCE D'IXELLES • CENTRE DE SANTE MENTALE L'ADRET • CENTRE DE TELE-ACCUEIL DE BRUXELLES • CENTRE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE DU SERVICE SOCIAL JUIF • CENTRE PSYCHO-ETTERBEEK • CENTRUM VOOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG BRUSSEL-DEELWERKING BRUSSEL-OOST • CENTRUM VOOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG BRUSSEL-DEELWERKING PRIMAVERA • CENTRUM VOOR MORELE DIENSTVERLENING JETTE • CENTRUM VOOR MORELE DIENSTVERLENING-BRUSSEL • DE ZOMER AFDELING GEZIN • DIENST VOOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG VAN DE GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE RIVAGE-DEN ZAET • GROUPE BELGE D'ETUDE ET DE PREVENTION DU SUICIDE • LA GERBE • LE GRES • LE NOROIS • LE SAS CENTRE DE GUIDANCE • NOUVEAU CENTRE PRIMAVERA • SE.SA.ME - DIENST VOOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG VAN DE STAD BRUSSEL • SERVICE DE SANTE MENTALE DE L'ULB • SERVICE DE SANTE MENTALE LE CHIEN VERT • SERVICE DE SANTE MENTALE LE MERIDIEN • SERVICE DE SANTE MENTALE SECTORISE DE FOREST UCCLE WATERMAEL-BOITSFORT • SERVICE DE SANTE MENTALE SECTORISE DE SAINT-GILLES • SOS SOLITUDE • VLAAMSE ALZHEIMER LIGA • VLAAMSE VERENIGING VOOR ZELFMOORDPREVENTIE EN CRISISINTERVENTIE • WOLUWE PSYCHO SOCIAL

NABIJHEIDSDIENSTEN (via promotie van tewerkstelling, opleiding en socio-professionele inschakeling)

BOULOT • CENTRE FAMILIAL DE BRUXELLES SERVICE D'AIDES FAMILIALES MENAGERES OU AUTRES • DIENST VOOR HULP AAN BRUSSELSE GEZINNEN • DIENSTENCENTRUM AKSENT - AANVULLENDE THUISZORG • DUWTJE VAN SINT-PIETERS-WOLUWE • FAMILIEHULP • GAMMES • MISSION LOCALE DE SAINT-JOSSE-TEN-NOODE • PLAATSELIJK WERKGELEGENHEIDSAGENTSCHAP VAN ANDERLECHT • PLAATSELIJK WERKGELEGENHEIDSAGENTSCHAP VAN DE STAD BRUSSEL (2) • PLAATSELIJK WERKGELEGENHEIDSAGENTSCHAP VAN ELSENE • PLAATSELIJK WERKGELEGENHEIDSAGENTSCHAP VAN ETTERBEEK • PLAATSELIJK WERKGELEGENHEIDSAGENTSCHAP VAN EVERE • PLAATSELIJK WERKGELEGENHEIDSAGENTSCHAP VAN KOEKELBERG • PLAATSELIJK WERKGELEGENHEIDSAGENTSCHAP VAN SCHAARBEEK • PLAATSELIJK

WERKGELEGENHEIDSAGENTSCHAP VAN SINT-GILLIS • PLAATSELIJK WERKGELEGENHEIDSAGENTSCHAP VAN SINT-JANS-MOLENBEEK • PLAATSELIJK WERKGELEGENHEIDSAGENTSCHAP VAN SINT-JOOST-TEN-NODE • PLAATSELIJK WERKGELEGENHEIDSAGENTSCHAP VAN SINT-LAMBRECHTS-WOLUWE • PLAATSELIJK WERKGELEGENHEIDSAGENTSCHAP VAN SINT-PIETERS-WOLUWE • PLAATSELIJK WERKGELEGENHEIDSAGENTSCHAP VAN UKKEL • PLAATSELIJK WERKGELEGENHEIDSAGENTSCHAP VAN VORST • PLAATSELIJKE WERKGELEGENHEIDSAGENTSCHAP VAN SINT-AGATHA-BERCHEM • PRETNETSERVICES • PROXIMITE SANTE • THUISHULP • TOT UW DIENST • WERKWINKEL

ZIEKENFONDSEN

DE NEUTRALE ZIEKENFONDSEN • DEPOTS SOLIVAL DE LA MUTUALITE SAINT-MICHEL • ESPACE SENIORS • EUROMUT ONAFHANKELIJK ZIEKENFONDS (3) • FEDERATIE VAN SOCIALISTISCHE MUTUALITEITEN VAN BRABANT (17) • FEDERATION LIBERALE DES PENSIONNES DU BRABANT • FEDERATION SOCIALISTE DES PENSIONNES DE BRUXELLES • HULPKAS VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING • LIBERALE MUTUALITEIT VAN BRABANT (2) • LIBERALE BONDEN VAN GEPENSIONEERDEN VAN BRABANT • MEDIOTHEEK THUIZORGWINKEL SINT-LUCAS • MUTUALITE LIBRE PARTENA • MUTUALITE SAINT-MICHEL (7) • OKRA • ONAFHANKELIJK ZIEKENFONDS SECUREX • SINT-MICHIELSBOND (4) • S-PLUS BRUSSEL • UCP MOUVEMENT SOCIAL DES AINES - BRUXELLES • VLAAMS NEUTRAAL ZIEKENFONDS • ZIEKENFONDS VOOR VERVOER EN VERKEER • ZIEKENZORG CM SINT-MICHIELSBOND

RESTAURANTS

AGORA RESTAURANT • BABBELKOT • BIJ ONS • BOONDAEL RESTAURANT • BOUILLON DE CULTURES • CENTRE COMMUNAUTAIRE DU CHANT D'OISEAU • CENTRE DE DELASSEMENT • CENTRE DE DELASSEMENT N° 2 • CENTRE DE DELASSEMENT N° 4 • CENTRE DE DELASSEMENT N° 6 • CENTRE DE DELASSEMENT N° 7 • CLUB 112 • COMITE DE LA SAMARITAINE • CONTACTCENTRUM HAREN • CONTACTCENTRUM KRAKEEL • CONTACTCENTRUM MELLERY • CONTACTCENTRUM MILLENIUM • CONTACTCENTRUM MODELWIJK • CONTACTCENTRUM NACHTEGAAL • CONTACTCENTRUM TREFPUNT S • CONTACTCENTRUM WASHUIS • COSMOS • DE KAAI • DENISE YVON • DIENST SENIOREN • DIENSTENCENTRUM AKSENT - AANVULLENDE THUIZORG • DIENSTENCENTRUM DE HARMONIE • DIENSTENCENTRUM DE VAARTKAPOEN • FOYER POST • GEMEENSCHAPPELIJK WIJKRESTAURANT • LE RESTAURANT LA BONNE PORTE • LES UNS ET LES AUTRES • LOKAAL DIENSTENCENTRUM FORUM • LOKAAL DIENSTENCENTRUM HET ANKER • MALIBRAN RESTAURANT • MALOU SENIOR • ONTMOETINGSCENTRUM MARIE-JOSE • ONTSPANNINGSCENTRUM VOOR OPRUSTGESTELDEN • ONTSPANNINGSCENTRUM VOOR OPRUSTGESTELDEN • ONTSPANNINGSCENTRUM VOOR OPRUSTGESTELDEN LE BERLIOZ • ONTSPANNINGSCENTRUM VOOR SENIOREN • ONZE CLUB • ONZE KRING • PARKRESIDENTIE • PATER BAUDRY 1 EN 2 • POVERELLO (2) • RANDSTAD • RECREATIECENTRUM VOOR SENIOREN (2) • RECREATIECENTRUM VOOR SENIOREN FABIOLA • RECREATIECENTRUM VOOR SENIOREN MOORTEBEEK • RESTAURANT CRAPS • RESTAURANT DE PARADIJSVOGELS • RESTAURANT PETERBOS • RESTAURANT VAN MEYEL • RESTAURANT WAYEZ • RESTO DU COEUR - L'AUTRE TABLE • RESTOJET • SALLE 1180 • SENIORENCENTRUM OPBOUWWERK-LOKAAL DIENSTENCENTRUM DE KAT • SERVICE SOCIAL JUIF • SOCIAAL RESTAURANT SNIJBOONTJE • TENBOSCH • VILLA MATHINE • WIJKHUIS CHAMBERY • ZON DER IMMER JONGEN

ANDERE

AGES ET TRANSMISSIONS • ASSEMBLÉES • ASSOCIATION BELGE DES DAMES DE COMPAGNIE • BABBELKOT • BUURTHUIS BONNEVIE • C-DIENST(2) • CENTRE D'ENTRAIDE DE LAEKEN • CEP-AGE • CROIX-ROUGE DE BELGIQUE BRUXELLES CAPITALE • CROIX-ROUGE DE BELGIQUE SECTION ETTERBEEK • CROIX-ROUGE DE BELGIQUE SECTION FOREST • CROIX-ROUGE DE BELGIQUE SECTION GANSHOREN • CROIX-ROUGE DE BELGIQUE SECTION JETTE • CROIX-ROUGE DE BELGIQUE SECTION SCHAERBEEK • CROIX-ROUGE DE BELGIQUE SECTION WATERMAEL-BOITSFORT • CROIX-ROUGE DE BELGIQUE SECTION WOLUWE-SAINT-LAMBERT • CROIX-ROUGE DE BELGIQUE SECTION WOLUWE-SAINT-PIERRE • DE ELSSENSE HAARD • DE GRIJZE GEUZEN • DIENST VRIJWILLIGERSWERK VAN ETTERBEEK • ENTR'AGES • EPISTOLA • EQUIPE D'ENTRAIDE BOONDAEL • EQUIPE D'ENTRAIDE D'UCCLE • EQUIPE D'ENTRAIDE SAINT-ADRIEN • EQUIPE D'ENTRAIDE WOLUWE • EQUIPES D'ENTRAIDE - AIC BELGIQUE • FEDERATION INDEPENDANTE DES SENIORS • FRAT GROUPE MIXTE DE VEUVES ET VEUF • MAISON DU BLANKEDELLE • MINDER MOBIELN CENTRALE JETTE • PAROCHIE DON BOSCOKAPEL • PAROCHIE ST.-CECILIA • PAROCHIE ST.-JAN-BAPTIST TEN BEGIJNHOF • SENIORENPASTORAAL • SERVICES D'ANIMATION ET D'HUMANISATION DANS LES SECTEURS SOCIAL ET DE SANTE • SOCIAAL VERVOER BRUSSEL • TRANSPORT DE MALADES • VERBOND VAN SENIOREN • VERENIGING VAN BEZOEKERS AAN VERZORGINGSINSTELLINGEN

Deel 5.

Afstemming tussen de behoeften, het aanbod en het gebruik van de diensten

**Truus ROESEMS,
Myriam DE SPIEGELAERE,
Peter VERDUYCKT,
Amandine MASUY,
Stéphanie VINCKE**

In deel 3 en deel 4 worden de welzijns- en gezondheidsbehoeften van de oudere Brusselse bevolking benaderd via een analyse van hun demografische, socio-economische en gezondheidskenmerken enerzijds en een inventaris van het bestaande aanbod dat beantwoordt aan de verschillende mogelijke behoeften voor ouderen die thuis willen blijven wonen anderzijds.

De vraag in verband met de afstemming tussen het bestaande aanbod en de behoeften in het Brussels Gewest blijft echter nog onbeantwoord.

Er was helaas onvoldoende informatie en tijd beschikbaar om duidelijk op deze vraag te antwoorden. Er is vooral een gebrek aan (vergelijkbare) informatie over zowel het aantal ouderen dat gebruik maakt van een dienst als over de intensiteit van de gevraagde hulp. Bovendien hebben andere factoren een invloed op het bestaan van behoeften, op het feit of er al dan niet een vraag naar bepaalde diensten bestaat en of de bestaande diensten al dan niet worden gebruikt. Deze factoren konden niet in kaart worden gebracht.

Dit deel bevat complementaire gegevens (zoals informatie over het profiel van de mensen die gebruik maken van de diensten) om de informatie uit vorige delen te verduidelijken. Alle beschikbare informatie werd samengelegd om de relatie tussen de behoeften, het aanbod en het gebruik van de diensten door de thuiswonende Brusselse ouderen beter te begrijpen.

Het belang van de leefomgeving

Het merendeel van de ouderen heeft een goede gezondheid en weinig beperkingen in het dagelijks leven. Om het thuiswonen van ouderen te bevorderen moet in de eerste plaats de leefomgeving zo goed mogelijk worden aangepast aan de beperkingen die kunnen optreden tijdens het verouderingsproces. De leefomgeving omvat zowel het sociaal leven als de fysieke woonomgeving. Thuiswonen zou niet mogen betekenen dat de oudere vereenzaamt. Het verouderingsproces verloopt geleidelijk en de aanpassing van de leefomgeving kan verhinderen dat de woning, de buurt of mobiliteitsproblemen onoverkomelijke obstakels worden zodra de oudere functionele beperkingen ervaart. Tenslotte is de huisarts een belangrijke actor om dit proces te begeleiden.

SOCIALE CONTACTEN

Wanneer men peilt naar mogelijke onvervulde behoeften bij ouderen, dan krijgt men het vaakst «gezelschap» (10,2 %) als antwoord, gevolgd door «hulp bij boodschappen» (6,8 %) en «buitenshuis gaan» (6,3 %). Soms weegt de eenzaamheid zo zwaar dat de oudere niet meer thuis wil blijven wonen (Gevers et al., 1995).

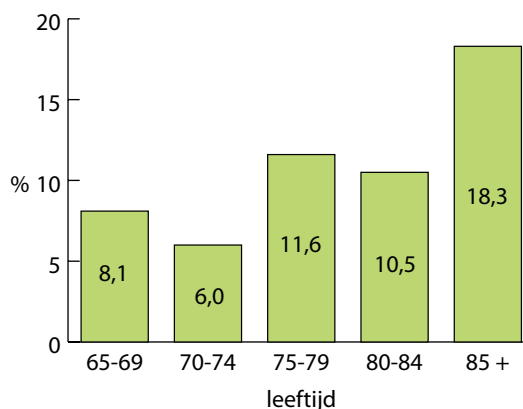
De ontevredenheid over de sociale contacten neemt toe met de leeftijd (6,0 % van de Brusselse 70- tot 74-jarigen en 18,3 % bij de 85-plussers (figuur 5-01).

De Gezondheidsenquête van 2004^[1] toont eveneens dat een relatief groot aantal Brusselse 65-plussers over een beperkt netwerk beschikken:

- 16,1 % zegt zelden of nooit iemand te hebben om tegen te praten;
- 18,3 % zegt zelden of nooit iemand te hebben die ze kunnen vertrouwen om over zichzelf en hun problemen te kunnen praten;
- 22,3 % zegt zelden of nooit iemand te hebben waarmee ze hun meest intieme angsten en problemen kunnen delen.

Figuur 5-01

Percentage Brusselaars dat ontevreden is over zijn sociale contacten volgens leeftijd



Bron: Gezondheidsenquête door middel van interview, 2004

De inventaris van het aanbod (deel 4) toont dat veel actoren sociale, culturele en vrijetijdsactiviteiten organiseren, ontmoetingsruimten of een aangepast vakantieaanbod aanbieden om aan de behoefte aan sociale contacten te beantwoorden. Ondanks het vrij uitgebreide en diverse aanbod^[2] geeft het werkveld aan dat de behoeften niet worden beantwoord.

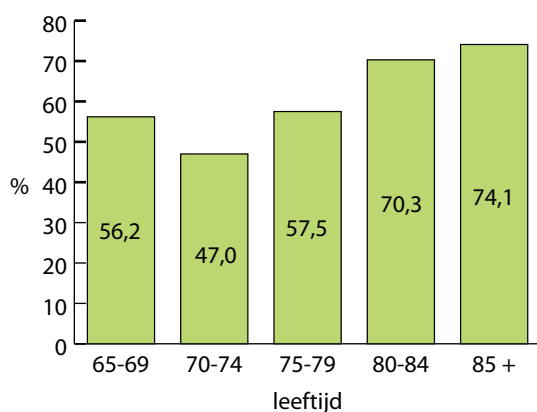
Volgens de Gezondheidsenquête verklaren 58,0 % van de Brusselse 65-plussers in de loop van de 12 voorbije maanden nooit te hebben deelgenomen aan bijeenkomsten of activiteiten van een sportclub, een recreatieve vereniging, een ouderenvereniging of een zelfhulpgroep. In Vlaanderen bedraagt dit aandeel 42,8 %, in Wallonië is dat 55,5 %. De non-participatiegraad stijgt met de leeftijd (figuur 5-02) en daalt met het opleidingsniveau, zowel voor als na 65 jaar (tabel 5-01).

¹ Meer informatie over de Gezondheidsenquête door middel van interview vindt u in deel 2.

² Voor sociale, culturele en vrijetijdsactiviteiten zijn er minstens 17 actoren in elke gemeente. Er werd bovendien geen rekening gehouden met het aanbod dat omwille van methodische redenen niet in de inventaris is opgenomen (culturele activiteiten door organisaties die niet in de welzijns- of gezondheidssector actief zijn).

Figuur 5-02

Percentage Brusselaars dat het voorbije jaar nooit heeft deelgenomen aan groepsactiviteiten volgens leeftijd



Bron: Gezondheidsenquête door middel van interview, 2004

Tabel 5-01

Aandeel van de bevolking dat deelneemt aan het verenigingsleven naar opleidingsniveau en leeftijdsgroep, Brussels Gewest, 2004

	15-64 jaar	≥ 65 jaar
lager onderwijs of geen diploma	34,7	20,5
lager secundair	41,8	32,7
hoger secundair	49,0	43,6
hoger onderwijs	72,2	63,0

Bron: Gezondheidsenquête door middel van interview, 2004.

De beperkte participatie en de ontevredenheid die door de actoren worden gesignaleerd, kunnen worden verklaard door gebrekkige informatie in verband met het aanbod, problemen inzake mobiliteit (te weinig vervoersmogelijkheden), financiële drempels, onaangepastheid van het aanbod aan de zeer diverse noden en verwachtingen van de ouderen, vooral voor activiteiten bij de oudere thuis.

Toch gaven ongeveer 80 % van de Brusselse ouderen (60 jaar en ouder) in de socio-economische enquête van 2001 aan tevreden te zijn over het cultuur- en recreatieaanbod in hun woonomgeving.

De digitale kloof tussen de verschillende generaties is groot (figuur 3-09). Weinig ouderen maken gebruik van de nieuwe technologieën (gsm en internet), hoewel die steeds belangrijker worden voor de communicatie.

Het internet kan bovendien een positieve bijdrage leveren voor het leven van de thuiswonende ouderen (contacten, informatie, administratieve zaken). Projecten die de kloof helpen te dichten lijken dan ook erg zinvol.

INFORMATIE EN HULP OP ADMINISTRATIEF EN SOCIAAL VLAK

Volgens de actoren is het gebrek aan informatie, of het probleem zijn weg te vinden in de veelheid aan informatie, een van de belangrijkste problemen voor de thuiswonende ouderen.

De actoren die informatie en hulp verstrekken op administratief en sociaal vlak zijn talrijk, waaronder heel wat gemeentelijke diensten (OCMW, sociale dienst, ...). De meeste actoren combineren deze dienstverlening met andere soorten dienstverlening.

Alleenstaande ouderen met een laag inkomen en opleidingsniveau maken vaker gebruik van diensten die informatie en hulp aanbieden op administratief en sociaal vlak (de Heneau et al., 2003). Om de vele mensen te bereiken die zich verliezen in de complexiteit van het aanbod, de vele stappen die ze moeten ondernemen en de verschillende toegangsvoorwaarden, is een pro-actievere aanpak gewenst. Naast de informatie en administratieve hulp stelt zich de vraag naar coördinatie van de verschillende mogelijke hulp en de betrokken diensten.

DE WONING EN HAAR OMGEVING

De inrichting van de woning en van de buurt kan het thuiswonen van de oudere bevorderen. Kleine werken om de woning aan te passen zijn vaak noodzakelijk. Verschillende actoren in het Brussels Gewest beantwoorden aan deze behoefte, maar het aanbod blijkt onvoldoende.

Soms zijn grotere aanpassingen nodig. In bepaalde buurten woont bijvoorbeeld meer dan de helft van de ouderen in een appartement op een verdieping zonder lift.

Het winkelaanbod in de buurt is eveneens een belangrijke factor voor de ouderen die zich minder gemakkelijk verplaatsen. Vanaf 60 jaar is 14,6 % van de bevolking ontevreden over het winkelaanbod in zijn buurt. Dit is meer dan voor de bevolking jonger dan 60 jaar, maar niet alarmerend. De tevredenheid is uiteraard

verschillend van buurt tot buurt. In sommige buurten ligt de ontevredenheid bij ouderen hoger dan 25 % (kaart 3-11) tengevolge van een ontoereikend, te ver afgelegen of onaangepast aanbod. Verschillende actoren leveren boodschappen thuis voor ouderen die zich moeilijk kunnen verplaatsen.

De inrichting van de openbare ruimte is niet altijd aangepast aan mensen die moeilijkheden ondervinden om zich te verplaatsen. De staat van het voetpad is daar een voorbeeld van. De ontevredenheid over de voetpaden stijgt met de leeftijd. Bijna een vierde van de Brusselaars van 60 jaar en ouder is ontevreden over de voetpaden in de buurt.

Ouderen die niet of niet meer met de wagen rijden, zijn voor grotere afstanden afhankelijk van het openbaar vervoer of van specifieke transportdiensten. Ontevredenheid over het openbaar vervoer stijgt slechts lichtjes met de leeftijd. Het aandeel 60-plussers dat ontevreden is over het openbaar vervoer is eerder beperkt (14,6 %) (kaart 3-10).

Wat specifiek transport betreft (medisch vervoer, vervoer voor sociale en ontspannende activiteiten, enz), wijst de inventaris van het aanbod (deel 4) op een tekort in het aanbod en op de noodzaak om vrijwilligers in te schakelen. De mobiliteitsproblemen in de hoofdstad zijn echter niet alleen een obstakel voor de ouderen, maar voor alle actoren die zich naar de woning van de oudere moeten verplaatsen.

DE HUISARTS

Wie ouder wordt heeft meer behoefte aan zowel preventieve als curatieve persoonlijke begeleiding die rekening houdt met de levensomstandigheden. De gezondheidsbehoeften stijgen met de leeftijd en zijn sterk verbonden met de levensomstandigheden. Dit verklaart de ruimtelijke spreiding van de gezondheidsbehoeften van de ouderen in het Brussels Gewest (kaart 3-13 tot 3-18).

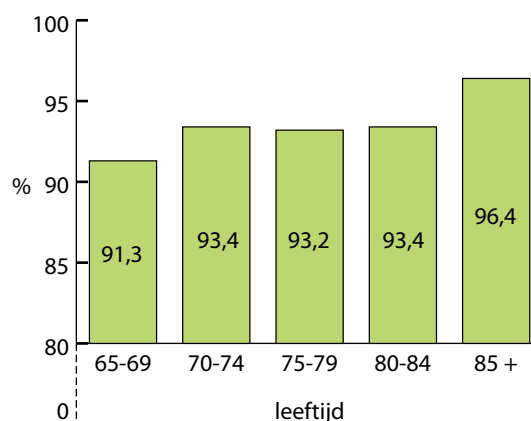
Overall in het Brussels Gewest zijn huisartsen actief, maar in het zuiden – waar vooral rijkere ouderen wonen – is het aantal huisartsen per inwoner het hoogst (zie kaarten 3-05 en 4-04). De spreiding van het aanbod aan huisartsen stemt dus niet helemaal overeen met de behoeften.

Ouderen doen vaak een beroep op een huisarts. In de Gezondheidsenquête van 2004 geeft de grote meerderheid van de Brusselse ouderen aan over een vaste huisarts te beschikken (92,9%). Het gebruik van het aanbod zou nog beter kunnen, aangezien

het percentage voor België 97,6 % bedraagt. Er moet vooral een inspanning geleverd worden voor de jongere leeftijdsgroepen, om een gepersonaliseerde medische opvolging mogelijk te maken vóór de gezondheidsproblemen de kop opsteken. Het aandeel Brusselaars met een vaste huisarts is immers lager bij de bevolking jonger dan 70 jaar (figuur 5-03) en kleiner dan 90 % bij de bevolking tussen 55 en 64 jaar. De bereikbaarheid en de competentie van de huisarts zijn de voornaamste redenen voor zowel de Brusselse als de Belgische ouderen bij de keuze van hun huisarts. De kostprijs wordt daarentegen zelden als reden aangegeven.

Figuur 5-03

Percentage Brusselaars dat een vaste huisarts heeft volgens leeftijd



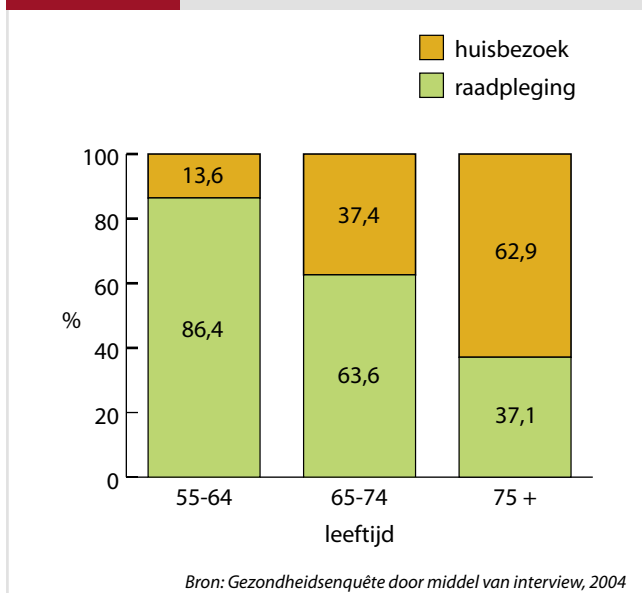
Bron: Gezondheidsenquête door middel van interview, 2004

Het gemiddeld aantal contacten met de huisarts in het Brussels Gewest stijgt sterk met de leeftijd: in het Brussels Gewest worden 1,3 contacten per jaar bij kinderen en jongeren (tot 14 jaar) tegenover 10,6 contacten per jaar bij 75-plussers aangegeven (Gezondheidsenquête 2004).

Vanaf 75 jaar gaat de arts meer op huisbezoek dan dat de oudere naar de raadpleging komt (figuur 5-04). Het aandeel huisbezoeken bij de bevolking van 75 jaar en ouder is hoger in Vlaanderen en Wallonië (respectievelijk 73,4 % en 80,7 %) dan in het Brussels Gewest (62,9 %).

Figuur 5-04

Verdeling van de contacten met de huisarts naargelang het soort contact en leeftijd, Brussels Gewest



In tegenstelling tot de bevolking jonger dan 65 jaar, neemt het aandeel oudere Brusselaars dat zegt een vaste huisarts te hebben toe naarmate de socio-economische situatie slechter is. Logischerwijze hebben mensen die hun eigen gezondheid niet goed inschatten of die gehinderd worden bij hun dagelijkse activiteiten door chronische aandoeningen vaker een vaste huisarts.

Brusselse ouderen doen veel minder vaak een beroep op een huisarts die in een groepspraktijk of wijkgezondheidscentrum werkt dan de jongere Brusselaars (9,1 % bij de 75-plussers tegen 26,8 % bij de 15- tot 24-jarigen). Dit betekent dat de overgrote meerderheid van de Brusselse 75-plussers een huisarts raadpleegt die in een solopraktijk werkt. De wijkgezondheidscentra bevinden zich vooral in de eerste kroon waar het aandeel minder gegoede ouderen het grootst is (kaarten 3-05 en 4-04).

Wanneer het niet meer lukt zonder de hulp van derden

Naarmate mensen ouder worden, wordt de hulp bij huishoudelijke taken en verpleegkundige zorg van derden soms onvermijdelijk. Verscheidene studies in binnen- en buitenland leren dat hulp bij huishoudelijke taken en verpleegkundige zorg de diensten zijn waarop ouderen het vaakst een beroep doen (Gevers et al., 1995, Leroy, 1994, Bressé R, 2004). Een belangrijk deel van de hulp wordt door mantelzorgers verleend (informele hulp).

BEHOEFTE AAN HULP VAN DERDEN VOOR HET UITVOEREN VAN DAGELIJKSE TAKEN

Volgens de socio-economische enquête van 2001 is 20 % (of een kleine 33 000 personen) van de Brusselse bevolking van 60 jaar en ouder ernstig (voortdurend) beperkt in zijn/haar dagelijkse activiteiten door chronische aandoeningen of handicaps. Dit percentage stijgt met de leeftijd: van 14 % (4 890 personen) bij de 60-64-jarigen naar 45 % (422 personen) bij de 95-plussers (tabel 3-08). Ook de sociale situatie van de ouderen speelt een belangrijke rol: bij gelijke leeftijd zijn ouderen met een lage scholing slechter gehuisvest (eigendomsstatuut en comfort) en ondervinden ze vaker beperkingen in hun dagelijks leven (kaarten 3-17 en 3-18). 2 941 Brusselaars boven de 60 jaar zijn permanent bedlegerig.

De Gezondheidsenquête^[3] bevat een hele reeks vragen naar de beperkingen ten aanzien van uit te voeren handelingen in het dagelijkse leven. De enquête bevroeg dezelfde activiteiten (met name kleden, wassen, transfers in en uit bed, naar het toilet gaan, eten en incontinentie) die door de ziekteverzekering worden gebruikt om de graad van zorgbehoefte vast te stellen en te bepalen wie recht heeft op een tussenkomst van de ziekteverzekering voor het rustoord, RVT of thuisverzorging.

3 De vragen in de Gezondheidsenquête verschillen licht van de vragen in de socio-economische enquête, wat de kleine verschillen in de resultaten kan verklaren. De Gezondheidsenquête kan ons een idee geven van het profiel van de Brusselse ouderen, maar de cijfers moeten met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd aangezien slechts een beperkt aantal Brusselse ouderen werd bevraagd en de gebruikte informatie vaak uit subvragen bij voorgaande vragen komt.

45,2 % van de Brusselse 65-plussers zeggen geen beperkingen te ondervinden voor hun dagelijkse activiteiten. 31,4 % is beperkt voor minstens een van deze activiteiten, maar heeft hiervoor geen hulp nodig van een derde (matige beperking). 23,4 % verklaart volledig afhankelijk te zijn van derden voor minstens een van deze activiteiten (ernstige beperking). Het aandeel Brusselse ouderen die verklaren matig of ernstig beperkt te zijn voor verschillende dagelijkse activiteiten wordt voorgesteld in tabel 5-02. Voor het stappen is het aantal personen met ernstige beperkingen het grootst^[4].

Tabel 5-02

Spreading van de bevolking van 65 jaar en ouder volgens de mate van beperkingen in de dagelijkse activiteiten, Brussels Gewest, 2004

	niet beperkt	matig beperkt	ernstig beperkt
transfer in of uit bed	79,1	15,3	5,6
transfer in of uit zetel	78,3	17,1	4,6
aan- en uitkleden	81,5	11,4	7,1
wassen van handen en gezicht	89,7	5,8	4,5
zelfstandig eten	88,0	6,7	5,4
naar het toilet gaan	88,1	7,0	4,9
urinaire incontinentie	82,2	7,9	9,9
stappen	72,9	14,8	12,2
gehoor	83,0	14,4	2,6
gezicht	92,0	6,0	2,0

Bron: Gezondheidsenquête door middel van interview, 2004

HET THUISZORGaanbod VOOR DAGELIJKSE TAKEN

Een groot aantal diensten biedt hulp in het dagelijks leven in de vorm van huishoudelijke of familiale hulp. De vraag overstijgt het bestaande aanbod echter sterk en verschillende problemen in verband met de kwaliteit en de organisatie van de diensten werden aangekaart door het werkveld (deel 4).

Er zijn 558 zelfstandige verpleegkundigen en 38 actoren die thuisverpleging organiseren in het Brussels Gewest. Sommige zelfstandige verpleegkundigen werken (gedeeltelijk) voor een van deze actoren. Het aanbod is echter onvoldoende om aan de vraag te beantwoorden.

De hulp van professionelen wordt aangevuld met informele hulp (aan ouders, vrienden of burens).

HET GEBRUIK VAN DE DIENSTEN VOOR THUISZORG

Om beter te begrijpen op welke manier de aangeboden diensten effectief worden gebruikt en aan de behoeften van de bevolking beantwoorden, werden de gegevens van de Gezondheidsenquête 2004 in verband met de ouderen die niet in een rustoord (of RVT) wonen en in de loop van de 12 voorbije maanden contact hebben opgenomen met een dienst voor thuishulp of -zorg, geanalyseerd.

Deze enquête geeft echter geen informatie over het effectieve gebruik, noch over de frequentie van het gebruik van de diensten.

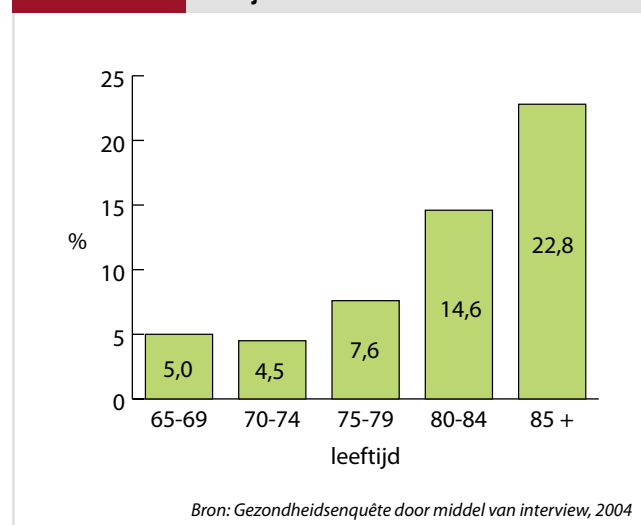
Het gebruik van diensten voor thuishulp

In de Gezondheidsenquête van 2004 antwoordde 8,6 % van de Brusselse 65-plussers minstens een keer contact te hebben genomen met een dienst voor thuishulp in het afgelopen jaar. In Vlaanderen en Wallonië was dat respectievelijk 9,4 % en 7,7 %.

Het contacteren van een dienst voor thuishulp stijgt met de leeftijd; 5,0 % in de leeftijdscategorie 65-69 jaar en 22,8 % voor de 85-plussers (figuur 5-05).

Figuur 5-05

Percentage Brusselaars dat contact heeft gehad met een dienst voor thuishulp volgens leeftijd



In de onderzoeksliteratuur worden verschillende factoren onderkend die meebepalend zijn voor het al dan niet gebruik van diensten voor thuishulp. Zo zouden de kansen om thuiszorgdiensten te gebruiken hoger liggen voor vrouwen, voor oudere en voor armere bejaarden, voor meer geïsoleerde ouderen (alleenwonenden, mensen zonder (klein)kinderen), voor mensen wiens sociaal netwerk voornamelijk uit vrienden en burens bestaat, mensen die weinig of geen toegang hebben tot informele hulp, voor mensen met emotionele problemen en voor mensen in slechtere gezondheid, voor chronisch zieken, voor recent gehospitaliseerden en voor mensen met een nieuwe beperking (Masuy, 2006, Stoddart et al., 2002, Dutheil, 2001, Penning and Chappell, 1990, Crets, 2000, Allen et al., 2001, Renaut, 2001, Auslander and Litwin, 1990).

Aan de hand van de gegevens van de Gezondheidsenquête 2004 is het mogelijk om na te gaan wat de relatie is tussen bepaalde demografische, socio-economische en gezondheidskenmerken van de Brusselse ouderen en het al dan niet een beroep doen op de diensten voor thuishulp in het Brussels Gewest. Ook het profiel van de Brusselse gebruikers kan aan de hand van deze gegevens worden beschreven.

Bij de interpretatie van deze cijfers moet wel rekening worden gehouden met de relatief beperkte steekproef (ongeveer 800 Brusselse 65-plussers werden bevraagd) waardoor sommige verschillen niet statistisch significant zijn en het ook onmogelijk is om een multivariate analyse uit te voeren om het verband tussen de kenmerken te kunnen bepalen. De demografische, sociale en gezondheidskenmerken zijn immers onderling sterk gerelateerd (vrouwen wonen bijvoorbeeld vaker alleen dan mannen; nemen zij meer contact met diensten voor thuiszorg omdat ze vrouw zijn, of omdat ze alleenstaand zijn?).

Tabel 5-03		Percentage Brusselse 65-plussers die in het afgelopen jaar contact hadden met een dienst voor thuishulp naar demografische kenmerken	
Categorie (**)			%
Geslacht	*	Man	5,8
		Vrouw	10,5
Leeftijd	*	65-69	5,0
		70-74	4,5
		75-79	7,6
		80-84	14,6
		85+	22,8
Leefsituatie	*	Alleenwonend	13,2
		Koppel	4,7
Nationaliteit	ns	Belg	9,6
		Niet-Belg (EU)	4,4
		Niet-Belg (niet-EU)	2,1

(**) Bij elke variabele wordt ook aangegeven of er sprake is van significante verschillen tussen de categorieën: ns=niet significant, *=significant
Bron: Gezondheidsenquête door middel van interview, 2004

Tabel 5-03 bevestigt de resultaten in de literatuur. Vrouwen, hoogbejaarden en alleenwonenden in het Brussels Gewest hebben een hogere kans om in het laatste jaar contact te hebben opgenomen met een thuishulpdienst. Ook de nationaliteit lijkt een rol te spelen. Hoewel het om niet-significante verschillen gaat, verklaren niet-Belgen (en vooral de niet-Europeanen) veel minder contact te hebben genomen met een dienst voor thuishulp dan de Belgen.

4 Voor stappen is men ernstig beperkt wanneer men slechts enkele stappen alleen kan zetten, voor gehoor wanneer de tv niet kan worden gehoord wanneer het volume zeer hoog staat en voor gezicht wanneer men een persoon niet kan herkennen op 1 meter afstand.

Tabel 5-04

Percentage Brusselse thuiswonende 65-plussers naar socio-economische kenmerken die in het afgelopen jaar contact hadden met een dienst voor thuishulp

Categorie (**)		%
Opleidingsniveau (Hoogste diploma in het huishouden)	*	Lager onderwijs of geen diploma
	*	Lager secundair
	*	Hoger secundair
	*	Hoger onderwijs
Equivalent inkomen van het huishouden (het equivalent inkomen wordt afgeleid van het beschikbaar gezinsinkomen, rekening houdend met het aantal volwassenen en kinderen in het huishouden)	*	< € 750
	*	€ 750-1 000
	*	€ 1 000-1 500
	*	€ 1 500-2 500
	*	> € 2 500
Woonstatuut	*	Eigenaar
	*	Huurder
Vermindering remgeld	*	Ja
	*	Nee
Persoonlijke bijdrage gezondheidskosten	*	Past makkelijk in budget
	*	Past moeilijk in budget
	*	Past onmogelijk in budget

(**) Bij elke variabele wordt ook aangegeven of er sprake is van significante verschillen tussen de categorieën: ns=niet significant, *=significant
Bron: Gezondheidsenquête door middel van interview, 2004

Tabel 5-05

Percentage Brusselse thuiswonende 65-plussers die in het afgelopen jaar contact hadden met een dienst voor thuishulp naar gezondheidskenmerken

Categorie (**)		%
Subjectieve gezondheid	*	Goed tot zeer goed
	*	Zeer slecht tot gemiddeld
Recente hospitalisatie	*	Ja
	*	Nee
Psychologisch welbevinden	*	Positief
	*	Negatief
Beperkt in activiteiten (minstens 6 maanden)	*	Ja, ernstig beperkt
	*	Ja
	*	Nee
Co-morbiditeit	*	Geen chronische aandoeningen
	*	Chronische aandoeningen binnen een groep
	*	Chronische aandoeningen in meerdere groepen

(**) Bij elke variabele wordt ook aangegeven of er sprake is van significante verschillen tussen de categorieën: ns=niet significant, *=significant
Bron: Gezondheidsenquête door middel van interview, 2004

Tabel 5-06

Type hulp die wordt geboden aan ouderen (65+) die ernstig beperkt zijn in een of meer dagelijkse activiteiten, naar gewest

	alleen informele hulp	alleen formele hulp	formele en informele hulp	geen hulp
Brussels Gewest	19,5	47,3	18,3	14,9
Vlaanderen	21,1	51,1	14,1	13,6
Wallonië	28,4	44,9	15,3	11,4
België	23,4	48,7	14,9	13,0

Bron: Gezondheidsenquête door middel van interview, 2004

Ouderen met een lagere socio-economische status doen duidelijk meer beroep op de aangeboden thuishulpdiensten dan de meer welvarende ouderen (tabel 5-04). Zowel uit de Gezondheidsenquête als uit de socio-economische enquête blijkt dat vooral de armere ouderen last hebben van gezondheidsproblemen en functionele beperkingen.

Een slechte gezondheid (mentaal of fysiek), een recente hospitalisatie, ernstig beperkt zijn in de dagelijkse activiteiten en chronisch ziek zijn verhogen aanzienlijk de kans op een contactname met een thuishulpdienst (tabel 5-05).

Formele hulp is slechts een aanvulling op de informele hulp van mantelzorgers. 66 % van de ernstig beperkte Brusselse ouderen laat zich helpen door een formele hulpverlener, 38 % ontvangt informele hulp en 15 % ontvangt geen hulp (tabel 5-06).

Niet alle behoeften inzake thuishulp voor de Brusselse ouderen worden beantwoord, want een op de zes ouderen met ernstige beperkingen krijgt noch formele, noch informele hulp.

Het werkveld geeft aan dat de vraag naar thuishulp groter is dan het aanbod (deel 4). Vooral het aanbod voor hygiënische verzorging is te beperkt en men vindt te weinig zorgverleners die Nederlands kennen.

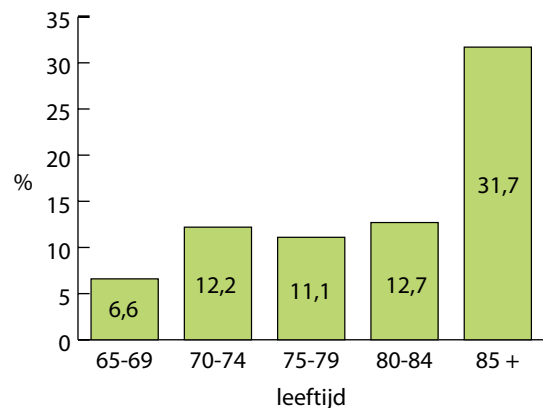
Het gebruik van diensten voor thuisverpleging

Volgens de Gezondheidsenquête in 2004 nam 16,2 % van de Brusselse bevolking ouder dan 65 jaar contact op met een thuisverpleegkundige in het afgelopen jaar. Dit is minder dan in Vlaanderen en Wallonië (respectievelijk 19,1 % en 21,1 %^[5]).

Vanaf de leeftijd van 85 jaar stijgt het gebruik van thuisverpleging (figuur 5-06).

Figuur 5-06

Percentage Brusselaars volgens leeftijd (niet in een rusthuis) dat contact had met een thuisverpleegkundige gedurende het afgelopen jaar



Bron: Gezondheidsenquête door middel van interview, 2004

Het gebruik van thuisverpleging steeg de laatste jaren. Het aandeel Brusselaars van 75 jaar en ouder dat contact had met een thuisverpleegkundige in het afgelopen jaar bedroeg 11,5 % in 1997, 20,6 % in 2001 en 22,2 % in 2004. Die stijging kan verklaard worden door het recente gezondheidsbeleid dat als doel heeft de verblijfsduur in een ziekenhuis te doen dalen of een ziekenhuisopname zelfs te vermijden (Pacolet et al., 2005).

Ondanks het relatief grote aanbod aan verpleegkundige zorg, geeft het werkveld aan dat het aanbod onvoldoende is om aan de vraag te beantwoorden. Vooral langs Nederlandstalige kant wordt het gebrek aan Nederlandskundige verpleegkundigen vaak aangehaald. Er zijn dan ook meer Franstalige actoren dan tweetalige of Nederlandstalige (figuur 4-07). Er zijn niet alleen weinig verpleegkundigen beschikbaar, ze zouden bovendien worden afgeschrikt om in het Brussels Gewest te werken omwille van mobiliteitsproblemen en een onveiligheidsgevoel in bepaalde delen van de stad.

Het gebruik van ergotherapie

Brusselse ouderen maken zeer weinig gebruik van ergotherapie, zelfs de ouderen die het het meest nodig hebben.

In 2004 had slechts 5,1 % van die ouderen die «erg beperkt» zijn in hun dagelijkse taken contact met een ergotherapeut in de loop van het jaar (Gezondheidsenquête 2004).

⁵ Het verschil tussen het Brussels en het Waals Gewest is significant na correctie voor leeftijd en geslacht.

Vooraf Franstalige actoren (gesubsidieerd door Franstalige overheden) ontwikkelden een aanbod aan ergotherapie. Het aanbod is erg beperkt bij Nederlandstalige en tweetalige actoren.

Het gebruik van diensten voor toezicht

Het gebruik van personenalarmsystemen is het hoogst bij personen die een hoge leeftijd hebben bereikt, alleen wonen, niet autonoom zijn, meerdere chronische aandoeningen en een laag inkomen hebben (Gevers et al., 1995). 22 actoren in het Brussels Gewest organiseren deze dienstverlening.

Personen die niet autonoom zijn en gehospitaliseerd zijn geweest, doen het vaakst een beroep op ziekenoppassers (Gevers et al., 1995). De inventaris en de reacties van het werkveld geven aan dat er een gebrek is aan zowel professionele als niet-professionele ziekenoppassers.

Ondersteuning van mantelzorgers

Mantelzorg^[6] of informele zorg is complementair aan de formele zorg en van cruciaal belang om ouderen zolang mogelijk thuis te laten wonen.

Vaak gaat men ervan uit dat men in een stedelijke omgeving minder beroep kan doen op de solidariteit van vrienden, burens en familie. Toch telt het Brussels Gewest evenveel mantelzorgers (9 %) als de rest van het land. Hun profiel is echter verschillend. Door de specifieke huishoudensstructuur wordt er minder hulp geboden binnen het eigen huishouden of aan de eigen familie en meer aan vrienden, burens en kennissen (deel 3, tabel 3-10).

De grote diversiteit qua sociale, demografische en culturele achtergrond in het Brussels Gewest weerspiegelt zich ook in de spreiding van de mantelzorgers (kaarten 3-19 tot 3-23). Men vindt het grootste aandeel mantelzorgers bij de vrouwen tussen 50 en 64 jaar (figuur 3-12) en bij hoger opgeleiden. Het is dan ook logisch dat het grootste aandeel mantelzorgers zich in de tweede kroon bevindt.

In deze meer goedgevoelde zone met een groot aandeel ouderen vindt men meer mensen die mantelzorg bieden aan burens, kennissen en aan familieleden buiten het huishouden (kaarten 3-22 en 3-23). Het aandeel mantelzorgers buiten het huishouden is daarentegen beperkt in de armere buurten met een eerder jongere

bevolking veelal van vreemde origine. Deze bevolking wordt minder geconfronteerd met de hulpvraag van zeer oude personen (de ouders wonen vaak in het land van oorsprong). Het aandeel mantelzorgers die hulp bieden binnen het huishouden is er wel zeer hoog, wat waarschijnlijk verklaard wordt door een belangrijkere traditie van het samenwonen met meerdere generaties (kaart 3-21).

De taak die mantelzorgers op zich nemen is niet te onderschatten. Wanneer mantelzorgers hulp verlenen aan hun partner, burens, vrienden en kennissen kunnen ze in situaties terechtkomen waarbij ze zelf ondersteuning nodig hebben.

In een onderzoek van het CBGS in 2003 werd gepeild naar de draagkracht en -last van geregistreerde mantelzorgers^[7] in Vlaanderen (Jacobs et al., 2004):

- 58 % van de mantelzorgers ervaart een emotionele belasting bij het verlenen van mantelzorg,
- 52 % vindt de zorg fysiek belastend,
- meer dan een derde vindt dat hun sociaal leven onder de mantelzorg lijdt,
- meer dan een derde is van mening dat ze te weinig tijd overhouden voor zichzelf,
- een op vier antwoordt dat de eigen gezondheid lijdt onder de mantelzorg,
- een op vier mantelzorgers ervaart een financiële belasting,
- bijna een op vijf voelt zich uitgeblust,
- 19 % vindt dat de mantelzorg geen zin aan het leven geeft,
- 19 % vindt dat het geen verrijkende ervaring is en
- 8 % zou de ervaring niet herhalen.

Het beleven van de zorg is afhankelijk van het soort zorg en van de sociodemografische kenmerken van de mantelzorger. Hoe intensiever de zorgen, hoe vaker de mantelzorgers aangeven dat ze te kampen hebben met bovenstaande problemen. De zorg voor een inwonende zorgbehoevende is meer belastend dan de zorg voor een niet-inwonende zorgbehoevende (63 % tegen 41 %) ^[8].

⁶ Voor de definitie van mantelzorg verwijzen we naar deel 3, p. 61.

⁷ Geregistreerde mantelzorgers zijn personen die als mantelzorger zijn ingeschreven bij een zorgkas. Het CBGS deed aan de hand van een postenquête onder meer onderzoek bij 2 735 geregistreerde mantelzorgers van 25 tot 79 jaar in Vlaanderen.

Vrouwelijke en oudere mantelzorgers ervaren bij het verlenen van hulp doorgaans meer problemen dan mannelijke en jongere mantelzorgers. Mantelzorgers die geen betaald werk hebben of dit tijdelijk onderbreken, zeggen vaker problemen te ondervinden dan diegenen die deeltijds of voltijds werken. Laagopgeleiden vinden de mantelzorg ook meer belastend dan hoger opgeleiden.

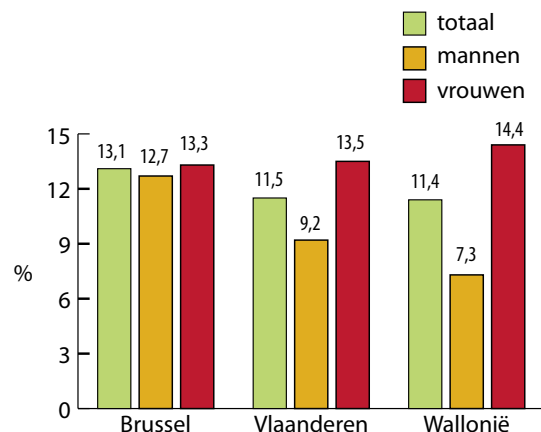
Het is dan ook erg belangrijk dat de mantelzorgers goed worden ondersteund. Elf actoren in het Brussels Gewest nemen deze taak op. Hun werk wordt positief ervaren, maar kan de enorme nood niet dekken. Er zijn immers meer dan 65 000 Brusselaars die in de census van 2001 aangaven dat ze mantelzorg verstrekken (deel 3).

Geestelijke gezondheid van de Brusselse ouderen

In de Gezondheidsenquête van 2004 geeft 28,5 % van de Brusselse 65-plussers aan dat hij of zij «psychologische moeilijkheden»^[9] ervaart. Dit percentage ligt hoger dan in de rest van het land (20,5 % in Vlaanderen en 24,3 % in Wallonië). In tegenstelling tot de rest van het land waar vrouwen vaker psychologisch ongemak rapporteren dan mannen is het aandeel mannen met psychologische moeilijkheden in het Brussels Gewest even groot als bij vrouwen. Ook de groep die «meer ernstige psychologische problemen»^[10] vertoont, geeft een gelijkaardig beeld (figuur 5-07). Het verschil tussen mannen en vrouwen die we in beide andere gewesten terugvinden lijkt in het Brussels Gewest niet aanwezig te zijn ten nadele van de Brusselse mannen.

Figuur 5-07

Percentage 65-plussers dat recent ernstige psychologische moeilijkheden ervoer, naar gewest en geslacht, 2004



Bron: Gezondheidsenquête door middel van interview, 2004

De percentages in de bevolking van specifieke geestelijke gezondheidsproblemen (tabel 5-07), vertonen weinig verschillen tussen de gewesten. Zowel in het Brussels Gewest als in de andere gewesten is het aandeel vrouwen met depressieve problemen, angsten of slaapproblemen groter dan bij de mannen. De Brusselse mannen vertonen evenwel meer psychische problemen dan de mannen in de andere gewesten.

8 Voor de gedetailleerde cijfergegevens verwijzen we naar het onderzoek van het CBGS (p. 179-185).

9 «Psychologische moeilijkheden» wordt gedefinieerd als de aanwezigheid van minstens 2 symptomen die wijzen op een mentaal probleem.

10 «Meer ernstige psychologische problemen» wordt gedefinieerd als de aanwezigheid van minstens 4 symptomen die wijzen op een mentaal probleem.

Tabel 5-07

Percentage 65-plussers dat met een geestelijk gezondheidsprobleem kampt naar geslacht en regio, 2004

	Brussels Gewest			Vlaanderen			Wallonië		
	mannen	vrouwen	Totaal	mannen	vrouwen	Totaal	mannen	vrouwen	Totaal
depressieve problemen	8,9	17,0	13,8	7,4	11,3	9,6	6,1	18,8	13,3
angstproblemen	6,3	7,8	7,2	4,9	8,7	6,9	3,0	9,8	6,9
slaapproblemen	20,2	25,9	23,7	19,6	29,5	25,0	18,9	26,7	23,3

Bron: Gezondheidsenquête door middel van interview, 2004

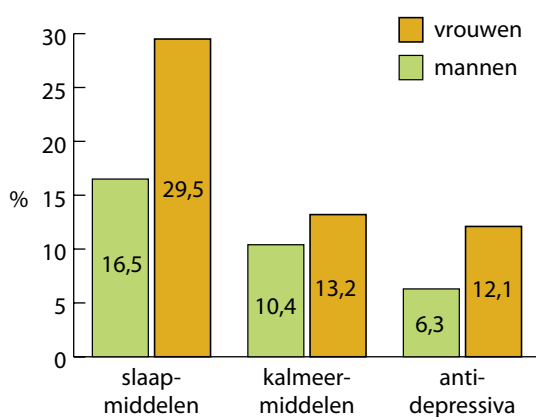
De prevalentie van depressieve problemen in het Brussels Gewest neemt toe met de leeftijd. Ze bedraagt 6 % bij jongeren van 15-24 jaar en stijgt tot 19 % bij Brusselaars van 75 jaar of ouder. De evolutie naar leeftijd en geslacht toont aan dat zich bij de mannen een eerste piek van problemen voordoet rond 35-44 jaar (11 %) en een tweede na 75 jaar (11 %). Bij vrouwen zijn vooral de periodes rond 45-54 jaar (17 %) en eveneens na 75 jaar (25 %) kritiek.

9,4 % van de Brusselse ouderen (11,4 % van de vrouwen en 6,3 % van de mannen) zeggen in de afgelopen 12 maanden aan zelfmoord te hebben gedacht.

34,7 % van de oudere Brusselaars (25,8 % van de mannen en 40,1 % van de vrouwen) heeft ten minste een psychotroop geneesmiddel (slaapmiddelen, kalmeer-middelen of antidepressiva) gebruikt in de laatste twee weken voor de bevraging. Dit aandeel is veel hoger dan voor de leeftijdsgroep 15-64 (12,7 %). Figuur 5-08 toont de verhouding per type medicatie.

Figuur 5-08

Percentage gebruikers van verschillende soorten psychotrope middelen naar geslacht, Brussels Gewest, 65+, 2004



Bron: Gezondheidsenquête door middel van interview, 2004

Gespecialiseerde diensten, maar ook zeer veel niet-gespecialiseerde actoren trachten een antwoord te bieden voor deze moeilijkheden. Het aanbod lijkt echter onvoldoende, vooral de ondersteuning thuis. Te veel ouderen stoten immers op mobiliteits-, financiële of culturele drempels waardoor ze de noodzakelijke

ondersteuning om deze moeilijkheden te overwinnen niet vragen of niet krijgen.

Ondanks het hoge aandeel ouderen met psychologische problemen, zegt minder dan 1 % van de Brusselse bevolking ouder dan 65 jaar dat ze in het afgelopen jaar contact had met een centrum voor geestelijke gezondheidszorg (tegenover 1,5 % bij de 15 tot 64-jarige Brusselaars).

Bibliografie

Allen S., Foster A., Berg K. (2001) «Receiving Help at Home : The Interplay of Human and Technological Assistance», in *Journal of Gerontology*. 2001, vol 56B, n° 6, S374-S382.

Auslander G. et Litwin H. (1990) «Social Support Network and Formal Help Seeking : Differences between Applicants to Social Services and a Nonapplicant Sample», in *Journal of Gerontology*. 1990, vol 45, n° 3, S112-S119.

Bayingana K, Demarest S., Gisle L., Hesse E., Miermans P.J., Tafforeau J., Van der Heyden J.G. (2006) Gezondheids-enquête door middel van Interview, België, 2004 REF D/2006/2505/4, <http://www.iph.fgov.be/epidemio/hisia/index.htm>

Bresse S. (2004) «Les bénéficiaires des services d'aide aux personnes à domicile en 2000», in *Etudes et Résultats*. 2004a, n° 296, 1- 8.

de Henau J., Meulders D., Zadunayski E. (2003) Home sweet home! Au chevet des politiques de maintien à domicile dans la Région de Bruxelles-Capitale.

Dutheil N. (2001) «Les aides et les aidants des personnes âgées», in *Etudes et Résultats*. 2001, n° 142, 1-11.

Gevers L., De Donder P., Crevits P. (2003) Services aux personnes âgées : une vue économique. 1995. Groupe de travail CREDES. Territoires et accès aux soins. Questions d'économie de la santé [10], 1-4.

Jacobs T et Lodewijckx E. (2003) (red.) Zicht op zorg. Studie van de mantelzorg in Vlaanderen in 2003, 230 pp.

Leroy X. et Neiryck I. (1994) Solidarités sociales et santé des aînés - Tome 1 : les aînés vivant à domicile. Centre Interdisciplinaire sur le vieillissement.

Martin P. (2003) Le maintien à domicile : le temps de l'affirmation. ASEV, association pour le soutien de l'étude du vieillissement. In *La sève* [1], 20-28.

Masuy A. (2006) «Lorsque l'aide des proches ne suffit pas : L'entourage social des plus âgés influence-t-il leur usage de services d'aide à domicile ?». Louvain-la-Neuve : UCL, [mémoire de licence en sociologie]

Pacolet J., Leroy X., Cattaert G., Coudron V., Gobert M. (2005) Plus est en vous driemaal. Manpowerplanning in de zorgsector in Brussel-Hoofdstad. Plus est en vous 3^{ème}. Manpowerplanning dans la champ de la santé à Bruxelles-Capitale. HIVA, KUL, UCL, and SESA, Service d'Etudes Socio Economiques de la Santé.

Penning M. et Chappell N. (1990) «Self-care in Relation to Informal and Formal Care», in *Ageing and Society*. 1990, vol 10, 41-59.

Renaut S. (2001) «Vivre ou non à domicile après 75 ans», in *Gérontologie et société*. 2001, n° 98, 66-83.

Stoddart H., Whitley E., Harvey I., Sharp D. (2002) What determines the use of home care services by elderly people? *Health and Social Care in the Community* 10[5], 348-360.

Deel 6. Uitdagingen voor de toekomst

**Patrick DEBOOSERE,
Myriam DE SPIEGELAERE,
Truus ROESEMS**

De informatie in dit dossier beperkt zich tot het Brussels Gewest en houdt geen rekening met de fluxen met Vlaanderen en Wallonië. Noch ouderen, noch zorgverstrekkers stoppen echter aan de gewestgrenzen. Het Brussels Gewest is als administratieve entiteit immers ingebed in een bredere stedelijke agglomeratie die de administratieve grenzen van het gewest overstijgt. Een groot deel van Vlaams- en Waals-Brabant is zowel wat tewerkstelling als wat gebruik van grootstedelijke functies betreft nauw met Brussel verweven. Dit is ook het geval voor de ouderenzorg. De rust- en verzorgingstehuizen in het Brussels Gewest vangen een aantal ouderen op die vanuit de rand naar de grootstad terugkeren en omgekeerd. Oudere patiënten uit de rand komen niet zelden in Brusselse hospitaalinfrastructuur terecht. Voor de ontwikkeling van een globaal beleid moet dus ook rekening worden gehouden met de socio-demografische evolutie van de bredere geografische omgeving. Hoe het Brussels Gewest ook moge evolueren, het zal niet kunnen ontsnappen aan de vergrijzingsdruk die in de rest van het land wordt opgebouwd.

Bevolkingsprognoses voor het Brussels Gewest tonen scenario's met in de eerste vijftien jaar een zeer beperkte aangroei van de oudere bevolking. In absolute aantallen gaat het om een toename met minimaal 10 000 en maximaal 30 000 ouderen. Het resultaat zal tot 2021 niet sterk afwijken van het totaal aantal ouderen dat het Brussels Gewest de afgelopen jaren heeft gekend en 20 jaar geleden zelfs 15 000 personen hoger lag dan in 2006. Na 2021 zal het Brussels Gewest echter net zoals de rest van het land geconfronteerd worden met een aanzienlijke groei van de ouderen. Tegen 2041 verwacht men een aangroei van 70 000 tot 140 000 personen.

Het lijkt dus aangewezen om gebruik te maken van de relatieve stabilisatie van de komende jaren om de nodige maatregelen te nemen om de daaropvolgende vergrijzing degelijk op te vangen. In de tussentijd zal echter ook de samenstelling van de Brusselse ouderen geleidelijk veranderen. Rekening houdend met de huidige Brusselse bevolking is het eerder waarschijnlijk dat de gezondheid van de Brusselse ouderen niet gunstig zal evolueren.

Momenteel zijn de scholingsgraad, de socio-economische en gezondheidskenmerken van de Brusselse ouderen immers gunstiger dan gemiddeld in België.

De leeftijdsgroep die binnen 5 à 10 jaar tot de 65-plussers zal behoren geniet echter niet van deze bevoorrechte socio-sanitaire positie. Meer nog, deze «toekomstige» oudere Brusselaars (60-64-jarigen en 65-69-jarigen) bevinden zich vaak in een minder gunstige situatie dan het Belgische gemiddelde. Het is dus niet uitgesloten dat, ondanks een matige aangroei van het aantal ouderen in de komende 15 jaar, de vraag naar zorgdiensten zal toenemen.

Diensten die het thuiswonen van ouderen bevorderen moeten nu reeds rekening houden met de geleidelijke veranderingen in de samenstelling van de oudere bevolking, zoals de toename van het aantal ouderen van vreemde origine en van het aantal sociaal kwetsbare ouderen.

De inventaris van het bestaande aanbod toont een gevarieerd aanbod, relatief goed verspreid over het Brussels grondgebied. Toch is het voor bepaalde behoeften nog onvoldoende. Voor alle (24) bestudeerde behoeften kan overal in het Brussels Gewest op minstens één actor een beroep worden gedaan, behalve voor nachtopvang die helemaal niet wordt georganiseerd. Uit het groot aantal betrokken actoren (404), ondersteund door zowat alle bevoegde overheden in het Brussels Gewest, blijkt dat de aandacht voor de thuiswonende oudere groot is.

De taal waarin de dienstverlening gebeurt kan de toegankelijkheid ervan beïnvloeden. De beschikbaarheid van Nederlandskundige thuisverpleegkundigen lijkt bijvoorbeeld problematisch.

Ondanks heel wat financiële tegemoetkomingen en aangepaste tarieven voor de laagste inkomens, bestaan er ook financiële drempels.

Er moet nog geïnvesteerd worden in een betere coördinatie tussen de verschillende diensten. Wanneer een oudere door meerdere zorgverstrekkers wordt verzorgd, is er nood aan één iemand die de coördinatie op zich neemt. Afhankelijk van de situatie van de persoon kan dat de huisarts zijn die de oudere in de verschillende fasen van stijgende afhankelijkheid heeft gevolgd, de maatschappelijk werker waarmee de oudere een goede band heeft opgebouwd, een mantelzorger, ... Het lijkt in elk geval belangrijk om te investeren in de netwerking tussen de verschillende dienstverleners en voldoende middelen en tijd te voorzien om iemand in staat stellen de coördinatie op te nemen.

Een andere belangrijke uitdaging is het respect voor de autonomie van de oudere wanneer het aantal behoeften toeneemt. Verlies van afhankelijkheid hoeft niet gepaard te gaan met verlies van autonomie. De keuzevrijheid is hierbij een belangrijk aspect, maar lijkt vooral voor mensen met beperkte financiële mogelijkheden beperkt.

LIJST TABELLEN

Tabel K-01	Aandeel van de bevolking van 60 jaar en ouder in een ROB of RVT per gewest naar leeftijd (en absoluut aantal voor het Brussels Gewest) kaft achteraan
Tabel 3-01	Evolutie van de Brusselse bevolking van 65+ in absolute aantallen en aandeel 1989-2006..... 21
Tabel 3-02	Aandeel migranten in de bevolking naar leeftijd in de drie gewesten (gedefinieerd op basis van de nationaliteit bij de geboorte) 26
Tabel 3-03	Aantal pensioengerechtigden in het Brussels Gewest en gemiddeld uitgekeerd brutobedrag..... 28
Tabel 3-04	Grootte en structuur van de uitgaven volgens de leeftijd van de referentiepersoon en het type huishouden, Brussels Gewest en België 30
Tabel 3-05	Aantal gerechtigden op een verhoogde tussenkomst van de verzekering voor geneeskundige verzorging naar leeftijd en gemeente, Brussels Gewest 2002..... 31
Tabel 3-06	Zelfgerapporteerde gezondheid van de Brusselse bevolking naar leeftijdsgroep en vergelijking met het Belgische gemiddelde..... 51
Tabel 3-07	Chronische aandoeningen of handicaps van de Brusselse bevolking naar leeftijdsgroep: percentage en verhouding tot het Belgisch gemiddelde 56
Tabel 3-08	Belemmeringen in de dagelijkse bezigheden door chronische aandoeningen of handicaps naar leeftijd, Brussels Gewest 58
Tabel 3-09	Bedlegerig vanwege langdurige aandoeningen of handicaps naar leeftijd, Brussels Gewest..... 60
Tabel 3-10	Mantelzorgers in het Brussels Gewest naar leeftijd, geslacht van de mantelzorger en relatie met de persoon die wordt verzorgd 62
Tabel 3-11	Plaats van overlijden van Brusselaars van 60 jaar of ouder , 1998-2004 68
Tabel 3-12	Plaats van overlijden (%) naar demografische kenmerken, doodsoorzaak en woongemeente (60 jaar en ouder, Brussels Gewest, 1998-2004) 69
Tabel 3-13	De (relatieve) kans op een thuisoverlijden gecontroleerd voor leeftijd, geslacht, nationaliteit, leefsituatie, doodsoorzaak en woongemeente (Logistische regressie), Brussels Gewest, 1998-2004 71
Tabel 3-14	Loop van de bevolking van 55+ in 1991 over de periode 1991-2001, Brussels Gewest..... 73
Tabel 3-15	Bevolking van 55-59 jaar in 1991: huishoudensposities in 1991 en in 2001, verdeling volgens de positie in 1991, Brussels Gewest 76
Tabel 3-16	Bevolking van 55-59 jaar in 1991: huishoudensposities in 1991 en in 2001, verdeling volgens de positie in 2001, Brussels Gewest 76
Tabel 3-17	Huishoudensposities in 1991 van de bevolking in collectieve huishoudens in 2001, Brussels Gewest 76
Tabel 3-18	Lipro-posities 2001 van de bevolking van 50 jaar en ouder, Brussels Gewest..... 78
Tabel 3-19	Procentuele evolutie van de Lipro-positie van de bevolking tussen 1991 en 2001, Brussels Gewest 78
Tabel 3-20	Bevolkingsprognose Brussels Gewest 2006-2041, % in de totale bevolking en absoluut aantal in duizendtallen 81
Tabel 4-01	Sociale, culturele en vrijetijdsactiviteiten.....182
Tabel 4-02	Gezelligheidsruimten.....182
Tabel 4-03	Aanwezigheid van een derde in huis.....182
Tabel 4-04	Aangepast vakantieaanbod.....183
Tabel 4-05	Algemene geneeskunde (actoren gecontacteerd voor de enquête).....183
Tabel 4-06	Verpleging (actoren gecontacteerd voor de enquête).....183
Tabel 4-07	Kinesithérapie en ergotherapie.....184
Tabel 4-08	Hulp bij de hygiënische verzorging.....184
Tabel 4-09	Ondersteuning aan huis van de geestelijke gezondheid.....185
Tabel 4-10	Informatie en hulp op administratief en sociaal vlak.....185
Tabel 4-11	Hulp bij de dagelijkse taken.....186
Tabel 4-12	Levering van boodschappen.....187
Tabel 4-13	Hulp bij de maaltijden.....188
Tabel 4-14	Hulp bij vervoer.....189
Tabel 4-15	Hulp bij de aanpassing van de woning190
Tabel 4-16	Toezicht191
Tabel 4-17	Slachtofferhulp en veiligheidsgevoel.....191
Tabel 4-18	Lenen van hulpmiddelen192
Tabel 4-19	Levering van paramedische hulpmiddelen en incontinentiemateriaal.....192

Tabel 4-20	Hulp bij de verzorging en de oppas van huisdieren	192
Tabel 4-21	Dagopvang	192
Tabel 4-22	Kortopvang	192
Tabel 4-23	Ondersteuning van de mantelzorgers	193
Tabel 5-01	Aandeel van de bevolking dat deelneemt aan het verenigingsleven naar opleidingsniveau en leeftijdsgroep, Brussel, 2004	207
Tabel 5-02	Spreiding van de bevolking van 65 jaar en ouder volgens de mate van beperkingen in dagelijkse activiteiten, Brussels Gewest, 65+, 2004	210
Tabel 5-03	Percentage Brusselse 65-plussers die in het afgelopen jaar contact hadden met een dienst voor thuishulp naar demografische kenmerken	211
Tabel 5-04	Percentage Brusselse thuiswonende 65-plussers naar socio-economische kenmerken die in het afgelopen jaar contact hadden met een dienst voor thuishulp	212
Tabel 5-05	Percentage Brusselse thuiswonende 65-plussers die in het afgelopen jaar contact hadden met een dienst voor thuishulp naar gezondheidskenmerken	212
Tabel 5-06	Type hulp die wordt geboden aan ouderen (65+) die ernstig beperkt zijn in een of meer dagelijkse activiteiten, naar gewest	212
Tabel 5-07	Percentage 65-plussers dat met een geestelijke gezondheidsprobleem kampt naar geslacht en regio, 2004	215

LIJST FIGUREN

Figuur K-01	Aandeel van de bevolking van 60 jaar en ouder in een RVT of ROB per gewest	kaft achteraan
Figuur 1-01	Relaties tussen behoefte, vraag en aanbod	8
Figuur 2-01	Aantal Brusselse 65-plussers dat deelnam aan de Gezondheidsenquête 2004 volgens leeftijdscategorie	16
Figuur 3-01	Leeftijdspiramide België en Brussels Gewest (1/1/1989 en 1/1/2005)	19
Figuur 3-02	Evolutie van de zorgindex (80+ / 40-59) in de drie gewesten 1989-2006	21
Figuur 3-03	Feminiteitsindex naar leeftijd vanaf 65 jaar, Brussels Gewest	22
Figuur 3-04	Distributie naar nationaliteit van geboorte, Brusselse bevolking 50-99 jaar	27
Figuur 3-05	Eigendomsstatuut van de woning naar leeftijd, Brussels Gewest 2001	33
Figuur 3-06	Laatst behaalde diploma per leeftijd, Brussels Gewest 2001	34
Figuur 3-07	Comfort van de woning naar leeftijd, Brussels Gewest 2001	38
Figuur 3-08	Negatieve appreciatie van de woonomgeving en de faciliteiten in de buurt, Brussels Gewest 2001	43
Figuur 3-09	Huishoudens zonder communicatiemiddelen, Brussels Gewest 2001	49
Figuur 3-10	Zelfgerapporteerde gezondheid naar leeftijd (50-90-jarigen) in Vlaanderen, Brussels Gewest en Wallonië	50
Figuur 3-11	Ratio mortaliteit groep met minder goede zelfgerapporteerde gezondheid ten opzichte van groep met goede zelfgerapporteerde gezondheid, 2001-2004, 65-99 jarigen, Brussels Gewest	52
Figuur 3-12	Spreiding van de mantelzorgers naar leeftijd en geslacht in het Brussels Gewest	63
Figuur 3-13	Wat gebeurde er met de Brusselaars van 1991 die in 2001 potentieel tot de Brusselse bevolking van 65 jaar en ouder zou behoren?	72
Figuur 3-14	Evolutie tussen 1991 en 2001 van Brusselse bevolking van 55 jaar en ouder in 1991 en hun situatie in 2001	74
Figuur 4-01	Vrije tijd: Spreiding van de ruimtelijke dekking van het aanbod	92
Figuur 4-02	Vrije tijd: Frequentie van de activiteiten	92
Figuur 4-03	Gezelligheidsruimten: Indeling per type actor	96
Figuur 4-04	Aanwezigheid van een derde: Spreiding van de ruimtelijke dekking van het aanbod	99
Figuur 4-05	Vakantie: Indeling van de actoren	101
Figuur 4-06	Vakantie: Spreiding van de ruimtelijke dekking van het aanbod	101
Figuur 4-07	Verpleging: Spreiding van de ruimtelijke dekking van het aanbod	107
Figuur 4-08	Kinesithérapie en ergotherapie: Spreiding van de ruimtelijke dekking van het aanbod	111

Figuur 4-09	Hygiëne thuis: Aantal actoren per type hulpverlening.....	113
Figuur 4-10	Hygiëne thuis: Indeling van de actoren per type voorziening.....	113
Figuur 4-11	Hygiëne thuis: Spreiding van de ruimtelijke dekking van het aanbod.....	115
Figuur 4-12	Hygiëne buitenshuis : Spreiding van de ruimtelijke dekking van het aanbod	117
Figuur 4-13	Geestelijke gezondheid: Indeling per type hulpverlening	119
Figuur 4-14	Geestelijke gezondheid: Spreiding van de ruimtelijke dekking van het aanbod	121
Figuur 4-15	Informatie: Aard van de actoren.....	125
Figuur 4-16	Informatie: Spreiding van de ruimtelijke dekking van het aanbod.....	127
Figuur 4-17	Dagelijkse taken: Indeling van de actoren volgens hun activiteitenkader.....	129
Figuur 4-18	Dagelijkse taken: Spreiding van de ruimtelijke dekking van het aanbod	129
Figuur 4-19	Boodschappen: Indeling volgens type dienstverlener.....	135
Figuur 4-20	Boodschappen: Spreiding van de ruimtelijke dekking van het aanbod.....	135
Figuur 4-21	Restaurants: Spreiding van de ruimtelijke dekking van het aanbod	137
Figuur 4-22	Levering maaltijden: Spreiding van de ruimtelijke dekking van het aanbod.....	139
Figuur 4-23	Bereiding maaltijden: Spreiding van de ruimtelijke dekking van het aanbod.....	139
Figuur 4-24	Vervoer: Indeling per type chauffeur	141
Figuur 4-25	Medisch vervoer: Indeling van de actoren volgens hun activiteitenkader.....	143
Figuur 4-26	Medisch vervoer: Spreiding van de ruimtelijke dekking van het aanbod	143
Figuur 4-27	Niet-medisch vervoer: Indeling van de actoren volgens hun activiteitenkader	145
Figuur 4-28	Niet-medisch vervoer: Spreiding van de ruimtelijke dekking van het aanbod.....	145
Figuur 4-29	Ergonomische aanpassing: Spreiding van de ruimtelijke dekking van het aanbod.....	148
Figuur 4-30	Klein onderhoudswerk: Spreiding van de ruimtelijke dekking van het aanbod	151
Figuur 4-31	Personenalarm: Spreiding van de ruimtelijke dekking van het aanbod	153
Figuur 4-32	Niet-professionele oppas: Aard van de actoren	157
Figuur 4-33	Ziekenoppas: Spreiding van de ruimtelijke dekking van het aanbod.....	157
Figuur 4-34	Veiligheid: Spreiding van de ruimtelijke dekking van het aanbod.....	159
Figuur 4-35	Lenen hulpmiddelen: Spreiding van de ruimtelijke dekking van het aanbod.....	161
Figuur 4-36	Verzorging en oppas van huisdieren: Spreiding van de ruimtelijke dekking van het aanbod	163
Figuur 4-37	Dagopvang: Type actoren	167
Figuur 4-38	Dagopvang: Specificiteit van de actoren	167
Figuur 4-39	Ondersteuning van de mantelzorgers: Spreiding van de ruimtelijke dekking van het aanbod	173
Figuur 5-01	Percentage Brusselaars die ontevreden zijn over hun sociale contacten volgens leeftijd	206
Figuur 5-02	Percentage Brusselaars dat het voorbije jaar nooit heeft deelgenomen aan groepsactiviteiten volgens leeftijd.....	207
Figuur 5-03	Percentage Brusselaars dat een vaste huisarts heeft volgens leeftijd.....	208
Figuur 5-04	Verdeling van de contacten met de huisarts naargelang soort contact en leeftijd, Brussels Gewest	209
Figuur 5-05	Percentage Brusselaars dat contact heeft gehad met een dienst voor thuishulp volgens leeftijd	210
Figuur 5-06	Percentage Brusselaars volgens leeftijd (niet in een rusthuis) dat contact had met een thuisverpleegkundige gedurende het afgelopen jaar	213
Figuur 5-07	Percentage 65-plussers dat recent ernstige psychologische moeilijkheden ervoer, naar gewest en geslacht, 2004	215
Figuur 5-08	Percentage gebruikers van verschillende soorten psychotrope middelen naar geslacht, Brussels Gewest, 65+, 2004.....	216

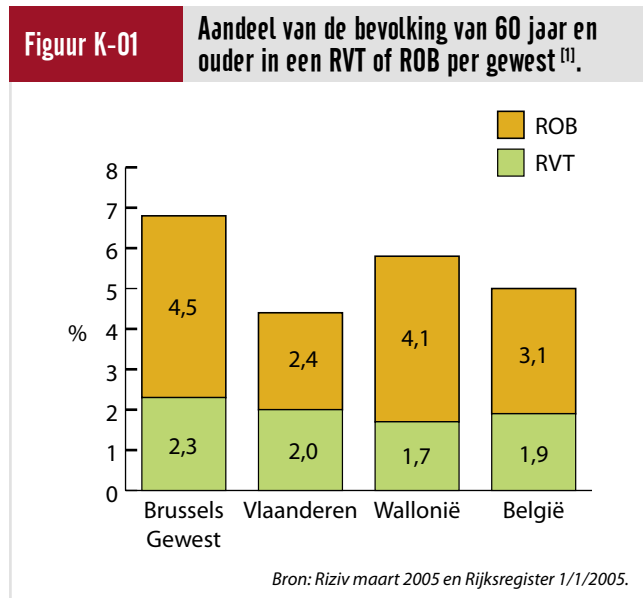
LIJST KAARTEN

Kaart K-01	Aandeel ouderen van 65 jaar en meer in de bevolking	kaart vooraan
Kaart K-02	Bevolkingsdichtheid van de ouderen van 65 jaar en meer.....	kaart vooraan
Kaart K-03	Absoluut aantal inwoners van 65 jaar en meer	kaart vooraan
Kaart K-04	Referentiekaart	kaart achteraan
Kaart 3-01	Aandeel 65-75 jarigen in de bevolking.....	24
Kaart 3-02	Aandeel van de bevolking van 75 jaar en ouder in de bevolking.....	25
Kaart 3-03	Ouderen in een huurwoning.....	32
Kaart 3-04	Laaggeschoolde ouderen.....	35
Kaart 3-05	Indicator voor financiële moeilijkheden bij ouderen.....	37

Kaart 3-06	Ouderen die beschikken over centrale verwarming.....	39
Kaart 3-07	Ouderen die op een verdieping wonen zonder lift.....	40
Kaart 3-08	Negatieve appreciatie van de rust in de buurt	42
Kaart 3-09	Negatieve appreciatie van de voetpaden in de buurt.....	44
Kaart 3-10	Negatieve appreciatie van het openbaar vervoer in de buurt.....	45
Kaart 3-11	Negatieve appreciatie van het winkelaanbod in de buurt	46
Kaart 3-12	Toegankelijkheid van de buurtwinkels.....	47
Kaart 3-13	Zelfgerapporteerde gezondheid van de bevolking van 60 jaar en ouder	54
Kaart 3-14	Zelfgerapporteerde gezondheid van de bevolking van 60 jaar en ouder, gecontroleerd voor leeftijd en geslacht.....	55
Kaart 3-15	Chronische aandoeningen of handicaps bij de bevolking van 60 jaar en ouder	57
Kaart 3-16	Chronische aandoeningen of handicaps bij de bevolking van 60 jaar en ouder gecontroleerd voor leeftijd en geslacht.....	57
Kaart 3-17	Regelmatige en voortdurende beperkingen in de dagelijkse bezigheden bij de bevolking van 60 jaar en ouder, na controle voor leeftijd en geslacht.....	59
Kaart 3-18	Regelmatige en voortdurende beperkingen in de dagelijkse bezigheden bij de bevolking van 60 jaar en ouder, na bijkomende controle voor onderwijsniveau en woning	59
Kaart 3-19	Mantelzorg in de totale bevolking	64
Kaart 3-20	Mantelzorg door vrouwen tussen 45 en 74 jaar.....	65
Kaart 3-21	Mantelzorg binnen het huishouden.....	66
Kaart 3-22	Mantelzorg aan familie buiten het huishouden.....	67
Kaart 3-23	Mantelzorg aan burens, vrienden en kennissen.....	67
Kaart 4-01	Sociale, culturele en vrijetijdsactiviteiten.....	92
Kaart 4-02	Aanwezigheid van een derde in huis.....	99
Kaart 4-03	Aangepast vakantieaanbod	101
Kaart 4-04	Huisartsen	105
Kaart 4-05	Verpleging	107
Kaart 4-06	Kinesitherapie en ergotherapie.....	111
Kaart 4-07	Hulp bij de hygiënische verzorging thuis.....	115
Kaart 4-08	Hulp bij de hygiënische verzorging buitenshuis	117
Kaart 4-09	Geestelijke gezondheid aan huis.....	121
Kaart 4-10	Informatie en hulp op administratief en sociaal vlak.....	127
Kaart 4-11	Hulp bij de dagelijkse taken.....	129
Kaart 4-12	Levering van boodschappen.....	135
Kaart 4-13	Restaurants	137
Kaart 4-14	Levering en bereiding van maaltijden thuis	139
Kaart 4-15	Niet-dringend medisch vervoer.....	143
Kaart 4-16	Niet-medisch vervoer.....	145
Kaart 4-17	Hulp bij de aanpassing van de woning: klein onderhoudswerk en verhuizing	151
Kaart 4-18	Professionele ziekenoppassers	155
Kaart 4-19	Seniorsitting.....	157
Kaart 4-20	Slachtofferhulp en veiligheidsgevoel.....	159
Kaart 4-21	Lenen van hulpmiddelen	161
Kaart 4-22	Dagopvang	167
Kaart 4-23	Ondersteuning van de mantelzorgers	173
Kaart 4-24	Actoren gefinancierd door de Franse Gemeenschapscommissie (COCOF)	178
Kaart 4-25	Actoren gefinancierd door de Vlaamse Gemeenschapscommissie (VGC)	178
Kaart 4-26	Actoren gefinancierd door de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC).....	178
Kaart 4-27	Actoren gefinancierd door de Vlaamse Gemeenschap (VG)	178
Kaart 4-28	Actoren gefinancierd door de Franse Gemeenschap (FG).....	179
Kaart 4-29	Actoren gefinancierd door de gemeenten	179
Kaart 4-30	Actoren gefinancierd door de OCMW's	179
Kaart 4-31	Actoren gefinancierd door Actiris (Geco).....	179
Kaart 4-32	Actoren gefinancierd als PWA (federaal).....	180
Kaart 4-33	Actoren gefinancierd door een ziekenfonds	180
Kaart 4-34	Actoren gefinancierd via dienstencheques (federaal).....	180
Kaart 4-35	Niet-gesubsidieerde actoren	180
Kaart 4-36	Actoren volgens taalstatuut	181

BRUSSELSE OUDEREN IN EEN INSTELLING

In maart 2005 woonden 13 918 Brusselaars in een rustoord voor bejaarden (ROB) of een rust- en verzorgingstehuis (RVT). Het gaat om 6,8 % van de Brusselse bevolking van 60 jaar en ouder, wat iets meer is dan in de andere gewesten (figuur K-01).



Tabel K-01 geeft per gewest het totaal aantal patiënten van 60 jaar en ouder in een ROB en RVT per leeftijdsgroep. Het hogere aandeel Brusselse 60-plussers in ROB's en RVT's (figuur K-01) is vooral toe te schrijven aan de leeftijdsgroep 60-79 jaar. Hoewel het aandeel ouderen in een instelling beperkt is, weegt het sterk door in het globale cijfer omdat het grootste aandeel van de 60-plussers tot deze leeftijdsgroep behoort.

Het aandeel ouderen in een ROB ligt in het Brussels Gewest hoger dan in Vlaanderen en lager dan in Wallonië. Boven de leeftijd van 80 jaar telt het Brussels Gewest echter opvallend minder ouderen in een RVT dan Vlaanderen en iets meer dan Wallonië (tabel K-01).

Op basis van de cijfers van het Riziv en het Rijksregister schatten we dat ongeveer 184 000 Brusselaars ouder dan 60 jaar thuis wonen.

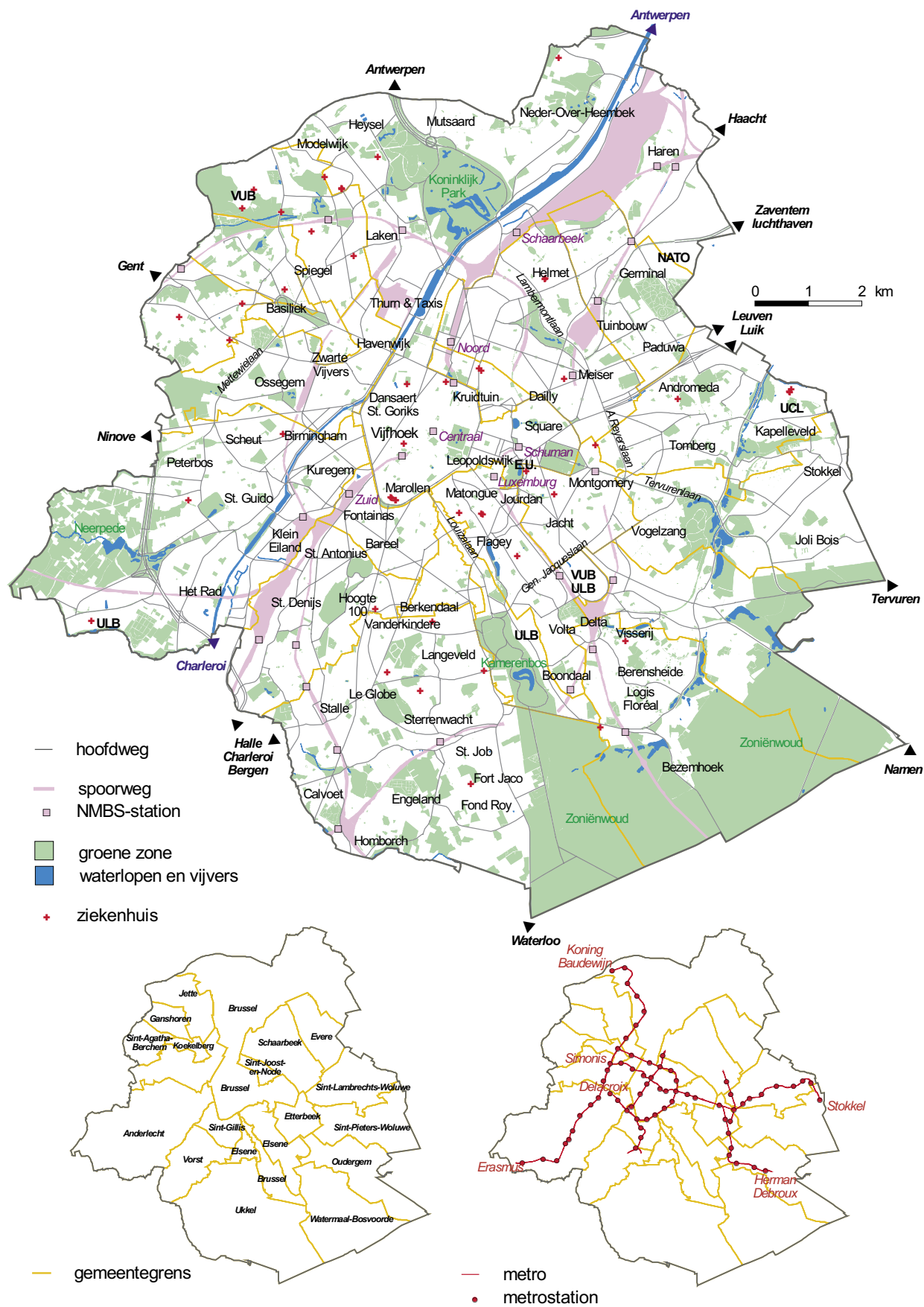
1 De verdeling naar regio's gebeurt op basis van het Riziv-nummer van de zorgverstrekker. Deze nummers verwijzen naar de overheid die bevoegd is voor de erkenning. Gegevens op basis van de woonplaats van de patiënt zijn niet beschikbaar.

Tabel K-01 Aandeel van de bevolking van 60 jaar en ouder in een ROB of RVT per gewest naar leeftijd (en absoluut aantal voor het Brussels Gewest).							
% in ROB	60-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95 +	% in ROB
Brussels Gewest	(1 220) 1,0 %	(1 024) 3,1 %	(2 037) 7,2 %	(1 901) 17,2 %	(1 826) 28,8 %	(831) 49,8 %	(8 839) 4,5 %
Vlaanderen	0,4 %	1,8 %	5,0 %	13,0 %	22,5 %	40,4 %	2,4 %
Wallonië	0,9 %	3,3 %	8,1 %	20,2 %	32,5 %	58,1 %	4,1 %
België	0,6 %	2,4 %	6,3 %	15,8 %	26,3 %	47,0 %	3,1 %
% in RVT	60-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95 +	% in RVT
Brussels Gewest	(454) 0,4 %	(534) 1,6 %	(972) 3,5 %	(999) 9,0 %	(1 020) 16,1 %	(529) 31,7 %	(4 508) 2,3 %
Vlaanderen	0,3 %	1,5 %	4,1 %	10,6 %	20,2 %	40,7 %	2,0 %
Wallonië	0,3 %	1,4 %	3,5 %	8,7 %	14,8 %	29,4 %	1,7 %
België	0,3 %	1,5 %	3,8 %	9,8 %	18,1 %	36,1 %	1,9 %

Bron: Riziv, maart 2005 en Rijksregister 1/1/2005.

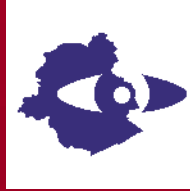
LIJST VAN DE VOORZIENINGEN PER TYPE HULPVERLENING

Opvang overdag		
Palliatief dagcentrum		VG
Centra voor dagverzorging/ Centres de soins de jour		GGC
Centres d'accueil de jour		COCOF
Centres de soins de jour		COCOF
Niet-medische thuiszorg		
Coördinatie:		
Regionale dienstencentra		VG
Coordinations de soins et services à domicile		COCOF
Sociale hulp, huishoudelijke hulp en poetshulp:		
Diensten voor gezinszorg		VG
Diensten voor gezins- en bejaardenhulp/ Services d'aide aux familles et aux personnes âgées		GGC
Services d'aide à domicile		COCOF
Medische thuiszorg		
Coördinatie:		
Regionale dienstencentra		VG
Coordinations de soins et services à domicile		COCOF
Verzorging en toezicht:		
Diensten voor thuiszorg/ Services de soins à domicile		GGC
Personenalarmsystemen/ Télégilance		
Sociale hulpverlening		
Sociale diensten:		
Centra voor algemeen welzijnswerk - CAW		VG
Centra voor eerste opvang - CEO/ Centres de premier accueil - CPA		GGC
Centres d'action sociale globale - CASG		COCOF
Centre de service social		COCOF
Buurtgerichte sociale hulpverlening		
Lokale dienstencentra		VG
Contactcentra van de stad Brussel/ Centres de contact de la ville de Bruxelles/ (erkend als CEO (zie boven))		
Gemeentelijke diensten voor sociale actie/ Services communaux d'action sociale		
Sociale diensten van de OCMW's/ Services sociaux des CPAS		
Hulp aan slachtoffers		
Diensten slachtofferhulp		VG
Bureaus voor politionele slachtofferbejegening/ Bureaux d'assistance policière aux victimes		Federale wetgeving
Services d'aide aux victimes		COCOF
Gezondheid		
Wijkgezondheidscentra		
Maisons médicales (Associations de santé intégrée)		COCOF
Services de soins palliatifs et continués		COCOF
Geestelijke gezondheid		
Centra voor geestelijke gezondheidszorg		VG
Diensten voor geestelijke gezondheidszorg/ Services de santé mentale		GGC
Services de santé mentale		COCOF
Nabijheidsdiensten via de promotie van tewerkstelling, opleiding en socioprofessionele inschakeling		
Werkgelegenheidsagentschappen - PWA/ Agences Locale pour l'Emploi - ALE		Federale wetgeving
Plaatselijke initiatieven voor de ontwikkeling van de werkgelegenheid - PIOW/ Initiatives locales de développement de l'emploi - ILDE		Brussels Gewest
Dienstencheques/ Titres-services		Federale wetgeving
Organismes d'insertion socio-professionnelle - OISP		COCOF
Missions locales pour l'emploi - MLOC		COCOF



Bron: Urbis, GBP.

Cartographie: ULB - IGEAT



Dossiers van het Observatorium

Deze atlas is het resultaat van de samenwerking tussen het Centrum voor Maatschappelijke Documentatie en Coördinatie en het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, ondersteund door de drie Brusselse gemeenschapscommissies.

De kern van deze atlas omvat de inventaris van het aanbod inzake gezondheids- en welzijnsdiensten die toelaten dat Brusselse ouderen zolang mogelijk thuis kunnen blijven wonen. Het aanbod werd benaderd vanuit de behoeften van de ouderen, en niet vanuit de categorisering van diensten door de verschillende subsidiërende overheden.

De inventaris wordt vooraf gegaan door een uitgebreid hoofdstuk over de socio-sanitaire situatie van de Brusselse ouderen, dat antwoorden biedt op volgende vragen; «Hoe is het met de gezondheid van de ouderen gesteld, met welke beperkingen hebben ze te kampen, worden ze samen oud of leven ze vaak alleen, in welke buurten leven er veel ouderen, hoe (on)tevreden zijn ze over hun leefomgeving, hoe zit het met hun inkomen, zal het aandeel 65-plussers in het Brussels Gewest toenemen, ...».

In een laatste deel worden de verschillende informatiebronnen met elkaar geconfronteerd om een antwoord te vinden op de vraag of het aanbod is afgestemd op de noden en de vraag van de thuiswonende Brusselse ouderen. Het groot aantal betrokken actoren toont aan dat de aandacht voor de thuiswonende Brusselse oudere groot is, maar er is nog heel wat werk om aan alle behoeften te beantwoorden. Het aantal Brusselse ouderen zal de eerste 15 jaar niet toenemen, maar men zal rekening moeten houden met de veranderende socio-economische en etnische samenstelling van de Brusselse ouderen.

www.observatbru.be

Dit document is ook beschikbaar in het Frans

Ce document est également disponible en français sous le titre :
«Vivre chez soi après 65 ans. Atlas des besoins et des acteurs à Bruxelles».