

## Inhoud

<b>Deel 5: Conclusies en aanbevelingen</b> .....	<b>284</b>
1. Context van de Brusselse ouderenzorg.....	284
1.1 Demografische context: sterke stijging ouderen .....	284
1.2 Aandacht voor diversiteit.....	285
1.3 Financiële kwetsbaarheid en betaalbaarheid .....	285
1.4 Institutionele context van ouderenzorg in Brussel: nood aan samenwerking.....	286
2. Aangepaste en betaalbare woningen .....	287
2.1 Woningaanpassing .....	288
2.2 Woonmobiliteit.....	290
3. Stimulerende woonomgeving .....	291
3.1 Belang van een toegankelijke, leeftijdsvriendelijke buurt.....	291
3.2 Wijkgerichte benadering van zorg.....	292
3.3 Vrijwilligers inschakelen .....	292
3.4 Detectie en toeleiding van zorg.....	293
4. Toegankelijke thuiszorg .....	294
4.1 Aanbod thuiszorg.....	294
4.2 Bekendheid, taakverdeling en samenwerking.....	295
4.2.1 Macro (beleid: overheid en koepelorganisaties).....	295
4.2.2 Meso (buurt) .....	296
4.2.3 Micro (gebruiker).....	296
4.3 Mantelzorgers erkennen en ondersteunen.....	297
4.4 Belang van leefomgeving voor thuiszorg.....	297
5. Residentiële zorg.....	298
5.1 Nood aan meer rusthuizen?.....	298
5.2 Commerciële en niet-erkende rusthuizen .....	299
5.3 Betere spreiding van rusthuizen .....	300
5.4 Alternatieve woonvormen .....	301
6. Semi-residentiële zorg .....	302
7. Algemene aanbevelingen .....	302
7.1 Reframing van onze blik op “ouderen”: actieve partners in het zorgverhaal.....	302
7.2 Kwaliteitsbewaking en ondersteuning .....	304
7.3 Onderwijs, opleiding en tewerkstelling.....	305
7.4 Innovatie en technologie.....	305
<b>Deel 6: Plan van aanpak</b> .....	<b>307</b>
1. Programmatie: voorstel volgens ongewijzigd beleid .....	307
1.1 Gezinszorg.....	309
1.2 Oppashulp .....	310
1.3 Thuisverpleegkunde.....	311
1.4 Lokaal dienstencentrum .....	313
1.5 Regionaal dienstencentrum.....	315
1.6 Centrum voor herstelverblijf .....	316
1.7 Centrum voor kortverblijf.....	317
1.8 Serviceflats/assistentiewoningen.....	318
1.9 Woonzorgcentrum.....	319
1.10 Dagverzorgingscentrum.....	320
1.11 Samenvatting .....	321
2. Programmatie: naar een nieuw zorgmodel.....	322
2.1 Macro: Brusselse programmatie .....	322
2.2 Meso – Micro: Wijkgerichte zorg.....	323

# Deel 5: Conclusies en aanbevelingen

## 1. Context van de Brusselse ouderenzorg

### 1.1 Demografische context: sterke stijging ouderen

Brussel had lange tijd de oudste leeftijdsstructuur van de drie gewesten. Door de stelselmatige verjonging van het gewest keerde de verhouding in leeftijdsstructuren tussen de gewesten zich om sinds de jaren 2000. Brussel geldt thans als 'groenste' gewest, met een dalend aandeel ouderen en een stijgend aandeel jongeren ten aanzien van de gehele Brussels populatie. Anno 2010 telt Brussel ongeveer 152.000 inwoners ouder dan 65 jaar, op een totale bevolking van 1.090.000. Senioren vertegenwoordigen 14% van de Brusselse bevolking. Daarentegen is het Brussels Hoofdstedelijk Gewest ook het gewest met de hoogste intensiteit van de veroudering. De verhouding 80plussers t.o.v. van de totale ouderenpopulatie is immers 1 op 3. Deze vormen vandaag een groep van 50.000 personen waarvoor het risico op kwetsbaarheid en zorgafhankelijkheid erg groot is. Tot de leeftijd van 80 jaar leeft immers het overgrote deel nog thuis, in goede gezondheid. Velen ondervinden relatief weinig beperkingen in het dagelijks leven. Vanaf 85 jaar stijgt het aandeel ouderen in een residentiële voorziening heel snel van 25 % (leeftijdsgroep tot 89 jaar) over 45 % (tussen 90 en 95 jaar) tot 80 % van de ouderen boven 95 jaar.

Sinds 2012 is er ook een reële toename van het aantal ouderen, die volgens de bevolkingsvooruitzichten van het Federaal Planbureau nog elk jaar zal stijgen. Als we naar de absolute aantallen kijken, zien we voor 60plussers een quasi constante stijging van ca. 200 000 in 2010 tot ca. 290 000 in 2040, een verwachte stijging van 43,5%. Het is dit stijgende aantal ouderen dat een indicatie geeft van de concrete nood aan voorzieningen. Een afzwakking van het aandeel ouderen betekent immers niet noodzakelijk ook een afgezwakte nood aan voorzieningen. Over de gemeenten heen, zien we sterke verschillen op vlak van de toename van het aantal ouderen. Gemeenten waar nu nog niet veel ouderen wonen (en waar ook minder voorzieningen zijn), kennen in de toekomst de sterkste toename.

De samenleving staat voor de immense uitdaging om voor het toenemend aantal ouderen in de toekomst een kwaliteitsvolle zorg te blijven aanbieden. Om daaraan tegemoet te komen, is het aangewezen om op zoek te gaan naar initiatiefnemers, personeel, financiële middelen en ruimte om de woonzorggelegenheden daadwerkelijk te realiseren. Daarbij wordt best niet (alleen) ingezet op de klassieke rusthuizen of woonzorgcentra<sup>1</sup>, maar ook op een divers aanbod van (kleinschalige) woontypologieën, gecombineerd met een waaier aan ondersteuningsvormen en (thuis)zorg.

---

<sup>1</sup> 'Rusthuizen' wordt hier gebruikt als algemene gangbare term voor de collectieve woonvormen voor ouderen (ROB en RVT). Wanneer we het hebben over de specifieke Vlaamse rusthuizen wordt de term 'woonzorgcentrum' gebruikt, zoals thans opgenomen in het Vlaamse Decreet van 2009 .

## 1.2 Aandacht voor diversiteit

Een bijkomende bekommernis, die in Brussel nog meer dan elders aan de orde is, betreft de toenemende diversiteit en mogelijk ook dualisering binnen de ouderenpopulatie. Het Brussels Observatorium voor Gezondheid en Welzijn berekende dat senioren met een andere culturele achtergrond in 2007 reeds een derde uitmaakten van de Brusselse ouderenpopulatie<sup>2</sup>. Verwacht wordt dat dit aandeel tegen 2020 verder zal stijgen tot ongeveer de helft van de Brusselse ouderen. Veelal gaat het hier om een groep van laaggeschoolde, kwetsbare ouderen die nog veel te weinig vertrouwd zijn met ons zorgsysteem.

Op dit moment is er in geen enkele regelgeving aandacht voor de diversiteitsproblematiek. Er is dan ook **structurele aandacht nodig voor diversiteit**. Dit kan **op niveau van de gebruiker** en hoe de zorgorganisatie/voorziening daarmee omgaat. Dit impliceert dat zorg op een andere manier georganiseerd wordt, meer vanuit de cliënt. Een concreet voorbeeld is halal eten voorzien in een rusthuis. Maar dat geldt natuurlijk ook alleen maar voor één bepaalde groep. Een andere allochtone groep kan dat niet willen, maar wenst misschien iets anders. De vraag die zich dan ontegensprekelijk opwerpt is of we specifieke etnisch-culturele voorzieningen en organisaties moeten oprichten? Moet je bijvoorbeeld specifieke rusthuizen bouwen? De vraag valt te kaderen in een bredere discussie: Ga je naar een categoriaal zorgbeleid of naar een inclusief beleid? Ga je zorg organiseren op doelgroep niveau, of organiseer je zorg waar er respect en mogelijkheid is voor verschillende culturele eenheden en belevingen?

Op **niveau van de zorgvoorziening** kan diversiteit meer tot uiting komen op vlak van inrichting. Heden ten dage zien alle afdelingen, gangen en kamers er ongeveer hetzelfde uit. Men kan zich de vraag stellen of er een evolutie wenselijk is naar een woonzorgsite waar er bijvoorbeeld een verdieping is met serviceflats, verdieping met alternatieve woonvormen, een verdieping met zwaarbehoeftige zorg, nieuwe vormen van collectiviteit wonen met zorg, etc.

Diversiteit kan ook vorm krijgen **op niveau van het personeel**. Daar gaan we verder op in onder het luik “onderwijs, opleiding en tewerkstelling”.

## 1.3 Financiële kwetsbaarheid en betaalbaarheid

Samen met het absolute aantal ouderen neemt ook het aandeel ouderen met een zeer klein inkomen toe. In 2010 ontving 9 % van de 65-plussers een Inkomensgarantie voor Ouderen. 22,1% ouderen heeft een maandelijks gezinsinkomen van minder dan 1000 euro. Eén op negen Brusselse ouderen boven 75 jaar verklaart gezondheidsuitgaven uit te stellen omwille van financiële moeilijkheden (t.o.v. Belgisch gemiddelde van 3,9%)<sup>3</sup>. 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 thuiszorgdienst.

---

<sup>2</sup> Observatorium van Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. (2007). *Thuiswonen na 65ste: atlas van de behoeften en de actoren in Brussel*. Brussel: Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.

<sup>3</sup> Observatorium van Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. (2010). *Welzijnsbarometer: Brussels Armoederapport*. Brussel: Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.

Op vlak van betaalbaarheid van diensten werden in deze studie twee vingeroefeningen verricht: (1) kosten van thuiszorg en residentiële zorg; (2) gebruikersbijdrage in de thuiszorg.

De eerste studie onderzocht de kostprijs van “levenslang thuis wonen met zorg” en wonen in een rusthuis. Uit de analyses bleek heel duidelijk dat thuis blijven wonen wanneer mensen zorgbehoefstig zijn, en dus hun zorg “inkopen”, al snel een hele dure zaak wordt voor de cliënt<sup>4</sup>. Vooral voor alleenstaanden en huurders op de privémarkt is het moeilijk om thuis te blijven. Maar ook voor eigenaars of huurders die als koppel een sociale woning betrekken is er weinig financiële ademruimte. De tweede studie naar de gebruikersbijdrage in de thuiszorg toont duidelijk grote ongelijkheden aan: de kosten voor de zorggebruiker verschillen sterk naargelang de subsidiërende overheid én de plaats waar men woont. In heel wat gevallen is het voor de gebruiker financieel voordeliger om voor poets hulp gebruik te maken van de fiscaal aftrekbare dienstencheques.

Het risico is reëel dat naast de mondige oudere, een groep kwetsbare ouderen groeit die de plaats in zal nemen van de ‘traditionele’ oudere en zich tevreden zal (moeten) stellen met de klassieke goedkopere voorzieningen. Het waarborgen van een beschikbaar en zowel fysiek als financieel toegankelijk aanbod aan diensten en zorg is ontegensprekelijk één van de belangrijkste uitdagingen van de ouderenzorg. Vandaag de dag kennen de welgesteldere regio’s een (veel) groter aanbod, bijvoorbeeld op het vlak van DVC’s en rusthuizen. Armere regio’s in Brussel kennen dergelijke voorzieningen veel minder. Kwaliteitsvolle zorg zou daardoor het voorrecht kunnen worden van diegenen die bereid zijn en in de mogelijkheid verkeren om er voor te betalen. Het vraagt een beleidskeuze om te **investeren daar waar de meest financieel kwetsbare en kansarme ouderen wonen**.

#### **1.4 Institutionele context van ouderenzorg in Brussel: nood aan samenwerking**

Brussel kenmerkt zich door een complexiteit aan regelgeving. Verschillende overheden zijn er bevoegd voor de ouderenzorg en thuiszorg. De drie belangrijkste overheden zijn de Commission communautaire française (COCOF), de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC) en de Vlaamse Gemeenschap (VG). Zij houden er elk een andere regelgeving, programmatie en financiering op na. Zelfs de leeftijd waarop iemand oud is, is verschillend: 65 jaar voor de VG, 60 jaar voor de GGC en de COCOF. De uitgebouwde diensten en voorzieningen voor ouderen langs Nederlandstalige of Franstalige zijde zijn geen *pendants* van elkaar. Zij vertrekken vanuit andere basisprincipes. De VG zet voornamelijk in op een regionale uitbouw van verschillende werkvormen, terwijl de GGC eerder vertrekt vanuit een lokale verankering van de diensten en de COCOF een geïntegreerde aanpak voorstaat. GGC en COCOF vullen elkaar aan en de onderlinge samenwerking verloopt goed. De GGC en COCOF zijn niet afgestemd met de Vlaams erkende organisaties. Door de versnippering, de complexiteit en het feit dat niet alle zorgvormen naar behoren zijn uitgebouwd, is het zorgcontinuüm en de zorggarantie voor ouderen niet altijd verzekerd.

---

<sup>4</sup> Dit geldt voor het geval zoals de thuiszorg op dit moment georganiseerd wordt én in vergelijking met de huidige rusthuisprijzen.

Belangrijke aanbeveling in dit kader gaan dan ook over **samenwerking**. Idealiter wordt er gestreefd naar maximale afstemming, mét behoud van eigenheid. Een eerste stap is op de hoogte zijn van elkaars beleid en toekomstige plannen. Het is opportuun om de complementariteit tussen de diensten en overheden verder te verkennen en zo beter te ontwikkelen. Daarbij mag niet over het hoofd gezien worden dat ook de federale overheid voor bepaalde zorgcomponenten verantwoordelijk is: denken we daarbij o.a. verantwoordelijkheden van RIZIV inzake huisartsen en thuisverpleegkundigen, huisartsenkringen etc.

Uit de focusgroepen kwamen er dan ook verschillende oproepen om te streven naar **een geconcentreerde programmatie**. Gezamenlijk kan men beter en efficiënter streven naar geografisch evenwicht, gebaseerd op een gemeenschappelijke visie en een aantal objectieve criteria: het aantal ouderen, aantal kwetsbaren, taaldiversiteit, gedifferentieerde zorgprofielen, culturele diversiteit, etc. Daarnaast is het aan te raden om **overleg** over de regelgeving te plegen: beleid uitstippelen en voeren in overleg met verschillende overheden op verschillende niveaus (federaal, gemeenschap, lokaal). In toekomstige regelgevingen zou het bijvoorbeeld ook aangewezen zijn om voor Vlaanderen daar waar opportuun steeds een **specifiek Brussels luik**, een hoofdstuk rond Brussel, in te lassen waarbij rekening gehouden wordt met de Brusselse realiteit en eigenheid.

Een belangrijke component in het onderzoek was het verzamelen van cijfers (zowel de programmatie als de invulling ervan). Doorheen het onderzoeksproces bleek het bekomen van deze gevraagde 'hard data' verre van evident, voornamelijk omwille van het ontbreken van een (uniforme) systematische digitale registratie, laat staan digitale records, over de bevoegde administraties heen en over de verschillende deelgebieden en uitvoerende instanties in de sector. Het ontbreken van een degelijk **uniform en gevalideerd systeem van digitale registratie** dat systematisch door de verschillende diensten en overheden in de Brusselse (ouderen) sector gebruikt wordt, is een belangrijke conclusie en pijnpunt. Onder het motto "meten is weten", en het belang van evidence-based policy, is een dergelijke **centrale registratie** een concrete aanbeveling. Het gaat daarbij verder dan louter het verzamelen van gegevens. Ook gemeenschappelijke meetinstrumenten zijn daarbij nodig.

Een laatste aanbeveling betreft taalgarantie. Initiatieven verbonden aan de gemeente en/of OCMW-diensten moeten op zich tweetalig zijn, maar zijn dit in de praktijk niet altijd. Een mogelijk voorstel zou kunnen zijn om **taalgarantie** in te bouwen **als criterium voor erkenning**.

## 2. Aangepaste en betaalbare woningen

Het is al vaker gesteld: ouderen willen het liefst in hun vertrouwde omgeving en buurt blijven wonen, een wens die nauw aansluit bij *ageing in place* filosofie: de mogelijkheid om zelfstandig en comfortabel te leven in je eigen huis, in een veilige omgeving en dit ongeacht leeftijd of inkomen. Als we ouderen zo lang mogelijk "thuis willen houden", is het van belang om in gedachte te houden dat goede zorg begint bij een goed woning. Het zou dan ook interessant zijn om binnen het zorgbeleid meer aandacht te hebben voor huisvesting.

Om ouderen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest langer thuis te laten wonen is een woningbeleid met een visie op lange termijn noodzakelijk. Een sociaal woningbeleid en beleid voor het ontwikkelen van aangepaste woningen voor ouderen (en personen met een handicap) is dan ook geen overbodige luxe. Een aangepast beleid zal ook impact hebben op de Ruimtelijke Ordening, Gewestelijk bestemmingsplan, Bijzondere bestemmingsplannen, verkavelingsvergunningen,... Wenst men een doorgedreven zorgbeleid, dan zal men ook het aspect van aanpasbaar wonen moeten ontwikkelen. Wonen, welzijn en zorg zijn dan ook vaak nauw gerelateerd aan elkaar. Het ene heeft consequenties voor de andere domeinen. Het zou dan ook interessant kunnen zijn om een samenwerking op poten te zetten op vlak van regelgeving en tussen de administraties.

## 2.1 Woningaanpassing

Veel woningen vertonen een slechte kwaliteit en zijn onaangepast aan de ouderdom:

- Trappen om de woning te betreden
- Trappen in de woning
- Geen centrale verwarming
- Geen toilet in de woning
- Geen bad of douche in de woning
- Woning is inbraakgevoelig

Eenzijds zijn het hebben van trappen in de woning, trappen moeten nemen om de woning te betreden en inbraakgevoeligheid van de woning cruciaal omdat deze een belemmering kunnen vormen voor de mobiliteit en veiligheid op latere leeftijd. Gezondheidsproblemen, verminderde mobiliteit in samenhang met onaangepaste woningen kunnen dan ook de valfrequentie van ouderen verhogen. Uit internationaal onderzoek is gebleken dat vallen in de woning de kans om te verhuizen tot 50% verhoogt<sup>5</sup>. Deze problemen doen zich voor zowel bij eigenaars als huurders<sup>6</sup>. Bij sommige ouderen zijn ook de afwezigheid van basisvoorzieningen zoals toilet in de woning, bad of douche belangrijke drempels.

Uit het ouderenbehoefteonderzoek in Brussel blijkt dat bijna de helft van de oudere Brusselaars eigenaar is van hun woning<sup>7</sup>. De meeste eigenaarswoningen situeren zich in de welstellende gebieden van Brussel. Velen zijn er blijven wonen nadat de volwassen kinderen uit het huis getrokken zijn. Op die manier raken woningen onderbezet, vinden ouderen de woning zelf te groot en onaangepast aan de woonbehoefte, maar kunnen ze het niet aanpassen omwille van financiële problemen. Bovendien nemen ze kostbare ruimte die beter kan benut worden door grotere, jongere gezinnen daar waar de druk op de Brusselse woningmarkt erg groot is.

---

5 Stoeckel, K. J., & Porell, F. (2010). Do Older Adults Anticipate Relocating? The Relationship Between Housing Relocation Expectations and Falls. *Journal of Applied Gerontology*, 29(2), 231–250

6 De Witte, N. et al. (2012). *Een huis? Een thuis! Over ouderen en wonen*. Brugge: Vanden Broele.

7 Observatorium van Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. (2007). *Thuiswonen na 65ste: atlas van de behoeften en de actoren in Brussel*. Brussel: Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.

Ook in de sociale huisvesting doet dit fenomeen zich voor. Sociale woningbouw beslaat in Brussel 38.000 woningen. Dit is nauwelijks 8% van de woningmarkt en huisvest ongeveer 10% van de Brusselse ouderen. De sociale woningbouw dateert hoofdzakelijk van voor de jaren '90. Sindsdien is de investering aanzienlijk teruggeschoefd, terwijl de vraag naar betaalbare woningen in Brussel enkel gestegen is en intussen meer dan 35.000 gezinnen op de wachtlijst staan. 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 jaren geleden introkken. De Brusselse sociale huisvestingsmaatschappij rekende uit dat eind 2009, meer dan 40% van de bewoners van sociale woningen ouder is dan 60 jaar<sup>8</sup>. Niet zelden gaat het hier om verouderde appartementen en gebouwencomplexen die niet meer aangepast zijn aan hun woonbehoeften.

Er is dus zeker wat werk aan de winkel voor sociale huisvestingsmaatschappijen. Heel wat sociale huisvesting is niet adequaat voor ouderen. Daarenboven wonen heel wat ouderen in sociale huisvesting die te groot is, maar niet willen verhuizen (o.a. omwille van financiële redenen). Er is dus enerzijds nood aan **levensbestendige sociale huisvesting**, aangepast aan de noden en behoeften van ouderen. Ook hier is de grens tussen wonen en welzijn dun. Enerzijds zou de sociale huisvestingssector nauwer kunnen inspelen op zorgvragen via een aangepast woonaanbod, en anderzijds hebben sociale huurders vaak nood aan zorgondersteuning.

Tenslotte is een derde van de ouderen aangewezen op de particuliere huurmarkt. De maandelijkse huurlast weegt sterk door op het vaak krappe huishoudbudget en laat niet veel ruimte voor bijkomende kosten. Bovendien is het uiteraard niet vanzelfsprekend om aanpassingswerken uit te laten voeren in een huurwoning.

Om het streven naar meer autonomie op een kwaliteitsvolle manier te verzoenen met de uitgesproken wens om in de eigen woning en woonomgeving te blijven wonen, ook wanneer men zorgbehoevend wordt, zijn bijkomende inspanningen nodig op het vlak van woningaanpassing en nieuwe woonvormen. 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. De huisvestingskenmerken – het feit of men een woning betreft als eigenaar, privéhuurder, sociale woning – beïnvloeden de bereidheid, haalbaarheid en mogelijkheden om in te grijpen in de woonsituatie. Noch de gemeenten, noch het Gewest kennen een **premie voor woningaanpassing** toe. Nochtans zou een aangepaste en veilige woning heel wat leed kunnen voorkomen en is het een belangrijke randvoorwaarde voor de verdere uitbouw van thuiszorg als alternatief voor een te vroege opname in een rusthuis. Men zou dus woningaanpassing kunnen stimuleren door premies voor woningaanpassing of ook door een **dienst die ingrijpt bij heel vervuilde huisvestingssituaties** zoals die vaak gemeld worden door zorgverstrekkers. Om deze zaken te coördineren kan nagedacht worden over de nood aan een **Brussels (HG) Steunpunt woningaanpassing** in samenwerking met de gemeenschappen.

---

<sup>8</sup> Geraadpleegd op <http://www.slrbrb.irisnet.be/site12/slrbrb/documentatie/statistiques/statistiques-nl/statistiekennlichtingen-31-12-2009/view>

## 2.2 Woonmobiliteit

Er kunnen heel wat redenen zijn waarom ouderen verhuizen. Een aantrekkelijkere woonomgeving is een vaak genoemde reden. Het zijn daarbij vaak de jongste ouderen uit de hogere inkomens- klassen die verhuizen om die reden. Jongere, kapitaalkrachtige ouderen hebben meer keuzemogelijkheden om te verhuizen en kunnen dan ook vrijer kiezen. De oudste ouderen verhuizen dan weer vaker omwille van gezondheids- en in Brussel vooral huisvestingsproblemen. Deze groep heeft vaker geen partner, is vaker minder kapitaalkrachtig en heeft minder mogelijkheden met betrekking tot het aanpassen van de woning en vervolgens minder keuze bij het kiezen van een nieuwe woning.

Algemeen kunnen we stellen dat de bereidheid tot verhuizen vrij klein is. Ouderen zijn weinig geneigd om hun huisvestingssituatie te veranderen, de meerderheid wil de situatie behouden zoals ze is en slechts een minderheid staat positief t.a.v. een verhuis naar een residentiële voorziening.

Kortom, er is nog heel wat werk aan de winkel inzake veilig en aangepast wonen voor ouderen. Een eerste belangrijke stap in het verhaal is **sensibilisering** zelf. Enerzijds zouden **ouderen** best aangemoedigd worden het gesprek hierrond aan te gaan, en dit liefst zo snel mogelijk. Nu zien we dat ouderen wachten tot het echt niet meer gaat. Vanuit de idee “het gaat al zo lang, het zal zijn tijd nog wel meegaan”, worden keuzes steeds maar uitgesteld. Wanneer de nood dan echt te groot is, zijn de keuzemogelijkheden echter erg beperkt. Ook **architecten** kunnen gesensibiliseerd worden: age-friendly<sup>9</sup> denken is daarbij een interessante piste als rode draad doorheen het uitdenken van plannen. Levensbestendig bouwen en verbouwen wordt erkend als een groeiemarkt, maar krijgt vooral promotie en toepassing bij 50- en 60-plussers. Weinig jongere bouwers die er zelf spontaan aan denken. Duurzaam bouwen klinkt dan sexyer in de oren, terwijl de achterliggende visie dezelfde is: verantwoord bouwen, langetermijndenken, herbruikbaarheid voor verschillende generaties en flexibiliteit.

Naast sensibilisering kan ook een financiële tussenkomst voor het nodige duwtje in de rug zorgen. Op dit moment bestaat er nog geen **verhuispremie**, iets wat wel een belangrijke incentive zou kunnen zijn. Tenslotte willen we ook wijzen op de nood aan **ondersteuning bij de praktische uitvoering van een verhuis**. Ouderen zien zich vaak “geen man over” de praktische besommingen die bij een verhuis komen kijken. Ondersteuning en begeleiding van A tot Z kan motiverend werken.

Belangrijk in het verhaal van woningaanpassing of stimuleren van woonmobiliteit is de autonomie van ouderen zelf. We mogen niet vertrekken vanuit een negatief discours over “moeten verlaten van de woning”, maar eerder vertrekken vanuit een boodschap die het behoud van autonomie centraal stelt.

---

<sup>9</sup> WHO [World Health Organization] (2007). *Global age-friendly cities: a guide*. Geneva: World Health Organization.



### 3. Stimulerende woonomgeving

#### 3.1 Belang van een toegankelijke, leeftijdsvriendelijke buurt

Een aangepaste woning heeft weinig betekenis zonder een aangepaste buurt. Als ouderen in een geschikte woning leven in een ongeschikte buurt, blijven ouderen, om het met de woorden van Royers<sup>10</sup> te zeggen, gevangen in een soort gouden kooi. Goede zorg besteedt dus ook aandacht aan een stimulerende en toegankelijke woonomgeving. **Zeker voor ouderen** is dit van belang. Ouderen hebben immers een grote territoriale binding en hechten veel belang aan hun buurt en contacten met mensen uit de buurt. Fysieke veroudering, verminderde mobiliteit en sociale desactivering leiden er toe dat de actieradius van oudere verkleint en het leven zich meer toespitst op de nabije omgeving en de wijk. Het belang van de buurt neemt bijgevolg toe naarmate deze factoren sterker gaan doorwegen. Een veilige en aangename leefomgeving staat dan ook bovenaan het verlanglijstje van ouderen en gaat de bekommernis om welzijn en goede zorg vooraf.

**Mobiliteit**, zowel om redenen van zorg als ontspanning, is voor veel Brusselse ouderen een knelpunt: het openbaar vervoer is niet in alle stadsdelen even goed uitgebouwd, het onveiligheidsgevoel is bij ouderen meer uitgesproken, het aanbod aan sociaal vervoer is ondermaats, taxi's zijn voor velen een te duur alternatief. Ook lokale mobiliteit wordt voor ouderen en mensen met een handicap sterk gefnuikt door de staat van de stoepen die vaak te wensen over laten, voorbijrazend verkeer en ongeduldige chauffeurs. De Brusselse voetpaden zijn trouwens dé gemeenschapsinfrastructuur waarover veel ouderen zich beklagen.

Problemen met mobiliteit wegen ook zwaar door op de aantrekkingskracht van zorgberoepen in Brussel. Deze vaststelling en bekommernis geldt voor alle beroepsgroepen; van poetsvrouw over thuisverplegers en kinesitherapeuten, tot de huisartsen. Het kan een zware hypotheek leggen op de verdere uitbouw van de Brusselse (thuis)zorg indien er niet ingegrepen wordt in het organisatiemodel.

Wanneer mensen niet meer naar buiten kunnen of durven komen, is het gevaar van **vereenzaming** niet veraf. De vereenzaming wordt in Brussel door mensen op het terrein alom aangehaald als één van de grootste problemen bij ouderen. Het hebben van sociale contacten is een bepalende factor voor het behoud van autonomie en zelfredzaamheid. Kinderen die veraf wonen, familie en vrienden die wegvallen, fysieke klachten en problemen, het onveiligheidsgevoel waardoor ouderen niet meer buiten durven komen... leiden ertoe dat het sociaal netwerk stelselmatig afbrokkelt. Om nieuwe sociale contacten op te bouwen is zelfvertrouwen en durf nodig. Ouderen hebben vaak niet meer de moed, energie om hierin te investeren.

---

<sup>10</sup> Royers, T. (2007). *Een uitnodigende leefomgeving voor ouderen*. Geraadpleegd op 14 november op [http://www.vilans.nl/Site\\_Webwinkel/docs/PDF/Literatuurstudie.pdf](http://www.vilans.nl/Site_Webwinkel/docs/PDF/Literatuurstudie.pdf).

### 3.2 Wijkgerichte benadering van zorg

Heel wat onderzoeksgegevens duiden zo op het belang van een **wijkgerichte benadering van de ouderenzorg**. Ook in de internationale literatuur zijn er verschillende auteurs en overheden die de kaart trekken van de buurtzorg. Deze keuze voor buurtzorg is onlosmakelijk verbonden met het discours rond de 'vermaatschappelijking van de zorg', dat ook bij ons meer en meer opgang maakt. Beide zijn immers gericht op de maatschappelijke participatie en het zelfstandig kunnen functioneren van ouderen en zorgbehoevenden. Vermaatschappelijking betekent dat zoveel mogelijk mensen in hun vertrouwde omgeving van hun sociale netwerk zorg krijgen. Sociale cohesie en sociale inclusie zijn dan ook belangrijke issues in dit kader. Uit het onderzoek blijkt dat Brussel daartoe verschillende opportuniteiten bezit. De hoge buurtbetrokkenheid en sterke steunrelaties tussen burens kunnen gehanteerd worden om nieuwe projecten in kader van vermaatschappelijking van de zorg op te zetten en verwezenlijken. Een heel concreet idee dat gelanceerd werd, is om een soort van **buurtconciërges** in te zetten. In Nederland kennen ze reeds het model van vrijwillige buurtconciërges (vaak senioren) die zorg dragen voor de meest kwetsbare ouderen.

Belderok (2007)<sup>11</sup> geldt in Nederland als een fervente pleitbezorger van een vitale buurt waarin de oudere 'zelfbewust, zelfverzekerd en vol zelfvertrouwen zijn eigen leven stuurt'. De uitdagingen voor de ouderenzorg zijn vergelijkbaar met deze van het buurtwerk en moet volgens hem inzetten op vier speerpunten: **sociaal huisbezoek** dat de problemen achter de voordeur in beeld brengt; **sociaal beheer van de publieke ruimte**; **empowerment via een scala aan sociale activiteiten** in de buurt en **inzet van vrijwilligers** als inspirerende voorbeelden en differentiatie van de woningmarkt om te komen tot gemengde woonwijken<sup>12</sup>.

Uit de focusgroepen kwam als suggestie dat **wijkcontracten** hierbij als hefboom kunnen fungeren. Een mogelijkheid is om in elk wijkcontract een luik te laten opnemen rond ouderenzorg, en alternatieve woonvormen voor die doelgroep.

### 3.3 Vrijwilligers inschakelen

We treden dit model van ouderenzorg waarin vrijwilligerswerk, buurtwerking en mantelzorg een belangrijke rol spelen, graag bij. Met de bestaande buurthuizen, lokale dienstencentra of wijkcentra hebben we hiervoor een belangrijke troef in handen. Ze zijn bij uitstek laagdrempelige en herkenbare aanspreekpunten en ontmoetingsplaatsen die hiervoor als uitvalsbasis kunnen dienen. Ouderen maar ook anderen in een beginnende zorgsituatie, kunnen er terecht voor (informatie over) diensten, ontspannende activiteiten, warme maaltijden, vormingen... Dergelijke werkingen kunnen uitgroeien tot **lokale aanspreekpunten voor ouderen én zorgverstrekkers** in de wijk, met een uitgesproken rol inzake informatie, ondersteuning en coördinatie van de zorg t.b.v ouderen en hun mantelzorgers. Dienstencentra en buurtcentra kunnen elkaar daarin versterken.

<sup>11</sup> Belderok J. (2007), *Vitaal en kwetsbaar grijs, kwetsbare ouderen in een vitale-buurt*, Amsterdam: SWP

<sup>12</sup> Belderok J. (2007), *Vitaal en kwetsbaar grijs, kwetsbare ouderen in een vitale-buurt*, Amsterdam: SWP

Een veilige omgeving moedigt ook sociale activering aan. Ouderen, maar ook kinderen... durven makkelijker buiten komen. Op die manier wordt er meer plaatst gemaakt voor sociale contacten. Het inschakelen van ouderen als vrijwilliger kan hun sociale activering en de empowerment in belangrijke mate stimuleren. Hustinx (2011)<sup>13</sup> noemt het vrijwilligerswerk niet voor niets een 'wondermiddel'. 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 terug helpen hun leven in handen te nemen. Ook voor ouderen geldt dit. Binnen Brussel zijn ouderen echter nu nog minder vaak vrijwilliger dan gemiddeld in Vlaanderen (geen vergelijkingsbasis voor Wallonië). Aan de andere kant is er wel een véél groter rekruteringspotentieel in Brussel: 28,4% van de Brusselse ouderen die op dit moment nog geen vrijwilligerswerk verricht, wil dit in de komende jaren misschien wel doen<sup>14</sup>. Inzetten op meer vrijwilligerswerk is dus zeker een interessante piste.

**Diensten- en buurtcentra** kunnen een essentiële rol daarin spelen. Misschien sterker nog, het **uitbouwen van een vrijwilligerswerking** zou de rode draad kunnen zijn van hun werking: vrijwilligers detecteren, rekruteren, opleiden, motiveren en toeleiden naar aangepast vrijwilligerswerk.

### 3.4 Detectie en toeleiding van zorg

Toch mogen we het beeld van sociale cohesie niet idealiseren. Zo waarschuwt Linders (2010)<sup>15</sup> dat meer sociale cohesie in de buurt niet leidt tot meer informele zorg. Ouderen blijven heel erg gesteld op hun privacy en stellen zich niet graag kwetsbaar op ten aanzien van de burens. De drempel om hulp in te roepen is enorm en soms extreem. 'Mensen vallen soms letterlijk liever dood neer dan dat ze om hulp vragen', zo stelt ze vast. Omgekeerd zijn mensen best bereid om een handje toe te steken, maar willen ze zich niet opdringen. De combinatie van vraagverlegenheid en handelingsverlegenheid is ontegensprekelijk 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 hierin de eerste stap moeten zetten en het vertrouwen van de ouderen herwinnen. Van deze groep mag en kan niet verwacht worden dat ze zelf de stap zetten naar een dienst- of activiteitencentrum. Hier zijn vindplaatsgericht werken en een **actieve detectie van noden** onontbeerlijk. Eens ze gedetecteerd zijn, kan men ze dan ook **toeleiden naar de gepaste zorg en ondersteuning**. vb. binnen Vlaanderen wordt de mogelijkheid bestudeerd om het BEL-RAI instrument<sup>16</sup> te voorzien van een pré-module die de identificatie van de zorgbehoeften mogelijk kan maken.

---

<sup>13</sup> Hustinx, L. (2011). De betekenis van vrijwilligerswerk voor kwetsbare ouderen. Gent: UGent, presentatie op studiedag CERA 'Samen Zorg Dragen Voor Elkaar'.

<sup>14</sup> Verté D., De Witte N., De Donder L., Buffel T., & Dury S. (2009). Ouderen behoefteonderzoek Brussel: Agogische Wetenschappen, Vrije Universiteit Brussel.

<sup>15</sup> Linders, L. (2010). Meer buurtcohesie bevordert echt geen burenhulp. *Tijdschrift voor sociale vraagstukken*, 5, 8-11.

<sup>16</sup> BEL-RAI is een internationaal instrument om de zorgbehoefte van de zorgvrager in kaart te brengen. Meer info op <https://www.ehealth.fgov.be/nl/application/applications/BELRAI.html>

## 4. Toegankelijke thuiszorg

In de ideale situatie wordt een 'zorgcontinuüm' gegarandeerd, met een stapsgewijze overgang tussen de verschillende woon- en zorgvormen, waarbij de professionele ondersteuning en omkadering zich omgekeerd verhouden tot de graad van zelfredzaamheid van de bewoner. Uit eerder onderzoek blijkt dat in de Brusselse context deze 'ideale' evolutie in vele gevallen niet gehaald wordt: de optimalisatie van de mogelijke en beschikbare ondersteuning blijft achterwege. De oudere die zich niet langer thuis kan handhaven, wordt, dikwijls na een escalatie in de thuissituatie en vaak na een of enkele ziekenhuisopnames, voorgoed opgenomen in een rusthuis of woonzorgcentrum. Het belang van een goed uitgebouwd zorgaanbod als aanvulling of alternatief op residentiële zorg kan dan ook niet voldoende onderstreept worden. Vanuit de zorg-op-maatgedachte en het uitgangspunt dat de voorkeur wordt gegeven aan de minst ingrijpende vorm van zorg, is een goed uitgebouwde thuiszorg een essentiële pijler in de ouderenzorg.

### 4.1 Aanbod thuiszorg

Voor sommige ouderen is hulp bij dagelijkse taken zoals wassen, strijken, verstellen, het bed opmaken, de woning schoonmaken... onontbeerlijk. Voor deze niet-medische zorg kunnen de diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg een belangrijke steun betekenen. Ze worden aangeboden door een waaier van zowel private als openbare diensten. Uit de analyse van de programmatiecijfers blijkt heel duidelijk dat het aanbod van de thuiszorg ondervertegenwoordigd is in Brussel in vergelijking met andere gewesten. Bovendien is er een sterk geografische ongelijke spreiding. Sommige gemeenten kennen veel gezinshulp, terwijl in andere gemeenten er amper tot geen gezinshulp is. Aanbevolen is dan ook het **aanbod van de gezinszorg op te trekken, ten einde te streven naar een evenwichtige, geografische spreiding.**

Opvallend is dat het vooropgestelde aantal te presteren uren aan Vlaamse kant niet wordt gehaald. De beperkte flexibiliteit, naambekendheid, zichtbaarheid en de zoektocht naar voldoende Nederlandskundig personeel speelt de diensten ernstig parten. Ook de grote verschillen in gebruikersbijdragen, waarbij de diensten van de Vlaamse Gemeenschap vaak de duurste blijken, duwen cliënten mogelijk naar de goedkopere thuiszorg van GGC en COCOF. De diensten erkend door de GGC opereren doorgaans vanuit een gemeente of Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Werk (OCMW) en zijn daarmee beter gekend en bereikbaar. Ook de lokale inbedding speelt in hun voordeel. Diensten van GGC en COCOF halen soms meer dan 100% van hun programmatie. Navraag leert dat er wachtlijsten zijn voor gezinszorg, maar cliënten niet worden doorverwezen naar Vlaamse erkende diensten. Dit toont het belang aan van meer **onderlinge samenwerking en netwerking.**

Verder blijkt dat niet alle diensten binnen de sector werken onder VG-, GGC- of COCOF-erkenning. Dit roept serieuze vragen i.v.m. kwaliteitsgarantie, en -bewaking richting zorggebruiker. Denken we daarbij bijvoorbeeld ook aan 24u zorg waar de verzorger inwoont bij de zorggebruiker. Veelal wordt deze hulp verleend door zorgdiensten en zorgverstrekkers die

vanuit het buitenland, specifiek met die reden naar Brussel komen<sup>17</sup>. Dit fenomeen maakt ook zijn opgang in Brussel, en beleid dient ook hier op in te spelen.

## 4.2 Bekendheid, taakverdeling en samenwerking

Uit de focusgroepen blijkt heel duidelijk dat de thuiszorgdiensten nog te weinig gekend zijn. Ondanks het ruime aanbod bereiken ze onvoldoende de zorgvrager. De toestand zoals ze nu is kan men eigenlijk niet behouden. Er is nood aan een betere bekendheid, taakverdeling en samenwerking op alle niveaus.

### 4.2.1 Macro (beleid: overheid en koepelorganisaties)

Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest vraagt een geëigende aanpak om juiste antwoorden te bieden aan zorgvragers op het vlak van ouderenzorg. Op dit ogenblik worden aparte beleidslijnen uitgetekend op het vlak van welzijn- en gezondheidszorg, woningbeleid, tewerkstellingsbeleid, onderwijs, recreatie, sport en cultuur, en technologische innovatie. Kennismaking, communicatie en overleg tussen koepelorganisaties, en overheden onderling zou dan ook een aanbeveling kunnen zijn. Het **creëren van synergiën** tussen bovengenoemde domeinen houdt enorme mogelijkheden in voor de toekomst.

De **taakverdeling tussen de professionele (gezondheids)zorgwerkers** is een essentiële factor in de kwaliteit van het zorgsysteem; ze zorgt er bovendien voor dat er een antwoord gegeven wordt aan de behoeften van de bevolking. Dit veronderstelt een denkoefening die verder rijkt dan samenwerkingsvormen tussen artsen en verpleegkundigen. Idealiter worden hier eveneens alle professionele zorgverstrekkers (zoals bijvoorbeeld apothekers, kinesisten) en andere sanitaire beroepen betrokken (zoals verpleeghulpen of medische secretaresses). Maar ook de andere sectoren, waarmee deze instanties samenwerken (meer bepaald maatschappelijk assistenten) en de patiënten die instaan voor hun eigen opvolging kunnen best betrokken worden. Deze aanbeveling past in de algemene problematiek van een betere zorgorganisatie.

De nieuwe samenwerkingsvormen tussen de gezondheidsverstrekkers zouden als volgt kunnen gedefinieerd: (1) een nieuwe verdeling van bestaande taken, volgens een substitutielogica; (2) een verdeling van nieuwe taken, volgens een diversificatielogica van de activiteiten. Verder is het aangewezen om dringend, zowel in de residentiële (chronische en acute) als in de thuiszorg werk te maken van de kanteling van een aanbodgestuurde welzijns- en gezondheidszorg politiek naar een **vraaggestuurde benadering**.

Een concreet idee werd gelanceerd rond collectieve zorgverstrekking. Op dit moment rekent een zorgverstrekker individuele prestaties aan. Het zou interessant zijn, als het mogelijk was om in een collectieve woonvorm een zorgverstrekker voor de hele woonvorm komt. Daarbij zou hij

---

<sup>17</sup> WeDO (2012). *Europees kwaliteitskader voor langdurige zorg*. Brussel: Age Platform Europe. [www.wedo-partnership.eu](http://www.wedo-partnership.eu).

dan geen individuele prestaties aanrekenen, maar een collectieve. Dat maakt het mogelijk om mensen de hoeveelheid zorg te geven die men nodig heeft.

#### **4.2.2 Meso (buurt)**

Opvallend is dat ook de zorgverstrekkers zelf weinig weet hebben van elkaars bestaan, werking en aanbod. Dit zet een bijkomende rem op een goede informatiedoorstroom en doorverwijzing van zorgbehoevenden naar de passende zorg. Deze vaststelling geldt ook als het gaat om samenwerking over de sectoren heen, zoals ouderenzorg, sector personen met een handicap, geestelijke gezondheidszorg... Ondanks het feit dat er toch een zeker onderlinge affiniteit bestaat, kennen deze sectoren elkaar amper, laat staan dat er wordt samengewerkt. Het roept de vraag op of een doelgroepgerichte benadering kan behouden worden, dan wel of er niet beter sector overschrijdend kan worden samengewerkt, vertrekkend vanuit de zorgbehoefte van mensen.

Het is dus aangewezen dat de verschillende zorgverstrekkers elkaar dus (beter) leren kennen op de verschillende niveaus. Op lokaal niveau kunnen zorgverstrekkers die bij dezelfde cliënten of in de dezelfde wijk komen elkaar leren kennen (vb. via social event). Het gaat ook over voorzieningen en organisaties die elkaar moeten leren kennen. De vraag wie dergelijk overleg en afstemming best organiseert is niet eenduidig te antwoorden. Uit de experten- en beleidsfocusgroepen kwam dan ook naar voren dat dit best “organisch” kan georganiseerd worden. In sommige buurten heb je al organisaties/overheden die in de praktijk deze rol al enigszins opnemen. In sommige lokaliteiten kan dat het OCMW zijn, in sommige het buurtcentrum, in andere de gemeente, of het rusthuis. Die aansturing kan geankerd zijn in de lokaliteit, of kan aangestuurd worden vanop afstand. Belangrijk is dat deze aansturing zich richt op het proces (hoe de vraag van de cliënt aan zorg tegemoet komen) en niet op het product (welke dienst nu bij die cliënt moet gaan).

Uit de focusgroepen bleek dat het multidisciplinair overleg vandaag de dag bijna fundamenteel onwerkbaar is op het terrein en dat naar andere modellen van zorgcoördinatie en zorgaansturing moet gezocht worden.

#### **4.2.3 Micro (gebruiker)**

Er stelt zich een groot probleem op niveau van informatieverstrekking op micro-niveau. De versnippering van het aanbod, de onzichtbaarheid in het straatbeeld, het niet vertrouwd zijn met het zorgsysteem... leiden er toe dat te veel hulpbehoevenden verstoken blijven van de nodige zorg. Dit geldt des te meer binnen de allochtone gemeenschappen waar culturele drempels en het niet vertrouwd zijn met ons zorgsysteem de informatiedoorstroom bemoeilijken. Op die manier vallen mensen terug op wat ze kennen via het eigen netwerk en mond-tot-mondreclame. Het is ook langs deze weg dat ouderen bijvoorbeeld hun keuze voor een rusthuis bepalen. Dit leidt tot een gevaar van ondergebruik van zorg (door mensen die hun weg

niet vinden), maar langs de andere kant ook tot een gevaar van overgebruik (door mensen die hun weg heel goed vinden).

Er is nood aan een **zichtbare (thuis)zorg in het straatbeeld** die potentiële zorgbehoevenden het geruststellend gevoel geeft dat er zorgverstrekkers zijn op het moment dat het nodig is. Naar analogie kwam uit het onderzoek naar voor dat er nood is aan een **positief imago van zorg**, dat men erop kan vertrouwen dat men kwaliteitsvolle zorg krijgt en dat zorgen een kwaliteitsvol beroep is.

### 4.3 Mantelzorgers erkennen en ondersteunen

Mantelzorg is de niet-professionele hulp die zorgbehoevenden krijgen van familie, burens, vrienden en vrijwilligers. In tegenstelling tot wat men zou kunnen verwachten, moet Brussel op dit vlak niet onderdoen voor Vlaanderen. Ook in de hoofdstad geeft 9% van de bevolking aan mantelzorg te verlenen, waardoor het een belangrijke aanvullende rol vervult op de professionele thuiszorg. Eigen aan de stedelijke context (kleinere huishoudens, meer alleenstaanden en verder wonende familie) is het hoger aandeel mantelzorg aan burens en kennissen. Mantelzorg binnen het eigen huishouden is wel kenmerkend voor buurten met een groot aantal migranten.

Beleidsaanbevelingen zijn dan ook om de mantelzorger te erkennen, betrekken en ondersteunen in het zorgproces. De **mantelzorger is een structurele en essentiële partner in het zorgproces** van de oudere en zouden een structurele partner moeten zijn in elke zorgorganisatie methodiek. Thuiszorg is dan ook best zo georganiseerd zijn dat de thuiszorg dicht bij de mantelzorger staat, dat bijvoorbeeld de mantelzorger ook beroep kan doen op de professionele thuiszorg. Het is aangewezen dat die ondersteuning zo dicht mogelijk bij de mantelzorger staat. Het is goed dat er mantelzorgorganisaties bestaan (langs Vlaamse kant), maar die bereiken hun doel niet wegens een te gecentraliseerd beleid en onderbezetting. Het idee is veelbelovend, maar blijkt het onderzoek is het nodig dat de invulling veel lokaler gebeurt. Mantelzorgers blijken een grote nood te hebben aan **emotionele (peer)-ondersteuning**. Dit zou in de buurt kunnen, maar waarom evengoed niet via ICT? In dit verband zijn buitenlandse experimenten zoals bijvoorbeeld het SHARED (Support Help and Acces to Resources and Education for Dementia) project inzake dementie en het FLAG (For Local Advice and Guidance) project<sup>18</sup> voor laagdrempelige zorgcoördinatie te Stockport erg inspirerend.

### 4.4 Belang van leefomgeving voor thuiszorg

In Brussel wordt opvallend minder beroep gedaan op thuisverpleging. De oorzaken zijn te zoeken in een combinatie van te weinig vertrouwdheid met de zorgvorm en een ondermaatse beschikbaarheid aan thuisverplegers. Er zijn ongeveer 600 thuisverplegers actief, terwijl dit er minstens 2.000 zouden moeten zijn. Dit tekort wordt deels ondervangen door verpleegkundigen

---

<sup>18</sup> <http://www.stockportflag.org.uk>

uit de Vlaamse Rand die hun werkgebied uitbreiden naar Brussel, hoofdzakelijk de noordwestelijk gemeenten. Grootste struikelblokken om als thuisverpleger aan de slag te gaan zijn het gevoel van **onveiligheid, het drukke verkeer en parkeerproblemen**. Met het Parking-Plus project werd alvast op dit punt een creatieve oplossing uitgewerkt: via een sticker geven eigenaars van een garage aan dat ze toelating geven aan verplegers, artsen... om hun wagen voor de poort te parkeren. Een origineel project dan zijn succes verder hopelijk zal kunnen bewijzen.

Verder kan ook de bovenvermelde **wijkgerichte thuiszorg** een oplossing bieden. Thuiszorg die lokaal georiënteerd en georganiseerd wordt, maakt dat het onnodig wordt om kostbare tijd te verspelen door rond te rijden van de ene naar de volgende cliënt. Dit kan eventueel georganiseerd worden in samenspel met de residentiële zorg. De vraag stelt zich dan hoe we een dergelijk model kunnen ontwikkelen met de bestaande diensten, in respect voor de keuzevrijheid van elke cliënt, en de concurrentiële positie van de zorgverstreker/organisatie. Beleid kan dus zeker nadenken over **innovatieve organisatiemodellen** om die maatschappelijke kost te drukken, zonder daarbij de kost voor de gebruiker of zorgverstreker te verhogen. Eén idee werd gelanceerd om een model te ontwikkelen à la het model in een ziekenhuis. Daar kies je enkel de specialist, en niet de anesthesist, de verpleegster, etc. Die laatste zijn “part of the package”. Een dergelijk systeem zou kunnen ontwikkeld worden in de thuiszorg waarbij je “een pakket” kiest, en niet de individuele zorgverstreker.

## 5. Residentiële zorg

### 5.1 Nood aan meer rusthuizen?

Brussel telt bijna 160 rusthuizen, samen goed voor een capaciteit van ca. 15.000 woongelegenheden, waarvan 16% van de bewoners ouder is dan 85 jaar<sup>19</sup>. Ongeveer 40% van de plaatsen in de rusthuizen worden ingenomen door relatief valide ouderen met een O- of A-profiel op de Katzschaal. Door het historische overaanbod aan rusthuisbeden wordt de stap van thuiszorg vaak overgeslagen en komen Brusselse ouderen ondanks een beperkte (blijvende) zorgbehoefte in een rusthuis. Op termijn blijft een dergelijke situatie onhoudbaar en de vraag is dan ook wat de beste woonzorggelegenheid is voor dergelijke profielen? Ook de opvallende aanwezigheid van jongere personen met een handicap in de Brusselse rusthuizen doet vragen rijzen. BWR (2009)<sup>20</sup> merkt in dit verband op dat het aantal personen met een handicap dat in de rusthuissector in Brussel verblijft, hoger ligt dan de totale capaciteit aan beschikbare residentiële plaatsen voor volwassenopvang binnen de gehandicaptenzorg in Brussel.

De vraag of Brussel nood heeft aan meer rusthuizen kunnen we dan zeker niet volmondig ‘ja’ beantwoorden. Integendeel. In een eerste fase zouden personen waarvoor het rusthuis niet

---

<sup>19</sup> Van den Bosch, K., Willemé, P., Geerts, J., Breda, J., Peeters, S., Van De Sande S., e.a. (2011). *Toekomstige behoefte aan residentiële ouderenzorg in België: Projecties 2011-2025 - Synthese*. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.

<sup>20</sup> Brusselse Welzijns- en gezondheidsRaad (2009). *Memorandum: Brussel, gezond en wel?* Geraadpleegd op <http://www.bwr.be/upload/memorandum.pdf>



geschikt noch aangepast is misschien beter in andere woonzorgegelegenheden een plaats krijgen. Hier stelt zich immers de vraag of rusthuizen de geschikte woongelegenheid zijn voor personen met een handicap? Wanneer voor hen aangepaste (collectieve) woonvormen georganiseerd kunnen worden, creëert dat ruimte voor de programmatie van rusthuizen. Op zich kan dat nauw aansluiten bij de **ontwikkeling van nieuwe collectieve woonvormen voor ouderen met lichtere zorgbehoefte**. Ook voor O&A-profielen is er immers nood aan andere, gedifferentieerde collectieve woonvoorzieningen, waar mogelijkheid is om de zorg en ondersteuning te krijgen die ze nodig hebben.

Tenslotte blijken weinig rusthuizen geneigd om kortverblijf uit te bouwen. Omwille van het grotere verloop is dit immers minder rendabel. Rusthuizen met een bepaalde capaciteit zouden eventueel kunnen **verplicht worden om een aantal kamers kortverblijf uit te bouwen**.

## 5.2 Commerciële en niet-erkende rusthuizen

Brussel kent twee specifieke tendensen op vlak van rusthuizen: commercialisering en aanwezigheid van niet-erkende rusthuizen.

Ten eerste is er een sterke penetratie van commerciële rusthuizen. Alle Vlaams geprogrammeerde woongelegheden in woonzorgcentra reeds gereserveerd, waarvan 60% voor commerciële groepen. Ook werden veel kleine familiale rusthuizen opgekocht door grote commerciële partners. De Brusselse residentiële ouderenzorg is intussen voor meer dan 70% in handen van de commerciële sector (t.o.v. 10% in Vlaanderen). Daarbij zien we ook dat enkele grote rusthuisconcerns de markt domineren. Het lijkt dan ook aangewezen om een evenwicht te behouden tussen OCMW-, commerciële en VZW-rusthuizen.

De winstmarge wordt echter niet zozeer gehaald bij de bewoners. Integendeel, de FOD economie (2009)<sup>21</sup> stelt dat het hoger aandeel privé-voorzieningen in Brussel zorgt voor een dagprijs die lager is dan het nationale gemiddelde. De verklaring ligt volgens hen eerder bij het schaalvoordeel en efficiëntere inzet van middelen en personeel.

Ten tweede zien we dat veel kleine, familiale rusthuizen de afgelopen jaren noodgedwongen de deuren sluiten omwille van beheers- en rendabiliteitsproblemen. Een deel hiervan werden overgenomen door grote commerciële partners. Toch gingen in 10 jaar tijd aldus meer dan 700 woongelegheden verloren<sup>22</sup>. Een verontrustend effect dat op het terrein wordt vastgesteld is dat deze instellingen in sommige gevallen buiten het erkend circuit blijven opereren en ouderen opvangen. Deze niet-erkende 'rusthuizen' zijn niet langer onderworpen aan normen en controles. Over hoeveel instellingen of bewoners het gaat is niet precies geweten.

De vraag achter **welke effecten deze evoluties hebben op de prijs én de kwaliteit**, voor zowel personeel als cliënten, vereist grondiger onderzoek.

<sup>21</sup> FOD economie (2009) *Sectorstudie rusthuizen*. Geraadpleegd op [http://economie.fgov.be/nl/binaries/studie\\_rusthuissector\\_tcm325-96287.pdf](http://economie.fgov.be/nl/binaries/studie_rusthuissector_tcm325-96287.pdf)

<sup>22</sup> Home-Info Brussel (2011). *Jaarverslag 2011. Brussel: Home-Info*. Geraadpleegd op <http://www.home-info.be/v4.0/wp-content/uploads/downloads/2012/08/jaarverslag-HI-2011.pdf>

### 5.3 Betere spreiding van rusthuizen

Op vlak van spreiding van rusthuizen blijkt dat de meerderheid van de rusthuizen (69%) een officieel tweetalig statuut heeft, erkend door de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. De COCOF erkent 30 % van de rusthuizen, intussen op één na volledig in handen van de commerciële sector. Slechts 2 rusthuizen (1%) hebben het statuut van Vlaams woonzorgcentrum. In de komende 5 jaren zullen er nog 9 Vlaamse erkende woonzorgcentra bijkomen, met een totale capaciteit van 1057 woongelegenheden.

De Brusselse rusthuizen liggen - met uitzondering van de Kanaalzone - redelijk goed gespreid over het hele gewest (Home-Info, 2010). 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. Het aanbod kan nauw aansluiten bij de oorspronkelijke thuisomgeving van de patiënt en familieleden kunnen makkelijk en frequent op bezoek komen. De bewoners komen dan ook meestal uit de nabije omgeving van het rusthuis.<sup>23</sup> Deze nabijheid gaat – voor Nederlandstalige ouderen - wel ten koste van het taalcriterium en geldt ook niet voor alle Brusselaars: de **inplanting van rusthuizen spoort immers niet volledig met de werkelijke spreiding van ouderen.**

Vooraf de afwezigheid van rusthuizen in de dichtbevolkte wijken van de meest achtergestelde zone van het Brussels Gewest, waar toch een groot absoluut aantal ouderen woont, valt sterk op. De dichtbevolkte wijken in en rond het centrum zijn quasi blinde vlekken 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 enerzijds en de uitgesproken afkeer anderzijds kan een kans en hefboom bieden om precies **in deze kansarme wijken bijkomend te investeren in creatieve woonvormen.** Via samenwerking met sociale huisvestingmaatschappijen en sociale woonformules kunnen betaalbare alternatieven worden uitgewerkt.

Anderzijds zien we de inplanting van een groot aantal rusthuizen in wijken met een klein absoluut aantal ouderen (bijvoorbeeld Watermaal-Bosvoorde en Oudergem)<sup>24</sup>.

Rusthuizen kunnen ook een belangrijke rol spelen in de buurt. **Buurtgerichtheid** impliceert twee richtingen: de buurt integreren in het rusthuis, en het rusthuis integreren in de buurt. Het rusthuis zou bijvoorbeeld een ondersteunende rol kunnen vervullen voor de mantelzorger: vb. specifiek ondersteuningsprogramma's aanbieden (bv omgaan met dementie, probleemgedrag, fysieke beperkingen, mogelijkheden voor respijtzorg...).

---

<sup>23</sup> Braem, K., Guettard, E., Mettens, K., Ringoir, K., Segers, A., Vertongen, M., & Walckiers, M. (2007). *De stap naar een nieuw begin. Onderzoek naar het beslissingsproces van ouderen bij verhuis naar rusthuis of serviceflat*. Brussel: Ehsal.

<sup>24</sup> Observatorium van Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. (2010). *Welzijnsbarometer: Brussels Armoederapport*. Brussel: Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.

## 5.4 Alternatieve woonvormen

Alternatieve, minder ingrijpende woonformules kennen tot op heden relatief weinig succes. Ouderen ervaren dit vaak als een onnodige en dure tussenstap tussen thuis wonen zo lang het kan en het rusthuis. Dit vertaalt zich onder meer in het laag aantal serviceflats. Deze reeds lang 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, weliswaar bijna uitsluitend uitgbaat door commerciële partners. De Vlaamse overheid alleen al voorziet voor Brussel een programmatie van 1274 serviceflats waarvan er amper 32 gerealiseerd zijn en voor 107 een voorafgaande vergunning werd verstrekt. Hoewel het een antwoord biedt op de behoefte naar meer autonomie, privacy en zorg op maat, lijkt het voor Brusselse ouderen vooralsnog een ver van mijn bed show.

Toch duiken stilaan her en der nieuwe woonformules op die een alternatief willen bieden. Het gaat in Brussel om diverse vormen van groepswonen en intergenerationeel wonen. De meest gekende zijn de twee Abbeyfieldhuizen waar niet-zorgbehoevende ouderen kiezen om samen te wonen en aldus tijd, zorg en ruimte met elkaar te delen. De typisch Brusselse rijhuizen lenen zich ook 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 geven. Bedoeling is dat intergenerationele (zorg)relaties tot stand komen en wederzijdse informele hulp kan worden geboden.

De ervaringen en mogelijkheden van alternatieve woonvormen voor ouderen was het voorwerp van een recente publicatie<sup>25</sup> van het Kenniscentrum Woonzorg Brussel in samenwerking met de dienst senioren van de stad Brussel. In dit verkennend onderzoek naar woonwensen en woonbehoeftes werden ouderen uit verschillende woonvormen aan het woord gelaten, van individueel wonen over kangoeroewonen tot groepswonen en gemeenschapswonen. Daarbij kwamen de voor- en nadelen aan bod, evenals de mogelijke effecten er van op de organisatie van de (in)formele zorg.

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 bij allochtone ouderen gezien als ultiem alternatief. 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%).

Een mogelijke piste is het model van **zelforganisatie** doortrekken naar de zorg. Waar we het model van zelforganisaties reeds vele jaren kennen binnen het socio-culturele middenveld, zou

---

<sup>25</sup> Makay, I., & Lampaert, L. (2012). *Wonen zonder zorg(en). 10 woonvormen om over na te denken*. Brussel: Kenniscentrum Woonzorg Brussel.

dit opzet ook belovend kunnen zijn binnen de zorgsector. Geef mensen de kans om zelf hun zorg te organiseren. Daarbij wordt niet uitgegaan van het klassieke aanbod, planningen en standaarden, maar van de mogelijkheden van de cliënt, de gemeenschap en de buurt. Regelgeving zou zich daar aan kunnen aanpassen om dergelijke modellen ruimte te geven.

## **6. Semi-residentiële zorg**

Om ouderen te helpen langer thuis te blijven en de mantelzorgers van zorgbehoevende ouderen te ontlasten, werden zorgvormen ontwikkeld die de brug maken tussen thuiszorg en residentiële voorzieningen. In dagverzorgingscentra bijvoorbeeld kunnen ouderen overdag terecht voor zorg, revalidatie, animatie, een warme maaltijd en psychosociale begeleiding. Deze zorgvorm is in Brussel hoofdzakelijk uitgebouwd vanuit de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC) en richt zich voornamelijk tot ouderen met dementie. Aan Vlaamse kant ontwikkelden zich in Brussel pas recent de eerste initiatieven zodat de achterstand in de Vlaamse programmatie langzaamaan weg gewerkt raakt. Opvallend is de atypische doelgroep die drie van deze centra bereiken of beogen. Met een werking gericht op respectievelijk personen met een niet-aangeboren hersenletsel, oudere blinden en slechtzienden en ouderen met een fysieke handicap bekleden ze niet alleen in Brussel maar ook in Vlaanderen een vrij unieke positie en zijn ze sterk complementair aan de dagverzorgingscentra van de GGC. Deze semi-residentiële zorg zou echter sterker uitgebouwd kunnen worden. Daarbij is het aangewezen om de ongelijke geografische spreiding weg te werken.

De achillespees in de uitbouw van de dagverzorgingscentra ligt ook in de betaalbaarheid, zowel voor de uitbaters als voor de cliënt. De betaling van een dagprijs van gemiddeld 22 EURO blijft slechts voor weinig ouderen weggelegd.

## **7. Algemene aanbevelingen**

### **7.1 Reframing van onze blik op “ouderen”: actieve partners in het zorgverhaal**

Het thema ‘actief ouder worden’ werd in 2002 op de politieke agenda geplaatst door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). De WHO wilde met deze visie de stigmatisering van ouderen tegengaan, en benadrukte dat elke oudere — ook kwetsbare ouderen en ouderen met een fysieke beperking — een actieve rol moet kunnen spelen in de samenleving. De notie ‘actief’ verwijst hier niet zozeer naar de mogelijkheid om te participeren aan de arbeidsmarkt of om fysiek actief te blijven, maar naar het idee dat ‘ouderen moeten kunnen blijven participeren in sociale, culturele, spirituele, economische en maatschappelijke aangelegenheden’.

Het scheppen van een context waarin ouderen gezien worden als potentiële actoren in de constructie van de samenleving vormt daarbij de centrale uitdaging. Het creëren van kansen om verschillende groepen van ouderen te laten participeren aan de samenleving, zal dan ook een gediversifieerde aanpak vragen die rekening houdt met specifieke behoeften, noden en interesses.

<sup>26</sup>. Daarbij moeten ouderen zelf de regie van hun eigen leven in handen kunnen nemen en houden. Bovendien moeten ouderen actief kunnen deelnemen aan het maatschappelijk gebeuren in overeenstemming met hun persoonlijke noden, behoeften en capaciteiten<sup>27</sup>.

Doorheen voorliggende studie kwam die vraag naar zelf-regie, autonomie en participatie van ouderen vaak naar boven. Op vlak van zorg uit zich dat in een sterke vraag naar zorg-op-maat en persoonsgerichte zorg (person-centred care). Laatste concept duidt erop dat zorgdiensten op een tijdige en flexibele manier aan de veranderende behoeften van elk individu moeten tegemoet komen. Ze hebben de taak om zijn persoonlijke integriteit volledig te respecteren met het doel de levenskwaliteit te verhogen, en garant staan voor gelijke kansen inzake de toegang tot zorg. Elk individu heeft niet alleen eigen interesses en een eigen karakter, levensgeschiedenis en familiale achtergrond, maar ook eigen sociale en gezondheidsbehoeften, eigen capaciteiten en eigen voorkeuren. Deze eigenheden kunnen dan ook best de basis vormen voor de zorgplanning, het zorgbeheer, de vorming van het personeel en de kwaliteitszorg<sup>28</sup>.

Ook op vlak van huisvesting is zelfregie belangrijk. Vaak wordt er niet meer verhuisd omdat men schrik heeft om de regie kwijt te raken. Verhuizen op latere leeftijd is immers vaak niet meer een spontane, zelfgemaakte keuze. Deze keuze wordt regelmatig aangewezen, aangepraat, of opgelegd door de omgeving. Daarom is het belangrijk om ouderen te sensibiliseren die keuze vroeg genoeg te maken, zodat ze de controle kunnen behouden. Zo zagen we dat ouderen vaak compleet onvoorbereid naar een rusthuis gaan op het moment dat de zorgnoden te groot zijn. Ouderen willen echter vaak geen rekening houden met deze mogelijkheid en schuiven die zo veel mogelijk voor zich uit. Vaak wordt de beslissing genomen op initiatief van familieleden. Dit maakt van de verhuis naar een rusthuis een zeer ingrijpende en pijnlijke gebeurtenis. De aanzienlijke verbetering van de zorgsituatie gaan immers gepaard met een groot verlies aan houvast, privacy, autonomie en de confrontatie met de eigen hulpbehoevendheid.

Enerzijds is het aan de ouderen om zelf proactief, en anticiperend gedrag te stellen en niet af te wachten tot de keuzes uiterst gelimiteerd zijn, dat de keuzes ook niet meer aantrekken of te realiseren zijn. Zo zien we bijvoorbeeld dat de wil om de woning aan te passen daalt wanneer de leeftijd stijgt. De jongste ouderen zien het vaker zitten om de woning aan te passen. Laat dit dan ook misschien een goed moment zijn om die woorden effectief in daden om te zetten. Vandaag de dag richten de meeste woningaanpassing campagnes zich op de oudste ouderen, terwijl zij er net het meest weigerachtig tegenover staan<sup>29</sup>. Anderzijds zouden beleid, zorgorganisaties en mantelzorgers ouderen ook veel meer de ruimte kunnen geven om die zelf-regie in eigen handen te houden.

---

<sup>26</sup> Verté, D., Dury, S., De Donder, L., Buffel, T., & De Witte, N. (2011). *Doe mee! Over ouderen en maatschappelijke participatie*. Brugge: Provinciebestuur West-Vlaanderen.

<sup>27</sup> Walker, A. (1996). *Political participation and representation of older people in Europe*. Gepresenteerd op het colloquium 'The political participation of the elderly in Europe', sponsored by the Federal Ministry for Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth, Bonn, 25-27 januari 1996. En World Health Organisation (2002). *Active Ageing: a Policy Framework*. WHO, Geneva. Geraadpleegd op [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf)

<sup>28</sup> WeDO (2012). *Europees kwaliteitskader voor langdurige zorg*. Brussel: Age Platform Europe. [www.wedo-partnership.eu](http://www.wedo-partnership.eu).

<sup>29</sup> De Witte, N. et al. (2012). *Een huis? Een thuis! Over ouderen en wonen*. Brugge: Vanden Broele.

## 7.2 Kwaliteitsbewaking en ondersteuning

Door de snelle toename van de vraag naar langdurige zorg, thuis of elders, is een stijgend aantal stakeholders betrokken bij het verlenen van dergelijke diensten. Uit het onderzoek blijkt dat niet alle ouderen een kwaliteitsvolle zorg krijgen. Regelgeving die garanties hiervoor inbouwt ontbreken vaak. Het Europees Kwaliteitskader voor Langdurige Zorg, dat gelanceerd wordt in november 2012, richt zich tot al deze stakeholders<sup>30</sup>. Het doel van dit kwaliteitskader is:

- Streven naar een **gemeenschappelijke visie** op langdurige zorg, en bewustwording omtrent de noodzaak om de strijd aan te binden met ouderenmis(be)handeling en om de levenskwaliteit van ouderen met een zorg- of hulpbehoefte te verbeteren;
- **Meer participatie van ouderen** bij het identificeren van hun behoeften en van de gezondheids- en sociale zorg die zij nodig hebben, bij het nemen van maatregelen voor kwaliteitsontwikkeling en bij vernieuwingsprocessen;
- **De ontwikkeling van faire en duurzame oplossingen** om zorgkwaliteit verbeteren. Dit kan gebeuren door uitwisseling van good practices;
- **Een betere coördinatie en uitwisseling van informatie** tussen de verschillende stakeholders om de kwaliteit en de efficiëntie van de diensten te verbeteren, en meer in het bijzonder tussen beleidsmakers, dienstaanbieders en zorgprofessionals, evenals tussen professionele en informele zorgverleners;
- **Een betere kwaliteit van de zorgsystemen door een goed evenwicht tot stand te brengen tussen efficiëntie, kostenbesparing en kwaliteitsverbetering;**
- **Een verbetering van de levenskwaliteit van ouderen met een zorg- of hulpbehoefte** via al het voorgaande.

Op vlak thuiszorg bijvoorbeeld zijn er allerlei kwaliteitscriteria om zorg te mogen verlenen. Zo is het belangrijk dat verzorgers degelijk opgeleid en gevormd zijn. Bij dienstencheques is deze kwaliteitscontrole er niet, terwijl wel bleek dat deze dienstverlening vaak goedkoper is dan gezins- en bejaardenhulp en ouderen er ook in de toekomst dus meer en meer een beroep op zullen doen.

Dat ouderenmis(be)handeling geen triviaal gegeven is blijkt niet alleen uit verschillende internationale onderzoeken, maar ook uit de cijfers van het ouderenbehoefteonderzoek in Brussel. 1 op 8 ouderen ervaarde het voorbije jaren een vorm van ouderenmis(be)handeling. Een belangrijk onderdeel van ouderenmis(be)handeling kunnen we classificeren onder “ontspoorde zorg”. Bij deze vorm van niet-intentioneel misbehandelen is de pleger zich niet bewust van de gevolgen die sommige acties tegenover de oudere inhouden. Onkunde, onmacht of onwetendheid aan de ene kant en overbelasting aan de andere kant kunnen ertoe leiden dat ontspoorde zorg ontstaat. De vraag die zich dan opwerpt is hoe we mantelzorgers kunnen ondersteunen? We willen daarom zeker de aanbeveling formuleren om kwaliteitsondersteuning van mantelzorgers te ontwikkelen.

---

<sup>30</sup> Meer info op [www.wedo-partnership.eu](http://www.wedo-partnership.eu).

### 7.3 Onderwijs, opleiding en tewerkstelling

Het gaat hier over het uitbouwen van een onderwijsbeleid dat afgestemd is op de concrete Brusselse situatie met het oog op het verlagen van werkloosheid om zodoende de integratie van alle inwoners te bevorderen en armoede te bestrijden. Gezien het schrijnend tekort aan zorgverstrekkers (vooral verzorgenden, zorgkundigen, verpleegkundigen...) zijn zorgberoepen een opportuniteit om het bovenvermelde te realiseren.

Doch, wanneer men de zorgsector ruimer bekijkt en plaatst binnen het perspectief om o.a. ouderen zo lang mogelijk thuis te laten wonen zijn er ook bijvoorbeeld in het beroepsonderwijs heel wat mogelijkheden. Denk maar aan het opleiden van polyvalente klusjesmannen/vrouwen, chauffeurs t.b.v. vervoerdiensten, naaisters t.b.v. herstel- en versteldiensten...

Het uitwerken van tewerkstellingsmogelijkheden t.b.v. de werkingsgebieden: woningbeleid, de zorgsector, het onderwijs, recreatie, sport en cultuur..., gericht op de werkloze bevolking van Brussel is een belangrijke uitdaging. Beleid zou verhoogde inspanningen kunnen leveren die de arbeidsprestaties van vrouwen en laaggeschoolden en hiermee hun economische zelfstandigheid vergroten. Ook een betere toegang tot de verschillende ambachten voor de inrichting van de huisvesting van afhankelijke ouderen zodanig dat hun woning toegankelijker wordt strekt tot aanbeveling.

Tenslotte zou het ook interessant zijn om de oefening te maken rond subsidiariteit van de zorgtaken. Wie doet wat? Kan het nog dat thuisverpleegkundigen veelal toiletten geven bij ouderen? Of is dit een taak voor andere zorgverstrekkers? De centrale vraag is: wanneer iemand met een lager opleidingsprofiel iets goed kan doen, waarom zou iemand van een hoger opleidingsprofiel dat dan doen? Er is meer onderzoek nodig naar de huidige situatie én naar innoverende beroepsprofielen voor de zorg.

### 7.4 Innovatie en technologie

Het aanbieden van haalbare, **aangepaste technologische hulpmiddelen** en/of applicaties kunnen zowel de zorgverstrekkers als ouderen die ondersteuning bieden die de thuishandhaving vergemakkelijkt. Systemen zoals het personen-alarm bestaan al lange tijd in binnen- en buitenland. Toch was het opvallend vast te stellen dat dit in Brussel amper is ingeburgerd.

Het samenbrengen van de juiste partners voor een individuele vraag is vandaag nog niet wijdverspreid. M.a.w. dit is een ontwikkelingspool die om een adequate begeleiding vraagt.

Naast het bekend maken en verspreiden van bestaande systemen, is het ook aangewezen om te investeren in **innovatie**. Er is nood aan ruimte voor experiment en demonstratie, op vlak van o.a. woonvormen en zorgmodellen.

Ouderenzorg en gehandicaptenzorg op een geïntegreerde en toekomstgerichte wijze ontwikkelen zal haar prijs kennen. Net nu het hieraan ontbreekt. Het lijkt meer dan noodzakelijk om in een ethisch verantwoord kader alternatieve financieringswijzen te bedenken en uit te werken, zodat de publieke en private sector, maar ook de eindgebruiker hierbij wel vaart.

Tenslotte willen we ook het topic van **administratieve vereenvoudiging** voorleggen. Voor zorgverstrekkers zou het zeer interessant en veel efficiënter zijn moest er een centrale registratie zijn van gegevens waar elke zorgverstrekker (of de verantwoordelijk dienst) een beroep kan op doen.



## Deel 6: Plan van aanpak

Het plan van aanpak biedt twee mogelijkheden. Enerzijds wordt, zoals bepaald in de onderzoeksopdracht, een programmatie-oefening gemaakt voor Brussel op basis van de gehanteerde normeringen in Vlaanderen en dit vanuit een ongewijzigd beleid.

Daarnaast worden enkele pistes geformuleerd ter ontwikkeling van een nieuw zorgmodel, die uiteraard onderstaande programmatie-oefening ernstig zou kunnen beïnvloeden.

### 1. Programmatie: voorstel volgens ongewijzigd beleid

Tabel 6.1 Overzicht leeftijd bevolking Brussels Hoofdstedelijk gewest per gemeente (2010)

	-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+	Totaal	60+	60+ (%)	65+	65+ (%)	85+	85+ (%)
Anderlecht	84631	4442	3771	3618	3396	2564	1633	592	104647	20016	19,1	15574	14,9	2225	2,1
Oudergem	23815	1606	1120	1134	1134	1041	712	245	30807	6992	22,7	5386	17,5	957	3,1
Sint-Agatha-Berchem	17437	1105	867	870	780	574	409	142	22184	4747	21,4	3642	16,4	551	2,5
Brussel	132561	6431	5008	4288	3774	2881	1929	801	157673	25112	15,9	18681	11,9	2730	1,7
Etterbeek	37240	1903	1274	1112	1047	857	651	270	44354	7114	16,0	5211	11,8	921	2,1
Evere	28024	1767	1415	1312	1319	1018	703	246	35804	7780	21,7	6013	16,8	949	2,7
Vorst	40693	2414	1799	1619	1425	1161	851	296	50258	9565	19,0	7151	14,2	1147	2,3
Gans-horen	16856	1212	990	1007	999	847	512	168	22591	5735	25,4	4523	20,0	680	3,0
Elsene	67715	3463	2350	1927	1655	1436	1113	524	80183	12468	15,6	9005	11,2	1637	2,0
Jette	36885	2304	1762	1592	1534	1366	999	376	46818	9933	21,2	7629	16,3	1375	2,9
Koekelberg	16317	813	677	591	541	426	326	122	19813	3496	17,6	2683	13,5	448	2,3
Sint-Jans-Molenbeek	73590	3433	2828	2685	2288	1657	1180	520	88181	14591	16,6	11158	12,7	1700	1,9
Sint-Gillis	40733	1766	1297	1077	921	591	416	180	46981	6248	13,3	4482	9,5	596	1,3
Sint-Joosten-Node	23515	784	711	534	358	244	123	65	26334	2819	10,7	2035	7,7	188	0,7
Schaarbeek	103939	4486	3514	3010	2498	1909	1327	549	121232	17293	14,3	12807	10,6	1876	1,6
Ukkel	58368	4408	3248	3123	2960	2651	2024	807	77589	19221	24,8	14813	19,1	2831	3,7
Watermaal-Bosvoorde	18025	1547	1135	983	995	823	536	216	24260	6235	25,7	4688	19,3	752	3,1
Sint-Lambrechts-Woluwe	38908	2816	1896	1841	1884	1727	1200	477	50749	11841	23,3	9025	17,8	1677	3,3
Sint-Pieters-Woluwe	29362	2145	1560	1548	1582	1509	1018	348	39072	9710	24,9	7565	19,4	1366	3,5
<b>Totaal</b>	<b>888614</b>	<b>48845</b>	<b>37222</b>	<b>33871</b>	<b>31090</b>	<b>25282</b>	<b>17662</b>	<b>6944</b>	<b>1089530</b>	<b>200916</b>	<b>18,4</b>	<b>152071</b>	<b>14,0</b>	<b>24606</b>	<b>2,3</b>

Tabel 6.1 geeft een overzicht van de bevolking per leeftijdscategorie en per gemeente voor het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad. Het valt op dat de gemeenten met de getalsmatige hoogste bevolking niet noodzakelijk verhoudingsgewijs de meeste ouderen tellen.

Gemeenten met relatief een oudere bevolking zijn op het eerste gezicht eerder gemeenten die in het zuidoosten van Brussel gelegen zijn en Ganshoren. In absolute cijfers spannen Brussel, Anderlecht, Ukkel, Schaarbeek en Sint-Jans-Molenbeek de kroon in aantal oudere inwoners vanaf 60+. Ukkel is de gemeente met de grootste verzilvering, dit zijn inwoners ouder dan 85 jaar.

Tabel 6.2 Rangschikking volgens het absoluut aantal ouderen per gemeente

Bevolking Brussel	60+			65+			85+		
	Absoluut	Rel tov BHG	Rel tov 60+	Absoluut	Rel tov BHG	Rel tov 60+	Absoluut	Rel tov BHG	Rel tov 60+
Sint-Joost-ten-Node	2.819	0,26%	1,40%	2.035	0,19%	1,34%	188	0,02%	0,76%
Koekelberg	3.496	0,32%	1,74%	2.683	0,25%	1,76%	448	0,04%	1,82%
Sint-Agatha-Berchem	4.747	0,44%	2,36%	3.642	0,33%	2,39%	551	0,05%	2,24%
Ganshoren	5.735	0,53%	2,85%	4.523	0,42%	2,97%	680	0,06%	2,76%
Watermaal-Bosvoorde	6.235	0,57%	3,10%	4.688	0,43%	3,08%	752	0,07%	3,06%
Sint-Gillis	6.248	0,57%	3,11%	4.482	0,41%	2,95%	596	0,05%	2,42%
Oudergem	6.992	0,64%	3,48%	5.386	0,49%	3,54%	957	0,09%	3,89%
Etterbeek	7.114	0,65%	3,54%	5.211	0,48%	3,43%	921	0,08%	3,74%
Evere	7.780	0,71%	3,87%	6.013	0,55%	3,95%	949	0,09%	3,86%
Vorst	9.565	0,88%	4,76%	7.151	0,66%	4,70%	1.147	0,11%	4,66%
Sint-Pieters-Woluwe	9.710	0,89%	4,83%	7.565	0,69%	4,97%	1.366	0,13%	5,55%
Jette	9.933	0,91%	4,94%	7.629	0,70%	5,02%	1.375	0,13%	5,59%
Sint-Lambrechts-Woluwe	11.841	1,09%	5,89%	9.025	0,83%	5,93%	1.677	0,15%	6,82%
Elsene	12.468	1,14%	6,21%	9.005	0,83%	5,92%	1.637	0,15%	6,65%
Sint-Jans-Molenbeek	14.591	1,34%	7,26%	11.158	1,02%	7,34%	1.700	0,16%	6,91%
Schaarbeek	17.293	1,59%	8,61%	12.807	1,18%	8,42%	1.876	0,17%	7,62%
Ukkel	19.221	1,76%	9,57%	14.813	1,36%	9,74%	2.831	0,26%	11,51%
Anderlecht	20.016	1,84%	9,96%	15.574	1,43%	10,24%	2.225	0,20%	9,04%
Brussel	25.112	2,30%	12,50%	18.681	1,71%	12,28%	2.730	0,25%	11,09%
<b>Totaal</b>	<b>200.916</b>	<b>18,44%</b>	<b>100,00%</b>	<b>152.071</b>	<b>13,96%</b>	<b>100,00%</b>	<b>24.606</b>	<b>2,26%</b>	<b>100,00%</b>
Gem	10.575	0,97%		8.004	0,73%		1.295	0,12%	
St dev	6.154	0,56%		4.660	0,43%		750	0,07%	

In tabel 6.2 merken we dat het absolute aantal van inwoners ouder dan 60 jaar varieert tussen 2.819 en 25.112. De inwoners ouder dan 65 jaar variëren van 2.035 tot 18.681. De 85 plussers tenslotte variëren van 188 tot 2.730 inwoners.

We stellen hiermee een grote variatie vast per gemeente. We hebben dit voor de duidelijkheid uitgedrukt via het gemiddelde per leeftijdscategorie en de standaardafwijking. Deze kengetallen geven een grote spreiding aan. Hiermee willen we aangeven dat wanneer er gesproken wordt over het hanteren van een programmatienorm, men deze norm best per gemeente zou toepassen.

## 1.1 Gezinszorg

Indien we vandaag naar het aantal geprogrammeerde uren kijken zijn er in 2012 896.617 uren geprogrammeerd voor de Vlaamse Gemeenschap, 265.400 bij de GGC en bij de COCOF 864.576. Hetgeen voor Brussel een totaal oplevert van 2.026.593 uren. Bij de gehanteerde programmatie zouden dit 2.929.676 uren moeten bedragen. D.w.z. dat er op het vlak van programmatie met een achterstand vertrokken wordt van om en bij de 900.000 uren.

Eind 2011 werden er 1.252.523 uren gepresteerd, m.a.w. dit is slechts 43% van hetgeen volgens de gehanteerde programmatienorm gerealiseerd zou moeten worden. Wanneer we vertrekken van dezelfde programmatienorm, dan zouden er in 2022 een slordige miljoen uren bij moeten komen op basis van hetgeen geprogrammeerd zou moeten worden in 2012. Voor 2040 zou er opnieuw een klein miljoen uren bij moeten voorzien worden t.o.v. 2022.

Tabel 6.3 Prognose programmatie gezinszorg

BHG	2010			2022			2040		
	N	%		N	%		N	%	
<60	888614	81,56%	550940,68	1067013	82,40%	661548,06	1086233	79,03%	673.464,46
60-64	48845	4,48%	82059,60	58613	4,53%	98469,84	67080	4,88%	112.694,40
65-69	37222	3,42%	170476,76	48759	3,76%	223316,22	58133	4,23%	266.249,14
70-74	33871	3,11%	155129,18	41178	3,18%	188595,24	50486	3,67%	231.225,88
75-79	31090	2,85%	544075,00	31738	2,45%	555415,00	43588	3,17%	762.790,00
80-84	25282	2,32%	442435,00	22362	1,73%	391335,00	34061	2,48%	596.067,50
85-89	17662	1,62%	706480,00	15227	1,18%	609080,00	21999	1,60%	879.960,00
90-94	4986	0,46%	199440,00	7552	0,58%	302080,00	10187	0,74%	407.480,00
95-99	1735	0,16%	69400,00	2174	0,17%	86960,00	2425	0,18%	97.000,00
>100	231	0,02%	9240,00	285	0,02%	11400,00	345	0,03%	13.800,00
	1.089.538,00		<b>2.929.676,22</b>			<b>3.128.199,36</b>			<b>4.040.731,38</b>
Totaal <60	888614	81,56%		1067013	82,40%		1086233	0,7903	
Totaal 60-plus	203294	18,44%		227888	17,60%		288304	20,97%	
Totaal 65-plus	152079	13,96%		169275	13,07%		221224	16,09%	
Totaal 80-plus	50288	4,58%		47600	3,68%		69017	5,02%	
<b>Totale Brusselse Bevolking</b>	<b>1.089.538,00</b>			<b>1.294.901,00</b>			<b>1.374.537,00</b>		

## 1.2 Oppashulp

Voor de Vlaamse Gemeenschap werden er in 2011 16.198,38 uren oppashulp gepresteerd. Bij GGC en COCOF wordt dit niet afzonderlijk geregistreerd en behoren deze tot de uren gezinszorg, hetgeen betekent dat we in deze oefening enkel rekening kunnen houden met de gegevens van de Vlaamse Gemeenschap. Om hier een juist beeld over te krijgen zouden de uren oppashulp uit de uren gezinszorg van de GGC en COCOF moeten gehaald worden.

Tabel 6.4 Prognose programmatie oppashulp

Lft cat	# Oppashulpuren/lft cat 2010	# Oppashulpuren/lft cat 2022	# Oppashulpuren/lft cat 2040			
-59	26.658	26.658	31.683	31.683	33.631	33.631
60-64	1.465	6.027	1.741	7.163	1.848	7.604
65-69	1.117		1.328		1.409	
70-74	1.016		1.208		1.282	
75-79	933		1.109		1.177	
80-84	758		901		956	
85-89	530		630		669	
90+	208		247		262	
Totaal	32.686	32.685	38.847	38.846	41.236	41.235

Rekening houdend met de Vlaamse programmatienorm zouden er voor Brussel in 2010 32.686 uren oppashulp moeten geprogrammeerd zijn.

Volgens ons scenario bij ongewijzigd beleid zouden er voor 2022 en 2040 respectievelijk 38.846 en 41.235 uren moeten voorzien worden.

### 1.3 Thuisverpleegkunde

Het is niet zo gemakkelijk om juiste cijfers over actieve thuisverpleegkundigen te verkrijgen. Wie is actief in Brussel als thuisverpleegkundige? Men kan dit te weten komen via de georganiseerde diensten voor thuisverpleegkunde (Wit-Gele Kruis, Croix-Jaune et Blanche, Solidariteit voor het Gezin, CSD,...). In deze diensten werken thuisverpleegkundigen in loondienst. Moeilijker is te weten wie als zelfstandige thuisverpleegkundige actief is in Brussel. Naar verluidt komen heel wat Vlaamse zelfstandige thuisverpleegkundigen uit de Rand in Brussel werken... Gezien het RIZIV enkel weet waar de thuisverpleegkundigen gehuisvest zijn, is het moeilijk te achterhalen hoeveel zelfstandige thuisverpleegkundigen, die waarschijnlijk getalsmatig de grootste groep zijn, in hoofd of bijberoep actief zijn in Brussel.

Vandaar enkele aannames en veronderstellingen.

Vooreerst vertrekken we vanuit het gegeven dat er in 1999 naar schatting 624 thuisverpleegkundigen actief waren in Brussel-Hoofdstad<sup>31</sup>. Ondertussen zouden omwille van het Brussels verkeersinfarct, een schrijnend tekort aan parkeermogelijkheden en het toenemend onveiligheidsgevoel minder thuisverpleegkundigen actief zijn.

Er bestaat in de wandelgangen een vuistregel dat men ongeveer 2 thuisverpleegkundigen nodig heeft per 1000 inwoners. M.a.w. voor de miljoenenstad Brussel zouden er meer dan 2000 thuisverpleegkundigen actief moeten zijn.

Om dit cijfer te onderbouwen even deze rekensom. In het tijdschrift Knack van augustus 2011 werd er gesteld dat er in Vlaanderen 22.000 thuisverpleegkundigen actief zijn. Gezien Vlaanderen in 2010 (we nemen dit bevolkingscijfer, omdat dit de basis is van alle andere simulaties) 6.251.983 inwoners telt, kunnen we voorzichtig stellen dat in Vlaanderen per 284 inwoners, 1 thuisverpleegkundige actief is. Hetgeen ongeveer neerkomt op 3,5 thuisverpleegkundigen per 1.000 inwoners. Hetgeen beduidend meer is dan de eerstgenoemde vuistregel van 2 thuisverpleegkundigen per 1.000 inwoners. Wanneer we deze (voorzichtige) programmatienorm hanteren komen we tot onderstaande vaststelling:

Tabel 6.5 Prognose programmatie thuisverpleegkunde

Lft cat	2010		2022		2040	
	# inw	# TVK	# inw	# TVK	# inw	# TVK
-59	888.614	1777	1.056.113	2112	1.121.064	2242
60-64	48.845	97	58.052	116	61.622	123
65-69	37.222	74	44.238	88	46.959	93
70-74	33.871	67	40.256	80	42.731	85
75-79	31.090	62	36.950	73	39.223	78
80-84	25.282	50	30.048	60	31.895	63
85-89	17.662	35	20.991	41	22.282	44
90+	6.944	13	8.253	16	8.760	17
<b>Totaal</b>	<b>1.089.530</b>	<b>2175</b>	<b>1.294.901</b>	<b>2586</b>	<b>1.374.537</b>	<b>2745</b>

<sup>31</sup> Pacolet J., Deliège D., Artoisenet C., Cattaert G., V. Coudron V., Leroy X., Peetermans A., & Swine C. (2005). *Vergrijzing, gezondheidszorg en ouderenzorg in België*. Leuven/Bruxelles: HIVA-K.U.Leuven/SESA-UCL. Geraadpleegd op [http://www.socialezekerheid.fgov.be/docs/fr/publicaties/vergrijzing/rapport\\_vergrijzing.pdf](http://www.socialezekerheid.fgov.be/docs/fr/publicaties/vergrijzing/rapport_vergrijzing.pdf)

In 2010 zouden er meer dan 2.175 thuisverpleegkundigen moeten actief zijn, in 2022 ongeveer 2.600 en in 2040 zouden dat er 2.750 moeten zijn.

Het hoeft geen betoog, dat er in Brussel een groot tekort is aan thuisverpleegkundigen.

## 1.4 Lokaal dienstencentrum

Nu zijn er 12 erkend, 5 in opbouw en 24 geprogrammeerd door de Vlaamse Gemeenschap. Bij de GGC zijn gelijkaardige diensten (zie tabel 2.24). Het zou goed zijn mochten deze initiatieven, samen met de initiatieven van sociaal-culturele aard van de COCOF mee opgenomen worden in de totale planning van laagdrempelige dienstverlening, gericht naar de buurt die bijdragen tot de uitbouw van het sociaal netwerk van de gebruiker en die tot doel hebben om mensen zo lang mogelijk in hun vertrouwde omgeving te laten wonen.

De realisatie van Lokale dienstencentra (LDC's) en andere gelijkaardige diensten zouden hun plaats moeten kunnen krijgen in de totale uitbouw van dergelijke diensten.

Afhankelijk van hoe men de programmatiecijfers bekijkt, per leeftijdscategorie of per gemeente en vertrekkende van de nood aan 1 lokaal dienstencentrum per 15.000 inwoners geeft dit het volgende beeld:

Tabel 6.6 Prognose programmatie LDC's per leeftijdscategorie

Lft cat	2010		2022		2040	
	# inw	# LDC's	# inw	# LDC's	# inw	# LDC's
-59	888.614	60	1.056.113	71	1.121.064	75
60-64	48.845	4	58.052	4	61.622	5
65-69	37.222	3	44.238	3	46.959	4
70-74	33.871	3	40.256	3	42.731	3
75-79	31.090	3	36.950	3	39.223	3
80-84	25.282	2	30.048	3	31.895	3
85-89	17.662	2	20.991	2	22.282	2
90+	6.944	1	8.253	1	8.760	1
<b>Totaal</b>	<b>1.089.530</b>	<b>78</b>	<b>1.294.901</b>	<b>90</b>	<b>1.374.537</b>	<b>96</b>

Wanneer we de nood aan lokale dienstencentra bekijken per leeftijdscategorie had Brussel nood aan 78 LDC's in 2010 en de toekomstige behoefte aan LDC's in 2022 zou 99 zijn en in 2040 96. Wanneer de programmering van LDC's per gemeente wordt bekeken (zie onderstaande tabel) met dezelfde programmatienorm, komen we in 2010 aan 83 LDC's, in 2022 aan 95 LDC's en in 2040 aan 101 LDC's. Voor de samenvatting (zie verder) weerhouden we het minimumscenario van bovenstaande tabel.

Tabel 6.7 Prognose programmatie LDC's per gemeente BHG

Gemeenten	2010		2022		2040	
	# inw	# LDC's	# inw	# LDC's	# inw	# LDC's
Anderlecht	104.647	7	124.372	9	132.021	9
Oudergem	30.807	3	36.614	3	38.866	3
Sint-Agatha-Berchem	22.184	2	26.366	2	27.987	2
Brussel	157.673	11	187.394	13	198.918	14
Etterbeek	44.354	3	52.715	4	55.956	4
Evere	35.804	3	42.553	3	45.170	4
Vorst	50.258	4	59.731	4	63.405	5
Ganshoren	22.591	2	26.849	2	28.501	2
Elsene	80.183	6	95.297	7	101.158	7
Jette	46.818	4	55.643	4	59.065	4
Koekelberg	19.813	2	23.548	2	24.996	2
Sint-Jans-Molenbeek	88.181	6	104.803	7	111.248	8
Sint-Gillis	46.981	4	55.837	4	59.271	4
Sint-Joost-ten-Node	26.334	2	31.298	3	33.223	3
Schaarbeek	121.232	9	144.084	10	152.945	11
Ukkel	77.589	6	92.214	7	97.885	7
Watermaal-Bosvoorde	24.260	2	28.833	2	30.606	3
Sint-Lambrechts-Woluwe	50.749	4	60.315	5	64.024	5
Sint-Pieters-Woluwe	39.072	3	46.437	4	49.293	4
<b>Totaal</b>	<b>1.089.530</b>	<b>83</b>	<b>1.294.901</b>	<b>95</b>	<b>1.374.537</b>	<b>101</b>

Het weze opgemerkt dat het belangrijk is om de meest aangepaste programmeringsmethode te gebruiken. In deze geeft dezelfde programmeringsmaatstaf een beduidend verschil wanneer men de berekening maakt op basis van het aantal inwoners per leeftijdscategorie of op basis het aantal inwoners per gemeente.



## 1.5 Regionaal dienstencentrum

Op dit ogenblik zijn er 2 erkend en 3 geprogrammeerd bij de Vlaamse Gemeenschap. Hiernaast bestaan de 5 verenigingen die volgens COCOF-normering werken als centrum voor coördinatie van thuisverzorging- en diensten.

De realisatie van RDC's en andere gelijkaardige diensten zouden ook hun plaats moeten kunnen krijgen in de totale uitbouw van dergelijke diensten te Brussel.

Tabel 6.8 Prognose programmatie RDC's

Lft cat	2010		2022		2040	
	# inw	# RDC's	# inw	# RDC's	# inw	# RDC's
-59	888.614	8	1.056.113	10	1.121.064	11
60-64	48.845	0	58.052	0	61.622	0
65-69	37.222	0	44.238	0	46.959	0
70-74	33.871	0	40.256	0	42.731	0
75-79	31.090	0	36.950	0	39.223	0
80-84	25.282	0	30.048	0	31.895	0
85-89	17.662	0	20.991	0	22.282	0
90+	6.944	0	8.253	0	8.760	0
<b>Totaal ifv LFT cat</b>		8		10		11
<b>Totaal t.o.v. de totale bevolking</b>	<b>1.089.530</b>	<b>10</b>	<b>1.294.901</b>	<b>12</b>	<b>1.374.537</b>	<b>13</b>

Wanneer we de programmatienorm hanteren van 1 RDC per 100.000 inwoners zouden er in 2010 reeds 10 moeten voorzien zijn, tegen 2022 zouden er 12 en in 2040 zouden er 13 moeten voorzien zijn.

## 1.6 Centrum voor herstelverblijf

Volgens een herrekening, op basis van de Vlaamse programmatie, zou er per 4.368 inwoners één plaats moeten voorzien worden. In Brussel zouden er in 2010 reeds 249 plaatsen moeten zijn, zie tabel hieronder:

Tabel 6.9 Prognose programmatie centra voor herstelverblijf

Lft cat	2010		2022		2040	
	# inw	# CVH's	# inw	# CVH's	# inw	# CVH's
-59	888.614	203	1.056.113	241	1.121.064	256
60-64	48.845	11	58.052	13	61.622	14
65-69	37.222	8	44.238	10	46.959	10
70-74	33.871	7	40.256	9	42.731	9
75-79	31.090	7	36.950	8	39.223	8
80-84	25.282	5	30.048	6	31.895	7
85-89	17.662	4	20.991	4	22.282	5
90+	6.944	1	8.253	1	8.760	2
<b>Totaal</b>	<b>1.089.530</b>	<b>246</b>	<b>1.294.901</b>	<b>292</b>	<b>1.374.537</b>	<b>311</b>

Op dit ogenblik is in deze nog niets gerealiseerd. Er bestaat enkel een voorafgaande vergunning voor 60 plaatsen. Voor 2022 zouden de plaatsen moeten groeien tot 292 en in 2040 tot 311. Er wordt wel een aanbod geleverd door Het Veer, dit zijn 20 plaatsen herstelverblijf maar ook kortverblijf.

## 1.7 Centrum voor kortverblijf

Vandaag vertrekken we met 25 plaatsen (erkende en niet erkende door mekaar). Daarnaast zijn 20 plaatsen bij Het Veer die dienst doen als kortverblijf of herstelverblijf. In 2022 zouden dit 382 plaatsen moeten zijn, in 2040 zouden dit 514 plaatsen moeten worden: zie tabel hieronder.

Tabel 6.10 Prognose programmatie centra voor kortverblijf

BHG	2010			2022			2040		
	N	%		N	%		N	%	
<60	888614	81,56%	0,00	1067013	82,40%	0,00	<b>1086233</b>	<b>79,03%</b>	0,00
60-64	48845	4,48%	0,00	58613	4,53%	0,00	67080	4,88%	0,00
65-69	37222	3,42%	39,70	48759	3,76%	52,01	58133	4,23%	62,01
70-74	33871	3,11%	56,45	41178	3,18%	68,63	50486	3,67%	84,14
75-79	31090	2,85%	51,82	31738	2,45%	52,90	43588	3,17%	72,65
80-84	25282	2,32%	84,27	22362	1,73%	74,54	34061	2,48%	113,54
85-89	17662	1,62%	58,87	15227	1,18%	50,76	21999	1,60%	73,33
90-94	4986	0,46%	41,55	7552	0,58%	62,93	10187	0,74%	84,89
95-99	1735	0,16%	14,46	2174	0,17%	18,12	2425	0,18%	20,21
>100	231	0,02%	1,93	285	0,02%	2,38	345	0,03%	2,88
			<b>349,05</b>			<b>382,26</b>			<b>513,64</b>
Totaal <60	888614	81,56%	0,00	1067013	82,40%		1086233	79,03%	
Totaal 60-plus	203294	18,44%		227888	17,60%		288304	20,97%	
Totaal 65-plus	152079	13,96%		169275	13,07%		221224	16,09%	
Totaal 80-plus	50288	4,58%		47600	3,68%		69017	5,02%	
<b>Totale Brusselse Bevolking</b>	<b>1.089.538,00</b>			<b>1.294.901,00</b>			<b>1.374.537,00</b>		

## 1.8 Serviceflats/assistentiewoningen

Op dit ogenblik zijn er 1.419 erkende plaatsen en 481 geplande plaatsen (samen 1.900) in Brussel voorzien. Wanneer we de programmatiernorm van 2 wooneenheden per 100 ouderen, ouder dan 65 jaar, hanteren, geeft dit het volgende:

Tabel 6.11 Prognose programmering serviceflats/assistentiewoningen

Lft cat	2010		2022		2040	
	# inw	# SFG's	# inw	# SFG's	# inw	# SFG's
-59	0	0	0	0	0	0
60-64	0	0	0	0	0	0
65-69	37.222	744	44.238	884	46.959	939
70-74	33.871	677	40.256	805	42.731	854
75-79	31.090	621	36.950	739	39.223	784
80-84	25.282	505	30.048	600	31.895	637
85-89	17.662	353	20.991	419	22.282	445
90+	6.944	138	8.253	165	8.760	175
<b>Totaal</b>	<b>152.071</b>	<b>3.038</b>	<b>180.736</b>	<b>3612</b>	<b>191.851</b>	<b>3834</b>

Dit betekent dat er reeds in 2010 een tekort is aan plaatsen. In 2010 zouden er 3.038 plaatsen moeten geweest zijn, in 2022 en 2040 zouden er respectievelijk 3.612 en 3.834 plaatsen moeten voorzien worden.

## 1.9 Woonzorgcentrum

Voor de woonzorgcentra zijn er op dit ogenblik 14.968 plaatsen in exploitatie (10.960 GGC, 3.811 COCOF, 197 VG). De programmatie van de GGC voorziet echter 12.673 plaatsen, deze van de COCOF 5.353 plaatsen en van de VG 1.255. Het aantal voorziene plaatsen bedraagt in totaal dus 19.281.

Tabel 6.12 Prognose programmatie woonzorgcentra

BHG	2010			2022			2040		
	N	%	Program	N	%		N	%	Program
<60	888614	81,56%	0,00	1067013	82,40%	0,00	1086233	79,03%	0,00
60-64	48845	4,48%	0,00	58613	4,53%	0,00	67080	4,88%	0,00
65-69	37222	3,42%	389,71	48759	3,76%	510,51	58133	4,23%	608,65
70-74	33871	3,11%	354,63	41178	3,18%	431,13	50486	3,67%	528,59
75-79	31090	2,85%	1302,05	31738	2,45%	1329,19	43588	3,17%	1.825,47
80-84	25282	2,32%	3176,43	22362	1,73%	2809,56	34061	2,48%	4.279,42
85-89	17662	1,62%	4253,19	15227	1,18%	3666,81	21999	1,60%	5.297,58
90-94	4986	0,46%	1670,51	7552	0,58%	2530,22	10187	0,74%	3.413,05
95-99	1735	0,16%	581,29	2174	0,17%	728,38	2425	0,18%	812,47
>100	231	0,02%	77,39	285	0,02%	95,49	345	0,03%	115,59
			<b>11.805,21</b>			<b>12.101,29</b>			<b>16.880,82</b>
Totaal <60	888614	81,56%		1067013	82,40%		1086233	0,7903	
Totaal 60-plus	203294	18,44%		227888	17,60%		288304	20,97%	
Totaal 65-plus	152079	13,96%		169275	13,07%		221224	16,09%	
Totaal 80-plus	50288	4,58%		47600	3,68%		69017	5,02%	
<b>Totale Brusselse Bevolking</b>	<b>1.089.538,00</b>			<b>1.294.901,00</b>			<b>1.374.537,00</b>		

Wanneer we de Vlaamse normen hanteren is er inzake woonzorgcentra in Brussel gemiddeld genomen een belangrijke overprogrammatie, het is pas in 2040 dat men bovenop de gerealiseerde plaatsen bijkomende plaatsen zou moeten voorzien. Daarnaast geeft VGC aan dat de overprogrammatie een gemiddelde is voor Brussel, maar niet noodzakelijk zo is aan Nederlandstalige kant. In 2010 zou programmatie 11.805,21 bedden bedragen. Volgens Brussel-norm zouden daarvan 3540 plaatsen onder VG moeten ressorteren, terwijl er nu maar 197 plaatsen zijn en 1255 voorzien.

Wanneer we in rekening brengen dat ongeveer 40% van de huidige rusthuisbewoners behoren tot categorie O en A op de Katzschaal is het zelfs ook in 2040 niet nodig extra plaatsen te voorzien. Wat wel nodig is, is aangepaste huisvesting te voorzien voor deze O's en A's. Dit kan

door een substantiële verhoging van de programmering van de serviceflats in combinatie met de uitbouw van alternatieve woonvormen voor ouderen.

## 1.10 Dagverzorgingscentrum

De plaatsen in dagverzorgingscentra en dagopvang inbegrepen bedragen vandaag 180 plaatsen hierbij komen nog 40 plaatsen die reeds voorafgaandelijk vergund zijn.

Tabel 6.13 Prognose programmering dagverzorgingscentra

BHG	2010			2022			2040		
	N	%	Program	N	%	Program	N	%	Program
<60	888614	81,56%	0,00	1067013	82,40%	0,00	1086233	79,03%	0,00
60-64	48845	4,48%	0,00	58613	4,53%	0,00	67080	4,88%	0,00
65-69	37222	3,42%	39,70	48759	3,76%	52,01	58133	4,23%	62,01
70-74	33871	3,11%	56,45	41178	3,18%	68,63	50486	3,67%	84,14
75-79	31090	2,85%	51,82	31738	2,45%	52,90	43588	3,17%	72,65
80-84	25282	2,32%	84,27	22362	1,73%	74,54	34061	2,48%	113,54
85-89	17662	1,62%	58,87	15227	1,18%	50,76	21999	1,60%	73,33
90-94	4986	0,46%	41,55	7552	0,58%	62,93	10187	0,74%	84,89
95-99	1735	0,16%	14,46	2174	0,17%	18,12	2425	0,18%	20,21
>100	231	0,02%	1,93	285	0,02%	2,38	345	0,03%	2,88
			<b>349,05</b>			<b>382,26</b>			<b>513,64</b>
Totaal <60	888614	81,56%		1067013	82,40%		1086233	79,03%	
Totaal 60-plus	203294	18,44%		227888	17,60%		288304	20,97%	
Totaal 65-plus	152079	13,96%		169275	13,07%		221224	16,09%	
Totaal 80-plus	50288	4,58%		47600	3,68%		69017	5,02%	
<b>Totale Brusselse Bevolking</b>	<b>1.089.538,00</b>			<b>1.294.901,00</b>			<b>1.374.537,00</b>		

In functie van Vlaamse programmatiënormen zouden de voorziene plaatsen voor dagverzorgingscentra dienen verhoogd te worden.

In 2010 zouden er reeds 349 plaatsen moeten voorzien worden, in 2022 en 2040 zouden dat er respectievelijk 383 en 514 moeten worden.

## 1.11 Samenvatting

Globaal kan men stellen, rekening houdend met het feit dat de simulaties gemaakt werden op basis van de Vlaamse programmienormen en op basis van een ongewijzigd beleid, dat in de toekomst dringend zal moeten geïnvesteerd worden in alle voorzieningen, behalve in de woonzorgcentra. Zoals hoger aangegeven, is er voor de woonzorgcentra in Brussel gemiddeld genomen een overprogrammatie.

Tabel 6.14 Samenvatting prognoses programmatie

				Simulatie adv normen Vlaamse Gemeenschap		
	Omschr Kengetal	Geprogrammeerd	Gerealiseerd	Programmatie 2010	Programmatie 2022	Programmatie 2040
<b>Gezinszorg</b>	Uren	2.021.163	1.252.523	2.929.676,22	3.128.199,36	4.040.731,38
<b>Oppashulp (*)</b>	Uren	-	16.198,35	32.686,00	38.846,00	41.235,00
<b>Thuisverpleegkunde</b>	Aantal	-	624,00	2.175,00	2.586,00	2.745,00
<b>LDC (**)</b>	Aantal	24,00	12,00	78,00	90,00	96,00
<b>RDC</b>	Aantal	10,00	7,00	10,00	12,00	13,00
<b>CHV</b>	Plaatsen	60,00	0,00	246,00	292,00	311,00
<b>CVK</b>	Plaatsen	45,00	45,00	349,05	382,26	513,64
<b>SFG</b>	Plaatsen	1.900,00	1.419,00	3.038,00	3.612,00	3.834,00
<b>WZC</b>	Plaatsen	19.281,00	14.968,00	11.805,21	12.101,29	16.880,82
<b>DVC</b>	Plaatsen	210,00	180,00	349,05	382,26	513,64
(*) Oppashulp bij GGC en Cocof is verrekend in de diensten gezinszorg						
(**) Er bestaan een reeks initiatieven langs de zijde van Cocof en GGC die hier niet opgenomen zijn						

Om een coherent beleid te voeren, denk maar allerhande nieuwe mogelijke initiatieven, maar ook aan een substitutiebeleid naar beroepsgroepen en initiatieven toe, zal eerst en vooral hier rekening mee moeten gehouden worden, maar ook met een aangepast instrumentarium om de hierboven gebruikte normeringen te verfijnen en af te stemmen op de noden van het Brussels beleid.

## 2. Programmatie: naar een nieuw zorgmodel

Uit het onderzoek komt naar voren dat de huidige zorgorganisatie weinig duurzaam en efficiënt is, en naar de toekomst toe weinig houdbaar. Op zich zou de keuze kunnen gemaakt worden om het huidige beleid ongewijzigd verder te zetten, maar het zou eerder aangewezen zijn om het huidige zorgorganisatie-model aan te passen aan de concrete noden die er nu reeds bestaan, alsook aan toekomstige uitdagingen. Uit het onderzoek blijkt dat er vooral vernieuwingen binnen het zorgmodel kunnen plaatsvinden op twee niveaus: macro en meso-micro. Dit brengt uiteraard geen wijzigingen aan het feit dat de gemeenschappen autonoom bevoegd zijn voor regulering, programmering en financiering van de ouderenzorg. De aanbevelingen op het macro niveau zijn vooral gericht op het geconcentreerd aanbieden van componenten die de effectiviteit van zorg in de Brusselse situatie kunnen optimaliseren en verhogen.

Hieronder geven we een aanzet tot het uitwerken van een nieuw zorgmodel, op macro én meso-micro niveau. Alle informatie die hierbij aansluit is terug te vinden in de conclusies en aanbevelingen zoals geformuleerd in deel 5.

### 2.1 Macro: Brusselse programmatie

1. Voorzie in een uniform en gevalideerd systeem van digitale registratie dat systematisch over de bevoegde administraties heen en over de verschillende deelgebieden en uitvoerende instanties in de sector gebruikt wordt. Dergelijke centrale registratie biedt de mogelijkheid om evidence-based beleid te ontwikkelen.
2. Brussel behelst vaak een eigen, particuliere plek binnen het Belgische landschap. Dit is niet anders op zorg-vlak. In de regelgeving zou dit ook moeten duidelijk zijn. Regelgeving ontwikkeld voor de gemeenschappen zou een “Brusselse toets” of een specifiek “Brussel luik” moeten kennen. In dit Brusselse hoofdstuk kan dan rekening gehouden wordt met de Brusselse realiteit en eigenheid.
3. Verder is er nood aan een geconcentreerde regelgeving. Het is opportuun om de complementariteit tussen de diensten en overheden verder te verkennen en zo beter te ontwikkelen. Dit geldt voor gemeenschapsdiensten, maar evengoed in samenwerking met federale én lokale overheden.
4. 1 geconcentreerde Brusselse programmatie zou kunnen ontwikkeld worden. Gezamenlijk kan men beter en efficiënter streven naar geografisch evenwicht, gebaseerd op een gemeenschappelijke visie en een aantal objectieve criteria: het aantal ouderen, aantal kwetsbaren, taaldiversiteit, gedifferentieerde zorgprofielen, culturele diversiteit, etc. Daarbij aansluitend is er nood aan een geconcentreerd financieringsmodel voor de zorg in Brussel.
5. Naast het uitwerken van een programmatie is ook kwaliteitscontrole van de zorgverstrekking een belangrijke bevoegdheid. Ouderen in Brussel hebben recht op een



kwaliteitsvolle zorg, ongeacht de gemeente waarin ze wonen of tot welke gemeenschap ze behoren. Het is aan de Brusselse overheden (en overheden met verantwoordelijkheden in Brussel) om daarvoor algemene kaders uit te werken.

## 2.2 Meso – Micro: Wijkgerichte zorg

1. In Nederland spreekt men over ‘woonservicegebieden’, in Antwerpen ontwikkelt het zich onder de noemer ‘levensloopbestendige wijken’. Allen verwijzen hiermee naar het model van wijkgerichte zorg. Op basis van het onderzoek willen we dan ook dit model naar voren schuiven als nieuw model om de zorg te organiseren in Brussel.
2. Daar waar in de klassieke residentiële ouderenzorg, welzijn en zorg als een geïntegreerd pakket worden aangeboden, wordt dit in het model van wijkgerichte zorg uit elkaar getrokken. Het zelfstandig wonen wordt zoveel mogelijk aangemoedigd door voor de minst ingrijpende vorm van zorg te opteren en mensen meer zeggenschap en autonomie te geven over de wijze waarop dit georganiseerd wordt. Aangepast wonen en zorg krijgen een prominente plaats in een woonwijk.
3. Elke wijk heeft een combinatie nodig van levensloopbestendige woningen en aangepaste woonvormen in functie van zorgbehoeften. Diensten en voorzieningen voor het dagelijks leven moeten beschikbaar zijn binnen loopafstand. Evenals een centraal punt waar informatie en coördinatie van deze zorg verzekerd wordt, een goed bereikbaar activiteitencentrum, en dit alles binnen een veilige, aangename en obstakelvrije wijk<sup>32</sup>. We streven naar een holistisch totaalconcept waarbij de verschillende elementen samen en tegelijk aanwezig zijn. Dit vergt ook een voldoende groot werkgebied (of een combinatie van verschillende woonwijken).
4. Het concept van wijkgerichte zorg wil een zorgcontinuüm creëren gaande van zelfstandig wonen zonder zorg tot aangepast wonen met zorg, in een omgeving die toegankelijk en veilig is voor iedereen. Het gaat er niet om de ouderen en zorgbehoevenden ‘af te zonderen’ in een weliswaar mooi maar losstaand complex, maar omgekeerd, om de bestaande omgeving, mits de nodige ingrepen, leefbaar te houden of te maken voor iedereen, alle ouderen en zorgbehoevenden in het bijzonder. Dat 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 en interactie te treden met de hele gemeenschap, zowel jong als oud.
5. Zorgregie, zorgcoördinatie en intervisie word best georganiseerd op buurtniveau. In sommige buurten heb je al organisaties/overheden die in de praktijk deze rol al enigszins opnemen. In sommige lokaliteiten kan dat het OCMW zijn, in sommige het buurtcentrum, in andere de gemeente, of het rusthuis. Die aansturing kan geankerd zijn in de lokaliteit, of kan

---

<sup>32</sup> 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.

aangestuurd worden vanop afstand. Belangrijk is dat deze aansturing zich richt op het proces (hoe de vraag van de cliënt aan zorg tegemoet komen) en niet op het product (welke dienst nu bij die cliënt moet gaan).

6. Uitgangspunt is de keuze voor de minst ingrijpende zorg en het bevorderen van de zelfredzaamheid van de betrokkenen. Zolang het kan, worden ouderen aangemoedigd om zelf diensten te gaan halen, indien nodig kunnen ze aan huis worden gebracht.
7. Er is nood aan een zichtbare (thuis)zorg in het straatbeeld nodig die potentiële zorgbehoevenden het geruststellend gevoel geeft dat er zorgverstrekkers zijn op het moment dat het nodig is.
8. Om informatiedoorstroming te garanderen kunnen dienstencentra en buurtcentra laagdrempelige en herkenbare aanspreekpunten en ontmoetingsplaatsen zijn die hiervoor als uitvalsbasis kunnen dienen. Ouderen maar ook anderen in een beginnende zorgsituatie, kunnen er terecht voor (informatie over) diensten, ontspannende activiteiten, warme maaltijden, vormingen... Dergelijke werkingen kunnen uitgroeien tot lokale aanspreekpunten voor ouderen én zorgverstrekkers in de wijk, met een uitgesproken rol inzake informatie, ondersteuning en coördinatie van de zorg t.b.v. ouderen en hun mantelzorgers.
9. Deze zouden niet enkel een informatiepunt kunnen vervullen, maar ook de meldpuntfunctie is belangrijk. Zo kunnen professionelen (huisarts, thuisverpleger... ) maar ook verontruste burens, problemen omtrent de leefsituatie van ouderen of zorgbehoevenden kunnen signaleren.
10. Vanuit een preventieve functie is een permanente voeling met de buurt en zijn bewoners noodzakelijk. Dit kan de rol zijn van een wijkgerichte zorgcoach die als een vertrouwensfiguur de vinger aan de pols houdt en noden bij ouderen en zorgbehoevenden detecteert. Binnen wijkgerichte zorg wordt er aandacht besteed aan een actieve detectie van noden. Eens ze gedetecteerd zijn, kan men ouderen dan ook toeleiden naar de gepaste zorg en ondersteuning.
11. Het welzijn en sociaal netwerk van mensen vormt de onderbouw of vangnet van een zorgende wijk. Als mensen genoodzaakt worden om te verhuizen omdat hun woning niet meer geschikt is en ze vinden geen gepaste woning in dezelfde buurt, verliezen ze veelal hun sociaal netwerk. Het is dan ook zo dat eenzaamheid en sociale isolatie kunnen toenemen. Toegankelijkheid van de buurt, mogelijkheden tot sociaal-culturele activiteiten, ontmoetingsmogelijkheden, zijn noodzakelijk om sociaal contact te onderhouden. In een wijk moet het sociaal contact tussen mensen levendig gehouden worden.