

Deel 5.

Afstemming tussen de behoeften, het aanbod en het gebruik van de diensten

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

In deel 3 en deel 4 worden de welzijns- en gezondheidsbehoeften van de oudere Brusselse bevolking benaderd via een analyse van hun demografische, socio-economische en gezondheidskenmerken enerzijds en een inventaris van het bestaande aanbod dat beantwoordt aan de verschillende mogelijke behoeften voor ouderen die thuis willen blijven wonen anderzijds.

De vraag in verband met de afstemming tussen het bestaande aanbod en de behoeften in het Brussels Gewest blijft echter nog onbeantwoord.

Er was helaas onvoldoende informatie en tijd beschikbaar om duidelijk op deze vraag te antwoorden. Er is vooral een gebrek aan (vergelijkbare) informatie over zowel het aantal ouderen dat gebruik maakt van een dienst als over de intensiteit van de gevraagde hulp. Bovendien hebben andere factoren een invloed op het bestaan van behoeften, op het feit of er al dan niet een vraag naar bepaalde diensten bestaat en of de bestaande diensten al dan niet worden gebruikt. Deze factoren konden niet in kaart worden gebracht.

Dit deel bevat complementaire gegevens (zoals informatie over het profiel van de mensen die gebruik maken van de diensten) om de informatie uit vorige delen te verduidelijken. Alle beschikbare informatie werd samengelegd om de relatie tussen de behoeften, het aanbod en het gebruik van de diensten door de thuiswonende Brusselse ouderen beter te begrijpen.

Het belang van de leefomgeving

Het merendeel van de ouderen heeft een goede gezondheid en weinig beperkingen in het dagelijks leven. Om het thuiswonen van ouderen te bevorderen moet in de eerste plaats de leefomgeving zo goed mogelijk worden aangepast aan de beperkingen die kunnen optreden tijdens het verouderingsproces. De leefomgeving omvat zowel het sociaal leven als de fysieke woonomgeving. Thuiswonen zou niet mogen betekenen dat de oudere vereenzaamt. Het verouderingsproces verloopt geleidelijk en de aanpassing van de leefomgeving kan verhinderen dat de woning, de buurt of mobiliteitsproblemen onoverkomelijke obstakels worden zodra de oudere functionele beperkingen ervaart. Tenslotte is de huisarts een belangrijke actor om dit proces te begeleiden.

SOCIALE CONTACTEN

Wanneer men peilt naar mogelijke onvervulde behoeften bij ouderen, dan krijgt men het vaakst «gezelschap» (10,2 %) als antwoord, gevolgd door «hulp bij boodschappen» (6,8 %) en «buitenshuis gaan» (6,3 %). Soms weegt de eenzaamheid zo zwaar dat de oudere niet meer thuis wil blijven wonen (Gevers et al., 1995).

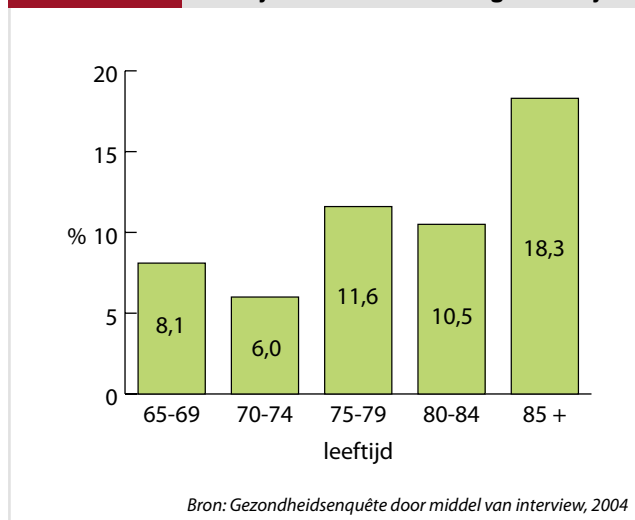
De ontevredenheid over de sociale contacten neemt toe met de leeftijd (6,0 % van de Brusselse 70- tot 74-jarigen en 18,3 % bij de 85-plussers (figuur 5-01).

De Gezondheidsenquête van 2004^[1] toont eveneens dat een relatief groot aantal Brusselse 65-plussers over een beperkt netwerk beschikken:

- 16,1 % zegt zelden of nooit iemand te hebben om tegen te praten;
- 18,3 % zegt zelden of nooit iemand te hebben die ze kunnen vertrouwen om over zichzelf en hun problemen te kunnen praten;
- 22,3 % zegt zelden of nooit iemand te hebben waarmee ze hun meest intieme angsten en problemen kunnen delen.

Figuur 5-01

Percentage Brusselaars dat ontevreden is over zijn sociale contacten volgens leeftijd



De inventaris van het aanbod (deel 4) toont dat veel actoren sociale, culturele en vrijetijdsactiviteiten organiseren, ontmoetingsruimten of een aangepast vakantieaanbod aanbieden om aan de behoefte aan sociale contacten te beantwoorden. Ondanks het vrij uitgebreide en diverse aanbod^[2] geeft het werkveld aan dat de behoeften niet worden beantwoord.

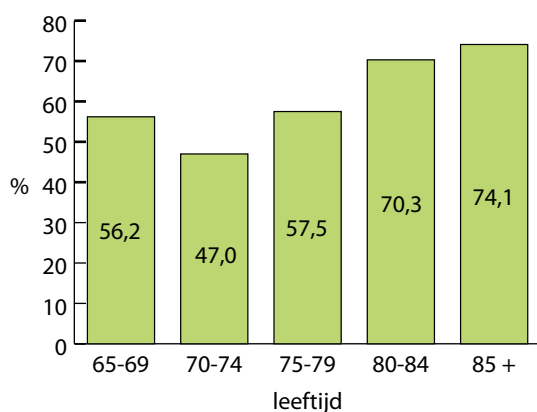
Volgens de Gezondheidsenquête verklaren 58,0 % van de Brusselse 65-plussers in de loop van de 12 voorbije maanden nooit te hebben deelgenomen aan bijeenkomsten of activiteiten van een sportclub, een recreatieve vereniging, een ouderenvereniging of een zelfhulpgroep. In Vlaanderen bedraagt dit aandeel 42,8 %, in Wallonië is dat 55,5 %. De non-participatiegraad stijgt met de leeftijd (figuur 5-02) en daalt met het opleidingsniveau, zowel voor als na 65 jaar (tabel 5-01).

¹ Meer informatie over de Gezondheidsenquête door middel van interview vindt u in deel 2.

² Voor sociale, culturele en vrijetijdsactiviteiten zijn er minstens 17 actoren in elke gemeente. Er werd bovendien geen rekening gehouden met het aanbod dat omwille van methodische redenen niet in de inventaris is opgenomen (culturele activiteiten door organisaties die niet in de welzijns- of gezondheidssector actief zijn).

Figuur 5-02

Percentage Brusselaars dat het voorbije jaar nooit heeft deelgenomen aan groepsactiviteiten volgens leeftijd



Bron: Gezondheidsenquête door middel van interview, 2004

Tabel 5-01

Aandeel van de bevolking dat deelneemt aan het verenigingsleven naar opleidingsniveau en leeftijdsgroep, Brussels Gewest, 2004

	15-64 jaar	≥ 65 jaar
lager onderwijs of geen diploma	34,7	20,5
lager secundair	41,8	32,7
hoger secundair	49,0	43,6
hoger onderwijs	72,2	63,0

Bron: Gezondheidsenquête door middel van interview, 2004.

De beperkte participatie en de ontevredenheid die door de actoren worden gesignaleerd, kunnen worden verklaard door gebrekkige informatie in verband met het aanbod, problemen inzake mobiliteit (te weinig vervoersmogelijkheden), financiële drempels, onaangepastheid van het aanbod aan de zeer diverse noden en verwachtingen van de ouderen, vooral voor activiteiten bij de oudere thuis.

Toch gaven ongeveer 80 % van de Brusselse ouderen (60 jaar en ouder) in de socio-economische enquête van 2001 aan tevreden te zijn over het cultuur- en recreatieaanbod in hun woonomgeving.

De digitale kloof tussen de verschillende generaties is groot (figuur 3-09). Weinig ouderen maken gebruik van de nieuwe technologieën (gsm en internet), hoewel die steeds belangrijker worden voor de communicatie.

Het internet kan bovendien een positieve bijdrage leveren voor het leven van de thuiswonende ouderen (contacten, informatie, administratieve zaken). Projecten die de kloof helpen te dichten lijken dan ook erg zinvol.

INFORMATIE EN HULP OP ADMINISTRATIEF EN SOCIAAL VLAK

Volgens de actoren is het gebrek aan informatie, of het probleem zijn weg te vinden in de veelheid aan informatie, een van de belangrijkste problemen voor de thuiswonende ouderen.

De actoren die informatie en hulp verstrekken op administratief en sociaal vlak zijn talrijk, waaronder heel wat gemeentelijke diensten (OCMW, sociale dienst, ...). De meeste actoren combineren deze dienstverlening met andere soorten dienstverlening.

Alleenstaande ouderen met een laag inkomen en opleidingsniveau maken vaker gebruik van diensten die informatie en hulp aanbieden op administratief en sociaal vlak (de Heneau et al., 2003). Om de vele mensen te bereiken die zich verliezen in de complexiteit van het aanbod, de vele stappen die ze moeten ondernemen en de verschillende toegangsvoorwaarden, is een proactievare aanpak gewenst. Naast de informatie en administratieve hulp stelt zich de vraag naar coördinatie van de verschillende mogelijke hulp en de betrokken diensten.

DE WONING EN HAAR OMGEVING

De inrichting van de woning en van de buurt kan het thuiswonen van de oudere bevorderen. Kleine werken om de woning aan te passen zijn vaak noodzakelijk. Verschillende actoren in het Brussels Gewest beantwoorden aan deze behoefte, maar het aanbod blijkt onvoldoende.

Soms zijn grotere aanpassingen nodig. In bepaalde buurten woont bijvoorbeeld meer dan de helft van de ouderen in een appartement op een verdieping zonder lift.

Het winkelaanbod in de buurt is eveneens een belangrijke factor voor de ouderen die zich minder gemakkelijk verplaatsen. Vanaf 60 jaar is 14,6 % van de bevolking ontevreden over het winkelaanbod in zijn buurt. Dit is meer dan voor de bevolking jonger dan 60 jaar, maar niet alarmerend. De tevredenheid is uiteraard

verschillend van buurt tot buurt. In sommige buurten ligt de ontevredenheid bij ouderen hoger dan 25 % (kaart 3-11) tengevolge van een ontoereikend, te ver afgelegen of onaangepast aanbod. Verschillende actoren leveren boodschappen thuis voor ouderen die zich moeilijk kunnen verplaatsen.

De inrichting van de openbare ruimte is niet altijd aangepast aan mensen die moeilijkheden ondervinden om zich te verplaatsen. De staat van het voetpad is daar een voorbeeld van. De ontevredenheid over de voetpaden stijgt met de leeftijd. Bijna een vierde van de Brusselaars van 60 jaar en ouder is ontevreden over de voetpaden in de buurt.

Ouderen die niet of niet meer met de wagen rijden, zijn voor grotere afstanden afhankelijk van het openbaar vervoer of van specifieke transportdiensten. Ontevredenheid over het openbaar vervoer stijgt slechts lichtjes met de leeftijd. Het aandeel 60-plussers dat ontevreden is over het openbaar vervoer is eerder beperkt (14,6 %) (kaart 3-10).

Wat specifiek transport betreft (medisch vervoer, vervoer voor sociale en ontspannende activiteiten, enz), wijst de inventaris van het aanbod (deel 4) op een tekort in het aanbod en op de noodzaak om vrijwilligers in te schakelen. De mobiliteitsproblemen in de hoofdstad zijn echter niet alleen een obstakel voor de ouderen, maar voor alle actoren die zich naar de woning van de oudere moeten verplaatsen.

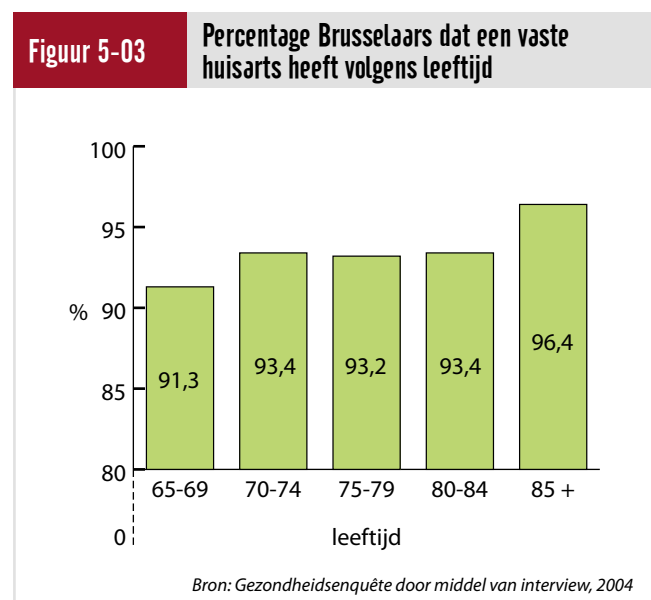
DE HUISARTS

Wie ouder wordt heeft meer behoefte aan zowel preventieve als curatieve persoonlijke begeleiding die rekening houdt met de levensomstandigheden. De gezondheidsbehoeften stijgen met de leeftijd en zijn sterk verbonden met de levensomstandigheden. Dit verklaart de ruimtelijke spreiding van de gezondheidsbehoeften van de ouderen in het Brussels Gewest (kaart 3-13 tot 3-18).

Overall in het Brussels Gewest zijn huisartsen actief, maar in het zuiden – waar vooral rijkere ouderen wonen – is het aantal huisartsen per inwoner het hoogst (zie kaarten 3-05 en 4-04). De spreiding van het aanbod aan huisartsen stemt dus niet helemaal overeen met de behoeften.

Ouderen doen vaak een beroep op een huisarts. In de Gezondheidsenquête van 2004 geeft de grote meerderheid van de Brusselse ouderen aan over een vaste huisarts te beschikken (92,9%). Het gebruik van het aanbod zou nog beter kunnen, aangezien

het percentage voor België 97,6 % bedraagt. Er moet vooral een inspanning geleverd worden voor de jongere leeftijdsgroepen, om een gepersonaliseerde medische opvolging mogelijk te maken vóór de gezondheidsproblemen de kop opsteken. Het aandeel Brusselaars met een vaste huisarts is immers lager bij de bevolking jonger dan 70 jaar (figuur 5-03) en kleiner dan 90 % bij de bevolking tussen 55 en 64 jaar. De bereikbaarheid en de competentie van de huisarts zijn de voornaamste redenen voor zowel de Brusselse als de Belgische ouderen bij de keuze van hun huisarts. De kostprijs wordt daarentegen zelden als reden aangegeven.

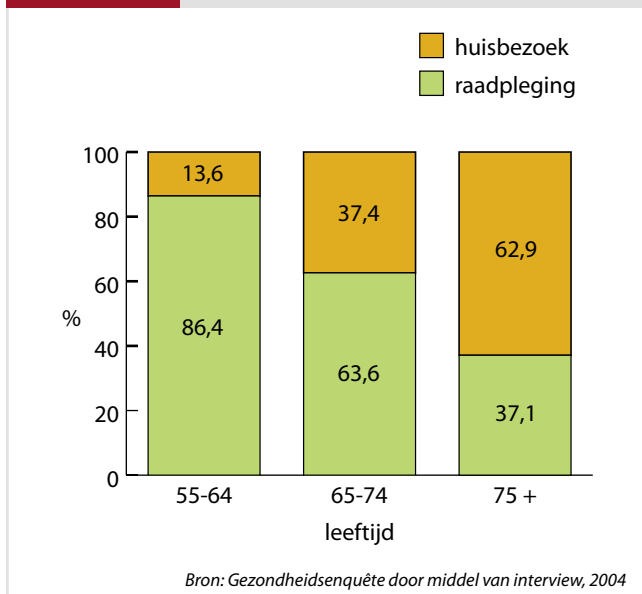


Het gemiddeld aantal contacten met de huisarts in het Brussels Gewest stijgt sterk met de leeftijd: in het Brussels Gewest worden 1,3 contacten per jaar bij kinderen en jongeren (tot 14 jaar) tegenover 10,6 contacten per jaar bij 75-plussers aangegeven (Gezondheidsenquête 2004).

Vanaf 75 jaar gaat de arts meer op huisbezoek dan dat de oudere naar de raadpleging komt (figuur 5-04). Het aandeel huisbezoeken bij de bevolking van 75 jaar en ouder is hoger in Vlaanderen en Wallonië (respectievelijk 73,4 % en 80,7 %) dan in het Brussels Gewest (62,9 %).

Figuur 5-04

Verdeling van de contacten met de huisarts naargelang het soort contact en leeftijd, Brussels Gewest



In tegenstelling tot de bevolking jonger dan 65 jaar, neemt het aandeel oudere Brusselaars dat zegt een vaste huisarts te hebben toe naarmate de socio-economische situatie slechter is. Logischerwijze hebben mensen die hun eigen gezondheid niet goed inschatten of die gehinderd worden bij hun dagelijkse activiteiten door chronische aandoeningen vaker een vaste huisarts.

Brusselse ouderen doen veel minder vaak een beroep op een huisarts die in een groepspraktijk of wijkgezondheidscentrum werkt dan de jongere Brusselaars (9,1% bij de 75-plussers tegen 26,8% bij de 15- tot 24-jarigen). Dit betekent dat de overgrote meerderheid van de Brusselse 75-plussers een huisarts raadpleegt die in een solopraktijk werkt. De wijkgezondheidscentra bevinden zich vooral in de eerste kroon waar het aandeel minder gegoede ouderen het grootst is (kaarten 3-05 en 4-04).

Wanneer het niet meer lukt zonder de hulp van derden

Naarmate mensen ouder worden, wordt de hulp bij huishoudelijke taken en verpleegkundige zorg van derden soms onvermijdelijk. Verscheidene studies in binnen- en buitenland leren dat hulp bij huishoudelijke taken en verpleegkundige zorg de diensten zijn waarop ouderen het vaakst een beroep doen (Gevers et al., 1995, Leroy, 1994, Bressé R, 2004). Een belangrijk deel van de hulp wordt door mantelzorgers verleend (informele hulp).

BEHOEFTE AAN HULP VAN DERDEN VOOR HET UITVOEREN VAN DAGELIJKSE TAKEN

Volgens de socio-economische enquête van 2001 is 20% (of een kleine 33 000 personen) van de Brusselse bevolking van 60 jaar en ouder ernstig (voortdurend) beperkt in zijn/haar dagelijkse activiteiten door chronische aandoeningen of handicaps. Dit percentage stijgt met de leeftijd: van 14% (4 890 personen) bij de 60-64-jarigen naar 45% (422 personen) bij de 95-plussers (tabel 3-08). Ook de sociale situatie van de ouderen speelt een belangrijke rol: bij gelijke leeftijd zijn ouderen met een lage scholing slechter gehuisvest (eigendomsstatuut en comfort) en ondervinden ze vaker beperkingen in hun dagelijks leven (kaarten 3-17 en 3-18). 2 941 Brusselaars boven de 60 jaar zijn permanent bedlegerig.

De Gezondheidsenquête^[3] bevat een hele reeks vragen naar de beperkingen ten aanzien van uit te voeren handelingen in het dagelijkse leven. De enquête bevroeg dezelfde activiteiten (met name kleden, wassen, transfers in en uit bed, naar het toilet gaan, eten en incontinentie) die door de ziekteverzekering worden gebruikt om de graad van zorgbehoefte vast te stellen en te bepalen wie recht heeft op een tussenkomst van de ziekteverzekering voor het rustoord, RVT of thuisverzorging.

3 De vragen in de Gezondheidsenquête verschillen licht van de vragen in de socio-economische enquête, wat de kleine verschillen in de resultaten kan verklaren. De Gezondheidsenquête kan ons een idee geven van het profiel van de Brusselse ouderen, maar de cijfers moeten met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd aangezien slechts een beperkt aantal Brusselse ouderen werd bevraagd en de gebruikte informatie vaak uit subvragen bij voorgaande vragen komt.

45,2 % van de Brusselse 65-plussers zeggen geen beperkingen te ondervinden voor hun dagelijkse activiteiten. 31,4 % is beperkt voor minstens een van deze activiteiten, maar heeft hiervoor geen hulp nodig van een derde (matige beperking). 23,4 % verklaart volledig afhankelijk te zijn van derden voor minstens een van deze activiteiten (ernstige beperking). Het aandeel Brusselse ouderen die verklaren matig of ernstig beperkt te zijn voor verschillende dagelijkse activiteiten wordt voorgesteld in tabel 5-02. Voor het stappen is het aantal personen met ernstige beperkingen het grootst^[4].

Tabel 5-02

Spreiding van de bevolking van 65 jaar en ouder volgens de mate van beperkingen in de dagelijkse activiteiten, Brussels Gewest, 2004

	niet beperkt	matig beperkt	ernstig beperkt
transfer in of uit bed	79,1	15,3	5,6
transfer in of uit zetel	78,3	17,1	4,6
aan- en uitkleden	81,5	11,4	7,1
wassen van handen en gezicht	89,7	5,8	4,5
zelfstandig eten	88,0	6,7	5,4
naar het toilet gaan	88,1	7,0	4,9
urinaire incontinentie	82,2	7,9	9,9
stappen	72,9	14,8	12,2
gehoor	83,0	14,4	2,6
gezicht	92,0	6,0	2,0

Bron: Gezondheidsenquête door middel van interview, 2004

HET THUISZORGaanbod VOOR DAGELIJKSE TAKEN

Een groot aantal diensten biedt hulp in het dagelijks leven in de vorm van huishoudelijke of familiale hulp. De vraag overstijgt het bestaande aanbod echter sterk en verschillende problemen in verband met de kwaliteit en de organisatie van de diensten werden aangekaart door het werkveld (deel 4).

Er zijn 558 zelfstandige verpleegkundigen en 38 actoren die thuisverpleging organiseren in het Brussels Gewest. Sommige zelfstandige verpleegkundigen werken (gedeeltelijk) voor een van deze actoren. Het aanbod is echter onvoldoende om aan de vraag te beantwoorden.

De hulp van professionelen wordt aangevuld met informele hulp (aan ouders, vrienden of burens).

HET GEBRUIK VAN DE DIENSTEN VOOR THUISZORG

Om beter te begrijpen op welke manier de aangeboden diensten effectief worden gebruikt en aan de behoeften van de bevolking beantwoorden, werden de gegevens van de Gezondheidsenquête 2004 in verband met de ouderen die niet in een rustoord (of RVT) wonen en in de loop van de 12 voorbije maanden contact hebben opgenomen met een dienst voor thuishulp of -zorg, geanalyseerd.

Deze enquête geeft echter geen informatie over het effectieve gebruik, noch over de frequentie van het gebruik van de diensten.

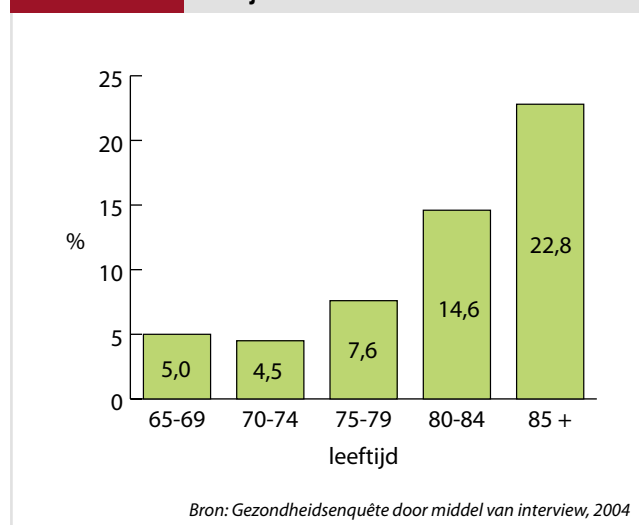
Het gebruik van diensten voor thuishulp

In de Gezondheidsenquête van 2004 antwoordde 8,6 % van de Brusselse 65-plussers minstens een keer contact te hebben genomen met een dienst voor thuishulp in het afgelopen jaar. In Vlaanderen en Wallonië was dat respectievelijk 9,4 % en 7,7 %.

Het contacteren van een dienst voor thuishulp stijgt met de leeftijd; 5,0 % in de leeftijdscategorie 65-69 jaar en 22,8 % voor de 85-plussers (figuur 5-05).

Figuur 5-05

Percentage Brusselaars dat contact heeft gehad met een dienst voor thuishulp volgens leeftijd



Bron: Gezondheidsenquête door middel van interview, 2004

In de onderzoeksliteratuur worden verschillende factoren onderkend die meebepalend zijn voor het al dan niet gebruik van diensten voor thuishulp. Zo zouden de kansen om thuiszorgdiensten te gebruiken hoger liggen voor vrouwen, voor oudere en voor armere bejaarden, voor meer geïsoleerde ouderen (alleenwonenden, mensen zonder (klein)kinderen), voor mensen wiens sociaal netwerk voornamelijk uit vrienden en burens bestaat, mensen die weinig of geen toegang hebben tot informele hulp, voor mensen met emotionele problemen en voor mensen in slechtere gezondheid, voor chronisch zieken, voor recent gehospitaliseerden en voor mensen met een nieuwe beperking (Masuy, 2006, Stoddart et al., 2002, Dutheil, 2001, Penning and Chappell, 1990, Crets, 2000, Allen et al., 2001, Renaut, 2001, Auslander and Litwin, 1990).

Aan de hand van de gegevens van de Gezondheidsenquête 2004 is het mogelijk om na te gaan wat de relatie is tussen bepaalde demografische, socio-economische en gezondheidskenmerken van de Brusselse ouderen en het al dan niet een beroep doen op de diensten voor thuishulp in het Brussels Gewest. Ook het profiel van de Brusselse gebruikers kan aan de hand van deze gegevens worden beschreven.

Bij de interpretatie van deze cijfers moet wel rekening worden gehouden met de relatief beperkte steekproef (ongeveer 800 Brusselse 65-plussers werden bevraagd) waardoor sommige verschillen niet statistisch significant zijn en het ook onmogelijk is om een multivariate analyse uit te voeren om het verband tussen de kenmerken te kunnen bepalen. De demografische, sociale en gezondheidskenmerken zijn immers onderling sterk gerelateerd (vrouwen wonen bijvoorbeeld vaker alleen dan mannen; nemen zij meer contact met diensten voor thuiszorg omdat ze vrouw zijn, of omdat ze alleenstaand zijn?).

Tabel 5-03		Percentage Brusselse 65-plussers die in het afgelopen jaar contact hadden met een dienst voor thuishulp naar demografische kenmerken	
Categorie (**)		%	
Geslacht	*	Man	5,8
		Vrouw	10,5
Leeftijd	*	65-69	5,0
		70-74	4,5
		75-79	7,6
		80-84	14,6
		85+	22,8
Leefsituatie	*	Alleenwonend	13,2
		Koppel	4,7
Nationaliteit	ns	Belg	9,6
		Niet-Belg (EU)	4,4
		Niet-Belg (niet-EU)	2,1

(**) Bij elke variabele wordt ook aangegeven of er sprake is van significante verschillen tussen de categorieën: ns=niet significant, *=significant
Bron: Gezondheidsenquête door middel van interview, 2004

Tabel 5-03 bevestigt de resultaten in de literatuur. Vrouwen, hoogbejaarden en alleenwonenden in het Brussels Gewest hebben een hogere kans om in het laatste jaar contact te hebben opgenomen met een thuishulpdienst. Ook de nationaliteit lijkt een rol te spelen. Hoewel het om niet-significante verschillen gaat, verklaren niet-Belgen (en vooral de niet-Europeanen) veel minder contact te hebben genomen met een dienst voor thuishulp dan de Belgen.

4 Voor stappen is men ernstig beperkt wanneer men slechts enkele stappen alleen kan zetten, voor gehoor wanneer de tv niet kan worden gehoord wanneer het volume zeer hoog staat en voor gezicht wanneer men een persoon niet kan herkennen op 1 meter afstand.

Tabel 5-04

Percentage Brusselse thuiswonende 65-plussers naar socio-economische kenmerken die in het afgelopen jaar contact hadden met een dienst voor thuishulp

Categorie (**)		%	
Opleidingsniveau <i>(Hoogste diploma in het huishouden)</i>	*	Lager onderwijs of geen diploma	14,4
		Lager secundair	7,9
		Hoger secundair	8,9
		Hoger onderwijs	5,4
Equivalent inkomen van het huishouden <i>(het equivalent inkomen wordt afgeleid van het beschikbaar gezinsinkomen, rekening houdend met het aantal volwassenen en kinderen in het huishouden)</i>	*	< € 750	20,2
		€ 750-1 000	13,0
		€ 1 000-1 500	9,4
		€ 1 500-2 500	4,8
		> € 2 500	4,1
Woonstatuut	*	Eigenaar	6,2
		Huurder	12,2
Vermindering remgeld	*	Ja	15,5
		Nee	5,0
Persoonlijke bijdrage gezondheidskosten	*	Past makkelijk in budget	5,3
		Past moeilijk in budget	10,9
		Past onmogelijk in budget	23,6

(**) Bij elke variabele wordt ook aangegeven of er sprake is van significante verschillen tussen de categorieën: ns=niet significant, *=significant
Bron: Gezondheidsenquête door middel van interview, 2004

Tabel 5-05

Percentage Brusselse thuiswonende 65-plussers die in het afgelopen jaar contact hadden met een dienst voor thuishulp naar gezondheidskenmerken

Categorie (**)		%	
Subjectieve gezondheid	*	Goed tot zeer goed	3,9
		Zeer slecht tot gemiddeld	10,3
Recente hospitalisatie	*	Ja	13,0
		Nee	7,7
Psychologisch welbevinden	*	Positief	5,2
		Negatief	12,4
Beperkt in activiteiten (minstens 6 maanden)	*	Ja, ernstig beperkt	23,2
		Ja	8,5
		Nee	2,4
Co-morbiditeit	*	Geen chronische aandoeningen	4,1
		Chronische aandoeningen binnen een groep	10,9
		Chronische aandoeningen in meerdere groepen	12,0

(**) Bij elke variabele wordt ook aangegeven of er sprake is van significante verschillen tussen de categorieën: ns=niet significant, *=significant
Bron: Gezondheidsenquête door middel van interview, 2004

Tabel 5-06

Type hulp die wordt geboden aan ouderen (65+) die ernstig beperkt zijn in een of meer dagelijkse activiteiten, naar gewest

	alleen informele hulp	alleen formele hulp	formele en informele hulp	geen hulp
Brussels Gewest	19,5	47,3	18,3	14,9
Vlaanderen	21,1	51,1	14,1	13,6
Wallonië	28,4	44,9	15,3	11,4
België	23,4	48,7	14,9	13,0

Bron: Gezondheidsenquête door middel van interview, 2004

Ouderen met een lagere socio-economische status doen duidelijk meer beroep op de aangeboden thuishulpdiensten dan de meer welvarende ouderen (tabel 5-04). Zowel uit de Gezondheidsenquête als uit de socio-economische enquête blijkt dat vooral de armere ouderen last hebben van gezondheidsproblemen en functionele beperkingen.

Een slechte gezondheid (mentaal of fysiek), een recente hospitalisatie, ernstig beperkt zijn in de dagelijkse activiteiten en chronisch ziek zijn verhogen aanzienlijk de kans op een contactname met een thuishulpdienst (tabel 5-05).

Formele hulp is slechts een aanvulling op de informele hulp van mantelzorgers. 66 % van de ernstig beperkte Brusselse ouderen laat zich helpen door een formele hulpverlener, 38 % ontvangt informele hulp en 15 % ontvangt geen hulp (tabel 5-06).

Niet alle behoeften inzake thuishulp voor de Brusselse ouderen worden beantwoord, want een op de zes ouderen met ernstige beperkingen krijgt noch formele, noch informele hulp.

Het werkveld geeft aan dat de vraag naar thuishulp groter is dan het aanbod (deel 4). Vooral het aanbod voor hygiënische verzorging is te beperkt en men vindt te weinig zorgverleners die Nederlands kennen.

Het gebruik van diensten voor thuisverpleging

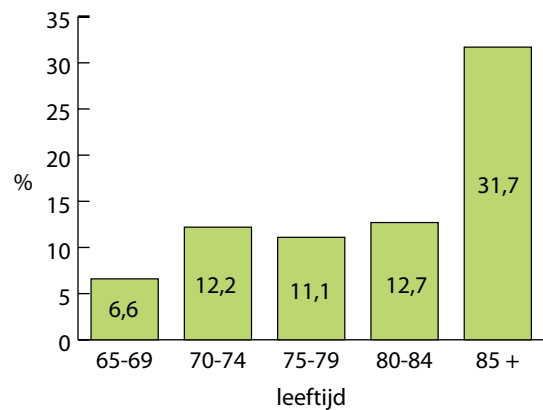
Volgens de Gezondheidsenquête in 2004 nam 16,2 % van de Brusselse bevolking ouder dan 65 jaar contact op met een thuisverpleegkundige in het afgelopen jaar. Dit is minder dan in Vlaanderen en Wallonië (respectievelijk 19,1 % en 21,1 %⁵).

Vanaf de leeftijd van 85 jaar stijgt het gebruik van thuisverpleging (figuur 5-06).

⁵ Het verschil tussen het Brussels en het Waals Gewest is significant na correctie voor leeftijd en geslacht.

Figuur 5-06

Percentage Brusselaars volgens leeftijd (niet in een rusthuis) dat contact had met een thuisverpleegkundige gedurende het afgelopen jaar



Bron: Gezondheidsenquête door middel van interview, 2004

Het gebruik van thuisverpleging steeg de laatste jaren. Het aandeel Brusselaars van 75 jaar en ouder dat contact had met een thuisverpleegkundige in het afgelopen jaar bedroeg 11,5 % in 1997, 20,6 % in 2001 en 22,2 % in 2004. Die stijging kan verklaard worden door het recente gezondheidsbeleid dat als doel heeft de verblijfsduur in een ziekenhuis te doen dalen of een ziekenhuisopname zelfs te vermijden (Pacolet et al., 2005).

Ondanks het relatief grote aanbod aan verpleegkundige zorg, geeft het werkveld aan dat het aanbod onvoldoende is om aan de vraag te beantwoorden. Vooral langs Nederlandstalige kant wordt het gebrek aan Nederlandkundige verpleegkundigen vaak aangehaald. Er zijn dan ook meer Franstalige actoren dan tweetalige of Nederlandstalige (figuur 4-07). Er zijn niet alleen weinig verpleegkundigen beschikbaar, ze zouden bovendien worden afgeschrikt om in het Brussels Gewest te werken omwille van mobiliteitsproblemen en een onveiligheidsgevoel in bepaalde delen van de stad.

Het gebruik van ergotherapie

Brusselse ouderen maken zeer weinig gebruik van ergotherapie, zelfs de ouderen die het het meest nodig hebben.

In 2004 had slechts 5,1 % van die ouderen die «erg beperkt» zijn in hun dagelijkse taken contact met een ergotherapeut in de loop van het jaar (Gezondheidsenquête 2004).

Voor Franstalige actoren (gesubsidieerd door Franstalige overheden) ontwikkelden een aanbod aan ergotherapie. Het aanbod is erg beperkt bij Nederlandstalige en tweetalige actoren.

Het gebruik van diensten voor toezicht

Het gebruik van personalarmsystemen is het hoogst bij personen die een hoge leeftijd hebben bereikt, alleen wonen, niet autonoom zijn, meerdere chronische aandoeningen en een laag inkomen hebben (Gevers et al., 1995). 22 actoren in het Brussels Gewest organiseren deze dienstverlening.

Personen die niet autonoom zijn en gehospitaliseerd zijn geweest, doen het vaakst een beroep op ziekenoppassers (Gevers et al., 1995). De inventaris en de reacties van het werkveld geven aan dat er een gebrek is aan zowel professionele als niet-professionele ziekenoppassers.

Ondersteuning van mantelzorgers

Mantelzorg⁶ of informele zorg is complementair aan de formele zorg en van cruciaal belang om ouderen zolang mogelijk thuis te laten wonen.

Vaak gaat men ervan uit dat men in een stedelijke omgeving minder beroep kan doen op de solidariteit van vrienden, burens en familie. Toch telt het Brussels Gewest evenveel mantelzorgers (9 %) als de rest van het land. Hun profiel is echter verschillend. Door de specifieke huishoudensstructuur wordt er minder hulp geboden binnen het eigen huishouden of aan de eigen familie en meer aan vrienden, burens en kennissen (deel 3, tabel 3-10).

De grote diversiteit qua sociale, demografische en culturele achtergrond in het Brussels Gewest weerspiegelt zich ook in de spreiding van de mantelzorgers (kaarten 3-19 tot 3-23). Men vindt het grootste aandeel mantelzorgers bij de vrouwen tussen 50 en 64 jaar (figuur 3-12) en bij hoger opgeleiden. Het is dan ook logisch dat het grootste aandeel mantelzorgers zich in de tweede kroon bevindt.

In deze meer goeide zone met een groot aandeel ouderen vindt men meer mensen die mantelzorg bieden aan burens, kennissen en aan familieleden buiten het huishouden (kaarten 3-22 en 3-23). Het aandeel mantelzorgers buiten het huishouden is daarentegen beperkt in de armere buurten met een eerder jongere

bevolking veelal van vreemde origine. Deze bevolking wordt minder geconfronteerd met de hulpvraag van zeer oude personen (de ouders wonen vaak in het land van oorsprong). Het aandeel mantelzorgers die hulp bieden binnen het huishouden is er wel zeer hoog, wat waarschijnlijk verklaard wordt door een belangrijkere traditie van het samenwonen met meerdere generaties (kaart 3-21).

De taak die mantelzorgers op zich nemen is niet te onderschatten. Wanneer mantelzorgers hulp verlenen aan hun partner, burens, vrienden en kennissen kunnen ze in situaties terechtkomen waarbij ze zelf ondersteuning nodig hebben.

In een onderzoek van het CBGS in 2003 werd gepeild naar de draagkracht en -last van geregistreerde mantelzorgers⁷ in Vlaanderen (Jacobs et al., 2004):

- 58 % van de mantelzorgers ervaart een emotionele belasting bij het verlenen van mantelzorg,
- 52 % vindt de zorg fysiek belastend,
- meer dan een derde vindt dat hun sociaal leven onder de mantelzorg lijdt,
- meer dan een derde is van mening dat ze te weinig tijd overhouden voor zichzelf,
- een op vier antwoordt dat de eigen gezondheid lijdt onder de mantelzorg,
- een op vier mantelzorgers ervaart een financiële belasting,
- bijna een op vijf voelt zich uitgeblust,
- 19 % vindt dat de mantelzorg geen zin aan het leven geeft,
- 19 % vindt dat het geen verrijkende ervaring is en
- 8 % zou de ervaring niet herhalen.

Het beleven van de zorg is afhankelijk van het soort zorg en van de sociodemografische kenmerken van de mantelzorger. Hoe intensiever de zorgen, hoe vaker de mantelzorgers aangeven dat ze te kampen hebben met bovenstaande problemen. De zorg voor een inwonende zorgbehoevende is meer belastend dan de zorg voor een niet-inwonende zorgbehoevende (63 % tegen 41 %) ⁸.

⁶ Voor de definitie van mantelzorg verwijzen we naar deel 3, p. 61.

⁷ Geregistreerde mantelzorgers zijn personen die als mantelzorger zijn ingeschreven bij een zorgkas. Het CBGS deed aan de hand van een postenquête onder meer onderzoek bij 2 735 geregistreerde mantelzorgers van 25 tot 79 jaar in Vlaanderen.

Vrouwelijke en oudere mantelzorgers ervaren bij het verlenen van hulp doorgaans meer problemen dan mannelijke en jongere mantelzorgers. Mantelzorgers die geen betaald werk hebben of dit tijdelijk onderbreken, zeggen vaker problemen te ondervinden dan diegenen die deeltijds of voltijds werken. Laagopgeleiden vinden de mantelzorg ook meer belastend dan hoger opgeleiden.

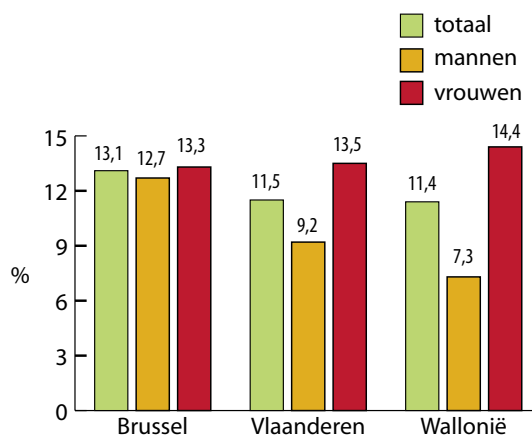
Het is dan ook erg belangrijk dat de mantelzorgers goed worden ondersteund. Elf actoren in het Brussels Gewest nemen deze taak op. Hun werk wordt positief ervaren, maar kan de enorme nood niet dekken. Er zijn immers meer dan 65 000 Brusselaars die in de census van 2001 aangaven dat ze mantelzorg verstrekken (deel 3).

Geestelijke gezondheid van de Brusselse ouderen

In de Gezondheidsenquête van 2004 geeft 28,5 % van de Brusselse 65-plussers aan dat hij of zij «psychologische moeilijkheden»^[9] ervaart. Dit percentage ligt hoger dan in de rest van het land (20,5 % in Vlaanderen en 24,3 % in Wallonië). In tegenstelling tot de rest van het land waar vrouwen vaker psychologisch ongemak rapporteren dan mannen is het aandeel mannen met psychologische moeilijkheden in het Brussels Gewest even groot als bij vrouwen. Ook de groep die «meer ernstige psychologische problemen»^[10] vertoont, geeft een gelijkaardig beeld (figuur 5-07). Het verschil tussen mannen en vrouwen die we in beide andere gewesten terugvinden lijkt in het Brussels Gewest niet aanwezig te zijn ten nadele van de Brusselse mannen.

Figuur 5-07

Percentage 65-plussers dat recent ernstige psychologische moeilijkheden ervoer, naar gewest en geslacht, 2004



Bron: Gezondheidsenquête door middel van interview, 2004

De percentages in de bevolking van specifieke geestelijke gezondheidsproblemen (tabel 5-07), vertonen weinig verschillen tussen de gewesten. Zowel in het Brussels Gewest als in de andere gewesten is het aandeel vrouwen met depressieve problemen, angsten of slaapproblemen groter dan bij de mannen. De Brusselse mannen vertonen evenwel meer psychische problemen dan de mannen in de andere gewesten.

8 Voor de gedetailleerde cijfergegevens verwijzen we naar het onderzoek van het CBGS (p. 179-185).

9 «Psychologische moeilijkheden» wordt gedefinieerd als de aanwezigheid van minstens 2 symptomen die wijzen op een mentaal probleem.

10 «Meer ernstige psychologische problemen» wordt gedefinieerd als de aanwezigheid van minstens 4 symptomen die wijzen op een mentaal probleem.

Tabel 5-07

Percentage 65-plussers dat met een geestelijk gezondheidsprobleem kampt naar geslacht en regio, 2004

	Brussels Gewest			Vlaanderen			Wallonië		
	mannen	vrouwen	Totaal	mannen	vrouwen	Totaal	mannen	vrouwen	Totaal
depressieve problemen	8,9	17,0	13,8	7,4	11,3	9,6	6,1	18,8	13,3
angstproblemen	6,3	7,8	7,2	4,9	8,7	6,9	3,0	9,8	6,9
slaapproblemen	20,2	25,9	23,7	19,6	29,5	25,0	18,9	26,7	23,3

Bron: Gezondheidsenquête door middel van interview, 2004

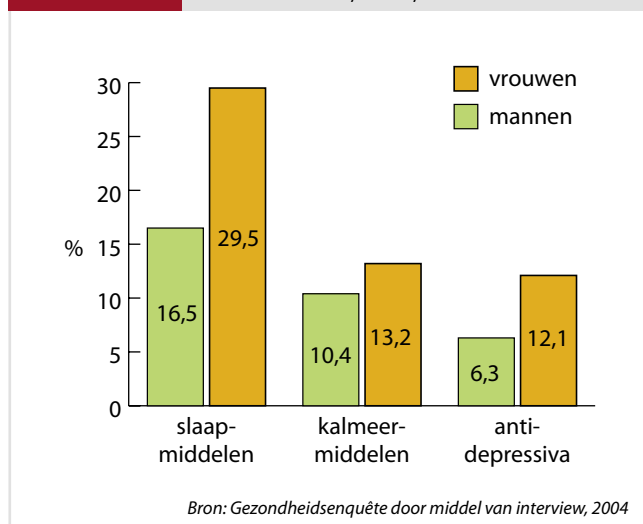
De prevalentie van depressieve problemen in het Brussels Gewest neemt toe met de leeftijd. Ze bedraagt 6% bij jongeren van 15-24 jaar en stijgt tot 19% bij Brusselaars van 75 jaar of ouder. De evolutie naar leeftijd en geslacht toont aan dat zich bij de mannen een eerste piek van problemen voordoet rond 35-44 jaar (11%) en een tweede na 75 jaar (11%). Bij vrouwen zijn vooral de periodes rond 45-54 jaar (17%) en eveneens na 75 jaar (25%) kritiek.

9,4% van de Brusselse ouderen (11,4% van de vrouwen en 6,3% van de mannen) zeggen in de afgelopen 12 maanden aan zelfmoord te hebben gedacht.

34,7% van de oudere Brusselaars (25,8% van de mannen en 40,1% van de vrouwen) heeft ten minste een psychotroop geneesmiddel (slaapmiddelen, kalmeer-middelen of antidepressiva) gebruikt in de laatste twee weken voor de bevraging. Dit aandeel is veel hoger dan voor de leeftijdsgroep 15-64 (12,7%). Figuur 5-08 toont de verhouding per type medicatie.

Figuur 5-08

Percentage gebruikers van verschillende soorten psychotrope middelen naar geslacht, Brussels Gewest, 65+, 2004



Gespecialiseerde diensten, maar ook zeer veel niet-gespecialiseerde actoren trachten een antwoord te bieden voor deze moeilijkheden. Het aanbod lijkt echter onvoldoende, vooral de ondersteuning thuis. Te veel ouderen stoten immers op mobiliteits-, financiële of culturele drempels waardoor ze de noodzakelijke

ondersteuning om deze moeilijkheden te overwinnen niet vragen of niet krijgen.

Ondanks het hoge aandeel ouderen met psychologische problemen, zegt minder dan 1% van de Brusselse bevolking ouder dan 65 jaar dat ze in het afgelopen jaar contact had met een centrum voor geestelijke gezondheidszorg (tegenover 1,5% bij de 15 tot 64-jarige Brusselaars).

Bibliografie

Allen S., Foster A., Berg K. (2001) «Receiving Help at Home : The Interplay of Human and Technological Assistance», in *Journal of Gerontology*. 2001, vol 56B, n° 6, S374-S382.

Auslander G. et Litwin H. (1990) «Social Support Network and Formal Help Seeking : Differences between Applicants to Social Services and a Nonapplicant Sample», in *Journal of Gerontology*. 1990, vol 45, n° 3, S112-S119.

Bayingana K, Demarest S., Gisle L., Hesse E., Miermans P.J., Tafforeau J., Van der Heyden J.G. (2006) Gezondheids-enquête door middel van Interview, België, 2004 REF D/2006/2505/4, <http://www.iph.fgov.be/epidemi/hisia/index.htm>

Bresse S. (2004) «Les bénéficiaires des services d'aide aux personnes à domicile en 2000», in *Etudes et Résultats*. 2004a, n° 296, 1- 8.

de Henau J., Meulders D., Zadunayski E. (2003) Home sweet home! Au chevet des politiques de maintien à domicile dans la Région de Bruxelles-Capitale.

Dutheil N. (2001) «Les aides et les aidants des personnes âgées», in *Etudes et Résultats*. 2001, n° 142, 1-11.

Gevers L., De Donder P., Crevits P. (2003) Services aux personnes âgées : une vue économique. 1995. Groupe de travail CREDES. Territoires et accès aux soins. Questions d'économie de la santé [10], 1-4.

Jacobs T et Lodewijckx E. (2003) (red.) Zicht op zorg. Studie van de mantelzorg in Vlaanderen in 2003, 230 pp.

Leroy X. et Neiryck I. (1994) Solidarités sociales et santé des aînés - Tome 1 : les aînés vivant à domicile. Centre Interdisciplinaire sur le vieillissement.

Martin P. (2003) Le maintien à domicile : le temps de l'affirmation. ASEV, association pour le soutien de l'étude du vieillissement. In *La sève* [1], 20-28.

Masuy A. (2006) «Lorsque l'aide des proches ne suffit pas : L'entourage social des plus âgés influence-t-il leur usage de services d'aide à domicile ?». Louvain-la-Neuve : UCL, [mémoire de licence en sociologie]

Pacolet J., Leroy X., Cattaert G., Coudron V., Gobert M. (2005) Plus est en vous driemaal. Manpowerplanning in de zorgsector in Brussel-Hoofdstad. Plus est en vous 3^{ème}. Manpowerplanning dans la champ de la santé à Bruxelles-Capitale. HIVA, KUL, UCL, and SESA, Service d'Etudes Socio Economiques de la Santé.

Penning M. et Chappell N. (1990) «Self-care in Relation to Informal and Formal Care», in *Ageing and Society*. 1990, vol 10, 41-59.

Renaut S. (2001) «Vivre ou non à domicile après 75 ans», in *Gérontologie et société*. 2001, n° 98, 66-83.

Stoddart H., Whitley E., Harvey I., Sharp D. (2002) What determines the use of home care services by elderly people? *Health and Social Care in the Community* 10[5], 348-360.

