



Masterplan Woonzorg Brussel 2014 - 2020

Deel 2 Omgevingsanalyse

MET STEUN VAN



Vlaanderen
verbeelding werkt



VLAAMSE
GEMEENS
CHAPSCO
MMISSIE

MET DANK AAN

De partners van het woonzorgoverleg voor hun kritische blik en constructieve inbreng bij de opmaak van dit Masterplan:

- Chris Blockerije, Stijn Moons en Jan Hertecant, Brusselse Welzijns- en gezondheidsRaad
- Relinda Vanderstraeten, Jaklien Vandermeulen en Isabelle Heurckmans, Home-Info
- Dorrit Moortgat, Brussels Overleg Thuiszorg
- Mark Philippart, Seniorencentrum
- Caroline Verlinde, Huis voor Gezondheid

De externe deskundigen voor hun reflectie op de toepasbaarheid van het woonzorgzoneconcept en de introductie van een zorgzame wijk in een Brusselse context: Kris Desmet, Rik Baeten, Mattie Jacobs, en Michael Ryckewaert.

INLEIDING

Als we spreken over woonzorg, denken we in de eerste plaats aan de doelgroep ouderen. Toch is woonzorg meer dan een ouderenbeleid: De term woonzorg zoals gedefinieerd in het Vlaams Woonzorgdecreet omvat immers zowel de thuiszorg, onafhankelijk van de leeftijd, als de ouderenzorg. Gebruiker is iedere natuurlijke persoon die vanuit een verminderd zelfzorgvermogen een beroep doet op woonzorg.

Thuiszorg is de zorg aan huis of de zorg die er specifiek op gericht is de gebruiker te handhaven in of te laten terugkeren naar zijn natuurlijk thuismilieu. Hier geldt bijgevolg geen leeftijdsgrens, al vormen de ouderen de grootste groep van thuiszorggebruikers: bijna driekwart van de gebruikers van gezinszorg zijn ouder dan 60. Voor *ouderenzorg* geldt logischerwijze wel een ouderdomscriterium. Het omvat de zorg die er specifiek op gericht is de levenskwaliteit van gebruikers van 65 jaar of ouder te behouden, te herstellen of te ondersteunen in een thuis vervangend milieu; In uitzonderlijk gevallen kan van de leeftijdsgrens worden afgeweken. Leeftijd is m.a.w. een belangrijke bepalende factor voor het gebruik van het woonzorgaanbod. Deze omgevingsanalyse gaat uitgebreid in op het profiel van de oudere in Brussel, hoewel dit een relatief begrip is. De Brusselse statistieken en studies hanteren meer dan eens de leeftijdsgrens van 60 terwijl de Vlaamse Gemeenschap de grens op 65 jaar legt. Naast de Brusselse oudere, trachten we in de mate van het mogelijk andere doelgroepen in beeld te brengen, zoals jongere gebruikers van gezinszorg (kraamhulp) en personen met een handicap.

Anderzijds is woonzorg slechts een onderdeel van het ouderenbeleid. Het besteedt aandacht aan de organisatie van wonen en zorg van zorgbehoevenden. Ouderenbeleid is echter veel meer dan een zorgbeleid: Slechts een minderheid van de ouderen heeft professionele zorg nodig. De eerste bekommernis van ouderen gaat naast een goede gezondheid uit naar het onderhouden van familierelaties, veiligheid, mobiliteit en zich goed voelen in de buurt. Een breed ouderenbeleid vraagt om een integrale en inclusieve aanpak dat zowel aandacht heeft voor vrije tijd, huisvesting, inrichting van openbare ruimte, openbaar vervoer, inspraak en beleidsparticipatie.

Dit Masterplan Woonzorg Brussel is zodoende geen ouderenbeleidsplan en gaat niet in op al deze facetten. Toch zijn we van mening dat we geen abstractie kunnen maken van de impact van het welbevinden, de woonomstandigheden en de leefomgeving op de kwetsbaarheid en daarmee gepaard gaande zorgbehoeften van ouderen. Om die reden nemen we deze levensdomeinen mee in de analyse en de aanbevelingen. Woonzorg gaat immers niet enkel om de zorgverlening, maar ook het voorkomen van zorgnoden via preventieve acties op de verschillende domeinen.

We vertrekken vanuit een analyse van de doelgroep in Brussel en trachten waar mogelijk een vergelijking of benchmarking te maken met de situatie in Antwerpen. Beide steden hebben immers een grootstedelijke context gemeen en delen ook een aantal specifieke kenmerken ervan: dichtbevolkte gebieden, samengaan van kansrijke en kansarme woongebieden, grote verkeersdruk en impact op mobiliteit, concentratie van diensten en voorzieningen, verschuiving van bevolkingskenmerken naar meer diversiteit. Het leek ons en de beleidsmakers interessant om de vaststellingen voor Brussel en Antwerpen zowel wat betreft aantal en behoefte als op het vlak van aanbod en organisatie aan elkaar te toetsten. Dit veronderstelt echter dat vergelijkbare gegevens voorhanden zijn, wat niet voor alle behandelde onderwerpen het geval is. Waar mogelijk brengen we de elementen samen onder de noemer benchmarking Antwerpen¹.

¹ Het ware interessant geweest om beroep te kunnen doen op de Belgian Ageing Studies van de VUB, omdat hierin op een zelfde manier thuiswonende ouderen in Brussel-Stad en 183 Vlaamse steden werden bevestigd. Er werd echter geen ouderenbehoefteonderzoek uitgevoerd voor de stad Antwerpen zodat de vergelijking Brussel-Antwerpen op basis hiervan niet kan worden gemaakt.

INHOUDSOPGAVE

1	Ouderen in cijfers.....	5
1.1	Vertraagde vergrijzing	5
1.1.1	Regionale spreiding.....	5
1.1.2	Prognoses.....	6
1.2	Meerdere tinten grijs.....	8
1.3	Vrouwen aan de top.....	11
1.4	Taaldiversiteit	12
1.5	Gekleurde vergrijzing	13
1.5.1	Niet-Belgische ouderen	13
1.5.2	Vreemde herkomst.....	13
1.5.3	Ruimtelijke spreiding.....	14
1.5.4	Verhuisbewegingen bij ouderen.....	15
1.6	Sociaaleconomische positie	16
1.7	Geraardheid.....	17
2	Andere doelgroepen van woonzorg	18
2.1	Kraamzorg	18
2.2	Personen met een handicap.....	18
2.3	Jongedementerenden	19
2.4	Volwassenen in residentiële ouderenzorg	20
3	Levensdomeinen	21
3.1	Fysieke gezondheid.....	23
3.1.1	Zelf ervaren gezondheid.....	23
3.1.2	Fysieke beperkingen.....	23
3.1.3	Valincidentie	24
3.1.4	Chronische aandoeningen	24
3.1.5	Plaats van de hulpverlening	25
3.1.6	Drempels tot de zorg	26
3.2	Psychisch welbevinden.....	28
3.2.1	Omgaan met ouder worden	28
3.2.2	Psychisch onwelzijn	28
3.2.3	Dementie	29
3.2.4	Plaats van de hulpverlening	29

3.3	Woonsituatie en leefomgeving.....	30
3.3.1	Aangepast wonen	30
3.3.2	Specifieke woonvormen voor ouderen	33
3.3.3	Stimulerende leefomgeving	37
3.4	Participatie en sociale redzaamheid	39
3.4.1	Sociale netwerken.....	39
3.4.2	Maatschappelijke participatie	42
3.4.3	Informele hulp en mantelzorg	43
3.4.4	Digitale kloof.....	43
4	In het kort... ..	44
	Overzicht kaarten, tabellen en grafieken	45
	Bibliografie	46

1 Ouderen in cijfers

1.1 VERTRAAGDE VERGRIJZING

Brussel had lange tijd de oudste leeftijdsstructuur van de drie gewesten. Door de stelselmatige verjonging van het gewest en vooral door de snellere veroudering van de rest van het land keerde de verhouding in leeftijdsstructuren tussen de gewesten zich om sinds 2000. Brussel geldt thans als groenste gewest. Toch telde Brussel anno 2010 ongeveer 152.000 inwoners ouder dan 65 jaar op een totale bevolking van 1.090.000 inwoners. Samen vertegenwoordigen ze 14 % van de Brusselse bevolking.

Tabel 1. Aantal en aandeel ouderen per gemeente (2006 en 2010)

Gemeente	Aandeel 65+		Aantal 65+		
	2006	2010	2006	2010	
Anderlecht	16,66	14,88	15.905	15.574	Relatief hoog aandeel ouderen
Oudergem	19,12	17,49	5.610	5.390	
Sint-Agatha-Berchem	18,22	16,42	3.646	3.643	Relatief laag aandeel ouderen
Brussel	13,07	11,85	18.904	18.681	
Etterbeek	13,32	11,74	5.546	5.209	
Evere	18,01	16,79	5.979	6.012	
Vorst	15,33	14,23	7.300	7.151	
Ganshoren	22,39	20,01	4.643	4.521	
Elsene	12,02	11,23	9.249	9.005	
Jette	18,35	16,30	7.837	7.629	
Koekelberg	15,28	13,54	2.774	2.682	
Sint-Jans-Molenbeek	13,91	12,65	11.052	11.158	
Sint-Gillis	10,46	9,54	4.629	4.482	
Sint-Joost-ten-Node	8,34	7,74	1.953	2.039	
Schaarbeek	11,72	10,56	13.060	12.807	
Ukkel	19,50	19,09	14.763	14.813	
Watermaal-Bosvoorde	19,40	19,32	4.655	4.688	
St.-Lambrechts-Woluwe	19,25	17,78	9.148	9.025	
St.-Pieters-Woluwe	20,12	19,37	7.617	7.570	
BHG	15,17	13,96	154.270	152.079	

Bron: BISA-wijkmonitoring en FOD economie.

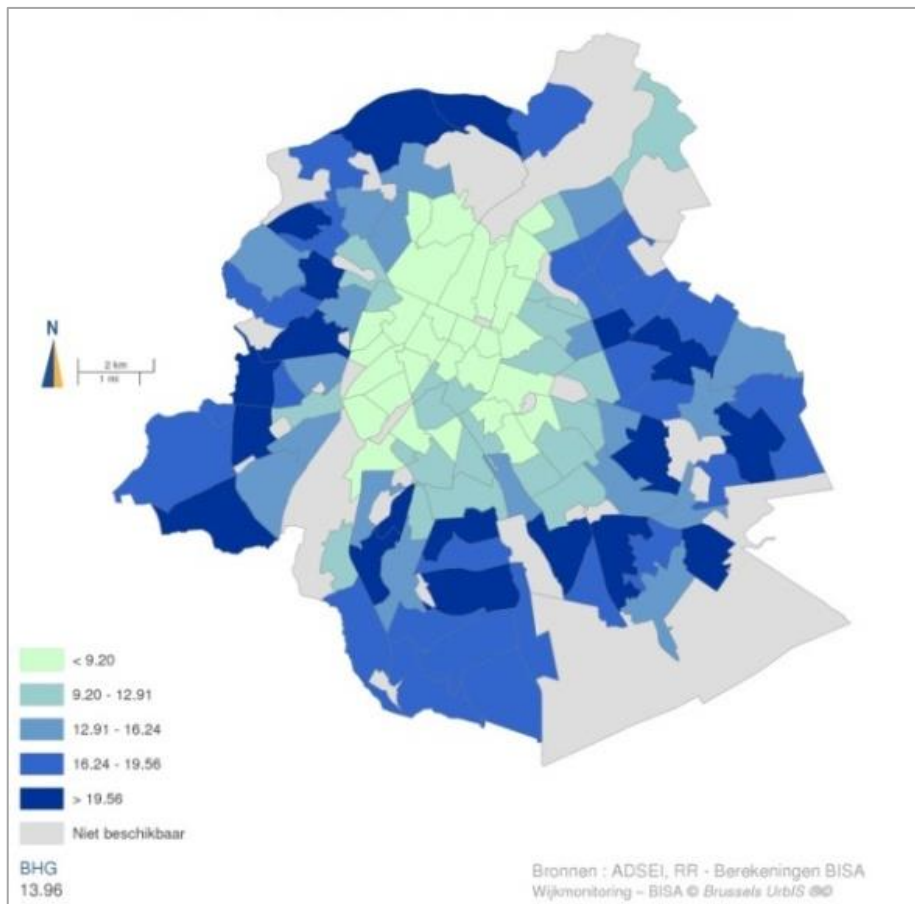
1.1.1 Regionale spreiding

We stellen in alle gemeenten een daling van het aandeel ouderen vast t.o.v. 2006, evenals een lichte daling van het aantal ouderen. Gemeenten met het hoogste aandeel ouderen (cijfers 2010) zijn in dalende volgorde: Ganshoren (20%), Sint-Pieters-Woluwe, Watermaal-Bosvoorde en Ukkel (19%), Sint-Lambrechts-Woluwe (18%) en Oudergem (17%). Het percentage 65-plussers ligt er aanzienlijk hoger dan het Brusselse gemiddelde van 14%.

Sint-Joost-ten-Node en Sint-Gillis zijn dan weer opvallend jonge gemeenten met een aandeel van respectievelijk 8% en bijna 10% ouderen. Beide gemeenten tellen ook minder dan vijfduizend 65-plussers en behoren samen met Koekelberg, Sint-Agatha-Berchem en Watermaal-Bosvoorde tot de gemeenten met het minst aantal ouderen. De meeste ouderen wonen in Brussel, Anderlecht, Ukkel, Schaarbeek en Sint-Jans-

Molenbeek. Deze vijf gemeenten zijn samen goed voor bijna de helft van de Brusselse 65-plussers. De gemeente Ukkel combineert een hoog aantal (14.700) én aandeel (19%) ouderen.

Kaart 1. Aandeel 65+ in totale bevolking (2010)



Kijken we meer in detail naar het aandeel ouderen op wijkniveau, dan valt de oververtegenwoordiging op van ouderen in de buitenrand of tweede kroon. In de 19^{de} eeuwse gordel of eerste kroon zijn de proporties ouderen over het algemeen laag. In de tweede kroon vinden we slechts enkele buurten waar het aandeel ouderen lager is dan het Brusselse gemiddelde. In het stadscentrum en in de 19de-eeuwse ring echter zijn de aandelen van ouderen doorgaans relatief laag. Toch mogen we ons niet laten misleiden door dit klein aandeel. In de dichtbevolkte wijken van de meest achtergestelde zones in Brussel leeft een groot aantal, vaak sociaaleconomisch erg kwetsbare ouderen².

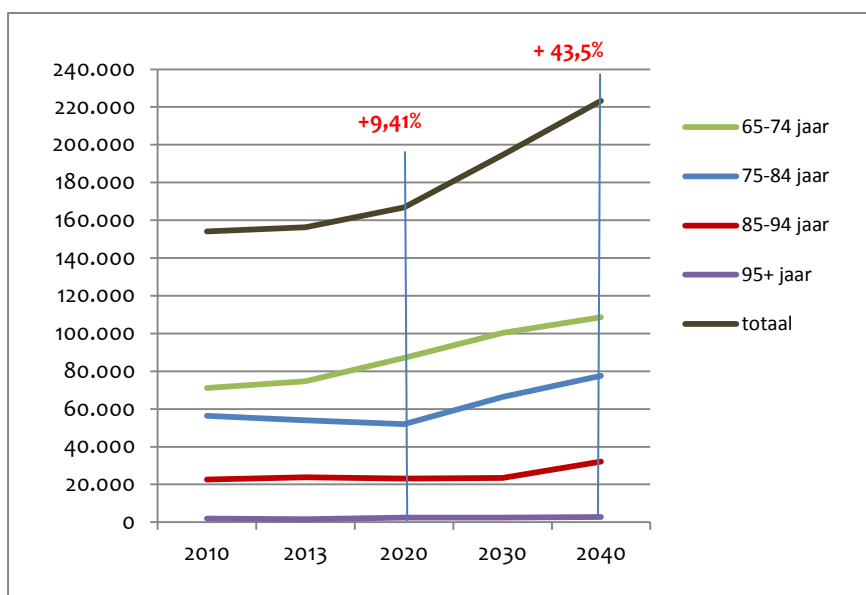
1.1.2 Prognoses

De daling van het aandeel en aantal ouderen tijdens de afgelopen jaren is niet representatief voor wat ons de komende jaren te wachten staat. De neerwaartse tendens keert zich sinds 2010 en het aantal 65-plussers zal de komende decennia eerst gestaag en dan sterk stijgen.

De verwachting is dat het aandeel ouderen in de totale bevolking de komende 10 jaar ongeveer stabiel blijft (+/- 14%), om nadien te stijgen tot 18% tegen 2060.

² (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad, 2010)

Grafiek 1. Prognoses ouderenpopulatie per leeftijdscategorie

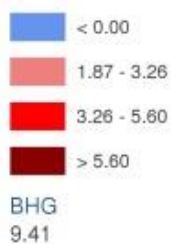
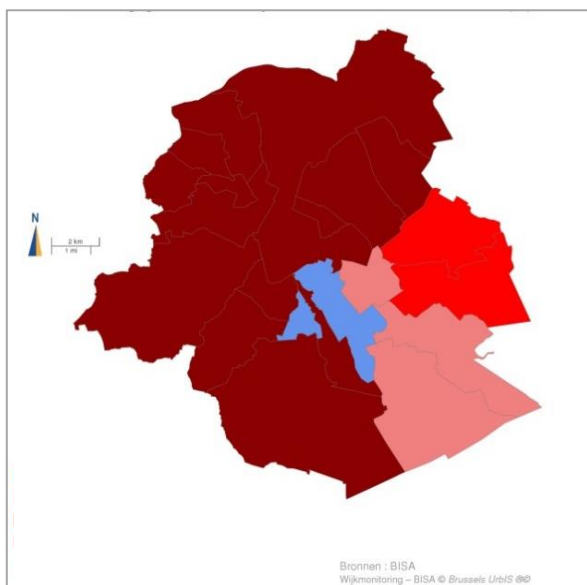


Bron: Bevolkingsvooruitzichten 2010-2060, FPB en ADSEI

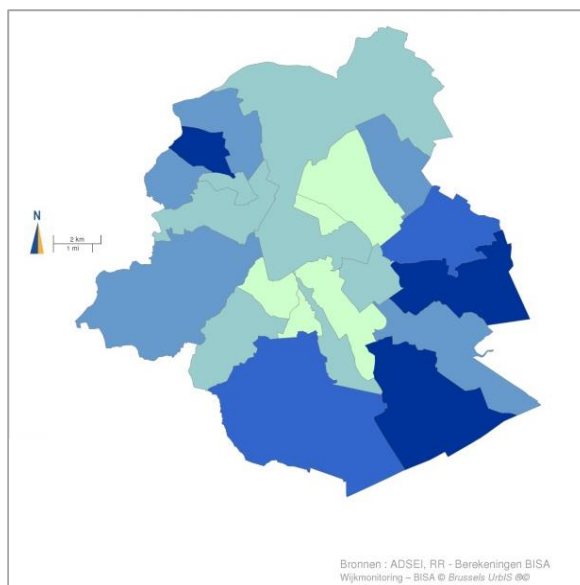
Deze cijfers zeggen echter niet alles en geven een beeld dat sterk beïnvloed wordt door de algemene bevolkingsgroei in Brussel. Tegen 2040 wordt een algemene bevolkingsstijging van 26,1% verwacht, waardoor het aantal Brusselaars geschat wordt op 1 374 537. Hiervan zou 18% ouder zijn dan 65 jaar.

Vooraf het toenemend aantal ouderen verdient onze aandacht. Bekijken we de absolute aantallen in figuur 1, dan zien we dat het aantal 65-plussers tussen 2010 en 2040 toeneemt van ca. 155.000 tot ca. 220 000 in 2040, een stijging met 9,41% tegen 2020 en niet minder dan 43,5% tegen 2040.

Kaart 2. Aangroei 65+ tussen 2010 en 2020



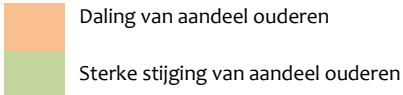
Kaart 3. Aandeel 65+ in bevolking per gemeente



De relatieve groei van de ouderenbevolking zet zich niet in alle Brusselse gemeenten even sterk door. Bijgaande tabel en de kaarten maken duidelijk dat de spreidingskaart van ouderen in Brussel er in de toekomst waarschijnlijk anders zal uit zien. Daar waar vandaag het hoog aandeel ouderen opvalt in het zuidoosten van Brussel, zijn het net die gemeenten waar de bevolkingsgroei van ouderen het laagst is in de komende jaren. De sterkste stijging wordt verwacht in de gemeente Sint-Joost-ten-Node, gevolgd door Sint-Gillis en Sint-Jans-Molenbeek, m.a.w. de gemeenten met een grote allochtone populatie. Tabel 2 geeft aan dat we al op heel korte termijn (tegen 2015) een toename van ouderen mogen verwachten in deze gemeente, van 7 tot bijna 14%. De gemeente Elsene echter versterkt de komende jaren zijn positie als jonge gemeente.

Tabel 2. Verwachte bevolkingsgroei van ouderen (+ 65 jaar) per gemeente

Gemeente	% groei 2010 - 2015
Anderlecht	5,60
Oudergem	-1,10
Sint-Agatha-Berchem	4,82
Brussel	5,24
Etterbeek	-1,13
Evere	2,91
Vorst	1,69
Ganshoren	1,87
Elsene	-2,42
Jette	3,26
Koekelberg	2,34
Sint-Jans-Molenbeek	6,87
Sint-Gillis	7,19
Sint-Joost-ten-Node	13,47
Schaarbeek	4,94
Ukkel	2,12
Watermaal-Bosvoorde	0,55
Sint-Lambrechts-Woluwe	0,97
Sint-Pieters-Woluwe	1,08
BHG	3,35



Daling van aandeel ouderen

Sterke stijging van aandeel ouderen

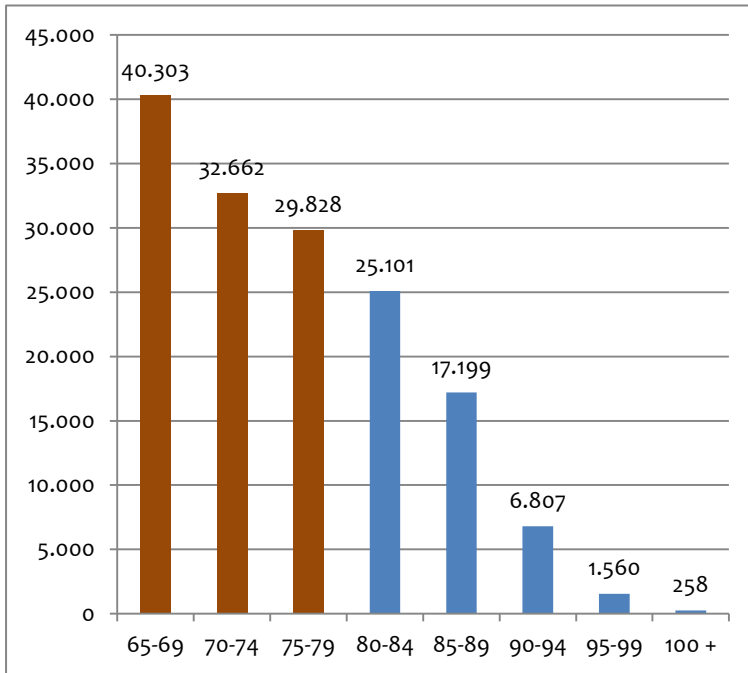
Bron: BISA wijkmonitoring

1.2 MEERDERE TINTEN GRIJS

De Vlaamse ouderenzorg richt zich volgens het Woonzorgdecreet tot 65-plussers. Alle 65-plussers in globo benaderen als doelgroep van een woonzorgbeleid zou de realiteit geweld aandoen. De leeftijdsgroep van 65 tot 105 jaar omspannt verschillende generaties ouderen, die niet zonder meer gelijkgesteld kunnen worden omdat ze uiteenlopende waarden, verwachtingen en zorgbehoeften hebben.

Opvallend in Brussel is de hoge **intensiteit van de vergrijzing**, uitgedrukt in het aandeel 80-plussers in de ouderenpopulatie. Die bedraagt in Brussel bijna 33%, wat wil zeggen dat één op drie ouder is dan 80 jaar. Brussel is daarmee niet alleen het jongste gewest in België maar ook dat met het hoogste aandeel 80-plussers, een groep van 51.000 personen voor wie het risico op kwetsbaarheid en zorgafhankelijk heel erg groot is.

Grafiek 2. Aantal ouderen per leeftijdscategorie - 2012



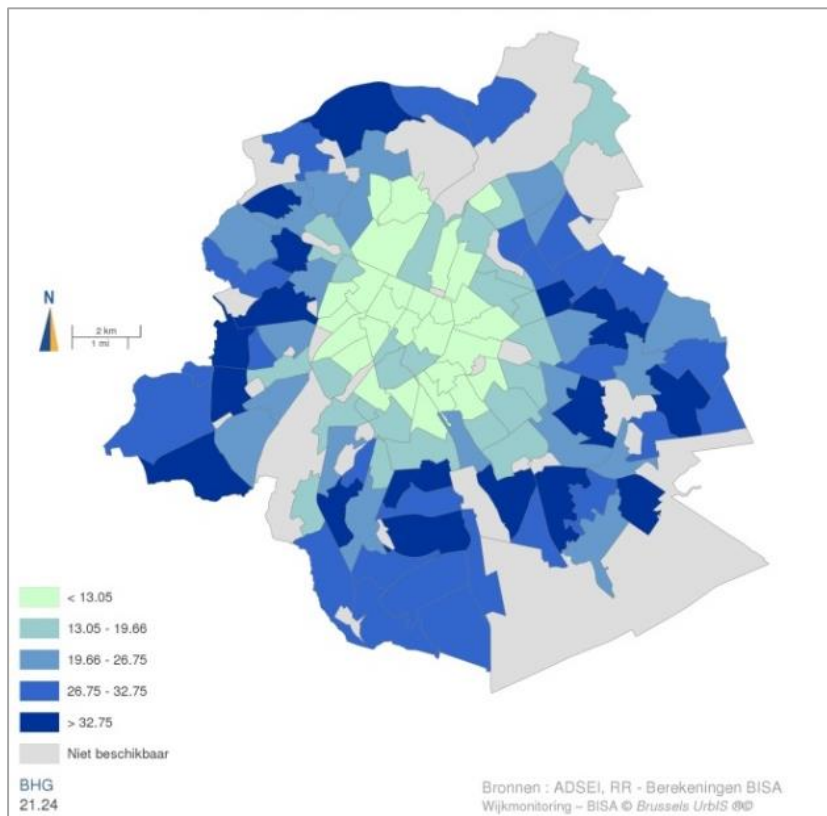
Bron: Federaal Planbureau FOD Economie

kleurschakeringen. De ratio varieert van licht (laag) in en rond het centrum tot donkerblauw (hoog) in het zuiden en het westen van het Brusselse gewest.

De **afhankelijkheidsratio** van de ouderen laat toe de vergrijzing van de bevolking te meten aan de hand van het aandeel ouderen op pensioenleeftijd in verhouding tot de mensen op arbeidsleeftijd.

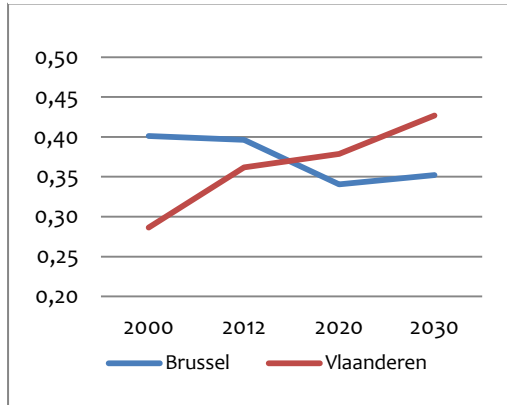
De ouderen-afhankelijkheidsratio voor Brussel (verhouding 65-plussers tot aantal 15 tot -64 jarigen) bedraagt 21,24%. Dit cijfer ligt aanzienlijk onder het Belgische en Vlaams gemiddelde van respectievelijk 26 en 27,6%. Achter dit cijfer schuilt echter een zeer uiteenlopende realiteit: van heel lage afhankelijkheidsratio (tussen 11 en 15%) in de Sint-Joost-ten-Node, Elsene en Sint-Gillis tot een zeer hoge ratio (boven 30%) in Ganshoren, Ukkel, Watermaal-Bosvoorde en Sint-Pieters-Woluwe. Opgedeeld per wijkniveau krijgen we een beeld met veel

Kaart 4. Afhankelijkheidsratio van ouderen (2011)



De **familiale zorgindex**³ wordt gedefinieerd als de verhouding tussen het aantal (zorgbehoevende) hoogbejaarden (80+) en de (zorgverlenende) bevolking tussen 50 en 59 jaar. Die ratio bedroeg in 2012 in Vlaanderen 0,31 en in Brussel 0,40. Dit betekent dat er momenteel in Brussel in verhouding meer (zorgbehoevende) ouderen zijn tegenover een kleiner potentieel aan zorgverlenende vijftigers.

Grafiek 3. Familiale zorgindex



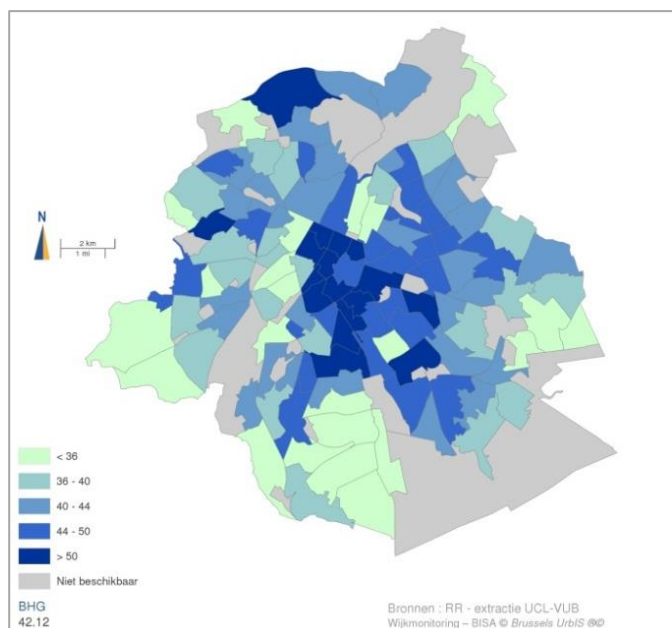
Deze figuur maakt duidelijk dat Vlaanderen en Brussel op dit vlak een tegengestelde beweging maken, met in Brussel een daling van de index tot 0,35 tegen 2020.

Deze cijfers zeggen iets over de potentiële draagkracht van de bevolking in het algemeen, maar niets over de effectieve mantelzorg. Daarvoor is het belangrijk te weten in welke mate ouderen kunnen rekenen op de steun van partner of kinderen. Zij zijn immers de eerste steunpilaar voor zorgbehoevende ouderen. Veel mantelzorg gebeurt door de partner, vaak zelf ook een oudere met mogelijke zorgbehoeften.

De wijkmonitoring leert ons dat in Brussel 30 % van de vrouwelijke 60-plussers samenwoont zonder kinderen, terwijl meer dan 40% van de 65-plussers alleenstaand is. (cijfers 2006).

Opmerkelijk is dat de kaart van het aandeel **alleenstaande ouderen** niet gelijk loopt met deze van het totaal aandeel ouderen. Het zijn net de wijken in en rond het centrum, met minder ouderen, die het sterkst te maken krijgen met alleenstaanden en bijgevolg een groter risico op vereenzaming van ouderen. De wijken in het centrum van Brussel (Dansaertwijk, Begijnhof, Marollen), en ten oosten van het Centrum (Europawijk, Matonge en Sint Pieters) scoren op dit vlak erg hoog. De situatie in de wijk Heizel is enigszins opmerkelijk: het combineert als enige een zeer hoge score, zowel op vlak van het aantal ouderen (3029 in 2010) , aandeel ouderen (22,45%) als aandeel alleenstaande ouderen (50,63%).

Kaart 5. Aandeel alleenstaande 65+ (2006)



Benchmarking stad Antwerpen

Met een totale bevolking van bijna 1.140.000 inwoners telt het Brussels gewest 2,27 keer meer inwoners dan de stad Antwerpen. Brussel heeft algemeen genomen een jongere bevolking dan Antwerpen. Het verschil in de leeftijdsklasse boven 65 jaar is aanzienlijk: in Antwerpen is 17% van de bevolking ouder dan 65, in Brussel is dit net geen 14%. Het aantal 65-plussers in Brussel is dan ook maar 1,76 keer dit van Antwerpen. Verdere verfijning van de ouderenpopulatie leert dat de intensiteit van de vergrijzing voor beiden 33% bedraagt, hoger dan het Vlaamse gemiddelde van 27%.

³ (Pelfrene, 2005)

Antwerpen telde anno 2012 iets meer dan 87.000 ouderen. De bevolkingsvooruitzichten geven aan dat het aantal 65-plussers relatief stabiel blijft tot 2017. Hierna neemt het aantal toe tot 100.000 in 2030.

De stijging van het aantal 65-plussers wordt in beide steden vooral beïnvloed door de categorie van 65 tot 79 jaar. Het aantal ouderen in deze leeftijdsgroep neemt zowel in Antwerpen als in Brussel over de komende 20 jaar sterk toe, terwijl het aantal 80-plussers eerst licht daalt om nadien weer te stijgen tot (net) boven het huidige aantal.

Tabel 3. 65-plussers in Brussel en Antwerpen

	Brussel	Antwerpen
Aantal inwoners	1.140.000	511.000
Aantal 65+ in 2010	152.000	87.000
Aandeel 65+	14%	17%
Aantal 80+/65+	33%	33%
Verwacht aantal 65+ in 2030	193.000	101.000
Totale evolutie 65+ (2010 - 2030)	+ 40.000	+ 14.000
Evolutie 65-79 jaar (2010 - 2030)	+ 35.000	+ 20.000
Evolutie 80+ (2010 - 2030)	+ 4.600	+ 700

Bron: NIS en bevolkingsdienst Stad Antwerpen

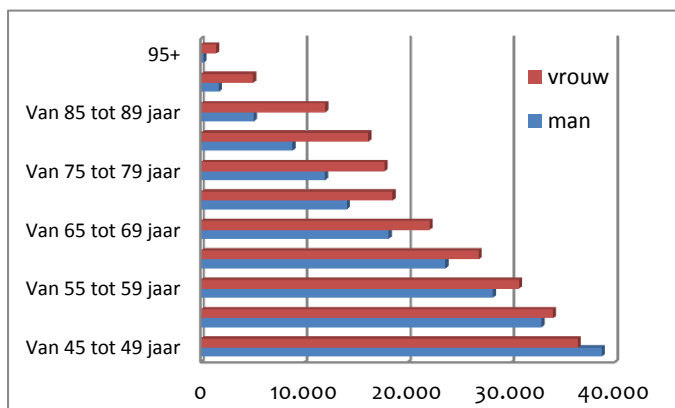
1.3 VROUWEN AAN DE TOP

Ligt de geslachtsverhouding tot de leeftijd van 55 jaar nagenoeg gelijk, dan zien we op oudere leeftijd een graduele stijging van het aandeel vrouwen. Vanaf de leeftijd van 65 jaar telt men voor elke man 1,45 vrouwen. De verhouding evolueert eerst traag, maar stijgt snel vanaf de leeftijd van 70 jaar: van 57% vrouwen op 75 jaar, 65% op 85 jaar tot 80% op 95 jaar.

Verder zal blijken dat deze globale verhouding zich niet weerspiegelt bij de ouderen van vreemde herkomst. De man-vrouw verhouding loopt er momenteel veeleer gelijk tot in de oudste leeftijdsgroep, met zelfs een lichte oververtegenwoordiging van mannen bij de Marokkaanse ouderen.

Het geslacht is in belangrijke mate bepalend voor de mate van zorgbehoefte. Zo tonen verschillende onderzoeken⁴ aan dat vrouwen veel meer dan mannen te kampen hebben met een beperking of chronische ziekte. Meer dan 22% van de vrouwelijke 65-plussers heeft behoefte aan hulp bij activiteiten dagelijks leven (ADL) t.o.v. 12,5 % van de mannen. Het onderzoek bij Brusselse senioren gaf dezelfde verhouding en percentages aan.

Grafiek 4. Man - vrouw verhouding bij ouderen (2010)



Bron: FOD economie

De kans op zorgafhankelijkheid stijgt met de leeftijd. Bij de 85-plussers zijn er dubbel zo veel zorgbehoefte vrouwen als mannen. Verder weten we dat de levensverwachting van vrouwen hoger ligt. Voor Brussel was dit in 2010 respectievelijk 82,6 jaar (vrouwen) en 77,5 jaar (mannen). Vrouwen worden ouder, maar kampen meer en bijgevolg ook langer met gezondheidsproblemen en zorgafhankelijkheid. De combinatie van beide factoren betekent dat het aantal oudere(n) vrouwen met een beperking en zorgbehoefte zal toenemen.

⁴ (De Donder, Verté, Teugels, & Glorieux, 2013) en (Pacolet J., 2010)

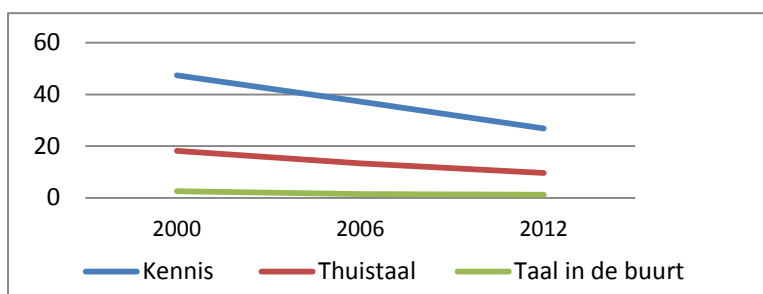
1.4 TAALDIVERSITEIT

Over het taalgebruik van ouderen zijn weinig gegevens. Het is moeilijk om het aantal Nederlandstaligen of anderstaligen te detecteren, laat staan de ruimtelijke spreiding ervan te analyseren. Het Taalbarometeronderzoek peilt naar de talenkennis, het taalgebruik en taalverschuiving bij de Brusselaars. In het verlengde van de taalbarometer 2013 maakte prof. Rudi Janssen een verkorte analyse van de talenkennis en het taalgebruik bij ouderen in Brussel bij de leeftijdsgroep van 55 tot 70 jaar.

Wat de kennis en het gebruik van het Nederlands in Brussel betreft, luidt de vaststelling dat dit bij oudere Brusselaars duidelijk hoger ligt dan bij de jongere generaties, maar dat de verschillen kleiner worden omdat de oudere generatie ook steeds minder goed Nederlands spreekt.

Grafiek 5 geeft de evolutie weer van het Nederlands bij de 65-jarigen over een periode van 12 jaar (2000 - 2012). De dalende trend is onmiskenbaar, vooral op vlak van kennis van het Nederlands. In 2000 was dit nog goed tot uitstekend bij bijna de helft van de ouderen, maar intussen gedaald naar iets meer dan een kwart in 2012. Het Nederlands als thuistaal verloor eveneens terrein, zij het minder spectaculair, van 18% naar bijna 10%. Ondanks een relatief groot belang van het Nederlands in 2000, zowel op vlak van kennis als thuistaal, kreeg het Nederlands toen al een marginale plaats toebedeeld als het gaat om contacten in de buurt.

Grafiek 5. Evolutie (in %) van kennis en gebruik van het Nederlands bij 65-jarigen in Brussel

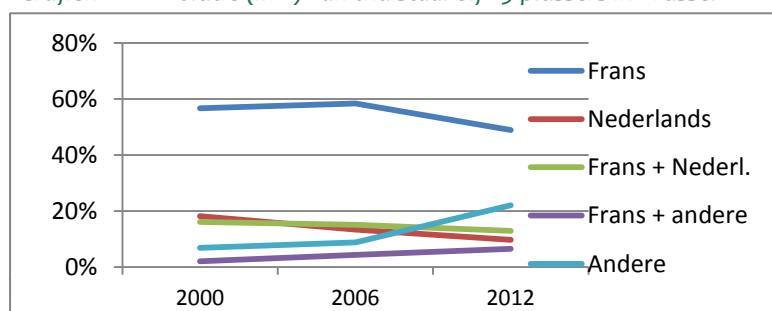


Bron: Rudi Janssen, 2013

De dalende plaats van het Nederlands wordt niet gecompenseerd door een stijgende kennis van het Frans, maar wel door een toenemende invloed van andere talen bij ouderen, in het bijzonder het Engels, Arabisch en in mindere mate het Spaans, Italiaans en Turks. Ook het gebruik van het Frans gaat achteruit, hoewel nog steeds 90% van hen er goede kennis van heeft. De opmars van andere talen uit zich vooral in het taalgebruik thuis. In 2000 gebruikten nog meer dan negen op tien Brusselse ouderen het Frans, Nederlands of een combinatie van beide als thuistaal. Intussen hanteren bijna drie op tien ouderen een andere thuistaal, waarvan bijna een kwart gecombineerd met het Frans. Van de komende generatie van ouderen zal 30% van de 55-60-jarigen thuis noch Frans, noch Nederlands spreken.

Er is duidelijk een evolutie vast te stellen. Tot tien jaren geleden vormden de Nederlandstaligen en het vooral de traditionele Belgen nog een omvangrijke groep binnen deze ouderenbevolking, Sinds 2006 zet zich onder de Brusselse ouderen een evolutie van meertaligheid en culturele diversiteit in⁵.

Grafiek 6. Evolutie (in %) van thuistaal bij 65-plussers in Brussel



Bron: Rudi Janssens, 2013

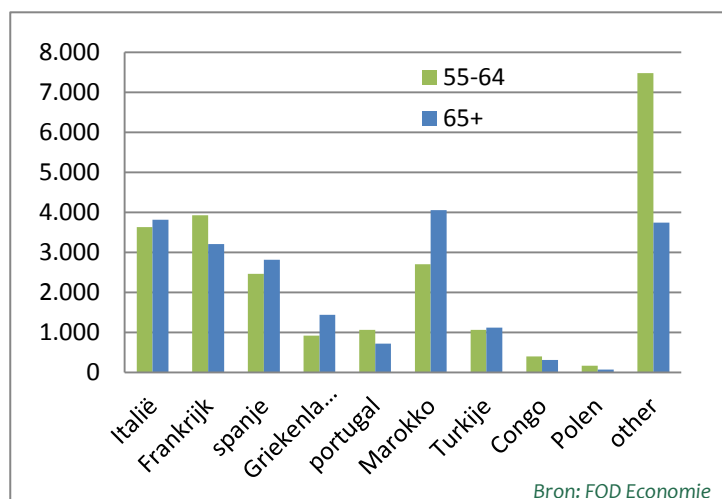
1.5 GEKLEURDE VERGRIJZING

1.5.1 Niet-Belgische ouderen

Steeds meer is het beleid en werkveld zich bewust van de groeiende groep van ouderen uit etnisch-culturele minderheden. De arbeidsmigranten van de eerste generatie hebben de pensioenleeftijd bereikt en via recentere migratie en gezinshereniging komen mensen ook op latere leeftijd naar hier, o.a. uit Marokko, Congo en Oost-Europa.

Om de verkleuring van de samenleving in beeld te brengen zijn we in eerste instantie aangewezen op statistische gegevens op basis van nationaliteit. In 2012 werden er iets meer dan 25.500 niet Belgische 65-plussers geteld in Brussel. Daarmee bedraagt hun aandeel ongeveer 14%, tegenover iets meer dan 3% in Vlaanderen en een Belgisch gemiddelde van 6%. Tellen we de komende groep van 55-plussers mee, dan stijgt dit in Brussel boven de 20%.

Grafiek 7. Niet-Belgische ouderen (2006)



De Marokkaanse ouderen vormen met +/- 4.000 ouderen de grootste groep. Ook de Fransen, Italianen en Spanjaarden zijn goed vertegenwoordigd met +/- 3.000 ouderen voor elke groep. De Turkse gemeenschap telt in Brussel ca 1.000 ouderen.

Interessant is om te kijken naar de komende groep van ouderen, namelijk de leeftijdscategorie van 55 tot 64 jaar: De niet-Belgen vertegenwoordigen een kwart van de totale leeftijdscategorie. Indien we verder

ingaan op de spreiding per nationaliteit, dan valt op dat we in de komende jaren nog een grotere diversiteit mogen verwachten. In grafiek 7 zien we een sterke daling van het aantal Marokkanen t.o.v. de oudere leeftijdsgroepen - waarschijnlijk een gevolg van naturalisatie - en meer dan een verdubbeling in de categorie van andere nationaliteiten.

1.5.2 Vreemde herkomst

Het nationaliteitscriterium geeft een vertekend beeld en een grote onderschatting van het aantal allochtone ouderen. Heel wat mensen van vreemde herkomst, ook ouderen, zijn intussen tot Belg genaturaliseerd en vallen zodoende buiten deze statistieken. Voor Vlaanderen werden de ouderen van vreemde herkomst gedetailleerd in kaart gebracht en geactualiseerd⁶. Voor Brussel is geen uitgebreide studie voorhanden maar konden we gebruik maken van gegevens van prof. Lodewijckx m.b.t. het aantal ouderen van vreemde herkomst op 1/1/2011, gebaseerd op nationaliteit bij geboorte. Enkele vaststellingen:

- Het Brussels gewest telt 41.311 Brusselse ouderen van vreemde herkomst (niet-Belgische nationaliteit bij geboorte).
- Het aandeel 65-plussers van vreemde herkomst in Brussel bedraagt 27%, t.o.v. 4% in Vlaanderen.
- De ouderen afkomstig uit Marokko vormen met 11.376 de grootste groep.

⁶ (Noppe & Lodewijckx, 2007) en (Lodewijckx, 2013)

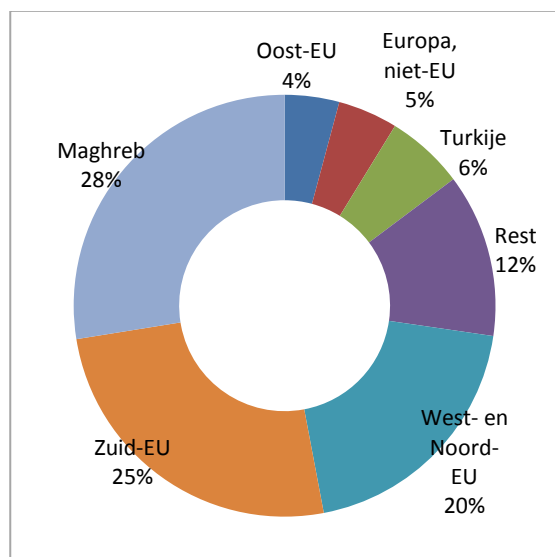
- De intensiteit van de veroudering is nog relatief laag: 18% van de niet-westerse 65-plussers is ouderen dan 80, t.o.v. 38% bij de Belgische bevolking.
- In tegenstelling tot de Belgische is de veroudering veel minder vrouwelijk: bij niet-westerse 65-plussers zijn er 90 mannen per 100 vrouwen. Voor de Belgische ouderen geldt een verhouding van 58 mannen per 100 vrouwen. In de Marokkaanse gemeenschap is het aandeel mannelijke 65-plussers met 107/100 zelfs hoger dan vrouwen. Dit kan worden verklaard door de arbeidsmigratie, onvolledige gezinshereniging maar ook door het grote leeftijdsverschil tussen echtgenoten.
- Allochtone ouderen zijn niet noodzakelijk hier oud geworden: nieuwe migratie en gezinshereniging brengen mensen ook op oudere leeftijd naar Brussel. Zo kwamen 1.100 van de Marokkaanse 65-plussers in Brussel minder dan 5 jaar geleden.

Tabel 4. Aantal 65-plussers o.b.v. herkomst - 2011

Aantal 65+	man	vrouw	Total
België	40.726	70.417	111.143
Oost-EU	725	1.001	1.726
Europa, niet-EU	822	1.075	1.897
Turkije	1.161	1.316	2.477
West- en Noord-EU	3.059	5.090	8.149
Zuid-EU	4.738	5.771	10.509
Maghreb	5.875	5.501	11.376
Rest	2.338	2.839	5.177
Totaal niet-Belg	18.718	22.593	41.311
Totaal	59.444	93.010	152.454

Bron: Lodewijckx E.2013

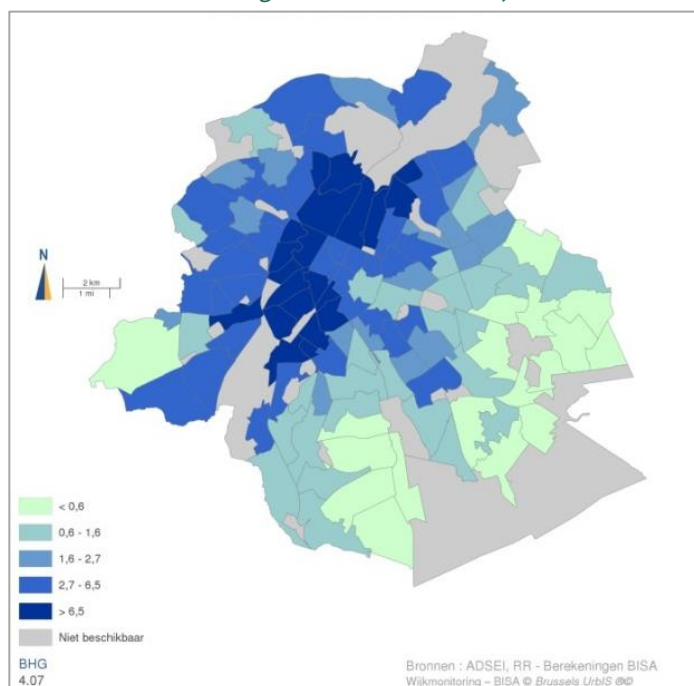
Grafiek 8. Aandeel 65-plussers vreemde herkomst



1.5.3 Ruimtelijke spreiding

De ruimtelijke spreiding van niet-Belgische ouderen vergt een diepgaandere studie en kon niet in kaart worden gebracht. Gezien de Marokkaanse gemeenschap de grootste groep niet-Belgische ouderen vertegenwoordigt, tonen we hier ter indicatie de spreidingskaart op wijkniveau van het aandeel Marokkanen in Brussel. Dit geeft aan waar we de hoogste concentratie aan niet-westerse ouderen mogen verwachten, in het bijzonder in de Kanaalzone.

Kaart 6. Bevolkingsaandeel uit Noord-Afrika - 2011



Benchmarking Antwerpen

Ook Antwerpen staat bekend als multiculturele stad. Toch is de verkleurde vergrijzing er minder uitgesproken. Het aandeel ouderen met niet-Belgische nationaliteit bedraagt 6% (t.o.v. 14% voor Brussel). Evenals in Brussel vertegenwoordigt de Marokkaanse gemeenschap er met 1.024 ouderen de grootste groep, in de verte gevolgd door Turken en Spanjaarden.

Tabel 5. Niet-Belgische ouderen in Brussel en Antwerpen

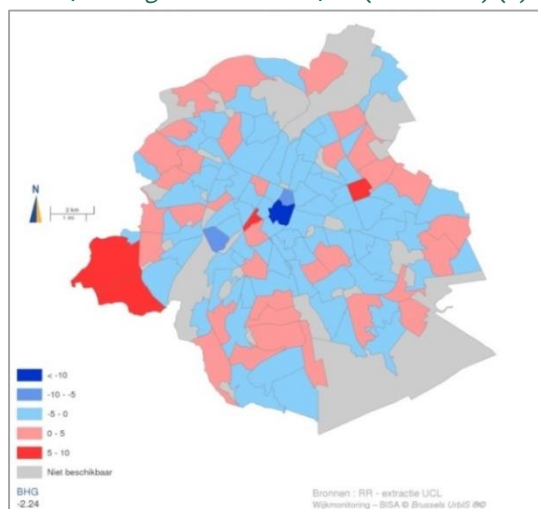
	Brussel		Antwerpen	
	55-64	65+	55-64	65+
Italië	3.632	3.814	157	167
Frankrijk	3.926	3.207	268	280
Spanje	2.469	2.815	270	261
Griekenland	921	1.444	43	51
Portugal	1.063	723	312	143
Marokko	2.706	4.058	782	1024
Turkije	1.068	1.119	321	333
Congo	402	316	53	29
Polen	173	71	514	69
Andere	7.484	3.742	3.089	2.660
Totaal niet-Belg	23.844	21.309	5819	5017
België	74.122	132.397	47561	82521
Totaal	97.966	153.706	53.370	87.538
	24%	14%	11%	6%

Bron: NIS 2006 (Brussel) en dienst vreemdelingenzaken Stad Antwerpen

1.5.4 Verhuisbewegingen bij ouderen

Het wegtrekken van bekenden uit de buurt en daarmee gepaarde vervreemding is een vaak gehoorde reden tot ongenoegen bij ouderen. Het effect van de verhuisbewegingen wordt uitgedrukt in het **migratiesaldo**, zijnde het verschil tussen het aantal aankomsten en vertrekken, en is een belangrijke aanwijzing voor het aantrekkende of afstotende karakter van een wijk. Een negatief migratiesaldo betekent dat de wijk bewoners verliest door emigratie. Omgekeerd betekent een positief migratiesaldo dat de wijk

Kaart 7. Migratiesaldo van 70+ (2001-2006) (%)



meer inwoners aantrekt. De wijkmonitor brengt de verhuisbewegingen per leeftijdscategorie in kaart in de periode 2001 – 2006. Men zou kunnen verwachten dat 70-plussers door uiteenlopende gebeurtenissen (weduwenaarschap, dichterbij de kinderen gaan wonen, onaangepastheid van de woning) er toe worden aanzet om te kiezen voor een meer geschikte woonplaats. De vaststelling luidt dat de verhuisintensiteit bij 70-plussers echter erg laag ligt. Ouderen verhuizen ondanks gewijzigde leefomstandigheden niet gemakkelijk en blijven in hun buurt wonen. Wel ligt het aantal vertrekken ver boven het aantal aankomsten. De migratiesaldi van de 70-plussers zijn in de meeste wijken negatief, met uitzondering van sommige wijken gelegen in de tweede kroon. Mogelijk kan de aanwezigheid van

aangepaste woningen en collectieve huisvesting de verhuisbeweging naar deze wijken verklaren.

1.6 SOCIAALECONOMISCHE POSITIE

Opleiding, inkomen en vermogen zijn factoren die mee het gezondheidsniveau en de zorgbehoeften van ouderen bepalen. Zo kampen vermogende ouderen minder met een slechte fysieke gezondheid, lichamelijke beperkingen en psychische problemen dan hun leeftijdsgenoten met een laag vermogen⁷. Ouderen uit rijke gemeenten hebben minder kans op vroegtijdig overlijden en gezondheidsproblemen. De levensverwachting bij de geboorte verschilt naargelang het socio-economisch niveau, met een verschil tussen de armste en de rijkste Brusselse gemeenten van 3,4 jaar voor mannen en 3,1 jaar voor vrouwen⁸.

Steeds meer Brusselse ouderen moeten rond komen met een zeer **klein inkomen** en kampen met financiële moeilijkheden. Volgens de Brusselse Welzijnsbarometer⁹ ontving op 1 januari 2011 16,2 % van de ouderen een minimum- of vervangingsinkomen (exclusief pensioenen). Het aandeel ouderen dat een Inkomensgarantie voor Ouderen (IGO) ontving schommelde afgelopen jaren rond 8% met een piek van 9,4% op 1 januari 2012. Volgens het RIZIV¹⁰ deden in 2012 13.442 hier beroep op, dit is 8% van de ouderen. Dit is dubbel zo veel als in Vlaanderen waar bijna 52.000 personen, of 4% van de ouderen beroep moet doen op een IGO.

Voorts doet 29% van de Brusselse 65-plussers een beroep op een verhoogde verzekeringstegemoetkoming voor geneeskundige zorgen. Gemiddeld één op tien Brusselse ouderen boven 65 jaar verklaart gezondheidsuitgaven uit te stellen omwille van financiële moeilijkheden. Meer dan 15% vindt de thuiszorg onbetaalbaar. Nochtans hebben mensen met een lagere socio-economische status vaker en vroeger last van gezondheidsproblemen en functionele beperkingen en bijgevolg een hogere kans om gebruik te moeten maken van een thuiszorgdienst¹¹.

Tabel 6. Ouderen met een minimum- of vervangingsinkomen in Brussel

Situatie 2011	aantal	%
Ouderen (65 jaar en ouder)	152.079	100
Inkomensgarantie IGO	14.153	9,3
OCMW: leefloon + equivalent leefloon	1.408	0,9
Uitkering voor mensen met een handicap	9.124	6,0
Totaal aantal 65+ met een uitkering	24.685	16,2

Bron: Brusselse Welzijnsbarometer

De studiegroep vergrijzing stelt in haar jaarverslag 2013 dat het **armoederisico** – zijnde een beschikbaar inkomen onder 1.000 euro per maand - bij ouderen nog steeds hoger is dan dat bij andere bevolkingsgroepen. Het gaat uit van een armoederisico bij 20% van de Belgische 65-plussers. Cijfers voor Brussel zijn hierin niet opgenomen, maar we mogen stellen dat dit zeker niet lager zal liggen. Omgerekend betekent dit dat minstens 31.000 Brusselse ouderen het met een zeer beperkt inkomen moeten stellen.

Wel is er momenteel nauwelijks nog verschil in armoederisico tussen alleenstaanden en oudere koppels en tussen oudere vrouwen en oudere mannen. Dit komt vooral omdat vrouwen actiever zijn op de arbeidsmarkt en een eigen pensioen verwerven, maar ook door de verhoging van de minimumpensioenen en een verbetering van de IGO-bijdragen voor alleenstaanden, waar voornamelijk vrouwen baat bij hebben.

Een laag inkomen loopt echter niet noodzakelijk gelijk met de subjectief ervaren armoede. Wanneer aan ouderen met een armoederisico gevraagd wordt naar de subjectieve inkomenstekort, antwoordt 40% het

⁷ (Centraal bureau voor statistiek, 2010)

⁸ (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad, 2010)

⁹ (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad, 2011)

¹⁰ (Rijksdienst voor Pensioenen, 2012)

¹¹ (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad, 2007)

(zeer) moeilijk te hebben om de eindjes aan elkaar te knopen. Alleenstaanden scoren hier slechter dan oudere koppels.

De sociaaleconomische positie van ouderen wordt verder in belangrijke mate verbeterd wanneer ze **eigenaar** zijn van hun woning of een huurprijs betalen onder de marktprijs. Het bezit van een eigen woning is voor veel ouderen die geen afbetalingen meer moeten doen een belangrijke bron van welvaart en beschermt hen tegen armoede. Het ouderenbehoefteonderzoek telde 47% eigenaars, 28% huurders op de private markt en 17% sociale huurders onder de ouderen in Brussel-Stad¹². In de beleidsnota stedelijk beleid van de VGC¹³ lezen we dat één op vijf van de Brusselse 60-plussers in een sociaaleconomisch kwetsbare situatie leven omdat ze geen eigenaar zijn en niet hoog opgeleid.

De **activiteitsgraad** bij de aankomende groep ouderen ligt in Brussel hoger dan in de andere gewesten: bijna 45% van de Brusselse 55- tot 64-jarigen is professioneel actief, tegenover 40% in Vlaanderen. Vanaf 65-plus daalt dit naar 3% in Brussel en 2% in Vlaanderen. Voor de lagere leeftijdsklasse geldt echter het omgekeerde. Van de groep van 45- tot 54-jarigen zijn in Brussel en Vlaanderen respectievelijk 78% en 85% actief. Dit is een indicatie voor de volgende decennia waar één op drie ouderen zich sociaaleconomisch in een ongunstige positie zal bevinden. Vooral de socio-economische situatie van de (aankomende) groep ouderen van vreemde herkomst is weinig benijdenswaardig. Meer dan 60% moet toekomen met een inkomen onder de armoedegrens en bijna 90% van de 70-plussers uit Marokko en Turkije heeft weinig tot geen opleiding genoten.¹⁴

1.7 GEAARDHEID

Çavaria, de belangenverdediger voor holebi's en transgenders in Vlaanderen en Brussel, gaat er van uit dat 5 à 10% van de bevolking holebi of transgender is. Als we een percentage van 8% nemen, betekent dit dat er in Brussel ongeveer 12.400 oudere holebi's en transgenders zijn. De belangenvereniging stelt dat oudere holebi's een vaak onzichtbare groep zijn in onze maatschappij, die kampt met eenzaamheid, mobiliteitsproblemen en sociaal isolement. Er is weinig zicht op de leef-, woon- en zorgomstandigheden van holebi's ouder dan 50 jaar. Holebi-ouderen groeiden vaak op in een tijd waarin homoseksualiteit amper bespreekbaar was. De onwetendheid en onverdraagzaamheid van leeftijdsgenoten in bijvoorbeeld een rusthuis is daardoor vaak groot. Bovendien weten we dat heel wat zorginstellingen erg heteronormatief werken. Het is belangrijk dat die instellingen beseffen dat ze holebibewoners in huis hebben, met specifieke noden.

¹² (Verté, Dury, De Witte, Buffel, & De Donder, 2009)

¹³ (VGC)

¹⁴ (Lodewijckx, 2013)

2 Andere doelgroepen van woonzorg

Zoals gesteld richt woonzorg zich niet enkel tot de doelgroep van ouderen. Voornamelijk de thuiszorg heeft een doelgroep die niet leeftijdsgebonden is. Over het profiel van de gebruikers van thuiszorg is echter weinig gekend. Gegevens over personen met een handicap en jong dementerenden geven wel een indicatie over de omvang van de jongere groep zorgbehoevenden. Een opvallende vaststelling is dat veel van deze groepen aangewezen zijn op ouderenvoorzieningen bij gebrek aan alternatief.

2.1 KRAAMZORG

Diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg bieden ook huishoudelijke hulp, lichaamsverzorgende hulp en psychosociale ondersteuning aan na een bevalling. In Brussel worden jaarlijks ongeveer 25.000 kinderen geboren. Het aantal thuisbevallingen wordt geraamd op 1% of 250 bevallingen per jaar.

Wie bevalt van een drie- of meerling geniet een specifieke bijdrageregeling voor gezinshulp. Ook de zorg wordt in dat geval extra omkaderd en gecoördineerd. In Brussel schommelt het aantal meerlingengeboortes rond 25 gevallen per jaar of 0,1% van geboorten

2.2 PERSONEN MET EEN HANDICAP

Om een inschatting te kunnen maken van het aantal mensen met een handicap in Brussel, baseren we ons op de gegevens en analyses van onderzoek in Vlaanderen¹⁵. De conclusie luidt dat 12% of één op acht personen in de bevolking op arbeidsleeftijd, d.w.z. van 15 tot 64 jaar, in zijn dagelijkse bezigheden belemmerd wordt door één of meerdere langdurige ziekten, aandoeningen of handicaps. Omgerekend naar de Brusselse situatie gaat het om 92.000 mensen. Functiebeperkingen nemen sterk toe met de leeftijd, worden ook dubbel zoveel aangetroffen bij mensen die hoogstens lager secundair onderwijs volgden (17,5%) als bij mensen met een hoger opleidingsniveau (8,4%).

Het gaat om een ruime definitie die o.a. betrekking heeft op de bijna 16.000 Brusselaars die een inkomensvervangende tegemoetkoming (IVT) ontvangen, waarvan 13.000 jonger dan 65 jaar¹⁶, en 22.000 die als invalide erkend zijn, in 9 op 10 gevallen als gevolg van een chronische aandoening¹⁷.

Hieraan afgemeten is het aantal personen met een handicap woonachtig in Brussel en ingeschreven bij het Vlaams Fonds voor Personen met een Handicap (VAPH) of de Franstalige tegenhanger (service PHARE) slechts heel klein. In 2011 stonden 1.656 personen ingeschreven bij het VAPH waarvan 227 op de centrale wachtlijst met een hoogste urgentiecode die aanspraak geeft op begeleiding of opvang. Bij de service PHARE werden 1.652 meldingen voor individuele hulpverlening en 889 vragen voor opvang geregistreerd.

De thuiszorg heeft een belangrijk rol in de ondersteuning van mensen met een handicap. De evoluties in het Vlaams beleid zullen de verantwoordelijkheid van de reguliere thuiszorg nog verder versterken. In het kader van rechtstreeks toegankelijke hulp zullen personen met een handicap ook zonder erkenning, ambulant begeleid kunnen worden door of met ondersteuning van een VAPH-dienst. De reguliere diensten, waaronder de diensten voor gezinszorg, zullen extra ondersteund worden via vorming, intervisie en deskundigheidsbevordering in het begeleiden van personen met een handicap in hun thuissituatie.

¹⁵ (Verbelen, Samoy, & Van Geel, 2005)

¹⁶ (Directoraat-Generaal personen met een handicap, 2011)

¹⁷ (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad, 2010)

Het aantal zwaar zorgafhankelijke volwassenen wordt voor België geraamd op 73.641¹⁸. Omgerekend naar Brussel (10% van de bevolking) gaat het om 7.364 personen met een zware handicap.

Dit staat in schril contrast met de opvangmogelijkheid. De Vlaamse erkende sector heeft momenteel slecht plaats voor 274 volwassenen en 215 minderjarigen. De situatie aan Franstalige kant lijkt niet veel beter en alleszins luidt eveneens de vaststelling dat er een manifest tekort is aan gespecialiseerde de opvang- en ondersteuningsmogelijkheden¹⁹. Het gevolg hiervan is dat (jong)volwassenen met een handicap (noodgedwongen) bij hun ouders blijven wonen en dat personen die intensieve zorgomkadering nodig hebben hiervan verstoken blijven.

De PHARE formuleert hieromtrent in zijn jaarrapport een aantal grote knelpunten en uitdagingen. Ook volwassenen met een handicap worden ouder. Over enkele jaren zal onvermijdelijk de vraag rijzen naar een aangepaste woning of opvang. Een plotse onmogelijkheid van ouders om nog voor hun gehandicapte volwassen zoon of dochter te zorgen is meestal de aanleiding om naar een snelle concrete oplossing te zoeken is. Bij gebrek aan gepaste structuren is het resultaat vaak een spoedopname in een rust- en verzorgingstehuis. Ondanks het feit dat precieze en actuele gegevens ontbreken, weten we dat relatief veel mensen met een handicap in een RVT worden opgevangen. De verwachting is dat dit zo zal blijven, om goede redenen (ouder wordende personen met een handicap) maar ook om de verkeerde redenen (jongeren personen met een handicap zonder alternatief).

2.3 JONGDEMENTERENDEN

Verder in dit rapport zullen we ingaan op de gezondheidssituatie van ouderen en lezen dat naar schatting 16.000 Brusselse 65-plussers met dementie te kampen hebben. Hoewel de ziekte het meest voorkomt in de oudste leeftijdsgroepen, worden ook mensen jonger dan 65 jaar ermee geconfronteerd. We spreken in dat geval van jongdementie, die meestal optreedt tussen de vijftig en zestig jaar oud.

De omvang van de problematiek is nog niet in kaart gebracht. Volgens een ruwe schatting zou het om 3.000 tot 11.000 mensen in België gaan of enkele honderden jongdementerenden in Brussel.

De ziekte gaat gepaard met cognitieve stoornissen en gedragsveranderingen op een moment dat de betrokkene vaak nog in goede fysieke conditie is, waardoor o.a. het risico op agressie vergroot. Jongdementie is zowel voor de patiënt als zijn familie erg belastend. Gepaste en zinvolle dagbesteding is daarom aangewezen. De meeste dagverzorgingscentra richten zich tot ouderen en dit roept voor de jongdementerende en zijn familie weerstand op. Wanneer de thuissituatie onhoudbaar wordt en de jongdementerende wordt opgenomen in een RVT, vormt het leeftijdsverschil een minder groot probleem omdat de jonge patiënt zich in dit stadium meestal minder bewust is van de omgeving.

Een specifiek grootstadprobleem waar in deze analyse kort de aandacht op willen vestigen is de groep mensen met het **Korsakovsyndroom**. Deze aandoening - ook alcohol dementie genoemd - is vaak een gevolg van overmatig alcoholgebruik gecombineerd met onvoldoende eten (Vitamine B1 tekort). Het zorgt er voor dat relatief jonge mensen te kampen hebben met geheugenverlies, gedragsveranderingen en ernstige beperkingen in zelfredzaamheid.

Over hoeveel mensen het gaat valt heel moeilijk in te schatten. Het kenniscentrum Korsakov²⁰ stelt dat bij 2 tot 5% van de mensen met een alcoholverslaving uiteindelijk een syndroom van Korsakov ontstaat.

¹⁸ (www.liguedh.be, condamnation de l'état belge concernant le manque de solutions d'accueil des personnes handicapées de grande dépendance)

¹⁹ (PHARE, 2010)

²⁰ (www.korsakovkenniscentrum.nl)

Volgens de gezondheidsenquête van 2008 van het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid²¹ geeft bijna 13% van de Brusselaars een problematisch alcohol gebruik aan, wekelijks overconsumptie zou voorkomen bij 14% van volwassenen tussen 55 en 64 jaar. Indien we hierop het percentage van 3% Korsakov verrekenen, zou dit neerkomen op een groep van 415 Korsakovpatiënten.

Omwille van psychologische, medische en sociale dimensies van het syndroom hebben Korsakovpatiënten doorgaans nood aan gespecialiseerde, multidisciplinaire zorg. In praktijk komen Korsakovpatiënten bij gebrek aan gekende alternatieven, in diverse voorzieningen terecht (algemene ziekenhuizen, rust- en verzorgingstehuizen, psychiatrische ziekenhuizen, initiatieven beschut wonen, opvangtehuizen) en ontbreekt een gespecialiseerde aanpak.

2.4 VOLWASSENEN IN RESIDENTIËLE OUDERENZORG

De hierboven aangehaalde problematieken, namelijk het tekort aan specifieke voorzieningen voor volwassenen met een handicap, dementie of psychische problemen, vertalen zich in een relatief groot aandeel van volwassenen jonger dan 60 jaar in Brusselse residentiële ouderenvoorzieningen.

Dit werd uitgebreid in kaart gebracht voor de rusthuizen van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. Globaal genomen werden er op een totaal van 10.046 opvangplaatsen, 460 personen onder 60 jaar geteld. De grote meerderheid hiervan (307) verblijft in commerciële voorzieningen wat neerkomt op 6,22% van hun cliënteel. De voornaamste reden voor deze vroege opname zijn gezondheidsredenen, handicap en mentale problemen.

Het project 'Zonar' richt zich specifiek naar de doelgroep van volwassenen met een handicap die in een rusthuis verblijven en tracht hen respectvolle zorg op maat te bieden. Op vraag van de cliënt wordt gezocht naar zinvolle of aangepaste activiteiten.

²¹ (Demarest, Drieskens, & Gisle, 2010)

3 Levensdomeinen

Ouderen leven vandaag langer en gezonder dan ooit. De actieve levensverwachting – het aantal levensjaren zonder ziekte of beperking – is aanzienlijk toegenomen. De meeste ouderen voelen zich nog goed en gezond.

Goed oud worden heeft niet alleen betrekking op fysieke gezondheid, maar ook op de kwaliteit van het leven in psychische en sociale zin. Ouderen omschrijven kwaliteit van leven in termen van een goede gezondheid hebben, je goed voelen, sociale relaties onderhouden, actief zijn, andere mensen helpen en in een fijn huis in een goede buurt wonen.

De beperkingen die met het ouder worden gepaard gaan zijn opgeschoven naar een hogere leeftijd. Een kleine groep wordt - meestal op hoge leeftijd - afhankelijk van zorg en ondersteuning. Tussen de actieve, zich goed voelende ouderen en deze die zorgafhankelijk zijn geworden, bevinden zich de kwetsbare ouderen. Zij lijken op het eerste gezicht nog redelijk gezond, maar kleine lichamelijke en psychosociale problemen stapelen zich op. Wanneer deze problemen (draaglast) langdurig groter zijn dan hun vermogen om ze op te lossen (draagkracht), kan men spreken van kwetsbaarheid. Met kleine ingrepen kan de kwaliteit van leven behouden worden maar hun kwetsbaarheid blijft veelal onzichtbaar en hulp wordt vaak te laat gevraagd of geboden.

Het stimuleren van de autonomie en zelfredzaamheid van ouderen moeten het uitgangspunt én de motor van woonzorg zijn, ook in Brussel. Autonomie mag daarbij niet verward worden met onafhankelijkheid. Het gaat om het recht en de mogelijkheid om zijn afhankelijkheid zelf te beheren²². Een aantal facetten en randvoorwaarden zullen daarbij bepalend zijn: de financiële draagkracht van de oudere, de leefomstandigheden, de aanwezigheid van een sociaal netwerk, de toegankelijkheid en beschikbaarheid van de (informele) zorg en de relatie met professionelen.

Kwetsbaarheid kan gedefinieerd worden als de optelsom van lichamelijke en fysieke beperkingen, psychische hindernissen en omgevingsfactoren die maken dat ouderen hun zelfredzaamheid verliezen en de situatie niet meer op eigen kracht kunnen veranderen²³.

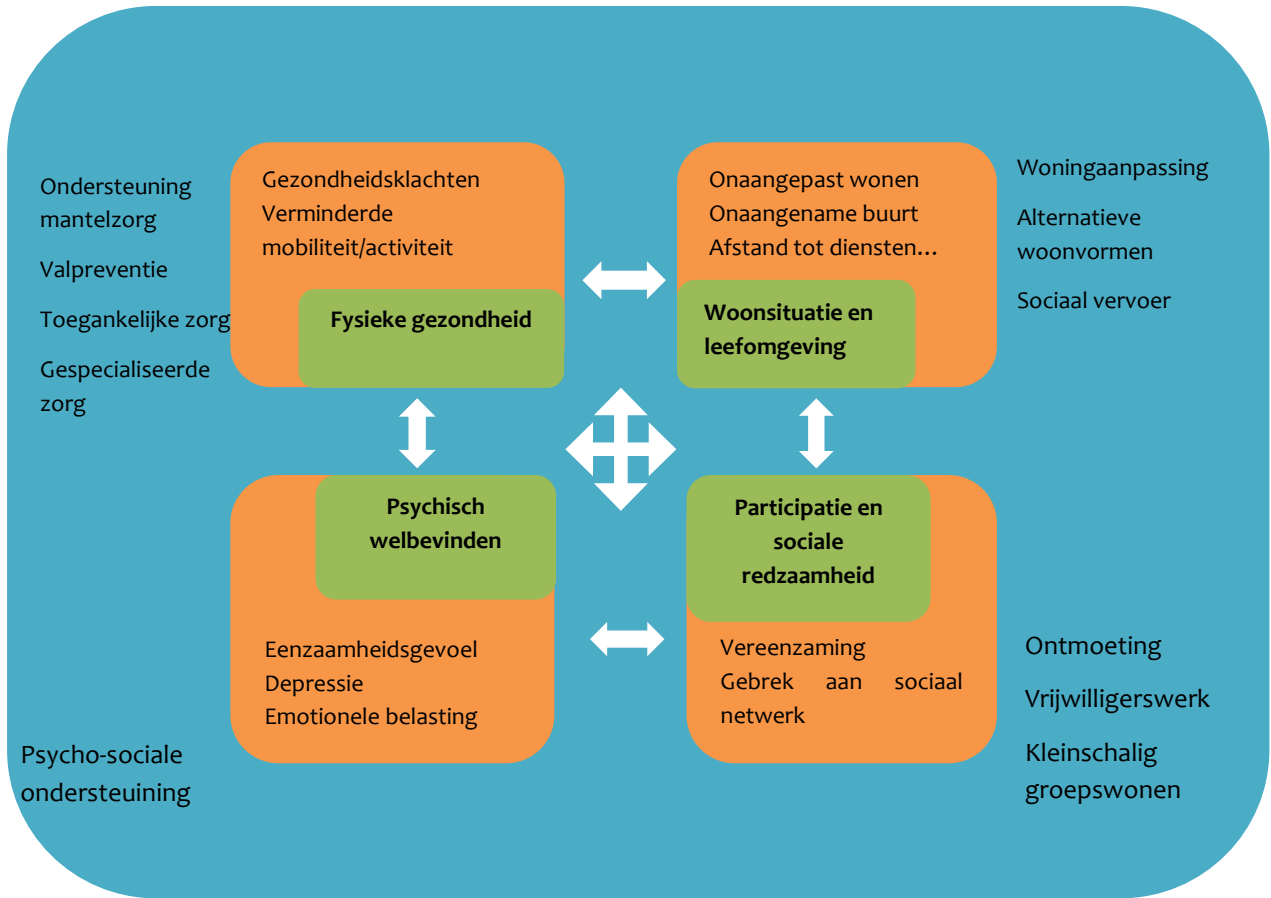
Geïnspireerd door de studie over het meten van kwetsbaarheid bij ouderen²⁴, benaderen we de kwetsbaarheid als een multidimensionaal concept, vanuit vier bepalende levensdomeinen: de fysieke gezondheid, de woonsituatie en leefomgeving, de sociale redzaamheid en het mentaal welbevinden. Deze levensdomeinen zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden en beïnvloeden elkaar. Voor elk brengen we de kwetsbaarheidsfactoren in beeld die het risico op zorgafhankelijkheid vergroten en leggen we de link met enkele mogelijke interventiestrategieën.

²² (Question Santé, 2010)

²³ (van Campen, 2011)

²⁴ (De Witte, 2013)

Schema 1. Wisselwerking tussen vier levensdomeinen



3.1 FYSIEKE GEZONDHEID

Fysieke beperkingen, gezondheidsproblemen en een (combinatie van) chronische aandoeningen, hebben ontegensprekelijk een belangrijke impact op de kwetsbaarheid van ouderen. Om de gezondheidssituatie van Brusselse ouderen in cijfers te vatten worden hieronder voornamelijk drie bronnen gehanteerd: de gezondheidsenquête van 2004 en 2008 op basis van een steekproef bij 11.254 ouderen, zowel thuiswonend als in een instelling²⁵, het ouderenbehoefteonderzoek van de VUB bij thuiswonende ouderen van de stad Brussel (2009)²⁶ en de rapporten van het Observatorium voor gezondheid en Welzijn in Brussel-Hoofdstad²⁷.

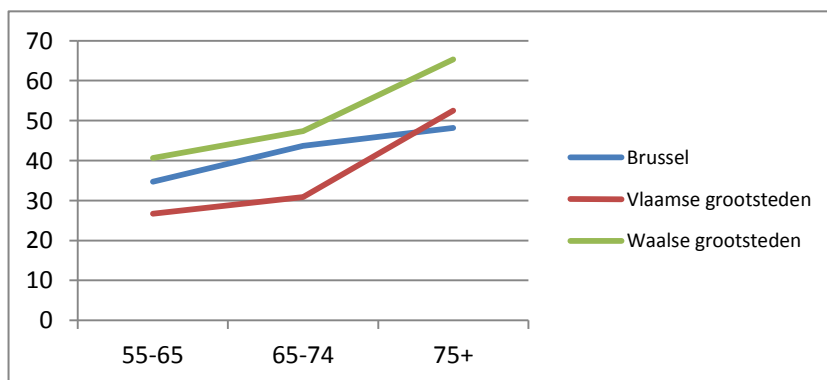
“Ge zijt niet meer zo lenig, zo snel en zo sterk als vroeger. Maar dat is door de leeftijd en ge neemt dat aan gelijk het komt.” (Pierre, 84 jaar)

3.1.1 Zelf ervaren gezondheid

De inschatting van de eigen gezondheid wordt algemeen aanvaard en gebruikt als een goede indicator van de algemene gezondheidstoestand van een bevolking. Volgens de gezondheidsenquête van 2008 vinden Brusselaars ouder dan 75 minder vaak dan hun leeftijdsgenoten in de andere grote steden van het land dat hun gezondheid slecht is. Voor de lagere leeftijdscategorie is het beeld echter omgekeerd: 35% van de aankomende ouderen (55-64 jaar) en 44% van de jonge ouderen (65-74) in Brussel verklaarden zich niet in goede gezondheid te voelen. Beide percentages liggen aanzienlijk hoger dan de vergelijkbare groep in Vlaamse grootsteden. Belangrijk is hier op te merken dat dit het gaat om een bevraging van een tiental jaren geleden en dit hoge aandeel dus betrekking had op de ouderen van vandaag.

In het Brussels ouderenbehoefteonderzoek geeft 77% van de ouderen aan gezondheidsproblemen te ondervinden. Dit cijfer groepeerde allen die ‘ja’ antwoorden op de deze vraag, variërend van zelden tot vaak. Een op vier 65-plussers gaf aan nooit met gezondheidsproblemen te kampen.

Grafiek 9. Aandeel 55+ dat aangeeft gezondheidsproblemen te ondervinden



Bron: Ouderenbehoefteonderzoek Brussel, VUB, 2009

3.1.2 Fysieke beperkingen

In de gezondheidsenquête geeft één op drie Belgische 65-plussers aan beperkt te zijn in het uitvoeren van dagdagelijkse activiteiten en verzorging. Voor de algemene bevolking is dit cijfer één op tien. Er is een overduidelijke samenhang met de **leeftijd**: bij de 85-plussers ondervindt meer dan 64% beperkingen. Het percentage ligt dubbel zo hoog bij vrouwen (39%) als bij mannen (21%).

²⁵ (Demarest, Drieskens, & Gisle, 2010)

²⁶ (Verté, Dury, De Witte, Buffel, & De Donder, 2009)

²⁷ (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad, 2010)

Ook het **opleidingsniveau** zorgt voor grote verschillen, van 42% van de laagopgeleiden tot 18% van de hoogopgeleiden. We mogen niet vergeten dat deze cijfers zowel slaan op thuiswonende als op ouderen in een residentiële voorziening. Het percentage ouderen dat aangeeft beperkingen te ondervinden, is substantieel hoger bij die personen opgenomen in een instelling, nl. 77%.

Het ouderenbehoeftenonderzoek²⁸ stelde deze vraag in 2009 aan thuiswonenden ouder dan 60 jaar. Daar gaf 13% aan hinder te ondervinden bij activiteiten van het dagelijks leven. De hinder en fysieke beperkingen die ouderen ondervinden, stijgt duidelijk met de leeftijd.

Tabel 7. Aandeel ouderen dat langer dan drie maanden beperkingen ondervindt bij uitvoeren van activiteiten

Meer dan drie maand beperkt in... :	60-69 jaar	70-79 jaar	80+
Zeer inspannende activiteiten (vb. tillen zware voorwerpen)	47,2	54,4	70,3
Minder inspannende activiteiten (vb. boodschappen dragen)	22,8	27,3	41,6
Een heuvel of enkele trappen oplopen	25,1	31,6	46,2
Buigen, tillen of bukken	25,2	31,2	36,8
Een blokje om wandelen	9,1	16,2	24,4
Eten, aankleden, douche of bad nemen, naar toilet gaan	4,6	9,1	11,6

Bron: Ouderenbehoeftenonderzoek Brussel, VUB, 2009

3.1.3 Valincidentie

Valincidenten komen vaak voor bij thuiswonende ouderen: ongeveer één op drie thuiswonende ouderen valt één maal per jaar, waarvan één derde meerdere keren. Dat is nog een onderschatting van de problematiek: heel wat valincidenten zonder letsel worden niet gemeld, voornamelijk uit vrees voor een opname in een rusthuis. In de residentiële zorg ligt de valincidentie nog hoger: ongeveer de helft tot 70% van de rusthuisbewoners valt er minstens één keer per jaar²⁹.

Heel vaak is dit vallen directe aanleiding tot ziekenhuisopname en vervroegde en onvoorbereide opname in een rusthuis of woonzorgcentrum, omdat alleen thuis blijven wonen door artsen of familie als niet verantwoord worden beschouwd.

“Ik heb in het ziekenhuis gewerkt. Mijn ervaring is dat heel veel mensen vallen en bijvoorbeeld hun heup breken, mensen die alleen wonen. Hun mening wordt dikwijls niet gevraagd. Dat is meestal gewoon ‘Oh, die kan niet meer alleen wonen.’ en dan op de wachtlijst voor een rusthuis... Dus in zo een kwestie wordt de oudere eigenlijk niet gehoord.” (Gerda, Anderlecht, 58 j.)

3.1.4 Chronische aandoeningen

Meer dan de helft van de ouderen (52% bij de mannen en 56% bij de vrouwen) verklaart te leiden aan één of meer langdurige ziekte, aandoening of handicap. De chronische aandoeningen waarmee ouderen het meest te kampen hebben zijn volgens de gezondheidsenquête artrose (41%), hoge bloeddruk (37%), osteoporose (15%), incontinentie (12%) en diabetes (11%). Diabetes komt veel meer voor bij laaggeschoolden (15%) dan bij hoogopgeleiden (5%).

De prevalentie van deze aandoeningen hangt niet samen met de leefsituatie, met uitzondering van incontinentie: dit komt veel minder voor bij thuiswonende ouderen en is blijkbaar een indicator van zorgafhankelijkheid die niet meer in de thuissituatie kan worden opgevangen.

²⁸ (Verté, Dury, De Witte, Buffel, & De Donder, 2009)

²⁹ (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid)

3.1.5 Plaats van de hulpverlening

Om ondanks fysieke beperkingen en gezondheidsproblemen thuis te kunnen blijven wonen, zijn veel ouderen aangewezen op hulp van externen. Het aandeel thuiswonende ouderen dat aangeeft hulp nodig te hebben voor persoonlijke verzorging en verplaatsingen ligt in Brussel lager dan in Vlaanderen en de centrumsteden.

Tabel 8. Thuiswonende ouderen (60+) hebben hulp nodig bij...

Nood aan hulp bij	Brussel	Vlaanderen	Centrumsteden
Verzorging	5,4	10,8	10,4
Verplaatsing	16,7	20,9	19,4
Huishouden	24,1	23,3	24,3

Bron: Ouderenbehoeftenonderzoek Brussel, VUB, 2009

Wat verplaatsingen betreft kan de bereikbaarheid van diensten en voorzieningen op wandelafstand of met openbaar vervoer, in het voordeel van de Brusselse ouderen spelen.

Voor het verschil in nood aan hulp bij verzorging is niet onmiddellijk een verklaring. Voor hulp in het huishouden lopen de cijfers ongeveer gelijk.

Herkomst blijkt geen uitgesproken invloed te hebben op de mate zorgbehoevendheid: autochtone en allochtone respondenten hebben in gelijkaardige mate hulp nodig bij persoonlijke verzorging, het huishouden en verplaatsingen.

Zowel professionelen als mantelzorgers bieden hierbij hulp. Men zou kunnen verwachten dat, daar waar mantelzorgondersteuning niet aanwezig is, dit door professionele thuiszorg wordt overgenomen. Toch blijkt dit vaak niet het geval. Van de thuiswonende ouderen die aangeven hulp nodig te hebben, verklaart 15% van **niemand** hulp te ontvangen³⁰.

Tabel 9. Ouderen (60+) die hulp nodig hebben, krijgen dit van ...

Ik krijg hulp van	Brussel (%)	Vlaanderen (%)	Centrumsteden (%)
Niemand	15	13	8
Kinderen	44	57	49
Partner	27	35	33
Familie	11	22	18
Vrienden en kennissen	22	22	23
Buren	23	24	21
Huisarts	32	33	32
Thuisverpleging	14	29	31
Dienst Gezinshulp	13	14	13
Poetsdienst/bejaardenhulp	36	39	42
Boodschappendienst	9	3	3
Klusjesdienst	9	6	5
Warme Maaltijden	7	9	9

Brussel scoort slechter

Brussel scoort beter

Bron: Programmatie-studie Brussel, VUB, 2013

De **huisarts** is voor de meeste ouderen het evidente aanspreekpunt voor gezondheidsproblemen en heeft een belangrijke schakelfunctie en rol in de evaluatie en opvolging van de zorgbehoeften. In Brussel geeft evenals in Vlaanderen één op drie ouderen aan hulp te ontvangen van de huisarts.

³⁰ (De Donder, Verté, Teugels, & Glorieux, 2013)

De **thuiszorgdiensten** zijn er om ouderen met functionele beperkingen bij te staan in hun wens om, ondanks hun beperkingen, zo lang mogelijk thuis te kunnen blijven. Een analyse van de bevolkingsenquête uit 2004³¹ gaf aan dat de Brusselaars minder professionele thuiszorgdiensten inschakelen. In de leeftijdscategorie 75 tot 84 jaar verklaarde 10% van de Brusselaars en 15% van de Vlamingen gezinszorg te krijgen. Bij de oudste groep gaat het om respectievelijk 15% en 22%. Dementie, chronische ziekte en handicap waren voor ouderen tussen 60 en 84 jaar de voornaamste redenen om professionele thuiszorg in te schakelen. Bij de hoogst bejaarden speelden deze factoren minder en waren algemene ouderdomsverschijnselen de voornaamste reden om hulp te vragen. Ook uit bovenstaande tabel blijkt een lager gebruik van poetsdienst of bejaardenhulp, terwijl de boodschappendienst en klusjesdienst in Brussel beter ingeburgerd lijken.

Een nog opmerkelijker verschil stellen we vast in de **thuisverpleging**. Daar waar in Vlaanderen en de centrumsteden ongeveer 30% van de ouderen thuisverpleging krijgt, doet slechts 13,3% van de Brusselse ouderen hier beroep op.

Toch komen de professionele hulpverleners niet op de eerste plaats en wordt de nood aan zorgondersteuning in vele gevallen beantwoord door de naaste omgeving. Kinderen, partner en burens zijn de belangrijkste toeverlaat op het moment dat hulp nodig is en nemen een groot aandeel van de zorg aan (thuis)wonende ouderen op zich. Dit geldt ook in Brussel, hoewel de **mantelzorg** door de kinderen, partner en familieleden minder voorkomt. Brusselse ouderen rekenen meer op steun van de burens en kennissen.

3.1.6 Drempels tot de zorg

Bovenstaande cijfers maken duidelijk dat, ondanks een schijnbaar goed uitgebouwd (gezondheid)zorgsysteem, de toegang tot zorg - van gespecialiseerde zorg tot hulp in het huishouden of mantelzorg - voor heel wat (oudere) Brusselaars om diverse redenen problematisch is.

3.1.6.1 Economisch en financiële drempels

In Brussel dienen huishoudens veel meer dan elders in het land gezondheidszorgen uit te stellen om financiële redenen. Dit is niet anders voor de ouderen. In 2004 gaf 10% van de 65-plussers en 20% van de leeftijdsgroep 55 – 64 jaar aan uitgaven voor gezondheidsredenen uit te stellen (t.o.v. 4% in Vlaanderen). Bijna 10 jaar later zou dit betekenen dat intussen één op vijf in de leeftijdsgroep tot 74 jaar zich in die situatie bevindt, een evolutie die in de toekomst vermoedelijk niet zal verbeteren³².

Zowel medische hulp als gezinszorg hebben een prijskaartje dat voor veel ouderen te zwaar uitvalt.

De **Vlaamse zorgverzekering** draagt sinds 2001 bij aan de niet-medische kosten voor thuiszorg of residentiële zorg van zwaar zorgbehoevenden. In tegenstelling tot Vlaanderen is dit in Brussel niet verplicht. Eind 2011 waren er 48.843 Brusselaars aangesloten. Dit is een daling van 10% sinds 2006 toen er nog 55.607 aangeslotenen waren. Een combinatie van meerdere factoren kan deze daling verklaren. Een deel zijn overlijdens, die onvoldoende gecompenseerd worden door nieuwe aansluitingen op jonge leeftijd, wat mogelijks wijst op een daling van Nederlandstalige Brusselaars. Ook de aanpassing van de procedure heeft een negatief effect: Brusselaars die driemaal hun bijdragen niet betalen, worden automatisch geschrapt. Op die manier verloor Brussel op enkele jaren tijd meer dan 4.000 leden, een daling van gemiddeld 1.000 per jaar.

³¹ (Hedebouw & Merckx, 2007)

³² (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad, 2010)

3.1.6.2 Beschikbaarheid en bereikbaarheid

Hoewel ons zorgaanbod goed uitgebouwd is, is de nabijheid en beschikbaarheid zeker niet voor alle zorgvormen even vanzelfsprekend. Semi-residentiële zorg zoals dagverzorgingscentra of gespecialiseerde medische centra zijn relatief weinig uitgebouwd en voor velen moeilijk bereikbaar.

De verplaatsingsmoeilijkheden, mobiliteitsproblemen en het gebrekkig sociaal vervoer kunnen redenen zijn om niet van deze diensten gebruik te (kunnen) maken.

3.1.6.3 Zorgverwachtingen en zorgpatronen

De culturele waarde die aan zorg, preventie en screening wordt gehecht, het vertrouwen in en de verwachtingen t.a.v. het zorgsysteem, de houding van de sociale groep of de familie tegenover de klachten en de aandoening zijn mee bepalend voor de toegang en gebruik van gezondheidszorg³³.

Recent onderzoek in Vlaanderen bracht de zorgverwachtingen en zorgpatronen van ouderen in kaart op basis van herkomst³⁴. De resultaten liggen in de lijn van het kwalitatief behoeftenonderzoek bij Brusselse ouderen.³⁵ Naast een uiteenlopende visie op zorg op basis van herkomst, is het opmerkelijk dat de verwachtingen niet noodzakelijk gelijk lopen met het gedrag en dat de visies over zorg aan ouderen tussen generaties sterk kunnen verschillen:

- 50% van de Belgische en 65% van de niet-westerse ouderen gaan niet akkoord met de stelling dat het niet de taak is van de kinderen om voor hun ouders te zorgen.
- De helft van de Belgische en een derde van de niet-westerse ouderen vinden dat eerst beroep moet worden gedaan op professionele thuiszorg, en vervolgens op de kinderen.
- Bijna 40% van de ondervraagden, ongeacht de herkomst, vindt dat ouderen enkel in een RVT thuishoren als niemand voor hen kan zorgen.
- De ouderen zelf vinden veel vaker dan de jongere generatie dat het niet de taak is van de kinderen om voor hen te zorgen en beamen vaker dat een woonzorgcentrum een betere oplossing is.
- Herkomst geeft geen noemenswaardig verschil op de verwachtingen betreffende hulp en ondersteuning in bijzondere situaties van ziekte, of beperkingen: de partner is de belangrijkste persoon op wie wordt gerekend. Bij langdurige ziekte of beperkingen wordt naast de partner vooral gerekend op professionele zorg. In andere gevallen treden familie en kinderen meer op de voorgrond.
- Hoewel informele zorg evidentier lijkt bij niet-westerse groepen, blijkt herkomst geen invloed te hebben op het feitelijke zorggedrag: Belgen zorgen evenveel als mensen van vreemde herkomst voor hun (schoon)ouders.

*“Ik zou liever naar een rusthuis gaan om anderen niet te belasten. Ze doen er alles voor mij. Ik wil dit mijn kinderen niet aan doen”
(Félicienne, Congoles, 61j.)*

3.1.6.4 Gebrekkig sociaal netwerk

Veel ouderen komen gewild of ongewild in een geïsoleerde situatie terecht. Ze zijn al heel hun leven alleenstaand of hebben gaandeweg het contact met familie en kennissen verloren waardoor er geen mantelzorg kan ingeschakeld worden op moment dat hulp of zorgondersteuning nodig is.

Diensten voor gezinszorg gewagen van slechts één op vijf aanvragen voor gezinszorg waar ook effectief thuishulp geboden wordt³⁶. Het is niet duidelijk wat met de overige aanvragen gebeurt, maar vermoedelijk gaat om multi-probleem situaties en extreme vormen van verwaarlozing en vereenzaming. Mensen bij wie zich een cumulatieve problematiek voordoet, dreigen het slachtoffer te worden van het systeem en vallen buiten de zorg wegens te complex of onbereikbaar.

³³ (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad, 2010)

³⁴ (Vanderleyden & Moons, 2013)

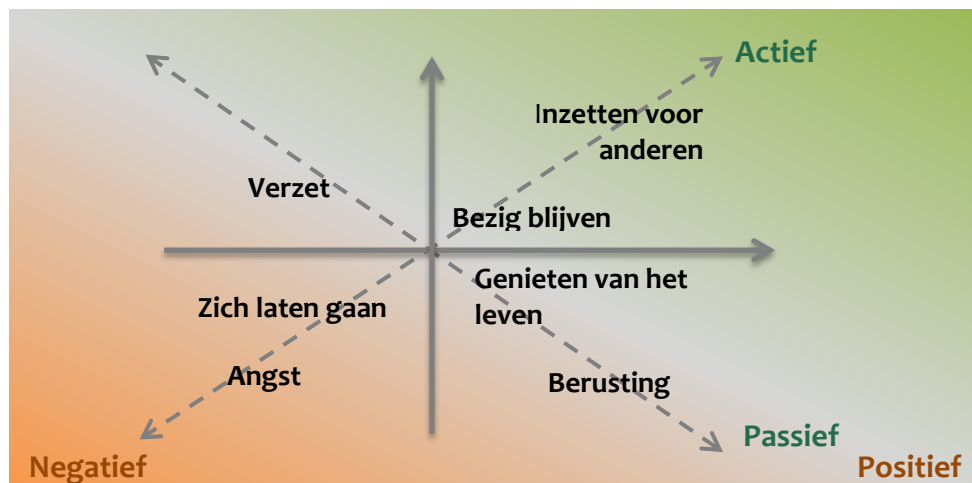
³⁵ (Vanmechelen, Verté, Teugels, & e.a., 2012)

³⁶ (Maruf, Demeere, & Teugels, 2010)

3.2 PSYCHISCH WELBEVINDEN

3.2.1 Omgaan met ouder worden

De confrontatie met toenemende beperkingen, de verminderde mobiliteit en verlies van geliefden en houvast in de familie en kennissenkring is voor veel ouderen een realiteit maar geen evidentie. Hoe ouderen dit zelf ervaren en ermee omgaan is heel sterk verschillend, gaande van aanvaarding of verzet tot depressie.



Om een goede kwaliteit van leven en psychisch welzijn te behouden bij het ouder worden, moet iemand in staat zijn deze verliezen te compenseren. Sommige mensen zijn daar goed toe in staat, anderen hebben dit aanpassingsvermogen niet. Dit aanpassingsvermogen is sterk afhankelijk van psychologische factoren, vooral persoonlijkheidskenmerken. Mensen die zich in het verleden erg afhankelijk opstelden zullen het heel moeilijk hebben om zich aan te passen en lopen een groot risico op psychische klachten.

Omgekeerd lopen mensen met veel psychische klachten en depressieve gevoelens meer kans op lichamelijke ziekten, verminderde mobiliteit en sociale isolement. Er is dus een duidelijke wisselwerking tussen psychische, lichamelijke en sociale kwetsbaarheid.

3.2.2 Psychisch onwelzijn

Uit algemeen onderzoek uit België³⁷ en Nederland³⁸ blijkt dat een kwart van de ouderen zich psychisch onwel voelt. Brussel scoort op dit vlak met één op drie ouderen die psychisch kwetsbaar zijn, duidelijk slechter dan de andere gewesten. Het psychisch onwelzijn evolueert met de leeftijd en komt veel meer voor bij vrouwen. Ouderen in een woonzorgcentrum uiten veel meer psychisch onwelbevinden (40%) dan zij die thuis wonen (24%).

Een groot deel van deze groep rapporteert depressieve of angstklachten. 14% van de bevolking van 65 jaar en ouder lijdt aan depressieve problemen. Dit neemt bovendien toe met de leeftijd, en klimt tot 19% te bij 85 jaar en ouder, mogelijk een reden waarom het significant frequenter wordt vastgesteld in het Brusselse gewest (19%) dan in Vlaanderen (13%).

Ongeveer 30% van de kwetsbare ouderen rapporteert geheugenklachten. Deze klachten kunnen samenhangen met de leeftijd of een slechte lichamelijke en psychische gezondheid. Soms is er een duidelijke samenhang met depressie en verdwijnen de geheugenklachten als de psychische klachten verdwijnen.

³⁷ (Demarest, Drieskens, & Gisle, 2010)

³⁸ (van Campen, 2011)

3.2.3 Dementie

De toename van zorgbehoevendheid met de leeftijd manifesteert zich sterk bij de dementieproblematiek. Het aandeel ouderen met dementie stijgt met de leeftijd, van bijna 2% voor de jongste leeftijdsgroep, over 15% van de 80-jarigen tot meer dan 40% van de 90-plussers.

Tabel 10. Inschatting van het aantal dementerenden in Brussel

2012 Leeftijd	Aandeel dementerenden			Omgerekend aantal dementerenden in Brussel		
	Man	Vrouw	Totaal	Man	Vrouw	Totaal
65 – 69	1,8 %	1,4%	1,6%	327	310	645
70 – 74	3,2%	3,8%	3,5%	452	705	1.143
75 – 79	7,0 %	7,6%	7,4%	842	1.352	2.207
80 – 84	14,5%	16,4%	15,7%	1.288	2.660	3.941
85 – 89	20,9%	28,5%	26,2%	1.077	3.433	4.506
90 – 94	29,2%	44,4%	41,0%	507	2.251	2.791
> 95	32,4%	48,8%	46,3%	96	742	841
Totaal				4.589	11.453	16.074

Bron: Persbericht dementieplan Vlaanderen 2010 en eigen verwerking o.b.v. NIS

Toegepast op de bevolkingscijfers van Brussel, hebben 16.000 ouderen te kampen hebben met dementie. Opvallend is hier de grotere prevalentie bij de groep van hoogbejaarde vrouwen.

De toename van dementie heeft een grote impact op de leefsituatie van de ouderen en hun directe leefomgeving, in het bijzonder van de mantelzorgers. Naar schatting 70% van de dementerenden blijft thuis wonen³⁹. De zorg overstijgt meer dan eens de draagkracht van de partner en kinderen terwijl er onvoldoende opvang en ondersteuningsmogelijkheden zijn om hen bij te staan. Ook thuisverzorgers voelen zich onvoldoende gewapend om met specifieke problemen als dementie en psychische stoornissen om te gaan. Bijzondere aandacht is noodzakelijk voor ouderen die bovenop hun eigen toegenomen kwetsbaarheid, zorgen voor een zieke of dementerende partner. In termen van onevenwicht tussen draagkracht en draaglast is de situatie van deze mantelzorgers soms schrijnend. Naast emotionele belasting (bij 36% van de inwonende mantelzorgers is een vermoeden van depressieve gevoelens aanwezig), wegen ook een slechte gezondheidstoestand (45% van de inwonende mantelzorgers) en financiële moeilijkheden (4 op 10 inwonende mantelzorgers) op de zorgrelatie met de kwetsbare ouder⁴⁰.

“Samenleven met iemand met Alzheimer? Er zijn grenzen... We sliepen 's nacht niet meer. Hij moest telkens weer naar toilet, de vierde keer was het te laat... Het was niet meer leefbaar, ik geraakte uitgeput.” (Géraldine, 80j.)

3.2.4 Plaats van de hulpverlening

Gezien de onmiskenbare samenhang tussen chronische ziektes of aandoeningen en psychische klachten zoals depressie, is een belangrijke taak weggelegd voor professionele hulpverleners uit de eerste- en tweedelijns gezondheidszorg. De behandeling van depressie en maatregelen om mensen uit hun sociaal isolement te halen en gevoelens van eenzaamheid weg te nemen zouden hand in hand moeten gaan.

Meer nog dan het geval is bij ziektes of langdurige aandoeningen, wordt bij psychische problemen of depressie hulp van professionelen verwacht⁴¹.

³⁹ (Vermeulen & Declercq, 2011-19)

⁴⁰ (Idem)

⁴¹ (Vanderleyden & Moons, 2013)

De ervaring leert echter dat ouderen meestal geen hulp voor psychische klachten zoeken. Extra aandacht van hulpverleners voor de psychische gezondheid van kwetsbare ouderen is dan ook noodzakelijk. Een bijkomend probleem is dat ouderen hun psychische klachten niet altijd duidelijk kenbaar maken. Vaak noemen ze vooral de lichamelijke verschijnselen zoals pijn, vermoeidheid of lusteloosheid. Artsen duiden dit vaak aan als een somatische klacht, waardoor een depressie of angst niet wordt herkend. Bovendien worden depressie- en angstsymptomen nog te vaak beschouwd als passend bij de leeftijd en bestaat de indruk dat ouderen niet goed te behandelen zijn.

Nochtans kan door tijdige detectie en behandeling van depressie- en angstsymptomen bij kwetsbare ouderen hun levenskwaliteit aanzienlijk worden verbeterd. Er zijn interessante en succesvolle voorbeelden van vaak kortdurende behandelingen die ouderen helpen de regie over hun leven te behouden, ondanks het feit dat ze steeds meer afhankelijk worden van de hulp van anderen. ‘Grip op lijf en leden’ is een cursus ontwikkeld door het AZ Groningen om ouderen met chronische aandoeningen te leren omgaan met hun situatie en de toenemende afhankelijkheid die ermee gepaard gaat. Bij ons tracht het CCGZ Brussel via narratieve zorg om psychisch kwetsbare ouderen te begeleiden om met vernieuwde kracht hun eigen leven opnieuw in handen te nemen.

3.3 WOONSITUATIE EN LEEFOMGEVING

3.3.1 Aangepast wonen

Het is al vaker gesteld; ouderen willen het liefst in hun vertrouwde omgeving blijven wonen. De bereidheid tot verhuizen is erg klein. Ouderen zijn weinig geneigd om hun huisvestingssituatie te veranderen, laat staan te verhuizen. De meerderheid wil de situatie behouden zoals ze is. Slechts een minderheid staat positief t.a.v. een verhuis naar een residentiële voorziening.

3.3.1.1 Wooncomfort

Het wooncomfort en de mate waarin een woning is aangepast, is mee bepalend voor het zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen van de oudere. Het ouderenbehoeftenonderzoek⁴² geeft op dit vlak een interessante inkijk in het comfort en aangepastheid van de woningen van ouderen in Brussel stad. Het strekt zich geografisch uit van het historisch centrum over het dichtbevolkte en volkse Laken-centrum tot de uithoek van het gewest in Neder-over-Heembeek of Haren, en combineert de verschillende huisvestingstypologieën en bevolkingsprofielen die het Brussels gewest kenmerken. Enkele vaststellingen:

- Een vlotte toegang tot de woning blijkt in de helft van de gevallen niet verzekerd. Een op drie ouderen moet trappen nemen om binnen te raken.
- De grootte van de woning is bij een kwart van de ouderen niet aangepast: 10% vindt zijn woning te klein, bijna 15% vindt dat ze een te grote woning hebben.
- De woonkwaliteit in centrale, kwetsbare buurten zoals de Marollen of de Noordwijk is het meest problematisch, de woning is volgens één op vijf ouderen te klein of in slechte staat.
- Een op tien van de 60-plussers vindt zijn huis onvoldoende gerieflijk en comfortabel.
- De helft van de ouderen wil niets aan de woning veranderen terwijl één derde aanpassingen zou doen indien ze daar de financiële mogelijkheden toe hadden.

Met enkele kleine of grote aanpassingen kunnen woningen veiliger en comfortabeler gemaakt worden voor ouderen. Indien dit niet kan, is verhuizen naar een aangepast appartement soms een goede optie. Brussel combineert echter factoren die het (verhuizen naar) aangepast wonen voor ouderen bemoeilijken: de huisvestingkenmerken, de weerstand tegen verandering en de beperkte beleidsaandacht.

*“Ik heb wel een badkamer, maar ik kan ze niet meer gebruiken want ik kan niet meer in dat bad. Als ik erin ben, kan ik er niet uit.”
(Maria, 84j.)*

⁴² (Verté, Dury, De Witte, Buffel, & De Donder, 2009)

3.3.1.2 De huisvestingskenmerken

In eerste instantie zal de **woningbouw** bepalend zijn voor de aangepastheid of aanpasbaarheid aan de noden van ouderen en zorgbehoevenden. Brussel vertoont op dit vlak een concentrische beweging, startend met zeer oude woningen in de vijfhoek en omliggende woonkernen. In een tweede cirkel bevinden zich woningen uit het interbellum. Beide type woningen vormen een woonbestand dat in veel gevallen fysiek en functioneel problematische is: smalle huizen, veel trappen, appartementen met te smalle of geen lift. De recentere woningbouw in de derde en vierde cirkel biedt op dit een betere kwaliteit en comfort.

Vervolgens is de **eigendomsstatus**; het feit of men eigenaar is of huurder van een private woning of van een sociale woning, beïnvloedt de bereidheid, haalbaarheid en mogelijkheid om in te grijpen in de woonsituatie.

Er zijn geen recente cijfers die ons toelaten de exacte eigendomsstatus van ouderen in het Brusselse gewest te kennen. Het ouderenbehoefteonderzoek maakt gewag van 47% eigenaars in Brussel-stad, tegenover 83% voor Vlaanderen. Brussel-stad telt volgens hetzelfde onderzoek veel meer huurders op de private markt (29%) en sociale huurmarkt (18%). Deze cijfers bevestigen eerder studies⁴³

“Ik woon alleen met mijn zoon in een sociale woning met vier kamers. Een klein sociaal appartement is veel duurder, dat kan ik gewoon niet betalen. Dus blijf ik hier.” (Adèle, 65j.)

De meeste eigenaarswoningen bevinden zich in de welstellende delen van Brussel. Velen zijn er blijven wonen nadat de volwassen kinderen uit het huis getrokken zijn. Op die manier raken woningen onderbezet en onaangepast aan de woonbehoefte. Bovendien nemen ze kostbare ruimte in voor jongere gezinnen terwijl het tekort op de Brusselse woningmarkt erg groot is.

Ook in de sociale huisvesting doet dit fenomeen zich voor. Sociale woningbouw beslaat in Brussel met iets meer dan 39.000 woningen nauwelijks 7,6% van de woningmarkt en huisvest bijna 10% van de Brusselse 70-plussers. De sociale woningbouw dateert hoofdzakelijk van voor de jaren '90. Sindsdien zijn de investeringen aanzienlijk teruggeschroefd, terwijl de vraag naar betaalbare woningen in Brussel gestegen is en intussen meer dan 39.000 gezinnen op de wachtlijst staan⁴⁴. Kenmerkend is dat de bewonerspopulatie van de sociale woningen samen met de bakstenen is verouderd. Veel woningen zijn nog steeds bewoond door de mensen die er initieel introkken. De Brusselse sociale huisvestingsmaatschappij stelde vast dat eind 2011 meer dan 40% van de gezinshoofden van sociale woningen ouder was dan 60 jaar. Niet zelden gaat het hier om verouderde appartementen en gebouwencomplexen die niet meer aangepast zijn aan de actuele woonbehoeften.

Het sociale woningbestand is de afgelopen jaren nauwelijks uitgebreid, maar er werden wel inspanningen gedaan om het gebrekkig comfort weg te werken. Volgens de wijkmonitoring vertoonden in 2008 heel wat wijken een sociaalwoningbestand met gebrekkig comfort (geen badkamer en centrale verwarming). Vier jaren later zijn de zwakste punten weggewerkt en vertoont de kaart heel wat minder tekorten. Toch stelt zich de vraag of dit voldoende is om het comfort en de veiligheid van de oudere bewoners te garanderen: meerdere ouderen getuigden over onaangepaste grootte van de woning, defecte lift, onbruikbaar bad en gebrekkige isolatie.

Een derde van de Brusselse ouderen is aangewezen op de private huurmarkt. Dit is erg veel in vergelijking met de andere gewesten. Eigenaars en bewoners van sociale huisvesting beseffen dat ze zich in een financieel relatief gunstige positie bevinden. Tegelijk zorgt dit er ook voor dat ze (noodgedwongen) vastzitten aan de woning en verhuizen vaak geen optie is.

“Wat kan je nog doen met een klein pensioentje? Gelukkig moet ik niet huren.” (W., 85j.)

⁴³ (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad, 2007)

⁴⁴ (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad, 2013)

Ouderen die huren op de private huurmarkt bevinden zich dan weer in een financieel precaire situatie en hebben het vaak moeilijk om de eindjes aan elkaar te knopen. De maandelijkse huurlast weegt erg door op het vaak krappe huishoudbudget en laat niet veel ruimte voor bijkomende kosten. Bovendien is het niet vanzelfsprekend om aanpassingswerken te laten uitvoeren in een huurwoning.

3.3.1.3 Weerstand tegen verandering

Een reden van inertie voor woningaanpassing moet vooral gezocht worden bij de oudere zelf en diens grote weerstand tot verandering.

Het ligt bij de oudere heel moeilijk om de nodige aanpassingen te doen of de stap te zetten en te verhuizen. De redenen zijn divers: vooreerst is er de emotionele gehechtheid aan de eigen woning en de wijk, plaatsen vol herinneringen en levensgeschiedenis. Uiteraard zijn er ook de praktische bezwaren: de woning aanpassen of verhuizen vergt een hele organisatie en brengt, vuil, rommel en kosten met zich mee. Ouderen zien sterk op tegen de overlast. Ten slotte stoten ouderen op een financiële drempel. Verhuizen naar een kleinere en aangepaste woning is voor velen onmogelijk vanwege de hoge prijzen in Brussel, zowel voor huur- als koopwoningen. Aanpassingen, in het bijzonder de meer ingrijpende, zijn vaak niet altijd financieel haalbaar. De tussenkomsten zijn niet zo goed gekend en zeer beperkt in Brussel.

Ouderen bereiden zich niet voor op hun oude dag omdat ze het nut er niet van inzien. Ze vinden het ofwel nog te vroeg om actie te ondernemen ofwel oordelen ze dat het niet meer de moeite is. Jonge senioren staan weigerachtiger tegenover verandering dan 80-plussers, voor wie het intussen vaak te laat is. Sensibilisering en vooral de jongere ouderen doen nadenken is dan ook cruciaal. Het Brussels Steunpunt Woningaanpassing staat in voor de bewustmaking van ouderen en ondersteuning van (kleine) woningaanpassing.

3.3.1.4 Beperkte beleidsaandacht

Van overheidswege is nog maar weinig ondernomen om ouderen aan te sporen tot meer aangepast wonen. Het Brusselse woonbeleid heeft nauwelijks aandacht voor het wonen van ouderen. Aangepast wonen, staat niet op de politieke agenda terwijl alle aandacht gaat energieprestatie en duurzaamheid. In tegenstelling tot Vlaanderen voorziet het Brussels gewest geen premies voor woningaanpassing. De renovatiepremie zijn bedoeld voor eigenaars van oude woningen. Aanpassingen in functie van handicap of verminderde mobiliteit kunnen eveneens betoelaagd worden, zij het onder strikte voorwaarden. Recente woningen en huurwoningen vallen volledig uit de boot.

Voor huurders die verhuizen omdat hun woning ongezond, te klein of niet aangepast is aan hun beperkte mobiliteit, bestaat een forfaitaire verhuis- en installatietoelage en maandelijkse huurtoelage (VIBH). Jaarlijks doen +/- 2.000 gezinnen hierop beroep. Het aandeel ouderen of personen met een handicap is niet gekend. Nieuw is dat huurders van sociale woningen zullen moeten verhuizen naar een kleinere woning wanneer blijkt dat de woning onderbezet is en er binnen een bepaalde marge van afstand en prijs een alternatief kan worden aangeboden. Bovendien wordt de verhuis- en huurtoelage uitgebreid naar de groep van 70-plussers die buiten de toekenningscriteria vallen.

De Vlaamse Gemeenschapscommissie tracht met de ondersteuning van de klusdiensten en het Steunpunt Woningaanpassing Brussel het aangepast wonen en de verhoogde zelfredzaamheid van thuiswonende zorgbehoevenden te stimuleren.

3.3.2 Specifieke woonvormen voor ouderen

Woont de overgrote meerderheid van de ouderen nog thuis, toch verblijft meer dan 10% van de 65 plussers in een residentiële ouderenvoorziening. Vanaf 85 jaar stijgt hun aandeel naar 25 % (leeftijdsgroep tot 89 jaar), 45 % (tussen 90 en 95 jaar) tot 80 % van de ouderen boven 95 jaar.

3.3.2.1 Rusthuizen en woonzorgcentra

Brussel telt eind 2013 153 rusthuizen, samen goed voor een capaciteit van bijna 15.300 woongelegenheden. De meerderheid van de rusthuizen (69%) heeft een officieel tweetalig statuut, erkend door de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. De Commission communautaire française (Cocof) erkent 29 % van de rusthuizen. Deze zijn op één na alle in handen van de commerciële sector. 3 rusthuizen (2%) hebben het statuut van Vlaams woonzorgcentrum, en daar komen er in de komende jaren nog 8 bij.

Tabel 11. Rusthuizen en woonzorgcentra in Brussel – situatie op 31/12/13

		Openbaar	Commercieel	Vzw	Totaal	%
VG	Instellingen		2	1	3	2%
	Bedden		200	44	244	2%
GGC	Instellingen	27	60	18	105	69%
	Bedden	3.637	5.450	1.989	11.076	73%
Cocof	Instellingen		44	1	45	29%
	Bedden		3.824	120	3.944	26%
Totaal	Instellingen	27	106	20	153	
	Bedden	3.637	9.474	2.153	15.264	
%	Instellingen	18%	69%	13%	100%	
	Bedden	24%	62%	14%	100%	

Bron: Home-Info

De Brusselse rusthuizen liggen – met uitzondering van de dichtbevolkte kanaalzone die nagenoeg geen rusthuizen heeft – goed gespreid over het hele gewest. Dit is meteen ook één van de sterktes en voordelen van een rusthuis. Gezien hun gunstige geografische spreiding en relatieve bekendheid komen ze het beste tegemoet aan de nood tot nabijheid en kunnen familieleden en vrienden gemakkelijk en frequent op bezoek komen. De bewoners komen dan hoofdzakelijk uit de nabije omgeving van het rusthuis.

Als ouderen beslissen om te verhuizen, willen ze dat liefst slechts één keer doen. De nieuwe woonst is voor hen de laatste woonplaats. De honkvastheid uit zich ook in de late en onvoorbereide beslissing om naar een rusthuis te gaan op het moment dat de zorgnoden het vereisen. Ouderen willen geen rekening houden met deze mogelijkheid en stellen dit uit. Vaak wordt de beslissing genomen na opname in een ziekenhuis of op initiatief van familieleden. Dit maakt de verhuis naar een rusthuis een zeer ingrijpende gebeurtenis. De aanzienlijke verbetering van de zorgsituatie gaat immers gepaard met een groot verlies aan houvast, privacy, autonomie en de confrontatie met de eigen hulpbehoefte.

Paradoxaal genoeg moesten net veel kleine, familiale rusthuizen de afgelopen jaren noodgedwongen de deuren sluiten door beheers- en rendabiliteitsproblemen en gingen in tien jaar tijd meer dan 900 woongelegenheden verloren.⁴⁵

De tekorten aan woongelegenheden voor ouderen is de commerciële sector niet ontgaan. Zowel binnenlandse als buitenlandse groepen hebben sinds enkele jaren de markt van de rusthuizen ontdekt. De uitbating van woonzorgcentra geldt als een lucratieve activiteit. De geprogrammeerde uitbreiding is ook in Brussel een *booming business* die private investeerders aantrekt.

⁴⁵ (Home-Info, 2012)

Intussen zijn 62% van de rusthuisbedden in handen van commerciële partners. In Vlaanderen is er een duidelijk overwicht aan woongelegenheden met een vzw-structuur (53%) en openbaar bestuur (30%). Slechts 17% is commercieel uitgebaat.

3.3.2.2 Serviceflats

Minder ingrijpende woonvormen met beperkte zorgondersteuning kennen in Brussel tot op heden echter relatief weinig succes. Ze worden vaak beschouwd als een onnodige stap tussen thuis wonen en het rusthuis. Dit vertaalt zich in het laag aantal serviceflats. Deze bestaande formule biedt een woonvorm voor ouderen die nog zelfstandig kunnen wonen en geen continue verzorging of permanent toezicht nodig hebben. Brussel heeft een aanbod van slechts 1300 serviceflats, verspreid over 11 gemeenten, bijna uitsluitend uitgebaat door commerciële partners. De Vlaamse overheid voorzag tot eind 2012 in Brussel een programmatie van 1287 serviceflats waarvan er amper 32 gerealiseerd zijn en nog 140 zullen bijkomen. Hoewel het een antwoord biedt op de behoefte naar meer autonomie, privacy en zorg op maat, lijken Brusselse ouderen er weinig beroep op te willen of kunnen doen. De redenen hiervoor zijn de hoge kostprijs, de beperkte zorggarantie en de verhuisaversie.

Er moet gezocht worden naar woonformules die ook voor sociaal en financieel kwetsbare ouderen toegankelijk zijn. De programmatie voor serviceflats werd in Vlaanderen geschrapt, waardoor de markt meer vrij spel krijgt. Verder werd de overstap gemaakt naar assistentiewoningen en is de bouw en verhuur ervan in de sociale huisvesting mogelijk gemaakt. Het Waals gewest nam recent met de lancering van 'résidences services sociales' ook initiatieven in die richting. Het is wachten op een Brussels kader om samenhang tussen assistentiewoningen voor ouderen en sociale huisvesting mogelijk te maken.

Benchmarking Antwerpen

Het relatieve overaanbod aan residentiële plaatsen voor ouderen is in Brussel meer uitgesproken dan in Antwerpen. Het aantal plaatsen ligt er ook boven het Vlaamse gemiddelde, maar scoort met 6,7 plaatsen per 100 ouderen toch aanzienlijk lager dan Brussel.

Tabel 12. Aantal residentiële plaatsen / 65-plussers in Brussel en Antwerpen

Situatie 2012	Brussel	Antwerpen	Vlaanderen
Aantal 65+	153.716	87.224	1.179.812
Aantal plaatsen residentiële ouderenzorg	16.387	5.808	67.523
Aantal plaatsen per 100 65-plussers	10,7%	6,7%	5,7%

Bron: Vlaams Agentschap en programmatiestudie

3.3.2.3 Alternatieve woonvormen

Tussen blijven wonen waar je woont en verhuizen naar een woonzorgcentrum, bestaan veel alternatieven. Deze kunnen worden gegroepeerd in vier types, volgens de mate van gemeenschappelijkheid en solidariteit⁴⁶:

- Zelfstandig wonen: Naast de eigen woning wordt hier ook een kangoeroewoning of een aanleunwoning toe gerekend. Kenmerkend is een grote mate van zelfstandigheid en privacy. De typisch Brusselse rijhuizen lenen zich goed tot het kangoeroewonen waarbij twee personen of gezinnen van verschillende generaties een apart deel van eenzelfde huis bewonen en wederzijds praktische steun en hulp bieden.
- Groepswonen: Wonen in groep betekent dat elke bewoner zijn eigen woning heeft, maar dat ze samen een aantal ruimtes delen. Naargelang de aard van de woonvorm, neemt het aantal gemeenschappelijke ruimtes toe, maar het blijven privéwoningen.

⁴⁶ (Makay & Lampaert, 2012)

Mogelijke varianten zijn centraal wonen rond een gemeenschappelijke binnentuin of plaats, cohousing en gestippeld wonen. Het is een vorm van wonen die bij veel ouderen positieve associaties teweeg brengt omdat het privacy, kleinschaligheid en nabijheid van contacten en zorg combineert. Het meest gekend in Brussel zijn de Abbeyfield huizen waar niet-zorgbehoevende ouderen kiezen om samen te wonen en tijd, zorg en ruimte met elkaar te delen.

- Woongemeenschap: Hier leef je echt samen met anderen en heb je minder privacy. Je hebt een eigen kamer, maar het dagelijks leven gebeurt in groep. Het is ook een keuze voor onderlinge zorg en wederzijdse solidariteit die bijvoorbeeld kenmerkend is voor religieuze gemeenschappen.
- Een woonzorgcentrum is vooral voor ouderen die niet meer zelfstandig kunnen wonen en veel zorgen nodig hebben.

Stilaan treedt een mentaliteitswijziging in en duiken nieuwe woonformules op die een alternatief willen bieden. Dit vertaalt zich in vormen van kleinschalig groepswonen, waarbij niet alleen de toegankelijkheid en aangepastheid belangrijke aspect zijn, maar evenzeer het menselijke, het relationele en de grote betrokkenheid van de bewoners.

Nieuw zijn de initiatieven die zich ontwikkelen vanuit een cultuurgevoelige invalshoek, als antwoord op de toenemende nood aan aangepaste zorg voor allochtone ouderen. Meer nog dan bij de autochtone bevolking wordt een opname in een rusthuis of woonzorgcentrum bij allochtone ouderen gezien als laatste optie.

Hoewel precieze cijfergegevens ontbreken, mogen we aannemen dat het aandeel allochtone ouderen in de Brusselse rusthuizen heel beperkt is. Onderzoek naar plaats van overlijden van ouderen in de periode 1998-2004 onderschrijft deze stelling: Brusselaars met Marokkaanse of Turkse nationaliteit sterven nauwelijks in een rusthuis (4% t.o.v. een Brussel gemiddelde van 27%)⁴⁷.

We stelden eerder al dat de dichtbevolkte wijken in de kanaalzone quasi blinde vlekken zijn op het vlak van residentiële ouderenvoorzieningen. In deze wijken wonen in mindere mate de ouderen van nu, maar des te meer de ouderen van morgen. Het ontbreken van rusthuizen en de uitgesproken afkeer ervan kunnen een kans en hefboom vormen om precies in deze kansarme wijken bijkomend te investeren in alternatieve woonvormen vanuit een zelforganisatiemodel. Via samenwerking met sociale huisvestingmaatschappijen en sociale woonformules kunnen betaalbare alternatieven worden uitgewerkt.

Een aantal hinderpalen staan een makkelijke overstap naar alternatieve en intergenerationele woonvormen nog in de weg⁴⁸:

- Sociaal statuut: Er is een afstraffing voor mensen met een vervangingsinkomen die solidair wonen in gemeenschap.
- Stedenbouw: Er is een aarzeling om stedenbouwkundige vergunningen toe te kennen omdat dergelijke projecten vaak verward worden met huisjesmelkerij.
- Geschikte locaties: Zeker in een stedelijk gebied is het zeer moeilijk om geschikte plekken te vinden en is er grote concurrentie met projectontwikkelaars. Dergelijke alternatieve woonvormen vragen ook om bijkomende architecturale aanpassingen aan het gebouw.
- Woonstatuut: De initiatieven van groepswonen zijn tot nu toe bijna allemaal koopprojecten, maar er is vraag naar formules met huurwoningen. Inschrijven in groep voor sociale huisvesting is nog niet mogelijk. Sociale huisvestingsmaatschappijen kunnen proefprojecten stimuleren en zelfbeheer van groepen een kans geven.

“Samenwonen, onder welke vorm ook, zal een must worden. Door de woningmarkt, door het ouder worden en ook om niet te vervreemden van elkaar. Er zijn hier zo veel nationaliteiten in Brussel. Samenwonen kan een manier zijn om niet te vervreemden.” (Anne-Marie, 71j.)

⁴⁷ (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad, 2007)

⁴⁸ (de Brieu, 2011), (Makay & Lampaert, 2012) en (Maruf, Demeere, & Teugels, 2010)

- Medebewoners: Het vinden en vormen van een groep van gelijkgezinden die in het groepswoonproject willen realiseren, is geen sinecure.

De trend en opportuniteiten van collectief en intergenerationeel wonen zijn ook het beleid niet ontgaan. Er worden bescheiden stappen gezet om deze alternatieve woonvormen te ondersteunen. In Brussel is de Cocof pionier door in de regelgeving te voorzien in een kleinschalige woonvorm voor ouderen onder de noemer *accueil familial* waarbij een gastgezin tot drie ouderen kan huisvesten in een familiale sfeer. Zeer recent stelde de werkgroep *recht op wonen* van de Interministeriële conferentie Welzijn-Gezondheid een nota op met aanbevelingen over transitwoningen, intergenerationeel wonen, woningen voor personen met een handicap en residentieel wonen. In antwoord hierop kondigde de minister in juni 2013 enkele concrete pistes aan ten aanzien van de doelgroepen personen met een handicap en ouderen, waaronder de oprichting van een informatie/referentiecentrum, de uitwerking van een referentiekader en de ondersteuning van projecten intergenerationeel wonen en groepswoon, met aandacht zowel voor de harde (stenen) als zachte (sociale begeleiding) aspecten⁴⁹.

De geïntegreerde **woonprojecten voor ouderen en personen met een handicap** zijn een specifieke vorm van kleinschalig wonen. De woonbehoeften voor beide groepen lopen parallel als het gaat om aangepastheid, toegankelijkheid, ondersteuning in het dagelijks leven en zorgpermanentie. In een samenwoonproject kan de omkadering vanuit de gehandicaptenzorg ten dienste staan van de ouderen zodat 24u permanentie, crisisinterventies en nachtzorg mogelijk en betaalbaar worden. Het woonzorgproject in de Begijnenstraat in Molenbeek is een voorbeeld waarbij wonen en welzijn voor ouderen en personen met een handicap elkaar trachten te versterken in een samenwerkingsverband tussen het lokaal dienstencentrum, een voorziening voor personen met een handicap en een sociaal verhuurkantoor. Dergelijke geïntegreerde projecten zijn nog schaars maar kunnen inspirerend zijn. Zoals voor elke vorm van groepswoon geldt het principe dat de bewoner uit eigen wil toetreedt. Wel moet rekening worden gehouden met de cultuurverschillen in de verschillende betrokken sectoren. Kort geschetst kunnen we stellen dat de ouderenzorg zich meer richt op de somatische zorg en de algemene dagelijkse activiteiten binnenshuis. Ondersteuning bij sociale netwerken en het beïnvloeden daarvan komt veel minder aan bod. Medewerkers uit de gehandicaptenzorg hebben meer oog voor de sociaal agogische kant. De welzijnssector vertrekt eerder vanuit een groepsgerichte ondersteuning, en minder vanuit individueel maatwerk. Een goede samenwerking vraagt om verduidelijking van elkaars werkwijzen en openstaan voor elkaars expertise, wat men van elkaar kan leren en hoe men elkaar kan aanvullen⁵⁰.

Er kan lering gehaald worden uit de sector van personen met een handicap, waar eveneens een groeiende nood is aan betaalbaar wonen met ondersteuning in de eigen omgeving. Dit is het uitgangspunt van Inclusie Invest, een coöperatieve vennootschap die aangepaste, kleinschalige woonvormen bouwt voor mensen met een beperking. De samenwerking tussen de zorgsector en geëngageerde privéinvesteerders zorgt voor een financieringsmechanisme dat de kost voor de zorg loskoppelt van de bouwkosten zodat woningen aan een haalbare prijs verhuurd kunnen worden⁵¹.

⁴⁹ (Doulkeridis, 2013)

⁵⁰ (Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, 2013)

⁵¹ (www.inclusieinvest.be)

3.3.3 Stimulerende leefomgeving

Een aangepaste woning waar ouderen veilig en comfortabel kunnen wonen, is niet voldoende om langer thuiswonen, de autonomie en het welbevinden van ouderen te ondersteunen. Ook de leefomgeving moet aangepast en uitnodigend zijn om ouderen toe te laten naar buiten te gaan, te winkelen, sociale contacten te onderhouden of beroep te doen op zorg en diensten buitenshuis.

Fysieke veroudering, verminderde mobiliteit en sociale desactivering leiden er toe dat de actieradius van de oudere verkleint en het leven zich toespitst op de nabije omgeving en de wijk. Het belang van de buurt neemt bijgevolg toe naarmate deze factoren prominenter.

*“Ik mis zitbanken en groene ruimtes, plaatsen waar ik kan uitrusten in onze buurt.”
(Nebahat, 55j.)*

Een veilige en aangename leefomgeving staat bovenaan het verlanglijstje van ouderen en gaat de bekommernis om welzijn en goede zorg vooraf.

Een aantrekkelijke leefomgeving wordt enerzijds bepaald door de **fysiekruimtelijke omgeving** waar de dagdagelijkse bezigheden plaatsvinden. De verplaatsingsmogelijkheden, bereikbaarheid en nabijheid van winkels en voorzieningen, de begaanbaarheid van voetpaden en de aanwezigheid van rustplaatsen zijn belangrijke factoren.

Brusselse ouderen houden van hun stad. Het leven in de stad biedt ouderen ontegensprekelijk veel voordelen. Het vele groen, het openbaar vervoer, het enorme cultuuraanbod en de nabijheid van diensten en winkels maken het wonen in Brussel aangenaam.

De nabijheid van alles is wellicht de grootste troef, maar is een relatief begrip dat nauw verbonden is met de mogelijkheid om zich nog vlot te kunnen en durven verplaatsen. De leefomgeving overstijgt ook de buurt, zeker voor zij die nog mobiel zijn. Verplaatsingen, zowel voor zorg als voorontspanning, zijn voor veel Brusselse ouderen een knelpunt: Het openbaar vervoer is niet in alle stadsdelen even goed uitgebouwd, het onveiligheidsgevoel aan de haltes en metrostations is bij ouderen meer uitgesproken, het aanbod aan sociaal vervoer is ondermaats, en taxi's zijn voor velen een te duur alternatief. De lokale mobiliteit wordt voor ouderen en mensen met een handicap sterk gefnuikt door de slechte staat van de stoepen, voorbijrazend verkeer en ongeduldige chauffeurs.

Tabel 13. Leefomgeving: fysiekruimtelijke aspecten

Is het volgende op uw buurt van toepassing:	ja
Onvoldoende openbare toiletten	60%
Te veel verloedering en vervuiling	43%
Te druk verkeer	42%
Onvoldoende rustbanken	35%
Onvoldoende voorzieningen	20%
Onvoldoende openbaar vervoer	17%
Te veel obstakels	14%

Bron: Ouderenbehoeftenonderzoek Brussel, VUB, 2009

Leefomgeving heeft ook betrekking op de **sociaal-culturele eenheid** waarin groepen bewoners met elkaar omgaan en verbondenheid ervaren. Voelen ouderen zich veilig in hun buurt? Zijn er goede contacten? Worden ze voldoende betrokken in buurtzaken en kunnen zij voldoende meedoen als actieve buurtbewoners?

Tabel 14. Leefomgeving: sociaal-culturele aspecten

Is het volgende op uw buurt van toepassing:	ja
Tevreden over contacten met burens	80%
Voldoende buurt- of wijkcentra	76%
Minstens één keer per week contacten met burens	60%
Voldoende georganiseerd voor ouderen	57%
Komt 's avonds nooit buiten	43%
Voelt zich betrokken bij het wijkgebeuren	42%
Te veel allochtonen in de wijk	37%
Onveiligheid en criminaliteit	35%
Weinig kennissen, vrienden, familie	31%
Geen gezellige wijk	13%

Bron: Ouderenbehoeftenonderzoek Brussel, VUB, 2009

Bovenstaande cijfers komen uit het ouderenbehoeftenonderzoek bij 60-plussers van Brussel-stad en bevestigen het beeld uit andere studies. Toch moeten we opletten voor veralgemeningen aangezien de nuances op vlak van leeftijd, sociaaleconomische achtergrond of herkomst niet zijn weergegeven. We mogen de conclusies niet zonder meer lineair doortrekken voor het hele gewest. De bevraging vond enkel plaats in Brussel-stad en daar zijn al grote verschillen tussen de wijken.

Het is niet zo dat de aanwezigheid van allochtonen slechter geapprecieerd wordt in wijken waar deze gemeenschappen sterk vertegenwoordigd zijn. Een opmerkelijke negatieve uitschieter is Haren waar er algemeen grote ontevredenheid heerst bij ouderen. Grotere consensus noteren we over het aantal kennissen in de wijk, de verkeersdruk, de aanwezigheid van buurtcentra en het aanbod voor ouderen.

Eerder in dit rapport beschreven we al de lage verhuismobiliteit van ouderen. De meesten wonen al tientallen jaren in hun wijk. Intussen hebben niet alleen zichzelf, maar ook hun wijk heel wat evoluties en veranderingen gekend. Wat bovenstaande cijfers minder in beeld brengen, is de manier waarop de ouderen de evoluties ervaren.

De positieve contacten die er nog zijn met burens, tevredenheid over de nabijheid van diensten en de betrokkenheid met de wijk mogen niet doen vergeten dat ouderen het ook moeilijk hebben met de veranderingen. In de Brusselse context komen daarbij vooral de toegenomen verkeersdruk, verloedering, de verfransing en internationalisering ter sprake.

Ouderen uit residentiële buurten uiten eerder het gevoel alleen achter te blijven, zeker overdag wanneer iedereen naar het werk of school is en er niemand op straat rondloopt. Leven en beweging zien op straat is voor sommigen een expliciete tevredenheidsfactor.

In de dichtbevolkte, kansarme wijken leven momenteel Belgische, vaak kwetsbare ouderen en ouderen van vreemde herkomst naast elkaar. Toch ervaren zij hun buurt op een verschillende manier, vooral wat de sociaal-culturele aspecten betreft. Het gevoel van vervreemding en sociaal isolement is uitgesproken bij de Belgische ouderen die lang in eenzelfde wijk wonen en deze hebben zien evolueren. Zij zijn nog steeds erg gehecht aan hun wijk maar verliezen steeds meer hun houvast. Voor hen zijn buurthuizen en dienstencentra een belangrijke ontmoetingsplaats.

*“Er komen veel jonge personen bij, en misschien is het omdat ik ouder ben, maar er komen geen contacten meer, het is fel veranderd.”
(Angèle, 80j.)*

“Ik ben erg tevreden over mijn burens; Ze hebben me geholpen tijdens een moeilijke periode toen mijn man overleed.” (Naside, 70j.)

Ouderen van Turkse en Marokkaanse herkomst vinden wel houvast in de buurt. Het is daar waar familie en kennissen wonen, waar de moskee en vertrouwde buurtwinkels zijn. Vele allochtone ouderen omschreven de buurt als het verlengde van hun huis. Het is, ondanks alles, hun thuis.

Het belang van houvast in de buurt en de positieve effecten van een stimulerende leefomgeving vinden we terug in het concept van wijkgerichte zorg. Het gaat erom de bestaande omgeving, mits de nodige ingrepen, omkadering en ondersteuning, leefbaar te houden of te maken voor iedereen en ouderen en zorgbehoevenden in het bijzonder. Een zorgzame buurt biedt ouderen de kans en de mogelijkheid om een actieve rol in de samenleving te blijven opnemen, naar buiten te treden, elkaar te ontmoeten, maar ook in contact te treden met de hele gemeenschap, zowel jong als oud⁵².

Het pleidooi voor een buurtgerichte benadering van woonzorg moet ons waakzaam maken dat we ouderen niet vereenzelvigen met hun wijk. De aansluiting met de gehele stad en ruimere leefomgeving, zowel fysiek als emotioneel mag niet verloren gaan. Bovendien herkent niet iedereen zich in het lokaal gegeven. Niet alle ouderen voelen er zich mee verbonden of wensen bloot te staan aan de blikken van burens en bekenden in het zoeken naar zorg en ondersteuning.

3.4 PARTICIPATIE EN SOCIALE REDZAAMHEID

3.4.1 Sociale netwerken

Sociaal isolement bij ouderen wordt door professionelen vaak aangehaald als een van de grootste problemen en uitdaging van het woonzorgbeleid. Sociale contacten en een sociaal netwerk zijn bepalende factoren voor het behoud van autonomie en zelfredzaamheid.

De afwezigheid van een informeel netwerk en een verminderde zelfredzaamheid leiden er toe dat sneller de stap moet worden gezet naar professionele zorg en eventueel vervroegde opname in een woonzorgcentrum of rusthuis. In Brussel is 40% van de rusthuisbewoners niet of weinig zorgbehoevend (O- en A-profiel). De OCMW's geven zelf aan dat sociale en financiële kwetsbaarheid, gecombineerd met schaarste op de huisvestingsmarkt, er toe leidt dat ouderen vervroegd geplaatst worden in een residentiële voorziening.

Het voorkomen of doorbreken van het sociaal isolement is dan ook een belangrijke beleidsoptie. In Vlaanderen spelen onder andere de lokale dienstencentra hierin een belangrijke rol. Om effectief te zijn, moeten interventies rekening houden met twee bepalende elementen: de persistentie en de handelingsoriëntatie. De persistentie heeft betrekking op de duur: is er sprake van dreigend of reëel isolement door een recente gebeurtenis? Of gaat het om iemand die al langer sociale contacten vermijdt en in isolement leeft eventueel in combinatie met een psychiatrische problematiek? De handelingsoriëntatie slaat op de behoefte die de persoon heeft om uit het isolement te raken en (opnieuw) betrokken te zijn in een sociaal netwerk⁵³.

De begrippen sociaal isolement en eenzaamheid mogen immers niet met elkaar verward, laat staan gelijkgesteld worden. Sociaal isolement is een waarneembaar en meetbaar gegeven op basis van de omvang van en contactfrequentie met het sociaal netwerk. Sociaal isolement staat daarbij in tegenstelling tot sociale participatie.

“Er zijn sommige mensen die dat nodig hebben, contact. Ik heb dat niet speciaal nodig.” (Alice, 81j.)

⁵² (De Donder, Verté, Teugels, & Glorieux, 2013)

⁵³ (Machielse, 2011)

Eenzaamheid is het subjectief ervaren van een onplezierig of ontoelaatbaar gemis aan (kwaliteit van) bepaalde relaties. Verschillende personen ervaren in gelijkaardige situaties niet dezelfde gevoelens van eenzaamheid. Sommige ouderen hebben geen behoefte aan een groot netwerk of aan frequente contacten, maar zijn tevreden met de contacten die ze wel nog hebben. Ze zijn contactarm, maar voelen zich niet eenzaam. Daartegenover zijn er ouderen die wel nog voldoende contacten hebben, maar zich toch eenzaam voelen⁵⁴.

Ouderen worden makkelijker als eenzaam gestereotypeerd, en dat blijft niet zonder gevolgen. Ouderen die negatieve leeftijdsstereotypen internaliseren, beoordelen hun eigen gezondheid als minder goed. Ze doen minder aan gezondheidspreventie, herstellen minder snel van ziekte en leven ook minder lang. We moeten dan ook opletten om negatieve stereotypen niet te bevestigen of te versterken en inzetten op het voorkomen en tegengaan van eenzaamheid.

3.4.1.1 Familie, vrienden en buren

Uit het onderzoek naar zorgnoden en behoeften van de Brusselaar⁵⁵ kwam naar voren dat veel ouderen veel belang hechten aan de sociale relaties in de buurt. Ze onderhouden er contacten met buren, vrienden en familie. Het belang van buren en buurt is nog meer uitgesproken bij de kwetsbare ouderen en ouderen van vreemde herkomst. In vele gevallen kunnen ouderen rekenen op of nemen ze deel aan een informeel sociaal netwerk voor steun en hulp. De partner (voor wie deze nog heeft), kinderen, buren en andere familieleden zijn de belangrijkste personen waar ouderen op rekenen wanneer ze hulp nodig hebben.

“Ik heb heel lieve buren, als ze mij enkele dagen niet zien, komen ze bellen en vragen of alles in orde is.” (Christa, 84j.)

Het geruststellend gevoel dat er iemand is op wie men kan rekenen betekent daarom niet dat deze hulp effectief wordt ingeroepen. Ouderen blijven heel erg gesteld op hun privacy en stellen zich niet graag kwetsbaar op tegenover kennissen en buren. De drempel om hulp in te roepen is hoog en soms extreem. ‘Mensen vallen soms letterlijk liever dood neer dan dat ze om hulp vragen.’⁵⁶ Er is hier sprake van vraagverlegenheid. Daar tegenover staat zijn de handelingsverlegenheid: mensen zijn best bereid om een handje toe te steken, maar willen ze zich niet opdringen. De combinatie van vraagverlegenheid en handelingsverlegenheid is nefast voor de totstandkoming van informele zorg. Sociaal geïsoleerde ouderen zitten in een overlevingsmodus waarbij ze niemand tot last willen zijn en niet geneigd zijn om de hulp van anderen in te roepen. Een buitenstaander zal de eerste stap moeten zetten om het vertrouwen van de ouderen te winnen. Van deze groep mag niet verwacht worden dat ze zelf de stap zetten naar een diensten- of activiteitencentrum. Hier zijn vindplaatsgericht werken en een actieve detectie van noden onontbeerlijk.

3.4.1.2 Isolement en eenzaamheid

Isolement en eenzaamheid bij ouderen is een realiteit. Heel wat ouderen getuigden over verlies aan contact en vervreemding. Kinderen wonen veraf, buurten zijn constant in beweging, handelszaken sluiten, vertrouwde mensen trekken weg of overlijden, er komen nieuwe, jonge en vaak allochtone gezinnen in de plaats. Ook de verfransing van de buurt is een realiteit waar Nederlandstalige ouderen het moeilijk mee hebben. Uit gesprekken met sociaal geïsoleerde ouderen kwamen duidelijk naar voren dat het gebrek aan sociale contacten een reden kan zijn om niet langer zelfstandig te blijven wonen zodra er gezondheidsproblemen optreden.

⁵⁴ (Vandenbroecke, Vermeulen, & Maggi, 2012)

⁵⁵ (Vanmechelen, Verté, Teugels, & e.a., 2012)

⁵⁶ (Linders, 2010).

Om de draagwijdte van de problematiek van gebrek aan sociaal netwerk en vereenzaming in te kunnen schatten, bekijken we enkele resultaten van de eenzaamheidsenquête⁵⁷ en het ouderenbehoeftenonderzoek⁵⁸.

Tabel 15. Typologie van eenzaamheid bij Brusselse ouderen

Omvang netwerk		
Kwaliteit netwerk	Groot netwerk	Klein netwerk
Voelt zich niet eenzaam	Sociaal weerbaren (42%)	Contactarmen (10%)
Voelt zich eenzaam	Eenzamen (19%)	Sociaal geïsoleerde (29%)

Bron: KBS rapport 'oud word je niet alleen'.

De enquête maakte voor de analyse van eenzaamheid sociaal isolement een onderscheid tussen vier contacttypes die ouderen al dan niet onderhouden. Ze baseerden hun resultaten op een steekproef bij 1.507 65-plussers uit Brussel, Vlaanderen en Wallonië, zowel thuiswonend ouderen als ouderen in een woonzorgcentrum. Er kwamen daarbij geen opmerkelijke verschillen tussen de gewesten aan het licht, hoewel bij verdere verfijning toch werd vastgesteld dat Brusselse ouderen over het kleinste sociaal netwerk beschikken en ouderen in grote steden vaker contactarm zijn.

- 3% van de Brusselse ouderen heeft enkel een vriendennetwerk en geen contacten meer met familieleden.
- 44% heeft enkel een familienetwerk van (klein)kinderen en/of (schoon)broers en zussen... maar geen vrienden.
- 46% van de Brusselse ouderen beschikt over een vrienden- en familienetwerk, het type netwerk dat de beste bescherming tegen vereenzaming biedt.
- 7% ten slotte heeft geen enkel regelmatig sociaal contact.

Het Brusselse ouderenbehoeftenonderzoek brengt de omvang van het sociaal netwerk van thuiswonende Brusselse 60-plussers in kaart aan de hand van een bevraging van 669 Brusselse 60-plussers. De meesten blijken over een sociaal netwerk te beschikken en hebben het vaakst contact met vrienden en kennissen (86%), gevolgd door (schoon)kinderen (73%). Contacten met burens en mensen uit de wijk komen op de derde plaats (70%), gevolgd door kleinkinderen en andere familieleden.

Onderzoekers stelden vast dat Brusselse ouderen meer dan Vlaamse leeftijdsgenoten, tevreden zijn over de contacten met vrienden en kennissen (85%) en burens (77%). De tevredenheid over de contacten met kinderen (61%) en kleinkinderen (43%) sluiten aan bij de cijfers in Vlaanderen. Opvallend is dat Brusselse ouderen veel minder tevreden zijn over de contacten met hun partner (61%), daar waar dit bij Vlaamse ouderen met 95% zeer hoog scoort.

Ontevredenheid over de frequentie en kwaliteit van sociale contacten is een belangrijke indicator voor eenzaamheid. Naast de omvang van het netwerk werd ook gevraagd naar de gevoelens van eenzaamheid. Twee op tien Brusselse respondenten gaf aan ernstige eenzaamheid te ervaren. Eenzaamheid neemt vanaf 75-jaar sterk toe en treft voornamelijk de oudste ouderen. Bij de 85-plussers in België voelt 12% zich dikwijls eenzaam en 38% soms eenzaam. Bij de ouderen tussen 65 en 74 jaar voelt slechts 8% zich dikwijls eenzaam en 26% zich soms eenzaam. Verder komt eenzaamheid vaker voor bij vrouwen en treft het drie maal meer ouderen met een laag inkomen (<1.000euro/maand) dan met een hoog inkomen (>2.000euro/maand).

⁵⁷ (Vandenbroecke, Vermeulen, & Maggi, 2012)

⁵⁸ (Verté, Dury, De Witte, Buffel, & De Donder, 2009)

3.4.2 Maatschappelijke participatie

Maatschappelijke participatie verwijst naar de diverse mogelijkheden om betrokken te zijn bij de samenleving: deelnemen aan belangrijke domeinen van het maatschappelijk leven, verantwoordelijkheid opnemen, zich betekenisvol kunnen inzetten via vrijwilligerswerk, informele zorg of lidmaatschap van een vereniging.

Participatie is niet alleen betekenisvol voor het welzijn van de maatschappij, maar heeft ook belangrijke positieve effecten op het welzijn van het individu. Het wordt vaak in verband gebracht met gezond en goed ouder worden⁵⁹. De sociale participatie van ouderen wordt hoofdzakelijk gemeten aan de mate van deelname aan het verenigingsleven of inzet als vrijwilliger. Het ouderenbehoeftenonderzoek⁶⁰ ging na in welke mate ouderen vertrouwd zijn met het verenigingsleven en er lid van zijn.

3.4.2.1 Deelname aan verenigingsleven

Bijna 44% van de bevroegde 60-plussers verklaarde lid te zijn van minstens één vereniging uit een ruime waaier aan mogelijkheden; De lijst omvatte zowel caféploegen als hobbyclubs, seniorenverenigingen, parochiewerking of buurtcomités, vrouwenbeweging, vakbond of politieke partij. Een positief antwoord kan ook een louter passief lidmaatschap inhouden en zegt dus niets over de mate van actieve participatie.

*“Als ge wilt, ge zijt alle dagen weg: yoga, dansles, aquagym. Ik heb computerlessen gevolgd, ik ben bij allerlei verenigingen. Op den duur, ge kunt niet alles doen, ge moet wat schiften.”
(Jeanne, 65j.)*

Wanneer de vraag wordt toegespitst naar specifieke groepen van verenigingen stellen we een belangrijke daling vast: de huidige participatiegraad in een vereniging voor kunstbeoefening, een socioculturele vereniging, seniorenvereniging of sportclub schommelt tussen 4,6 en 9%. Ongeveer eenzelfde aandeel ouderen geeft aan vroeger lid te zijn geweest. Meer dan 85% van de ouderen is nooit lid geweest van één of andere vereniging. Men zou verwachten dat seniorenverenigingen, specifiek gericht op de doelgroep van ouderen en de activering van het netwerk, het meest gekend en in trek zijn. Toch bleek slechts één op drie Brusselse ouderen te weten dat seniorenverenigingen bestaan (t.o.v. acht op tien in Vlaanderen), en slechts 8% effectief lid te zijn.

3.4.2.2 Vrijwilligerswerk

Zonder vrijwilligerswerk zou de samenleving ontegensprekelijk verschrallen. Vrijwilligerswerk consolideert het sociaal kapitaal van onze samenleving en leidt tot sociale cohesie, warmte en samenwerking. Het inschakelen van ouderen als vrijwilliger kan hun sociale activering en empowerment in belangrijke mate stimuleren. Vrijwilligerswerk wordt wel eens een wondermiddel genoemd. Zich engageren als vrijwilliger verhoogt het zelfbeeld, gaat vereenzaming tegen, bevordert de gezondheid en fysieke conditie... Vrijwilligerswerk is de manier bij uitstek om zich sociaal te integreren. Het gevoel iets te betekenen en deel uit te maken van een groep kan kwetsbare mensen helpen hun leven weer in handen te nemen. Essentieel hierbij is dat het vrijwilligerswerk een ontmoetingsplaats is die leidt tot sociale contacten en participatie van mensen⁶¹.

Op de vraag: Doet u aan vrijwilligerswerk? antwoordde 17% positief. Dit percentage toont aan dat heel wat ouderen zich inzetten voor anderen. Gezelschap houden door huisbezoek of ziekenbezoek scoort het hoogst, gevolgd door verzorgend vrijwilligerswerk als oppas en verzorging. Huishoudelijk werk als hulp bij het koken of tuinieren, vult de top drie verder aan. Hiermee wijkt de Brusselse oudere wat af van zijn Vlaamse leeftijdsgenoot, die naast gezelschapswerk vooral administratieve ondersteuning en maatschappelijk engagement hoog biedt.

⁵⁹ (Verté, Dury, De Donder, Buffel, & De Witte, 2011)

⁶⁰ (Verté, Dury, De Witte, Buffel, & De Donder, 2009)

⁶¹ (Hustinx, 2011)

Aan de wil om vrijwilligerswerk te doen ontbreekt het kennelijk niet. Naast ouderen die zich al actief inzetten geeft 28% van de Brusselse ouderen aan later (misschien) wel vrijwilligerswerk te willen doen. Dit is bijna dubbel zoveel als in Vlaanderen, waar het recruiteringspotentieel 16% van de ouderen bedraagt.

De verstedelijking en ontzuiling lijken de verschuiving van het klassieke verenigingsleven naar een andere vorm van vrijwilligersengagement te versnellen. Deze verschuiving doet geen afbreuk aan het belang van vrijwilligerswerk, maar heeft wel gevolgen voor de manier waarop het in toekomst moet worden gestructureerd. De belangrijkste elementen in een hernieuwd vrijwilligersbeleid zijn de nood aan een duidelijk omlind engagement, tijdsbesteding op maat van de vrijwilliger en duidelijke omkadering van de vrijwilliger.

3.4.3 Informele hulp en mantelzorg

Mensen die vrijwilligerswerk verrichten zijn vaker geneigd eveneens informele zorg te verlenen⁶². De voornaamste vormen van vrijwilligerswerk van Brusselse ouderen sluit nauw aan bij niet-professionele of informele zorg. Het engagement, de competenties en de kracht van al deze mensen kunnen ingezet worden om informele zorgnetwerken uit te bouwen die complementair zijn aan de formele zorg. Bovendien versterken of herstellen ze de zelfredzaamheid en het welbevinden van de (zelfstandig wonende) oudere.

Informele zorg is de zorg verleend door mensen die dat niet beroepshalve doen. Ze helpen omdat ze een familiale band hebben, uit liefde, vriendschap of vanuit een idealistische inzet. Het gaat om burenhulp, mantelzorg of (georganiseerd) vrijwilligerswerk verleend door gezinsleden, familieleden, burens, vrienden, vrijwilligers.⁶³ Mantelzorg neemt hierin een bijzondere plaats in: het is de extra zorg en hulp die, min of meer geregeld, uit liefde of sympathie aan een zorgbehoevende geboden wordt die dit niet (goed) meer zelf kan doen.

Om een positief, sociaal activerend effect te hebben is het essentieel dat deze vormen van vrijwillige inzet aangemoedigd, erkend en ondersteund worden, rekening houdend met de mogelijkheden en draagkracht van de betrokkenen. De mantelzorger is persoonlijk betrokken bij de zorgbehoevende en kent zijn wensen en gewoonten. Ze zijn onmisbaar in de zorg en hebben vaak een jarenlange expertise. De jarenlange zorg is vaak een emotioneel zwaar en slepend proces. Veel mantelzorgers ervaren dat zij niet erkend worden in hun rol rollen en de mantelzorg te weinig plaats krijgt in hun relatie met de professionelen.

3.4.4 Digitale kloof

Uit de barometer van de informatiemaatschappij blijkt dat de digitale kloof in België tussen 2006 en 2012 gehalveerd is. Vooral bij ouderen blijft deze kloof wel bestaan. De helft van de 65- tot 74-jarigen heeft nog nooit internet gebruikt. Over de oudste leeftijdsgroep zijn geen gegevens voorhanden maar wellicht ligt dit percentage nog veel hoger. Het feit dat men steeds vaker tot het internet moet raadplegen voor informatie vormt dan ook een grote bron van ergenis bij ouderen.

“Als ge geen gelegenheid hebt van mee te stappen in de media, internet ... , dan zijt ge niets niet meer. Ge zijt ‘verachterlijkt’.” (Alfons, 88j)

Vanuit deze bevindingen ondersteunt de Vlaamse Ouderenraad de vraag van om systematisch alle relevante informatie voor ouderen ook via niet-digitale te verspreiden. Tegelijk moedigt de Vlaamse Ouderenraad ouderen aan de stap naar digitale participatie te zetten, mits ondersteuning door de overheid en het middenveld.

⁶² (Vanderleyden & Moons, 2013)

⁶³ (www.kem.be)

4 In het kort...

Er zijn in Brussel **153.000** personen ouder dan **65 jaar**

Tegen **2020** stijgt het aantal 65-plussers met **9,4%**

Tegen **2040** zijn er **220.000** ouderen

1 op 3 ouderen is **ouder dan 80** jaar

27% van de ouderen is van **niet-Belgische** herkomst

Met **11.376** vormen **Marokkaanse** ouderen hiervan de grootste groep

2 op 10 Belgische en **6 op 10** niet-westerse ouderen leven onder het **armoederisico**

2 op 3 van de 80-plussers zijn **vrouwen**

In Brussel leven +/- **16.000** ouderen met **dementie**

1 op 8 volwassenen ervaart dagelijks **functiebeperkingen**

>50% van de 65-plussers heeft een **langdurige ziekte of aandoening**

Brussel telt **15.000 rusthuisbedden**, goed voor 10% van ouderen

40% van de rusthuisbewoners zijn **niet of weinig zorgbehoevend**

15% van thuiswonende ouderen die hulp nodig hebben, krijgen **geen hulp**

Eenzaamheid treft **3x meer** ouderen met een **laag inkomen**

28% van de Brusselse ouderen is bereid zich als **vrijwilliger** in te zetten

Grootte van de **woning** is bij een **1 op 4** ouderen **niet aangepast**

60% van de 60-plussers heeft wekelijks **contact** met **buren**

OVERZICHT KAARTEN, TABELLEN EN GRAFIEKEN

Kaart 1.	Aandeel 65+ in totale bevolking (2010).....	6
Kaart 2.	Aangroei 65+ tussen 2010 en 2020	7
Kaart 3.	Aandeel 65+ in bevolking per gemeente (2011)	7
Kaart 4.	Afhankelijkheidsratio van ouderen (2011).....	9
Kaart 5.	Aandeel alleenstaande 65+ (2006).....	10
Kaart 6.	Bevolkingsaandeel uit Noord-Afrika - 2011.....	14
Kaart 7.	Migratiesaldo van 70+ (2001-2006) (%).....	15
Tabel 1.	Aantal en aandeel ouderen per gemeente (2006 en 2010).....	5
Tabel 2.	Verwachte bevolkingsgroei van ouderen (+ 65 jaar) per gemeente	8
Tabel 3.	65-plussers in Brussel en Antwerpen	11
Tabel 4.	Aantal 65-plussers o.b.v. herkomst - 2011.....	14
Tabel 5.	Niet-Belgische ouderen in Brussel en Antwerpen	15
Tabel 6.	Ouderen met een minimum- of vervangingsinkomen in Brussel.....	16
Tabel 7.	Aandeel ouderen dat la beperkingen ondervindt bij uitvoeren van activiteiten	24
Tabel 8.	Tuiswonende ouderen (60+) hebben hulp nodig bij... ..	25
Tabel 9.	Ouderen (60+) die hulp nodig hebben, krijgen dit van	25
Tabel 10.	Inschatting van het aantal dementerenden in Brussel.....	29
Tabel 11.	Rusthuizen en woonzorgcentra in Brussel – situatie op 31/12/13	33
Tabel 12.	Aantal residentiële plaatsen / 65-plussers in Brussel en Antwerpen.....	34
Tabel 13.	Leefomgeving: fysiekrumtelijke aspecten	37
Tabel 14.	Leefomgeving: sociaal-culturele aspecten.....	38
Tabel 15.	Typologie van eenzaamheid bij ouderen	41
Grafiek 1.	Prognoses ouderenpopulatie per leeftijdscategorie	7
Grafiek 2.	Aantal ouderen per leeftijdscategorie - 2012	9
Grafiek 3.	Familiale zorgindex	10
Grafiek 4.	Man - vrouw verhouding bij ouderen (2010).....	11
Grafiek 5.	Evolutie (in %) van kennis en gebruik van het Nederlands bij 65-jarigen in Brussel	12
Grafiek 6.	Evolutie (in %) van thuistaal bij 65-plussers in Brussel	12
Grafiek 7.	Niet-Belgische ouderen (2006).....	13
Grafiek 8.	Aandeel 65-plussers vreemde herkomst.....	14
Schema 1.	Wisselwerking tussen vier levensdomeinen	22
Grafiek 9.	Aandeel 55+ dat aangeeft gezondheidsproblemen te ondervinden.....	23

BIBLIOGRAFIE

- Federaal planbureau . (mei 2013). Bevolkingsvooruitzichten 2012-2060.
- PHARE. (2010). *Rapport d'activités 2010*. Bruxelles.
- Actiz en Expertisecentrum Informele Zorg. (2007). *Samenspel met mantelzorg, handreiking voor het vormen van visie en beleid op het gebied van mantelzorg in organisaties voor verpleging en verzorging*. Utrecht: Actiz.
- Annelies Poppe ea. (2012). *KANS Cijferrapport: Beschrijvende analyse van de eerste bevraging: Socio-demografisch profiel, zorggebruik, zorgtevredenheid, gezondheid, welzijn en sociale contacten van maatschappelijk kwetsbare welzijnszorggebruikers*. Leuven: Steunpunt WVG.
- Basteels, J. (2011, augustus 27). Zorg moet anders georganiseerd - interview Geert Van Hootegem. *Jobat*.
- Brink, C. (2013). *Kennisdossier 5: Zelfregie, eigen kracht, zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid. De begrippen ontward*. Nederland: AVI Aandacht voor Iedereen.
- Cantillon, B. (2009). *Ouderen in Vlaanderen en Europa*. Leuven: Acco.
- Centraal bureau voor statistiek. (2010). *Meer gezondheidsproblemen bij niet-vermogende ouderen*. Opgehaald van Centraal Bureau voor de Statistiek: <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/inkomen-bestedingen/publicaties/artikelen/archief/2010/2010-03-29-vermogen-gezondheid-tk.htm>
- Corijn, E., de Salle, J., Gerard, J.-L., Kesteloot, C., Vanderमotten, C., & Vanderstraeten, P. (2013). *Waarheen met Brussel? Toekomstperspectieven voor de Belgische en Europese hoofdstad*. Brussel: VUBPress.
- de Briey, L. (2011). *Le logement intergénérationel*. Brussel: Cepess.
- De Donder, L., Verté, E., Teugels, H., & Glorieux, M. (2013). *Programmatie-studie Brussel. Onderzoek naar het opzetten van de programmatie inzake structuren voor het thuishouden en huisvesten van ouderen*. Brussel: VUB.
- De Witte, N. (2013). *Measurement of frailty in older adults: development and psychometric properties of the comprehensive frailty assessment instrument*. Brussel: University Press.
- Demaerel, H. (2013). *De visie actief ouder worden als leidraad voor zorgverlening aan ouderen door de huisarts. Masterproef huisartsengeneeskunde*. Brussel: VUB.
- Demarest, S., Drieskens, S., & Gisle, L. (2010). *Gezondheidsenquête België, 2008. Rapport V –De gezondheid van de ouderen*. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.
- Directoraat-Generaal personen met een handicap. (2011). *Jaaroverzicht 2011 in cijfers*. Brussel: FOD Sociale zekerheid.
- Doulkeridis, C. (2013). *Lutte contre les chambres vides dans le logement social : vers une optimisation de l'occupation*. Opgehaald van www.doulkeridis.be: <http://www.doulkeridis.be/blog>
- Hedebouw, G., & Merckx, I. (2007). *Naar een nieuwe programmatienorm voor de diensten gezinszorg in Vlaanderen*. Leuven: HIVA.
- Home-Info. (2012). *Jaarverslag 2012*. Brussel.
- Huisvestingsmaatschappij, B. G. (sd). *Statistieken betreffende de openbare vastgoedmaatschappijen van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest op 31/12/11*.
- Hustinx, L. (2011). De betekenis van vrijwilligerswerk voor kwetsbare ouderen. Cera studiedag 'Samen zorg dragen voor elkaar'.

- Janssens, R. (2013). *Taalgebruik bij ouderen in Brussel*. Onuitgegeven rapport voor Woonzorg Brussel.
- Linders, L. (2010). Meer buurtcohesie bevordert echt geen burenhulp. *Tijdschrift voor sociale vraagstukken* 5, 8-11.
- Lodewijckx, E. (2013, oktober). Ouderen van vreemde herkomst in Vlaanderen en Brussel. : Onuitgegeven.
- Machielse, A. (2011). Sociaal isolement bij ouderen: een typologie als richtlijn voor effectieve interventie. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*.
- Makay, I., & Lampaert, L. (2012). *Wonen zonder zorg(en), 10 woonvormen om over na te denken*. Brussel: Kenniscentrum Woonzorg Brussel.
- Maruf, S., Demeere, S., & Teugels, H. (2010). *De thuiszorg onder de loep in Brussel. Hoe de ontwikkeling van de woonzorgzones een meerwaarde kan bieden?* Brussel: Kenniscentrum Woonzorg Brussel.
- Noppe, J., & Lodewijckx, E. (2007). *De gekleurde samenleving. Personen van vreemde herkomst in Vlaanderen*. SVR studies. Brussel: Studiedienst van de Vlaamse Regering.
- Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. (2007). *Thuiswonen na 65ste: atlas van de behoeften en de actoren in Brussel*. Brussel: Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.
- Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. (2010). *Gezondheidsindicatoren van het Brussels gewest 2010*. Brussel: Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.
- Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-hoofdstad. (2011). *Welzijnsbarometer 2011*. Opgehaald van Welzijnsbarometer 2011.
- Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. (2013). *Welzijnsbarometer 2013*. Brussel: Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.
- Pacolet, J. (2010). *Programmatie thuiszorg- en ouderenvoorzieningen*. Leuven: HIVA.
- Pacolet, J., De Troyer, F., Boeykens, S., De Coninck, A., Vastmans, F., & Buyst, E. (2012). *Een vergelijkende studie naar bouwkost en dagprijs in door VIPA gesubsidieerde en niet-gesubsidieerde woonzorgcentra*. K.U.Leuven.
- Pelfrene, E. (2005). *Ontgroening en vergrijzing in Vlaanderen 1990-2050*. Brussel: Ministerie Vlaamse Gemeenschap. Opgeroepen op juli 2013
- Perrin, N. (2006). *Les rides de l'immigration: panorama du troisième âge immigré en Belgique*. Brussel: Koning Boudewijnstichting.
- Question Santé. (2010). Préserver l'autonomie de la personne âgée ? *Bruxelles Santé* n°59.
- Rijksdienst voor Pensioenen. (2012). *Jaarlijkse statistiek 2012*.
- Rotthier, P. (2008). *Bevolkingsprognoses stad Antwerpen 2009-2030*. BZ/SSO.
- Stad en OCMW Gent. (2007). *Ouderenbeleidsplan 2008-2013*.
- Studiecommissie vergrijzing. (2013). *Jaarverslag*. Hoge raad voor Financiën.
- van Campen, C. (2011). *Kwetsbare ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Vandenbroecke, S., Vermeulen, B., & Maggi, P. (2012). *Oud word je niet alleen. Enquête over eenzaamheid en sociaal isolement gevoelens bij ouderen in België*. Brussel: KBS. Opgeroepen op augustus 2013
- Vanderleyden, L., & Moons, D. (2013). *Zorgverwachtingen en zorgpatronen in Vlaanderen naar herkomst*. Opgehaald van SVR-webartikel.
- Vanmechelen, O., Verté, D., Teugels, H., & e.a. (2012). *Zorgnoden en -behoeften: de kijk van de Brusselaar*. Brussel: Kenniscentrum Woonzorg Brussel.

- Verbelen, J., Samoy, E., & Van Geel, H. (2005). *Vlamingen met een handicap of langdurige gezondheidsproblemen*. Brussel: Stativaria Vlaamse Gemeenschap.
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland. (2013). *Aandachtspunten samenwerking zorg en welzijn voor ouderen met verstandelijke beperkingen*. Opgehaald van <http://www.vgn.nl/artikel/16057>
- Verlinde, E., & Vastiau, E. (2010). *Woonzorgbeleid, Een hedendaagse kijk op alle zorgmogelijkheden voor ouderen*. Brussel: Politeia.
- Vermeulen, B., & Declercq, A. (2011-19). *Mantelzorg vanzelfsprekend?! Over zorgervaringen en noden van mantelzorgers van kwetsbare ouderen*. SWVG Cijfers en feiten.
- Verté, D., Dury, S., De Donder, L., Buffel, T., & De Witte, N. (2011). *Doe mee! Over ouderen en maatschappelijke participatie*. Provinciebestuur West-Vlaanderen.
- Verté, D., Dury, S., De Witte, N., Buffel, T., & De Donder, L. (2009). *Rapport van het ouderenbehoefteonderzoek Brussel*. Brussel: VUB.
- VGC. (sd). *Beleidsnota stedelijk beleid 2009-2014*. Vlaamse Gemeenschapscommissie.
- Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. (sd). *Valpreventie bij ouderen*. Opgehaald van <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Gezond-leven-en-milieu/Ongevallen-in-de-privésfeer/Valpreventie-bij-ouderen/>
- Vlaams Parlement. (2012 - 2013). *Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebeleid. Vlaams Parlement stuk 1889*.
- Vlaamse Overheid. (2008). *Masterplan Woonzorgzones Brussel. Strategische planning voor de ontwikkeling van woonzorgprojecten in het tweetalig gebied Brussel- Hoofdstad (eertse fase - 2007/2009)*. Brussel: Vlaamse Overheid.

COLOFON

Samenstelling, redactie en opmaak

Olivia Vanmechelen, Herwig Teugels, Cynthia van Thiel, Jeroen Dries, Isabelle Makay, Inge Van Osselt

Eindredactie

Luc Lampaert

Druk

evmprints Brussel

Dit is een uitgave van:

Kenniscentrum Woonzorg Brussel vzw

Lakensestraat 76 bus 2 - 1000 Brussel

Tel +32 (0)2 211 02 40

kenniscentrum@woonzorgbrussel.be

www.woonzorgbrussel.be

V.U. Herwig Teugels

D/2014/13.222/2

ISBN 9789082089714

April 2014