



Armoedetoets

ZORGVERZEKERING

Inhoudstafel

Inleiding.....	2
1. De Brusselse ouderen: een beknopt socio-demografisch profiel	4
2. Sociale ongelijkheden inzake veroudering, kwetsbaarheid en (on)afhankelijkheid	9
2.1 Langdurige functionele beperkingen bij Brusselse ouderen	10
2.2 Veroudering, kwetsbaarheid en (on)afhankelijkheid	18
3. Doeltreffendheid van de zorgverzekering in termen van bestrijding van armoede en sociale ongelijkheden	41
3.1 Mechanisme en niveau van bestrijding van armoede en sociale ongelijkheden	41
3.2 De operationele uitdagingen voor de uitwerking van de zorgverzekering vanuit het perspectief van sociale ongelijkheden	46
3.2.1 De vaststelling van een zorgafhankelijkheid	46
3.2.2 Universalisme versus selectiviteit	49
3.2.3 Financieringswijze	52
3.2.4 Uitkeringswijze	53
3.2.5 Korf van diensten	56
3.2.6 Informatie, administratieve stappen en toeleiding	59
4. Elementen ter conclusie.....	64
Bijlagen.....	65
Referenties.....	69

Colofon

Auteur > Gille FEYAERTS > **Voor meer informatie** > 02/552 01 57 > gfeyaerts@ggc.irisnet.be
> **Deze publicatie citeren** > Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad.
Armoedetoets zorgverzekering. Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. Brussel 2017.
> Cette publication existe aussi en français

Voorliggend document geeft de resultaten weer van de armoedetoets die uitgevoerd werd op het beleidsvoorstel voor de invoering van een zorgverzekering in het Brussels Gewest.

Met de **armoedetoets** worden de potentiële effecten van een zorgverzekering op armoede en sociale ongelijkheden geëvalueerd en wordt gekeken op welke manier het een bijdrage kan leveren in de bestrijding hiervan. De finale doelstelling van de armoedetoets ligt in het bijdragen tot de uitwerking van een zorgverzekering die positieve effecten heeft op het vlak van armoedebestrijding, of op zijn minst niet bijdraagt tot het creëren of vergroten van sociale ongelijkheden.

In het kader van haar ouderenbeleid voorziet het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie in de uitwerking van een **Brusselse zorgverzekering**. Met deze zorgverzekering wensen de beleidsmakers een antwoord te bieden op het risico op langdurige zorgbehoevendheid als gevolg van het ouder worden. Het proces van veroudering verhoogt inderdaad het risico op het voordoen van langdurige functionele beperkingen in het uitvoeren van dagdagelijkse en huishoudelijke activiteiten, waarmee het zelfzorgvermogen en de onafhankelijkheid van de betrokken personen verminderen, en de zorgafhankelijkheid toeneemt. De zorgverzekering moet zorgbehoevende personen de middelen bieden die nodig zijn voor het behoud van hun fysieke en psychische onafhankelijkheid, voornamelijk via de financiering van diensten gezins- en thuiszorg die er moeten toe bijdragen dat de betrokken personen op een waardige en zo autonoom mogelijke manier kunnen leven in de door hem of haar gekozen leefomgeving.

Met de zorgverzekering wordt een nieuw beleidsinstrument toegevoegd aan het breder systeem van long term care. Het moet tegemoet komen aan de vaststelling dat de zorg¹ die gericht is op het behoud van autonomie onvoldoende gedekt wordt door de bestaande mechanismen van sociale bescherming, en ook niet doelmatig verzekerd kan worden door private verzekeringen.

Methodologie

Voor het uitwerken van voorliggende armoedetoets werd informatie uit verschillende bronnen verzameld, waarvoor verschillende methodes werden gehanteerd:

- Een analyse van het onderzoeksrapport van de BSI-studie “Naar een brusselse zelfstandigheidsverzekering”, uitgevoerd in opdracht van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie
- Interviews met een aantal sleutelactoren uit de onderzoekswereld en het werkveld binnen het domein van de ouderenzorg en armoedebestrijding, en analyse van een aantal sleutelrapporten en –artikels die door hen gesuggereerd werden
- Een brainstorm met de wetenschappelijk medewerkers van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn
- Een participatief proces volgens de benadering van “Méthode d’analyse en groupe” (1), waarbij een vijftiental actoren van het terrein actief in de ouderenzorg² gedurende drie halve dagen een collectieve denkoefening maakten om te komen tot een gedeelde analyse en

¹ In het kader van deze zorgverzekering wordt onder zorg enkel de niet-medische zorgen begrepen, en dus een duidelijk onderscheid gemaakt met de medische kosten die gedekt worden door de federale verzekering voor geneeskundige verzorging

² De groep was samengesteld uit een directeur van een dienst thuiszorg, projectverantwoordelijke van een dienst thuiszorg, diensthoofd van een gemeentelijke sociale dienst, een coördinatrice van een dienst personenalarmsysteem, twee thuisverplegers, een zorgcoördinator van een lokaal dienstencentrum, een projectmedewerker van een dienst permanente vorming, een verantwoordelijke van de sociale dienst van een ziekenhuis, een directeur en een directrice van een rusthuis en twee medewerkers van de sociale dienst van twee ziekenfondsen

diagnose van de potentiële effecten van de zorgverzekering op armoede en sociale ongelijkheden. Citaten uit deze collectieve denkoefening met professionals worden in voorliggende tekst weergegeven in het blauw (*cursief*) en met de referentie [prof].

- Voor het verzamelen van ervaringskennis van personen die potentieel tot de doelgroep van de toekomstige zorgverzekering behoren, werden twee focusgesprekken georganiseerd in samenwerking met drie Brusselse verenigingen waar armen het woord nemen. In totaal namen 10 personen deel aan deze focusgroepen. Citaten uit deze focusgroepen worden in voorliggende tekst weergegeven in het groen (*cursief*) en met de referentie [pers].
- Een kwantitatieve analyse van de Gezondheidsenquête (en meer in het bijzonder de module van langdurige functionele beperkingen), aangevuld met bijkomende armoede- en gezondheidsindicatoren die verzameld worden door het Observatorium.

Structuur van deze nota

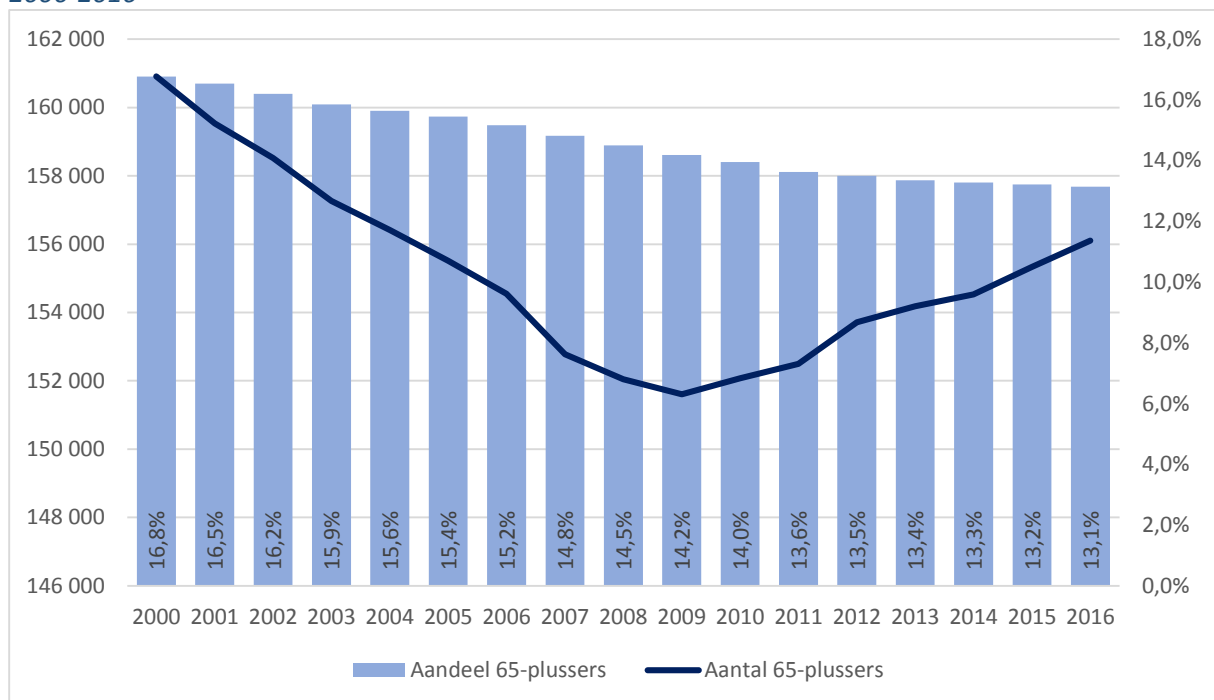
Eerst geven we aan beknopt socio-demografisch profiel van de huidige Brusselse ouderen, waarbij we ook kort stil staan bij de recentste bevolkingsprognoses. In het tweede hoofdstuk bekijken we in hoeverre de Brusselse ouderen geconfronteerd worden met het risico op langdurige zorgbehoefendheid, via een analyse van het voorkomen van langdurige functionele beperkingen in het uitvoeren van activiteiten van het dagelijks leven. We spenderen hierbij bijzondere aandacht aan de sociale verdeling van dit risico binnen de bevolking. Vervolgens identificeren we de belangrijkste factoren die bepalend zijn voor een verhoogd risico op zorgafhankelijkheid en de ongelijke verdeling van dit risico binnen de bevolking van Brusselse ouderen.

In het derde hoofdstuk analyseren we tenslotte op welke manier de zorgverzekering een effect kan hebben, positief of negatief, op deze sociale ongelijkheden en armoede. We identificeren het mechanisme waarmee de zorgverzekering een impact kan hebben op armoede en op welk niveau deze impact zich situeert en analyseren een aantal van de operationale uitdagingen van de zorgverzekering vanuit het perspectief van de potentiële effecten op sociale ongelijkheden en armoede.

1. DE BRUSSELSE OUDEREN: EEN BEKNOPT SOCIO-DEMOGRAFISCH PROFIEL

In vergelijking met de twee andere Gewesten, kent het Brussels Gewest een jonge bevolkingsstructuur, met een toenemend aantal jonge kinderen en jongvolwassenen. Na een voortdurende daling van het **aantal (en aandeel) 65-plussers** in de Brusselse bevolking, zien we sinds 2010 echter opnieuw een toename van het absoluut aantal Brusselse ouderen, tot 156 106 65-plussers op 1 januari 2016 (13,1% van de totale Brusselse bevolking). Aangezien deze toename van het aantal ouderen zich inschrijft in een sterke bevolkingsgroei in alle leeftijdscategorieën, blijft het aandeel van de 65-plussers in de totale Brusselse bevolking weliswaar verder licht afnemen (Figuur 1).

Figuur 1. Evolutie van het aantal en aandeel 65-plussers in de totale bevolking, Brussels Gewest, 2000-2016



Bron: FOD Economie – Statistics Belgium

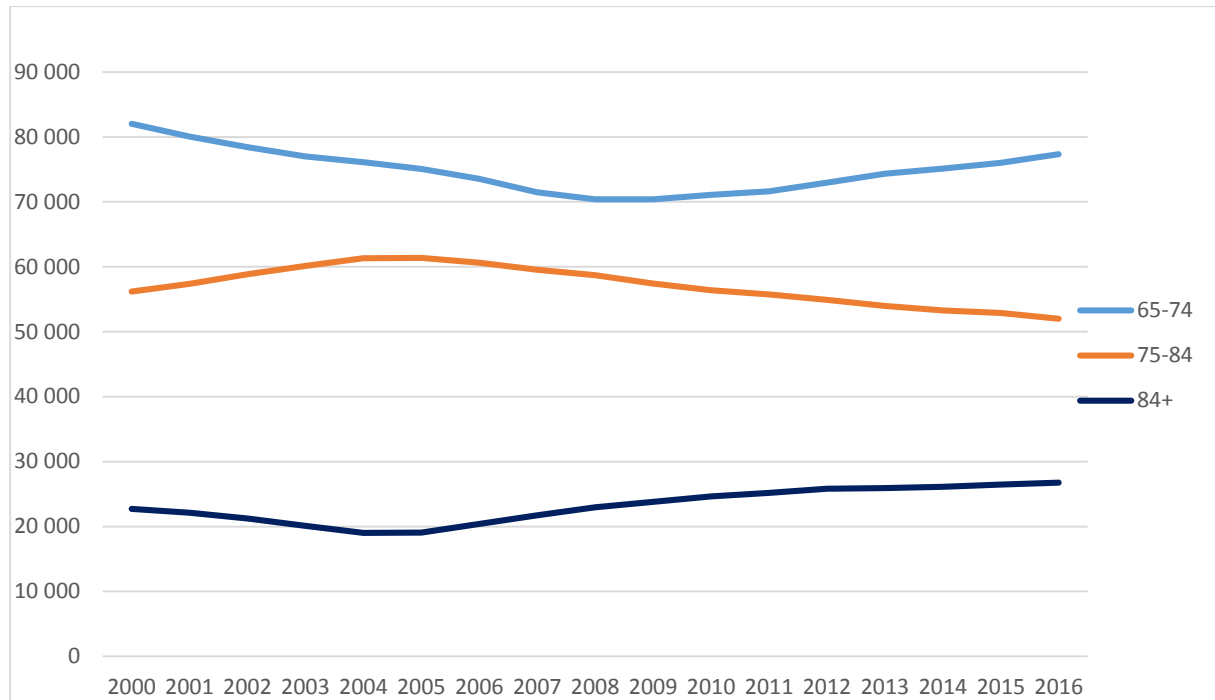
De leeftijdsgroep van 65-plussers betreft uiteraard een zeer heterogene bevolkingsgroep, in de eerste plaats in termen van leeftijd. We kunnen binnen deze bevolkingsgroep van 65-plussers een onderscheid maken tussen drie leeftijdsgroepen (2) : de 'jongste' 65-plussers, tussen 65 en 74 jaar, waarbij de grootste groep nog van een goede gezondheid geniet; de 75-84-jarigen waarbij we een toename van gezondheidsproblemen kunnen verwachten die echter niet noodzakelijk tot hulpbehoevendheid leiden; en tenslotte de oudste 65-plussers, namelijk de bevolking van 85 jaar en ouder waarbij meer en meer ouderen met complexe gezondheidsproblemen en co-morbiditeit³ worden geconfronteerd, en bijgevolg een stijgende zorgbehoevendheid. Op deze leeftijd zien we een belangrijk aandeel alleenstaande vrouwen van wie de partner reeds overleden is.

We zien de laatste jaren een toename van het absoluut aantal 'jongste' en 'oudste' 65-plussers. Het aandeel van beide leeftijdsgroepen in de totale bevolking bleef stabiel, rond 6,5 % voor de 64-74-

³ Wanneer iemand te kampen heeft met twee of meerdere aandoeningen spreekt men van co-morbiditeit.

jarigen, en 2,3 % voor de 85-plussers. We noteren daarentegen een daling in absolute en relatieve cijfers bij de tussencategorie van 75-84-jarigen (Figuur 2, Tabel 1).

Figuur 2. Evolutie van het absoluut aantal 65-plussers, per leeftijdscategorie, Brussels Gewest, 2000-2016



Bron: FOD Economie – Statistics Belgium

Tabel 1. Evolutie van het aantal en aandeel 65-plussers in de totale bevolking, per leeftijdscategorie, Brussels Gewest, 2000-2016

	Aantal			Aandeel in totale bevolking		
	65-74	75-84	84+	65-74	75-84	84+
2000	82 016	56 171	22 721	8,5%	5,9%	2,4%
2001	80 029	57 369	22 137	8,3%	5,9%	2,3%
2002	78 441	58 841	21 237	8,0%	6,0%	2,2%
2003	76 998	60 146	20 122	7,8%	6,1%	2,0%
2004	76 087	61 326	19 002	7,6%	6,1%	1,9%
2005	75 075	61 370	19 066	7,5%	6,1%	1,9%
2006	73 540	60 621	20 384	7,2%	6,0%	2,0%
2007	71 498	59 553	21 727	6,9%	5,8%	2,1%
2008	70 393	58 717	22 935	6,7%	5,6%	2,2%
2009	70 396	57 435	23 778	6,6%	5,4%	2,2%
2010	71 093	56 372	24 614	6,5%	5,2%	2,3%
2011	71 603	55 742	25 155	6,4%	5,0%	2,2%
2012	72 965	54 929	25 822	6,4%	4,8%	2,3%
2013	74 312	53 959	25 913	6,4%	4,7%	2,2%
2014	75 120	53 288	26 120	6,5%	4,6%	2,2%
2015	75 996	52 884	26 456	6,5%	4,5%	2,3%
2016	77 344	52 014	26 748	6,5%	4,4%	2,3%

Bron: FOD Economie – Statistics Belgium

De snelle(re) toename van het aantal jongeren in vergelijking met het aantal ouderen, vertaalt zich in een daling van de **verouderingsindex** (de verhouding van het aantal 65-plussers tot het aantal 0-19-

jarigen) in het Brussels Gewest, daar waar deze in heel België steeg. We zien wel dat de **index van de intensiteit van de veroudering** (% van de 80-plussers onder de 65-plussers) hoger is dan in de rest van het land: ongeveer een derde van de Brusselse 65-plussers is ouder dan 80 jaar. Er zijn met andere woorden verhoudingsgewijs minder ouderen (65 jaar en ouder) in het Brussels Gewest, maar deze zijn wel gemiddeld ouder dan in de andere twee gewesten. De index van de intensiteit van de veroudering steeg in de loop van de laatste 10 jaar evenwel minder snel in Brussel dan in heel België, en nam sinds 2012 zelfs opnieuw een beetje af (Tabel 2).

Tabel 2. Evolutie van de demografische kenmerken, Brussels Gewest en België, 2006-2016

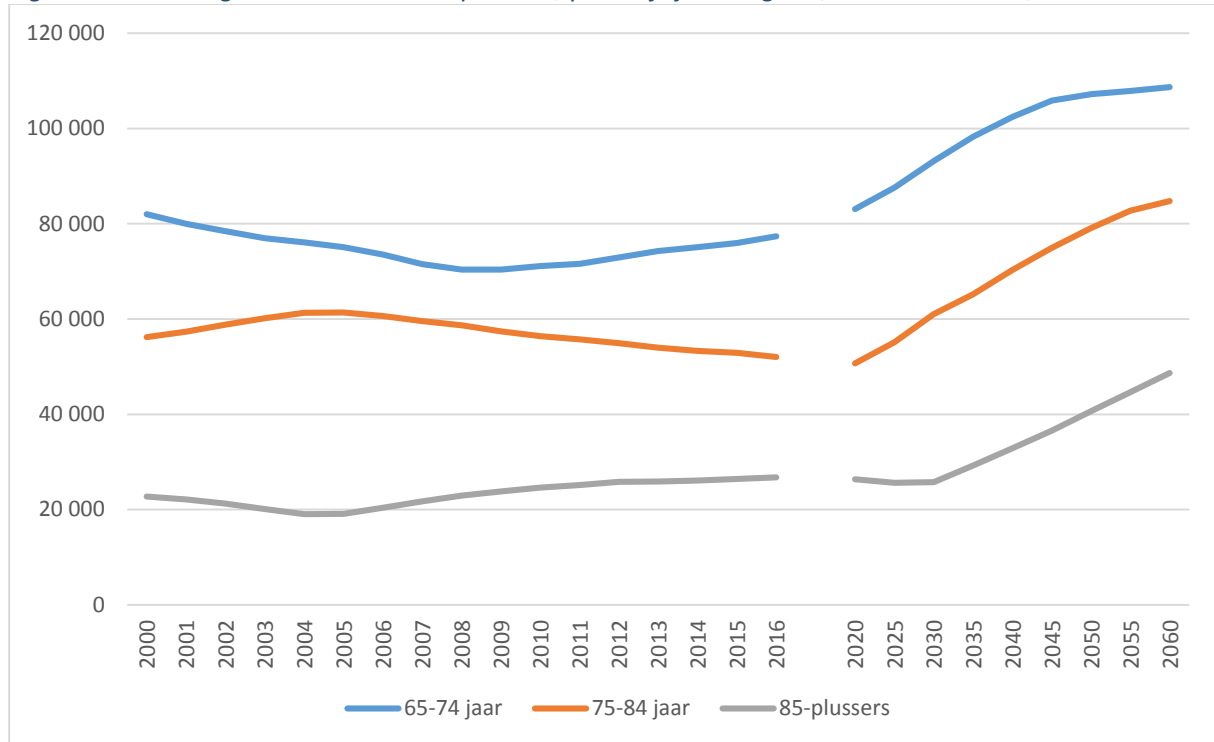
		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Verouderingsindex (≥ 65 jaar / 0-19 jaar) %	Brussels Gewest	63,1	61,4	60,0	58,5	57,3	55,6	54,8	54,0	53,3	52,9	52,4
	België	74,5	74,1	74,2	74,4	74,9	75,3	76,6	77,9	79,1	80,2	81,2
Index van de intensiteit van de veroudering (≥ 80 jaar / ≥ 65 jaar) %	Brussels Gewest	31,0	31,8	32,4	32,7	32,8	33,2	33,1	32,9	32,7	32,5	32,1
	België	25,8	26,7	27,5	28,1	28,7	29,4	29,8	30,0	30,0	30,1	30,0
Afhankelijkheidsindex (0-19 + ≥ 65 jaar) / (20-64 jaar) %	Brussels Gewest	64,5	63,8	63,0	62,5	62,2	61,6	61,6	61,5	61,8	61,8	61,8
	België	67,5	67,1	66,8	66,8	66,8	66,8	67,2	67,6	68,1	68,6	69,1

Bron: FOD Economie – Statistics Belgium

De **bevolkingsprognoses** voorspellen voor de volgende jaren en decennia een sterke toename van het totaal aantal 65-plussers, met tegen 2025 een stijging van meer dan 12 000 personen ten opzichte van 2016 (+7,8%). Ook het aandeel 65-plussers in de hele bevolking zou hiermee voor het eerst sinds zeer lang toenemen.

Deze sterke toename zet zich in de eerste plaats door bij de jongste 65-plussers (65-74-jarigen), waarbij de sinds 2009 stijgende tendens zich verder versterkt. Tegen 2025 zou hun aantal met meer dan 13% toenemen ten opzichte van 2016. In de tussencategorie van 75-84-jarigen zou de dalende tendens zich dan na 2020 omzetten in een sterke groei. De oudste Brusselaars, de 85-plussers, zouden de eerste jaren nog licht in aantal afnemen, om dan vanaf 2030 eveneens een sterke toename te kennen (Figuur 3).

Figuur 3. Bevolkingsvooruitzichten 65-plussers, per leeftijdscategorie, Brussels Gewest, 2000-2060



Bron: BISA, FOD Economie – Statistics Belgium

Een ander belangrijke dimensie van heterogeniteit onder de Brusselse ouderen, betreft de **nationaliteit en herkomst**. Daar waar de 65-plussers in de jaren zeventig nog een relatief homogene bevolkingsgroep vormden en overheersend in België geboren, zien we vandaag onder de Brusselse ouderen een toenemend aandeel gepensioneerde arbeidsmigranten. In 2016 had 17,5% van de 65-plussers een niet-Belgische nationaliteit. Dit is een kleiner aandeel in vergelijking met de jongeren (28,3% bij de 0-19-jarigen) en de actieve bevolking (40,8% bij de 20-64-jarigen), maar neemt wel toe, van 11,3% in 2000 over 15,8% in 2010. We zien bovendien het grootste aandeel niet-Belgen bij de 'jongste' 65-plussers, maar zien ook dat dit zich over de jaren heen ook vertaalt in een sterke toename van het aandeel niet-Belgen bij de oudere leeftijdscategorieën (Tabel 3).

Tabel 3. Aandeel personen met een niet-Belgische nationaliteit, naar leeftijdsgroep, Brussels Gewest, 2000-2016

	Alle leeftijden			65-plussers			Totale bevolking
	0-19 jaar	20-64 jaar	65 +	65-74 jaar	75-84 jaar	85 +	
2000	27,7%	33,7%	11,3%	15,3%	7,7%	5,7%	28,5%
2001	24,5%	32,6%	11,7%	16,0%	8,0%	5,7%	27,2%
2002	22,1%	32,2%	12,2%	16,7%	8,5%	6,0%	26,6%
2003	20,6%	32,0%	12,6%	17,2%	8,8%	6,3%	26,2%
2004	20,1%	32,1%	13,3%	18,0%	9,4%	6,8%	26,3%
2005	19,7%	32,1%	13,8%	18,7%	10,0%	6,8%	26,3%
2006	20,2%	32,6%	14,3%	19,2%	10,9%	7,0%	26,9%
2007	20,6%	33,3%	14,8%	19,8%	11,5%	7,2%	27,5%
2008	21,0%	34,0%	15,1%	20,1%	12,2%	7,4%	28,1%
2009	21,8%	35,1%	15,4%	20,2%	12,7%	7,6%	29,1%
2010	22,8%	36,1%	15,8%	20,4%	13,5%	7,8%	30,0%
2011	24,5%	37,6%	16,3%	20,7%	14,3%	8,2%	31,5%
2012	26,0%	38,7%	16,6%	20,6%	15,0%	8,6%	32,6%
2013	26,6%	39,2%	16,8%	20,5%	15,5%	8,9%	33,1%
2014	26,7%	39,2%	16,9%	20,3%	15,9%	9,2%	33,1%
2015	27,5%	40,1%	17,2%	20,3%	16,4%	9,8%	33,9%
2016	28,3%	40,8%	17,5%	20,2%	17,0%	10,5%	34,6%

Bron: FOD Economie – Statistics Belgium

Om een beter beeld te krijgen van de reële diversiteit, moeten we rekening houden met de personen die de Belgische nationaliteit verworven hebben. In 2014 had 32,6 % van de 65-plussers een niet-Belgische nationaliteit bij geboorte, waarvan de helft een nationaliteit van een land buiten de EU⁴. In 2009 was dit nog 26,8%. Het aandeel bedraagt 20,5 % bij de oudste Brusselaars in 2014, 38,5% bij de 65-79-jarigen en 57,8% bij de 50-64 jarigen. We verwachten ons in de volgende jaren met andere woorden duidelijk aan een toenemende diversiteit onder de Brusselse ouderen.

⁴ Bron: Datawarehouse arbeidsmarkt en sociale bescherming

2. SOCIALE ONGELIJKHEDEN INZAKE VEROUDERING, KWETSBAARHEID EN (ON)AFHANKELIJKHEID

De WHO (3) definieert het ‘**actief ouder worden**’ als een proces waarbij tijdens de veroudering de mogelijkheden op het vlak van gezondheid, participatie en veiligheid geoptimaliseerd worden, met het oog op het verhogen van de gezonde levensverwachting en de levenskwaliteit van alle ouderen, inclusief de meest kwetsbare personen, personen met een handicap of invaliditeit en personen die nood hebben aan zorg.

Ouderdom en veroudering verhoogt voor iedereen het risico om blootgesteld te worden aan bepaalde uitdagingen, enerzijds, en over verminderde mogelijkheden te beschikken om hier het hoofd aan te bieden, anderzijds (4). **Het proces van veroudering gaat op die manier voor iedereen gepaard met een toenemend risico op kwetsbaarheid in termen van verslechtering van de levenskwaliteit.**

Een van de essentiële dimensies van de levenskwaliteit van ouderen die ons hier in het bijzonder interesseert, betreft **het behoud van autonomie en/of onafhankelijkheid** (3). Met *autonomie* wordt verwezen naar het ingeschatte vermogen op het vlak van het nemen en (laten) uitvoeren van persoonlijke beslissingen over het dagelijks leven, volgens de eigen normen en voorkeuren. *Onafhankelijkheid* of *zelfredzaamheid* betreft het vermogen om functies en activiteiten van het dagelijks leven uit te oefenen met het zicht op een maximale participatie op alle domeinen van het menselijk leven.

De specifieke, aan veroudering verbonden kwetsbaarheid verwijst dan onder andere naar een toenemend risico op verlies van autonomie en onafhankelijkheid in functie van de leeftijd en bijgevolg het voordoen van een zorgafhankelijkheid. Als de autonomie en onafhankelijkheid afnemen, wordt de levenskwaliteit bedreigd wanneer de noodzakelijke, adequate bescherming, zorg en ondersteuning om het hoofd te kunnen bieden aan het dagelijks leven, uitblijft.

In een eerste hoofdstuk (2.1) gaan we na in welke mate de Brusselse ouderen geconfronteerd worden met een (zorg)afhankelijkheid voor de uitoefening van functies en activiteiten van het dagelijks leven, met bijzondere aandacht voor de verdeling van dit sociaal risico binnen de bevolking. We analyseren hiervoor de gegevens van de nationale Gezondheidsenquête door interview. In een tweede hoofdstuk (2.2) analyseren we de factoren die een verklaring kunnen bieden voor de sociale ongelijkheden inzake het toenemend risico op zorgafhankelijkheid. We baseren ons hiervoor hoofdzakelijk op de elementen die voortkomen uit de collectieve denkoefening die gemaakt werd door de groep van actoren van het terrein en de groep van ouderen, aangevuld met kwantitatieve gegevens en elementen uit het literatuuronderzoek.

2.1 LANGDURIGE FUNCTIONELE BEPERKINGEN BIJ BRUSSELSE OUDEREN

INLEIDING

In dit eerste hoofdstuk bekijken we in welke mate de Brusselse ouderen geconfronteerd worden met een verhoogd risico op zorgafhankelijkheid. Daar waar de autonomie van een persoon zeer moeilijk te kwantificeren is, biedt de nationale Gezondheidsenquête ons inderdaad wel de mogelijkheid om het verlies van onafhankelijkheid of zelfredzaamheid van Brusselse ouderen in kaart te brengen. In deze enquête wordt meer bepaald gepeild naar **het voorkomen van ‘langdurige functionele beperkingen’ op het vlak van activiteiten waarvan verondersteld wordt dat eenieder ze zou moeten kunnen verrichten (5)**.

De actoren van het terrein getuigen van situaties waarin ouderen moeilijkheden ondervinden op het vlak van persoonlijke hygiëne, met het klaarmaken en nuttigen van maaltijden, het wandelen en zich verplaatsen in het algemeen, het onderhoud van de woning, enzovoort.

« *Mevrouw is incontinent omdat ze moeilijk te been is. Er is een risico van vallen. Soms valt ze thuis.* » [prof]

« *Koken lukt niet meer, dus neemt ze genoeg met eten uit blik en instant soep.* » [prof]

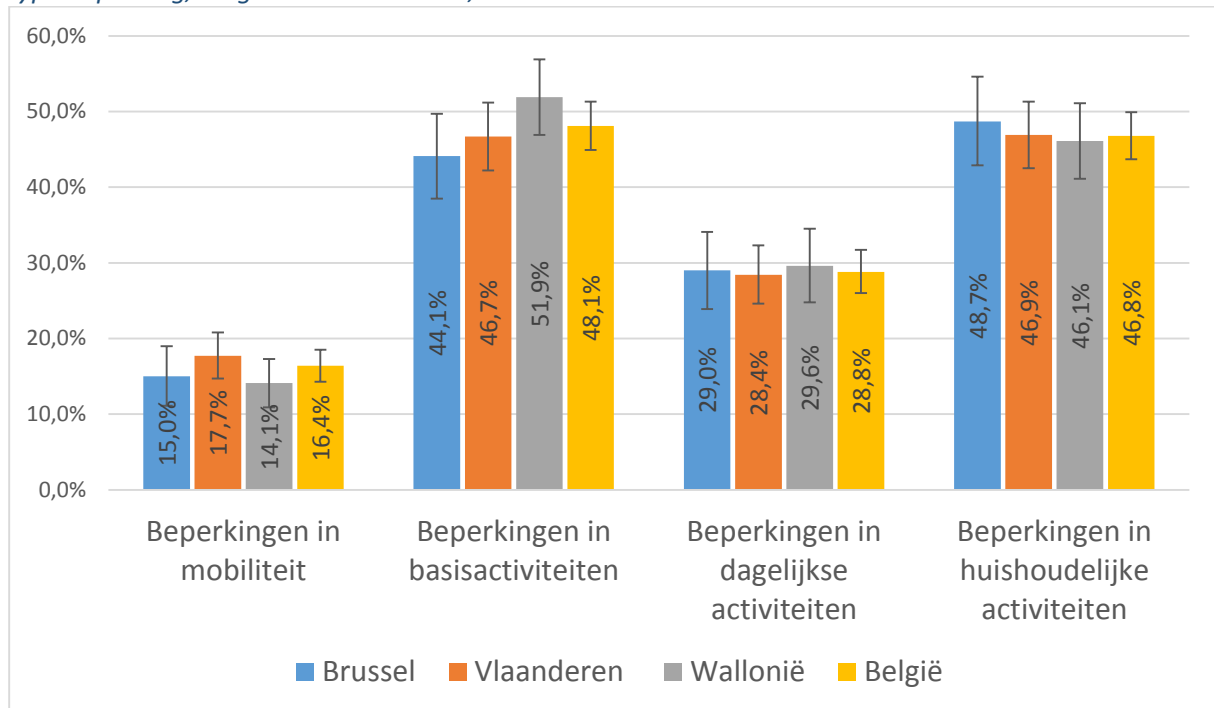
« *We zien dat hij steeds minder autonoom wordt, d.w.z. hij gaat niet meer wandelen (hij kan het zich niet meer veroorloven om nog op café te gaan), hij raakt sneller buiten adem en verliest vaker het evenwicht.* » [prof]

In de nationale Gezondheidsenquête worden vier types van langdurige functionele beperkingen bevraagd, meer bepaald:

- beperkingen op het vlak van *mobilititeit of bewegingsvrijheid*, waarbij nagegaan wordt of de persoon genoodzaakt is quasi permanent in een zetel te zitten of permanent bedlegerig is (ook al is er iemand aanwezig die de persoon zou kunnen helpen opstaan) en/of zijn of haar verplaatsingen beperkt zijn tot het huis/flat of tuin.
- beperkingen in het uitvoeren van een reeks *basisactiviteiten* zoals stappen, horen of zien (er wordt meer bepaald gepeild naar moeilijkheden bij bijvoorbeeld het lezen van de krant, het volgen van een gesprek of een televisieprogramma, het stappen en het op- en afdalen van trap);
- beperkingen in het uitvoeren van *dagdagelijkse activiteiten* (*‘Activities of Daily Living’*) zoals in en uit bed stappen of gaan zitten en opstaan uit een stoel, zichzelf aan- en uitkleden, in bad gaan of een douche nemen, de handen en het gezicht wassen, met mes en vork eten of het toilet gebruiken.
- beperkingen in het uitvoeren van *huishoudelijke activiteiten* (*‘Instrumental activities of Daily Living’*) zoals maaltijden bereiden, de telefoon gebruiken, boodschappen doen, het gebruik van geneesmiddelen beheren, lichte huishoudelijke activiteiten verrichten, af en toe eerder zware huishoudelijke activiteiten verrichten en geldzaken en dagelijkse administratie beheren.

Op basis van de Gezondheidsenquête 2013 stellen we vast dat 15,0% van de Brusselse ouderen van 65 jaar en ouder geconfronteerd wordt met beperkingen op het vlak van mobiliteit; 44,1% met beperkingen in basisactiviteiten; 29,0% met beperkingen in dagelijkse activiteiten; en 48,7% met beperkingen in huishoudelijke activiteiten. We stellen voor deze verschillende types functionele beperkingen geen significante verschillen vast tussen Brussel en de andere twee Gewesten (Figuur 4).

Figuur 4. Aandeel van de bevolking van 65 jaar en ouder met langdurige functionele beperkingen, per type beperking, België en de Gewesten, 2013



Bron: Gezondheidsenquête 2013, WIV-ISP

In wat volgt analyseren we elk van deze 4 types functionele beperkingen meer in detail voor het Brussels Gewest. We hernemen hier grotendeels de analyses en besprekingen van het Rapport 'Langdurig functionele beperkingen' van het WIV-ISP voor het Brussels Gewest op basis van de Gezondheidsenquête 2013 (5). Om tot meer nauwkeurige analyses te komen op het niveau van het Brussels Gewest herberekenen we de cijfers echter door de gegevens van de laatste twee gezondheidsenquêtes (2008 en 2013)⁵ samen te voegen⁶.

We besteden hierbij in het kader van deze armoedetoets bijzondere aandacht aan de verdeling van dit sociaal risico binnen de bevolking volgens het sociaal-economisch statuut. Veroudering mag dan wel voor alle sociale lagen van de bevolking een hoger risico op zorgafhankelijkheid met zich meebrengen, dit risico hangt sterk samen met de in de levensloop opgebouwde reservebronnen, en is dan ook duidelijk groter voor mensen die een levensparcours kennen of gekend hebben dat gepaard gaat/ging met armoede en bestaansonzekerheid. Onderzoek (6) wijst inderdaad op een **sociale gradiënt in het voorkomen van functionele beperkingen**, en dit op verschillende domeinen

⁵ Behalve voor de indicator met betrekking tot de huishoudelijke activiteiten die enkel voor het enquêtejaar 2013 beschikbaar is

⁶ Hierdoor verschillen de algemene percentages ook licht in de rest van de tekst (op basis van 2008 en 2013) in vergelijking met de cijfers uit Figuur 4 (op basis van 2013).

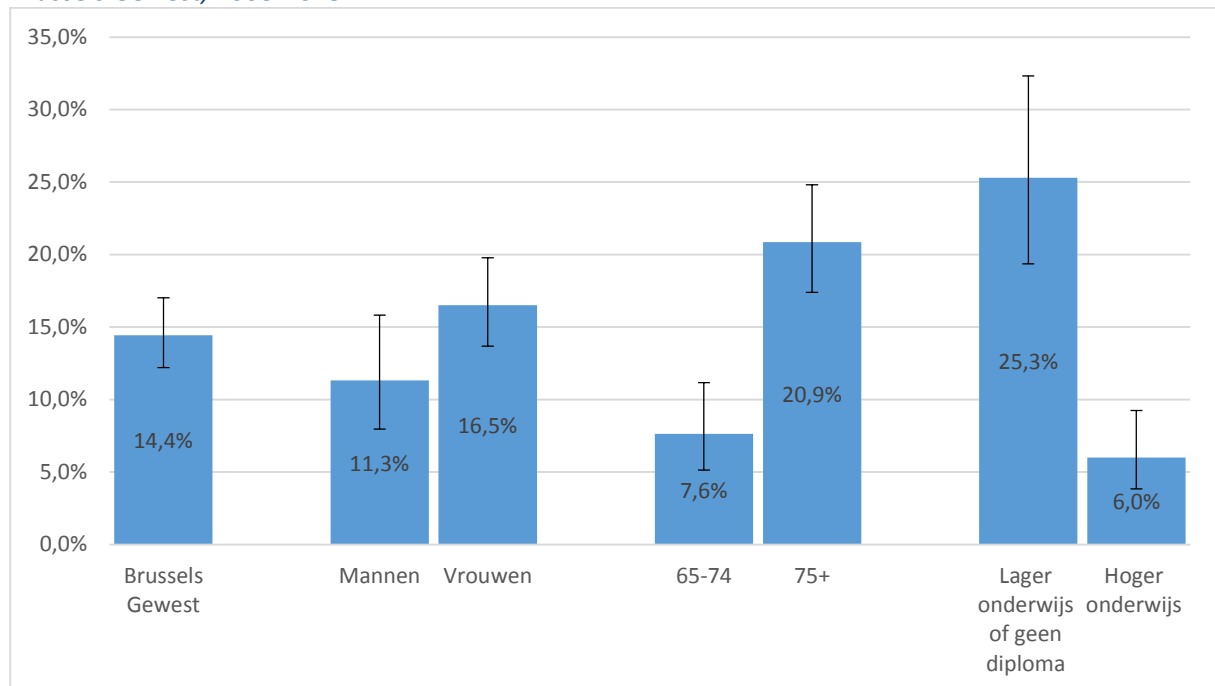
(fysiek, psychisch en/of sociaal) en onafhankelijk van de gezondheidsstatus. De correlatie tussen sociaal-economische status en functionele beperkingen weerspiegelt een wisselwerking in beide richtingen, waarbij sociaal-economische kwetsbaarheid kan leiden tot functionele beperkingen en omgekeerd.

We gebruiken voor onderstaande analyses het opleidingsniveau als indicator voor het sociaal-economisch statuut.

2.1.1 BEPERKINGEN IN MOBILITEIT

14,4 % van de Brusselse 65-plussers geeft aan beperkt te zijn op het vlak van mobiliteit. Het risico neemt duidelijk toe met de leeftijd, van 7,6 % bij de 65-74 jarigen tot 20,9 % bij de 75-plussers. Het verschil tussen vrouwen en mannen is hier niet statistisch significant. De beperkingen in mobiliteit vertonen een duidelijke samenhang met de socio-economische positie: personen met een diploma lager onderwijs of zonder diploma melden significant vaker (25,3 %) beperkingen in mobiliteit dan personen met een diploma van het hoger onderwijs (6,0 %) (Figuur 5).⁷

Figuur 5. Aandeel van de bevolking van 65 jaar en ouder met beperkingen op het vlak van mobiliteit, Brussels Gewest, 2008-2013



Bron: Gezondheidsenquêtes 2008-2013, WIV-ISP

Berekeningen: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad

2.1.2 BEPERKINGEN IN HET UITVOEREN VAN BASISACTIVITEITEN

De helft (50,4 %) van de Brusselse 65-plussers geeft aan beperkingen te ondervinden bij het uitvoeren van een reeks basisactiviteiten zoals stappen, horen of zien (Figuur 6). Een kwart (23,9%) van de Brusselaars geeft aan matig beperkt te zijn, en ondervindt dus (heel) wat problemen om

⁷ Uit berekeningen van het WIV op basis van de cijfers van 2013 blijkt dat deze socio-economische gradiënt weliswaar mildert als de resultaten gecorrigeerd worden voor leeftijd, maar dat de verschillen tussen de laagst en hoogst geschoolden wel statistisch significant blijven.

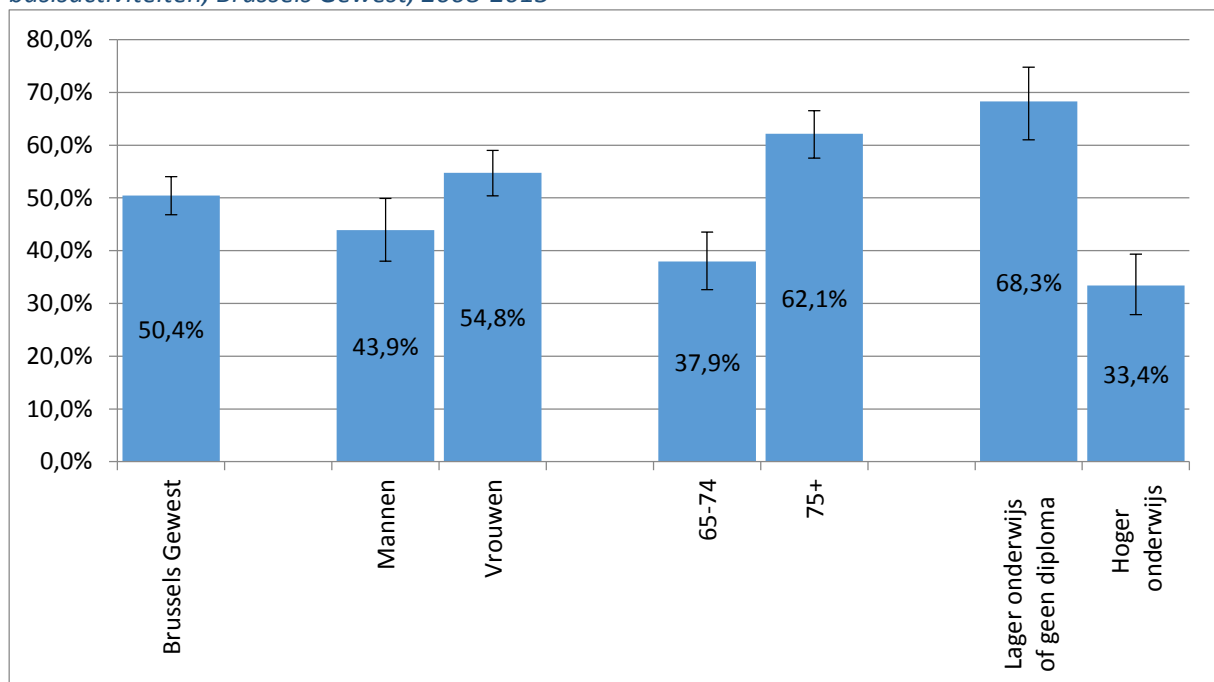
minstens één van de opgesomde activiteiten uit te voeren, een kwart (26,6%) stelt ernstig beperkt te zijn en kan dus minstens één van de opgesomde activiteiten niet zelfstandig uitvoeren.

De prevalentie van beperkingen in het uitvoeren van basisactiviteiten ligt hoger bij vrouwen (54,8 %) dan bij mannen (43,9%) (Figuur 6), maar dit verschil is hoofdzakelijk terug te brengen tot de oudere leeftijdsstructuur bij vrouwen. Vrouwen worden substantieel meer (32,4%) geconfronteerd met ernstig beperkingen dan mannen (17,6%).

Beperkingen in het uitvoeren van basisactiviteiten zijn sterk verbonden met de leeftijd: in de leeftijdsgroep 65-74 jaar geeft 37,9% aan beperkt te zijn; in de leeftijdsgroep 75+ jaar loopt dit op tot 62,1% (Figuur 6). Het gaat hierbij zowel om een toenemend percentage mensen met matige beperkingen (21,0% in de leeftijdsgroep 65-74 jaar, 26,6% in de leeftijdsgroep 75+ jaar) als – en vooral – ernstige beperkingen (respectievelijk 16,9% en 35,6%).

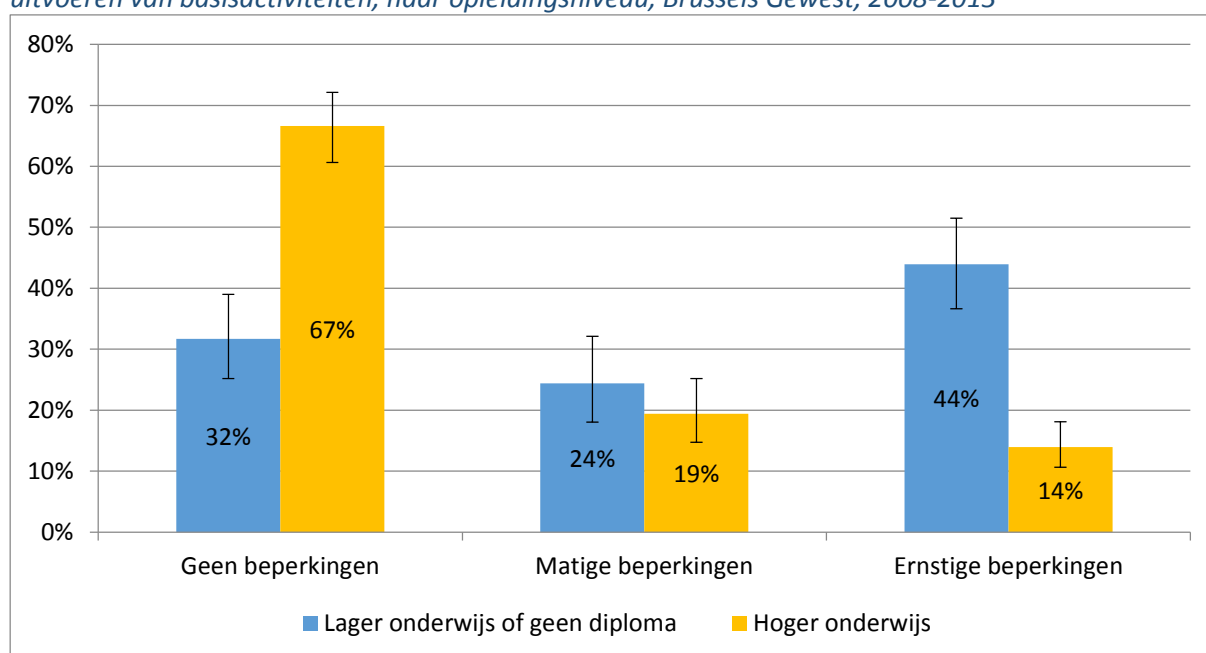
Er kan een duidelijke samenhang vastgesteld worden tussen het opleidingsniveau en de prevalentie van beperkingen bij het uitvoeren van basisactiviteiten: bij ouderen met een diploma lager onderwijs/geen diploma, wordt twee derde (68,3%) geconfronteerd met beperkingen; dit aandeel daalt naarmate het opleidingsniveau stijgt, tot een derde (33,4%) bij personen met een diploma hoger onderwijs (Figuur 6). Ouderen met een diploma lager onderwijs/geen diploma worden ook vaker (43,9%) geconfronteerd met ernstige beperkingen in vergelijking met ouderen met een diploma van het hoger onderwijs (14,0 %) (Figuur 7). We zien tenslotte ook een duidelijke samenhang met het inkomen, waar het aandeel ouderen met beperkingen stijgt van 41,2% bij de hoogste inkomens tot 60,3% bij de laagste inkomens (Figuur 6).

Figuur 6. Aandeel van de bevolking van 65 jaar en ouder met beperkingen in het uitvoeren van basisactiviteiten, Brussels Gewest, 2008-2013



Bron: Gezondheidsenquêtes 2008-2013, WIV-ISP, Berekeningen: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad

Figuur 7. Verdeling van de bevolking van 65 jaar en ouder volgens de ernst van de beperkingen in het uitvoeren van basisactiviteiten, naar opleidingsniveau, Brussels Gewest, 2008-2013



Bron: Gezondheidsenquêtes 2008-2013, WIV-ISP, Berekeningen: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad

2.1.3 BEPERKINGEN IN HET UITVOEREN VAN DAGDAGELIJKSE ACTIVITEITEN

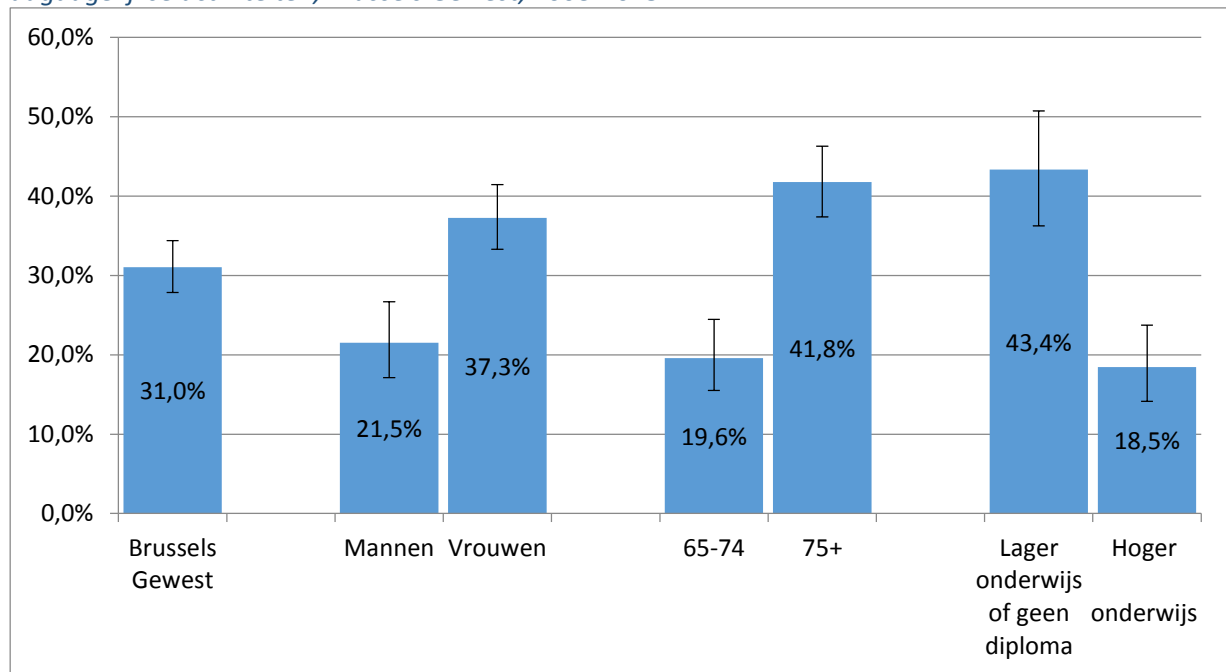
Iets minder dan een derde (31,0%) van de Brusselse 65-plussers geeft aan **beperkt te zijn in het uitvoeren van dagdagelijkse activiteiten** zoals in en uit bed stappen of gaan zitten en opstaan uit een stoel, zichzelf aan- en uitkleden, in bad gaan of een douche nemen, de handen en het gezicht wassen, met mes en vork eten of het toilet gebruiken (Figuur 8). 13,1% geeft aan in enige mate beperkt te zijn, terwijl 17,9% niet (meer) in staat is minstens één van deze activiteiten zelfstandig uit te voeren.

Het aandeel ligt significant hoger bij vrouwen (37,3%) dan bij mannen (21,5%). Vrouwen worden bovendien ook vaker (21,6%) dan mannen (12,4%) geconfronteerd met ernstige beperkingen. Beperkingen in dagdagelijkse activiteiten hangen nauw samen met de leeftijd, en stijgt van 19,6% bij 65-74-jarigen tot 41,7% bij 75-plussers.

Opnieuw een zeer duidelijke sociale gradiënt: de proportie personen met beperkingen in het uitvoeren van dagdagelijkse activiteiten daalt naarmate het opleidingsniveau stijgt⁸. Waar 43,3% van de Brusselse ouderen met een diploma lager onderwijs/geen diploma aangeeft beperkt te zijn, gaat het slechts om 18,5% bij de Brusselse ouderen met een diploma hoger onderwijs.

⁸ Uit berekeningen van het WIV op basis van de cijfers van 2013 blijkt dat deze sociale gradiënt op basis van het opleidingsniveau blijft bestaan na standaardisatie voor leeftijd en geslacht

Figuur 8. Aandeel van de bevolking van 65 jaar en ouder met beperkingen in het uitvoeren van dagdagelijkse activiteiten, Brussels Gewest, 2008-2013

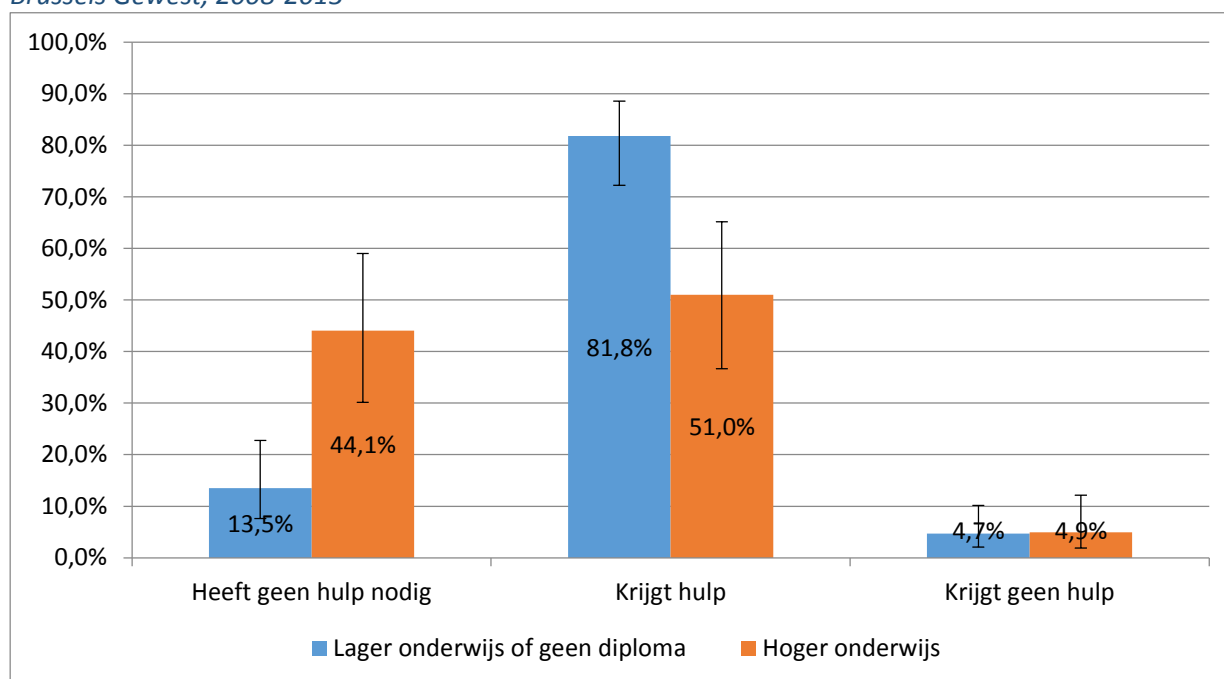


Bron: Gezondheidsenquêtes 2008-2013, WIV-ISP, Berekeningen: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad

22,0% van de personen (65 + jaar) die geconfronteerd worden met beperkingen in uitvoeren van dagdagelijkse activiteiten geeft aan geen **nood aan hulp** te hebben. Ondanks de gemelde beperkingen achten zij zich in staat dergelijke activiteiten zelfstandig te kunnen uitoefenen. 70,9% van de personen met beperkingen geeft aan gewoonlijk geholpen te worden door professionele hulpverleners en/of familie of vrienden. Tenslotte meldt 7,1% van de personen met beperkingen dat ze best hulp zouden kunnen gebruiken, maar daar vooralsnog niet op kunnen rekenen.

De proportie personen met beperkingen die stellen geen nood aan hulp te hebben, stijgt met het opleidingsniveau; van 13,5% bij personen met een diploma lager onderwijs/geen diploma, tot 44,1% bij personen met een diploma hoger onderwijs (Figuur 9). Een omgekeerde gradiënt kan worden vastgesteld voor wat de proportie personen betreft die gewoonlijk hulp krijgen bij het uitvoeren van dagdagelijkse activiteiten; het gaat om 81,8% bij personen met een diploma lager onderwijs/geen diploma en daalt dan tot 51,0% bij personen met een diploma hoger onderwijs.

Figuur 9. Verdeling van de bevolking van 65 jaar en ouder met beperkingen in het uitvoeren van dagdagelijkse activiteiten volgens de hulp waar ze kunnen op rekenen, naar opleidingsniveau, Brussels Gewest, 2008-2013



Bron: Gezondheidsenquêtes 2008-2013, WIV-ISP, Berekeningen: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad

2.1.4 BEPERKINGEN IN HET UITVOEREN VAN HUISHOUDELIJKE ACTIVITEITEN

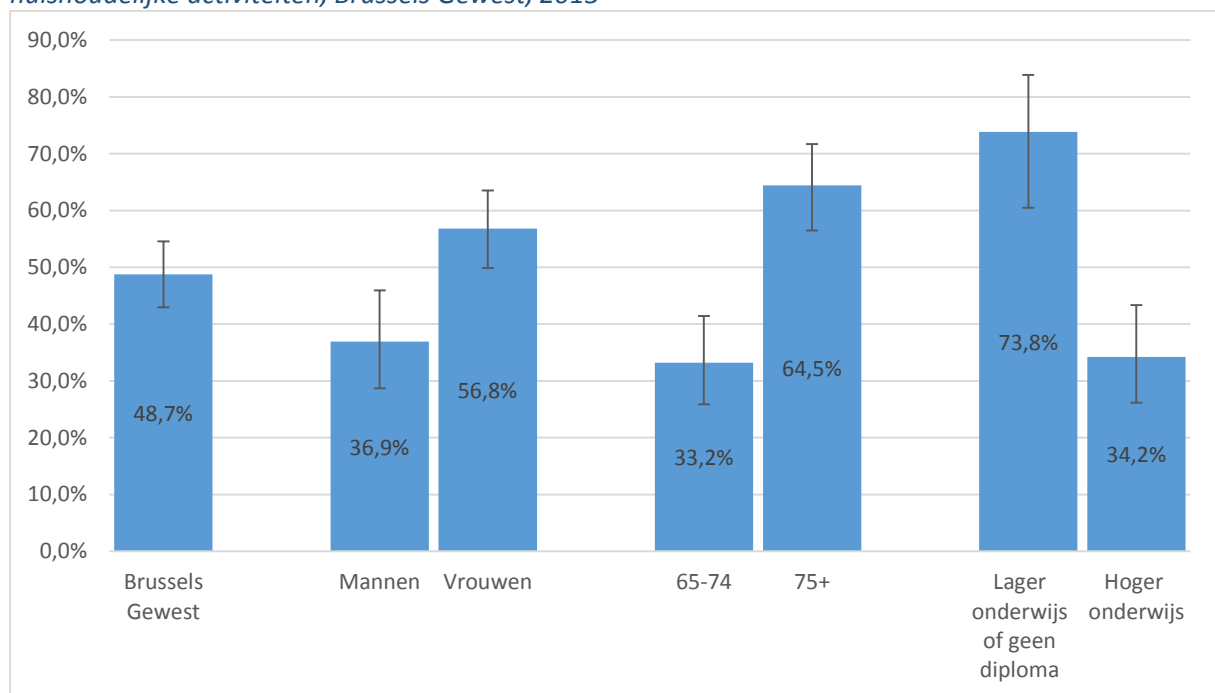
De helft van de Brusselse 65-plussers (48,7%) ondervindt beperkingen bij het uitvoeren van **huishoudelijke activiteiten** zoals maaltijden klaarmaken, de telefoon gebruiken, boodschappen doen,... (Figuur 10). 12,2% geeft aan problemen te hebben bij het uitvoeren van tenminste één activiteit en wordt beschouwd als matig beperkt, 36,6% meldt dat ze tenminste één van deze activiteiten onmogelijk kan uitvoeren zonder de hulp van anderen en wordt beschouwd als ernstig beperkt.

Meer vrouwen (56,8%) dan mannen (36,9%) geven aan beperkt te zijn in het uitvoeren van huishoudelijke activiteiten⁹. Beperkingen in huishoudelijke activiteiten hangen sterk samen met de leeftijd: waar in de leeftijdsgroep 65-74 jaar 33,2% van de bevolking aangeeft (matig of ernstig) beperkt te zijn, stijgt deze proportie pijlsnel in de leeftijdsgroep 75+ jaar; niet minder dan 64,5% van de bevolking geeft hier aan beperkt te zijn bij het uitvoeren van huishoudelijke activiteiten. Er kan een duidelijke samenhang worden vastgesteld tussen het opleidingsniveau en beperkingen in het uitvoeren van huishoudelijke activiteiten. De prevalentie van beperkingen daalt naarmate het opleidingsniveau stijgt: van 73,8% bij Brusselse ouderen met een diploma lager onderwijs/geen diploma 34,2% bij personen met een diploma hoger onderwijs (Figuur 10)¹⁰. Dit verschil in prevalentie van beperkingen tussen de onderscheiden opleidingsniveaus heeft bovendien vooral betrekking op ernstige beperkingen (71,2% bij de laagst opgeleiden, en systematisch dalend tot 22,4% bij de hoogst opgeleiden).

⁹ Het verschil in prevalentie is statistisch significant na correctie voor leeftijd

¹⁰ Na correctie voor leeftijd en geslacht is het verschil in prevalentie van beperkingen in het uitvoeren van huishoudelijke activiteiten tussen de hoogst en de laagst opgeleiden statistisch significant.

Figuur 10. Aandeel van de bevolking van 65 jaar en ouder met beperkingen in het uitvoeren van huishoudelijke activiteiten, Brussels Gewest, 2013



Bron: Gezondheidsenquête 2013, WIV-ISP

Berekeningen: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad

14% van de ouderen met beperkingen geeft aan ondanks deze beperkingen geen **hulp nodig** te hebben voor het uitvoeren van huishoudelijke activiteiten, 79,7% onder hen krijgt gewoonlijk hulp terwijl 6,3% ondanks de beperkingen die ze hebben, niet geholpen wordt bij huishoudelijke activiteiten. De cijfers zijn te klein om deze indicator te berekenen naar geslacht, leeftijd en opleidingsniveau¹¹.

SAMENVATTING

Samenvattend kunnen we stellen dat het risico op functionele beperkingen op de verschillende domeinen duidelijk toeneemt met de leeftijd. Verder zien we dat vrouwen relatief vaker geconfronteerd worden met functionele beperkingen dan mannen. Dit is voor een groot deel terug te brengen tot de verschillen in leeftijdsstructuur tussen mannen en vrouwen, maar voor een aantal indicatoren blijven er significante verschillen na standaardisatie voor leeftijd. Essentieel in het kader van deze armoedetoets, is de vaststelling dat de prevalentie van functionele beperkingen een duidelijke sociale gradiënt kent: zo zien we dat personen met een laag opleidingsniveau in vergelijking met personen met een hoog opleidingsniveau relatief vaker geconfronteerd worden met beperkingen in het uitoefenen van een reeks functies en activiteiten op verschillende levensdomeinen.

Deze vaststelling ligt in de lijn van onderzoek voor heel België (7) waaruit blijkt dat personen met een hoger opleidingsniveau langer leven, langer zonder beperkingen en minder lang met beperkingen.

¹¹ Deze gegevens zijn enkel beschikbaar binnen de Gezondheidsenquête 2013

2.2 VEROUDERING, KWETSBAARHEID EN (ON)AFHANKELIJKHEID

INLEIDING

In dit hoofdstuk identificeren we de belangrijkste factoren die bepalend zijn voor een verhoogd risico op zorgafhankelijkheid en de ongelijke verdeling van dit risico binnen de bevolking van Brusselse ouderen.

We kunnen dit risico op zorgafhankelijkheid als gevolg van veroudering en de sociale ongelijkheden op dit vlak analyseren aan de hand van het concept van **'kwetsbaarheid'**.

Met kwetsbaarheid verwijzen we naar het verhoogd risico om blootgesteld te worden aan specifieke uitdagingen, enerzijds, en over verminderde mogelijkheden te beschikken om hier het hoofd aan te bieden, anderzijds (4). Grundy definieert **kwetsbare ouderen meer in het bijzonder als "zij van wie de reservecapaciteiten beneden de drempel zakken die noodzakelijk is om succesvol het hoofd te bieden aan de uitdagingen waar ze op stuiten"** (8).

We bespreken in wat volgt de drie essentiële componenten van kwetsbaarheid: de uitdagingen (2.2.1), de hulpbronnen en reservecapaciteiten (2.2.2) en de compenserende ondersteuning of interventies (2.2.3).

Methodologische notitie

We analyseren hier de elementen die voortkomen uit de collectieve denkoefening die gemaakt werd door de groep van actoren van het terrein en de groep van ouderen volgens de benadering van "Méthode d'analyse en groupe" (1). De participanten stelden elk twee korte, concrete relazen voor over ervaren (werk)situaties die als voorbeeld konden dienen voor de sociale ongelijkheden inzake het (risico op) verlies van autonomie als gevolg van veroudering en de manier waarop het zorgaanbod een antwoord kan bieden op deze problematiek. Eén relaas moest betrekking hebben op een positieve ervaring, in die zin dat het een voorbeeld zou vormen van hefbomen/successen/sterktes; een tweede relaas moest eerder negatief zijn, en een rem/mislukking/obstakel of zwakte weerspiegelen. Deze relazen werden in groep geanalyseerd om te komen tot een gedeelde diagnostiek.

Het niveau van analyse waarnaar we hier verwijzen is dat van het woord van de deelnemers aan het overleg, de vaststellingen die ze gemaakt hebben op basis van hun eigen ervaring en de gezamenlijke confrontatie van hun respectievelijke ervaringen in het kader van deze cyclus van bijeenkomsten. Daar waar mogelijk worden de vaststellingen en hypotheses die hieruit voortkomen getoetst met beschikbaar cijfermateriaal.

2.2.1 UITDAGINGEN

Het ouder worden gaat gepaard met specifieke *uitdagingen of bedreigingen* voor de levenskwaliteit. Soms manifesteren deze zich langzaam, bijvoorbeeld als gevolg van een progressieve terugval op het vlak van gezondheid, inkomen of sociale rollen, of bij het progressief ontwikkelen van steeds ernstigere beperkingen bij het uitoefenen van dagelijkse functies en activiteiten. Soms dienen deze uitdagingen zich echter zeer acuut aan, bijvoorbeeld bij een plots sterfgeval, een ongeval, een valpartij (8).

« We kenden de heer X al vele jaren, omdat hij elke dag langsging bij een van onze patiëntes, zijn overbuurvrouw. Het was net alsof ze familie van elkaar waren. Hij heeft altijd alleen gewoond en deed elke voormiddag enkele boodschappen voor onze patiënte; daarna bleef hij bij haar een kopje koffie drinken en kreeg hij zijn middagmaal dat zij elke dag bereidde en dat hij dan meenam naar huis om daar te eten. Toen onze patiënte in het ziekenhuis overleed, had dat een grote impact op zijn leven. Daar we nog andere patiënten in de wijk hebben, gingen we regelmatig bij hem langs om te kijken hoe we hem konden helpen [...] We hebben gezien dat er zich veranderingen voordeden in zijn levenshygiëne. Hij liet zich gaan en nam het allemaal niet zo nauw meer » [prof]

Actoren van het terrein getuigen echter evengoed over kwetsbare situaties “sur le fil” waar moeilijkheden en problemen lange tijd aanslepen en zich alsmaar opstapelen en elkaar versterken. De minste gebeurtenis kan er hier voor zorgen dat deze preciaire situaties soms zeer snel omslaan in situaties van grote zorgafhankelijkheid.

« Mensen in onze doelgroep verouderen soms zonder dat ze dat zelf echt beseffen. Doet er zich dan een ernstig probleem voor, dan worden de zaken plots echt dringend. » [prof]

« Met betrekking tot zogenaamde urgenties, ongevallen enzovoort: wij worden vaak geconfronteerd met situaties waarin mensen zich helemaal laten gaan; mensen die een psychiatrische stoornis ontwikkelen; of zelfs met alle vormen van misbruik vanwege de eigenaar enzovoort. Het zijn situaties waarin we recht op een ramp en een hospitalisatie afstevenen. In dergelijke gevallen is er echt sprake van ongelijkheid. Het zijn mensen die zich bevinden in een situatie van ongelijkheid, die lijden onder ongelijkheid. Eenzaamheid, financiële problemen, een ziektebeeld, medische problemen, problemen op het vlak van huisvesting, hygiëne ... Soms is een ziekenhuisopname onvermijdelijk. De betrokkene wordt gehospitaliseerd bij gebrek aan beter. Op dat moment wordt het netwerk belangrijk. Het gaat om situaties van “valse urgenties”, ergens omdat men de zaken heeft laten aanslepen. Dan is er plots sprake van dringendheid en moet men z’n plan trekken. » [prof]

2.2.2 HULPBRONNEN EN RESERVECAPACITEITEN

De capaciteit om succesvol het hoofd te bieden aan deze veelvoudige uitdagingen hangt af van de *reserves of reservecapaciteiten* waarover een persoon beschikt (8). Deze reserves put men uit diverse hulpbronnen en vaardigheden: geestelijk en fysiek gezondheidskapitaal, familiale relaties en sociaal netwerk, aanpassingsstrategieën, persoonlijkheid en sociale vaardigheden, rijkdom en materiële bronnen, verschillende vormen van intergenerationele en collectieve ondersteuning.

Het levensloopsperspectief is essentieel in deze: de reserves van een persoon op oudere leeftijd weerspiegelen de opbouw en het verlies van hulpbronnen en vaardigheden in de loop van zijn of haar leven. Zo wordt de gezondheidstoestand van een persoon bepaald door zowel genetische factoren als blootstelling aan gunstige en ongunstige omgevingen en gedragingen gedurende het leven. En zo worden ook materiaal bezit of nog sociale netwerken uitgebouwd in de loop van het leven (4).

INKOMEN

Voor wat de hulpbronnen en reservecapaciteiten van de Brusselse ouderen betreft, getuigen de actoren van het terrein in de eerste plaats over een **zeer grote armoede en bestaansonzekerheid bij een belangrijk deel van hun doelpubliek**. Dit vertaalt zich in de eerste plaats in zeer grote financiële kwetsbaarheid, waarbij ouderen maandelijks moeten rondkomen met zeer kleine pensioenen of bijstandsuitkeringen, en over weinig middelen beschikken, wat maakt dat ze het zeer moeilijk hebben om de eindjes aan elkaar te knopen.

Op basis van de EU-SILC enquête 2015 (inkomens 2014) zien we dat 15,2% van de 65-plussers in België moet rondkomen met een inkomen onder de armoederisicogrens, wat vergelijkbaar is met het **armoederisico** van de totale bevolking (14,9%). Omwille van de te kleine steekproef, kunnen we deze indicator echter niet berekenen voor het Brussels Gewest.

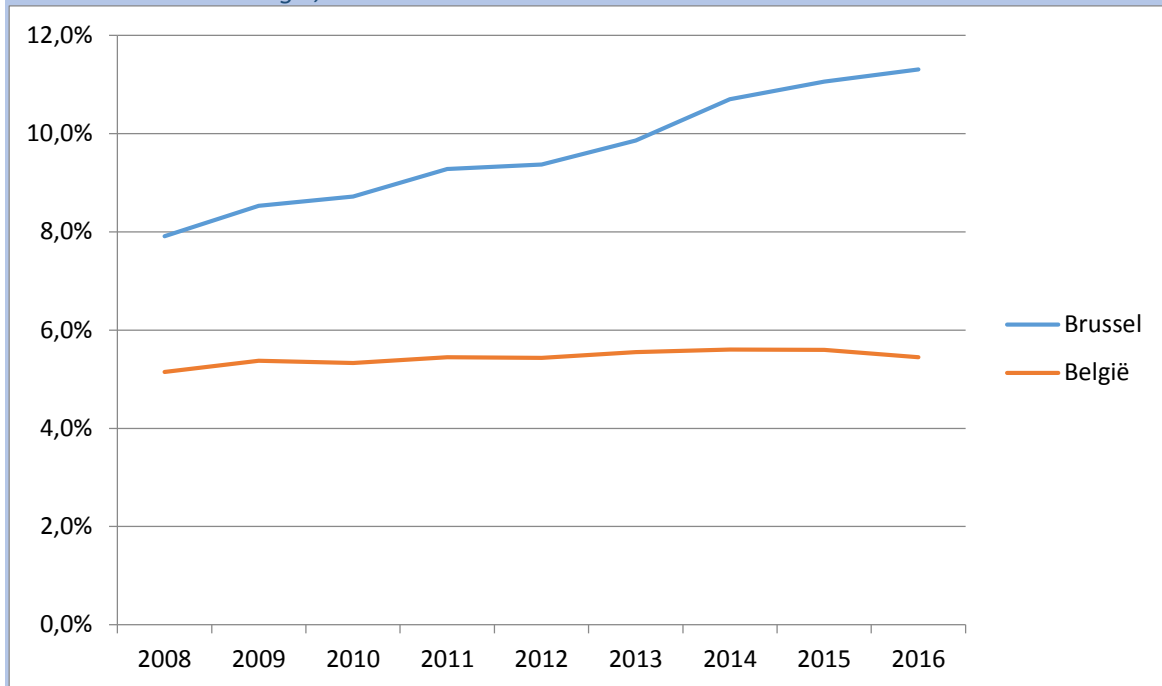
Op basis van alternatieve indicatoren, kunnen we echter wel een zicht krijgen op het aandeel ouderen in een financieel kwetsbare situatie in het Brussels Gewest. Een eerste indicator voor financiële armoede betreft het aandeel ouderen dat een beroep moet doen op een bijstandsuitkering in de vorm van een **Inkomensgarantie voor Ouderen** (waarvan het bedrag in de buurt van de armoederisicogrens ligt): 65-plussers die geen of een ontoereikend pensioen hebben en over onvoldoende financiële middelen beschikken, kunnen na een grondig bestaansmiddelenonderzoek een beroep doen op deze Inkomensgarantie voor Ouderen (IGO). We zien dat het aandeel Brusselse ouderen met een IGO de laatste jaren stijgt, tot 11,3% in 2016. Dit is dubbel zo hoog als in heel België (5,4 % in 2016), waar het aandeel bovendien al een aantal jaar stabiel bleef (Figuur 11).

Ook het aantal mensen die recht hebben op een **verhoogde tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging** kan gehanteerd worden als een indicator van het aantal mensen dat leeft in financieel moeilijke omstandigheden¹². We zien dat in 2016 iets minder dan derde (30,2%) van de Brusselse ouderen recht had op de verhoogde tegemoetkoming¹³.

¹² Er zijn sinds 2014 drie mogelijke voorwaarden die recht geven op deze verhoogde tegemoetkoming: 1) als rechthebbende op een specifieke sociale uitkering (o.a. leefloon en IGO); 2) via de hoedanigheid als wees of als niet-begeleide minderjarige vreemdeling; of 3) op basis van een laag inkomen.

¹³ Bron: Kruispuntbank Sociale Zekerheid 2016; FOD Economie – Statistics Belgium

Figuur 11. Evolutie van het aandeel 65-plussers met een Inkomensgarantie voor Ouderen (IGO), Brussels Gewest en België, 2008-2016



Bron: FOD Economie – Statistics Belgium, Federale pensioendienst, FOD Sociale Zekerheid

Het directe gevolg van deze financiële kwetsbaarheid is dat **heel wat ouderen grote moeilijkheden ondervinden om een beroep te doen op soms zeer noodzakelijke bijstand of zorgen, en deze moeten uit- of afstellen.**

« Mijnheer loopt met krukken, een deel van zijn voet is geamputeerd. Hij kampt dus met zware problemen op het vlak van mobiliteit. Driemaal per dag moet hij antibiotica innemen. Hij heeft een infuusstandaard nodig, maar daarvoor moet hij een waarborg betalen. Mijnheer heeft echter geen geld. Hij krijgt zijn geneesmiddelen van de ziekenhuisapothek in het kader van een proefproject. Voor de rest heeft mijnheer alle verdere hulp echter afgewezen omdat hij er niet voor kan betalen. Hij loopt dus het risico te hervallen. » [prof]

« Mevrouw heeft bijvoorbeeld een nieuw gebit nodig, omdat ze sterk vermagerd is; nu heeft ze pijn wanneer ze haar gebit inbrengt. En dus eet ze niet genoeg omdat ze niet over de middelen beschikt om te betalen voor een nieuw gebit. Dus eet ze alleen maar zacht of vloeibaar voedsel. Ze heeft daardoor enorm veel gewicht verloren. » [prof]

« Ondanks hun 2 pensioentjes hebben ze nauwelijks voldoende om te betalen voor de huur en voor alles wat ze nodig hebben. Daar hij toch nood heeft aan enige hulp, is dat zeer moeilijk, daar ze er amper in slagen het hoofd boven water te houden en nu en dan te betalen voor iemand die hun huis komt onderhouden enzovoort. In principe zouden ze meer hulp nodig hebben, maar momenteel is dat financieel gezien niet mogelijk. »
[prof]

Volgens de Gezondheidsenquête 2013 geeft een op de zeven (14,3%) Brusselse 65-plussers aan gezondheidszorgen uit te stellen om financiële redenen, wat meer dan drie keer zoveel is in vergelijking met ouderen in heel België (4,6%).

Financiële problemen kunnen leiden tot overmatige schuldenlast, en actoren van het terrein getuigen van situaties van mensen in schuldbemiddeling die geen enkele controle meer hebben over hun inkomen.

« Mijnheer heeft een klein pensioen. Hij heeft zijn uitgaven zeer slecht beheerd en liet na zijn facturen te betalen, gezien de hoogte van zijn schulden; zijn inkomsten worden nu beheerd door een bewindvoerder. Hij krijgt niet meer dan 20 euro zakgeld per maand. » [prof]

HUISVESTING EN LEEFOMGEVING

Een van de belangrijkste determinanten van een verhoogde kwetsbaarheid bij Brusselse ouderen, die bovendien een belangrijk terrein voor sociale ongelijkheden vormt, betreft de huisvesting en de leefomgeving.

Huisvesting vormt in de eerste plaats vaak een **zware financiële last** die een groot deel van het besteedbaar budget in beslag neemt.

Voor wat de huisvestingssituatie betreft, weten we dat eigenaarschap van de woning een bescherming kan bieden tegen materiële armoede (zeker in het geval van een afbetaalde of niet te zware hypotheeklening). Op basis van cijfers voor heel België zien we inderdaad dat het armoederisico bij 65-plussers het hoogst ligt bij sociale huurders en bij huurders op de private markt. Als we rekening houden met het reëel beschikbaar inkomen (door middel van een geïmputeerde huur bij eigenaars), zien we nog een sterke daling van het armoederisico bij eigenaars (net als bij sociale huurders, als rekening wordt gehouden met hun gereduceerde huur) (9). Op basis van de Census 2011 stellen we vast dat 54,1 % van de Brusselse 65-plussers eigenaar is van zijn of haar woning (tegenover 72,2 % bij 65-plussers in heel België), en 40,5 % in een huurwoning woont (tegenover 21,7 % bij 65-plussers in heel België). In 2014 woonde 8% van de Brusselse 61-70-jarigen en 9% van de 71-plussers in een sociale woning.

De actoren van het terrein getuigen ook van **woningen waarin elk basiscomfort ontbreekt**, en soms zelfs over erbarmelijke en ongezonde leefomstandigheden in vaak ronduit onbewoonbare woningen, uitgebuit door huisjesmelkers.

« Tijdens mijn eerste huisbezoek zie ik de schimmel op de muren en zie ik ook kakkerlakken lopen. Mijnheer X zegt me dat er ook muizen zijn. De eigenaar woont op de benedenverdieping waar hij een café uitbaat. De stookketel werkt niet en om zich te wassen warmt hij water op in een kookpot. Hij heeft met de eigenaar gesproken, maar die reageert niet. »
[prof]

« Ze heeft een aanvraag ingediend om hulp te krijgen. We zijn de toestand ter plaatse nagegaan en hebben vastgesteld dat de koelkast leeg was en alles kapot ging in het appartement. » [prof]

« Hij woonde in een huis op de 3e verdieping. De eigenaar had zijn appartement gewoon in twee verdeeld. Er bleef voor hem maar één kamer over. De rest was verhuurd aan een koppel. De man wist niet wat aan te vangen en is daar gebleven. Er werden maaltijden bij hem thuis geleverd, maar hij had niet gezegd dat hij niet langer toegang had tot het fornuis of de badkamer. Dus at hij alles koud op. De maatschappelijk assistenten van het OCMW hebben hem opgezocht en troffen hem aan op een matras, in vreselijke omstandigheden. De hygiëne was ... De maatschappelijk assistenten vonden kleren met uitwerpselen van muizen enzovoort. Dus is mijnheer bij ons terechtgekomen. Hij woog nog maar 46 kilogram. » [prof]

« Ik zit in een woning die niet menselijk is. Mijn kleren: in zakken. Douche werkt niet. Wassen aan de gootsteen. Soms heb ik water, soms heb ik geen water. Ik wil een andere woning, ik ben aan het sparen. Ik sta er alleen voor. Ik woon er al sinds 1999. En de huisbaas wil niets horen. Het is onmenselijk. En daar moet ik 370 euro voor betalen. Schandalig ! »
[pers]

De Gezondheidsenquête 2013 leert ons dat 4,4 % van de Brusselse 65-plussers aangeeft moeilijkheden te ondervinden om hun woning voldoende te verwarmen, en 7,5% ernstige vocht- of schimmelproblemen meldt. Op basis van cijfers voor de hele Brusselse bevolking zien we dat er belangrijke sociale ongelijkheden zijn, waarbij personen met een laag opleidingsniveau en private huurders significant meer comfortproblemen ondervinden in vergelijking met hoog opgeleiden en eigenaars (10). Verder zien we nog dat 41,8% van de Brusselse 65-plussers aangeeft thuis hinder te ondervinden door omgevingsfactoren als luchtverontreiniging, slechte geuren, trillingen te wijten aan verkeer of fabriek, en/of lawaai. Dit aandeel ligt significant hoger in vergelijking met heel België (22,9%).

De woning is vaak ook niet aangepast aan de functionele beperkingen, in termen van toegankelijkheid en veiligheid, wat de kwetsbaarheid nog verder verhoogt. Men spreekt over een onaangepaste badkamer en/of toilet, de afwezigheid van een lift in het gebouw en onveilige trappen, maar ook het ontbreken van hulpmiddelen binnenshuis zoals handgrepen en andere steunmiddelen.

« Mijnheer X woont op de 3e verdieping van een klein appartementsblok. Hij beklaat zich over het feit dat hij niet naar buiten kan omdat er geen lift is en de trap een groot obstakel vormt. » [prof]

« Het was onmogelijk om maaltijden aan huis te leveren: de deurtelefoon was stuk en mijnheer is niet bij machte om de trap af te lopen om de maaltijden in ontvangst te nemen. » [prof]

« Mevrouw X lijdt aan multiple sclerose in een vergevorderd stadium. [...] Haar badkamer is totaal niet aangepast aan haar handicap. Ze heeft alleen maar een badkuip. Sinds ze volledig verlamd is, kan ze niet meer in bad gaan. Het is helemaal niet aangepast. En dus moet ze op bed worden gewassen, behalve wanneer ze naar Melsbroek gaat. Dat maakt mevrouw zeer verdrietig, omdat ze weigert dat men haar op bed wast. De situatie is erg moeilijk. » [prof]

Voor wat deze onaangepaste woningen betreft, worden niet enkel de hoge kostprijzen en de complexiteit voor aanvragen voor aanpassingen aangehaald als belangrijke drempel, maar worden ook voorbeelden geciteerd waarin men als huurder binnen de sociale huisvestingsmarkt verplicht wordt om zijn of haar woning in oorspronkelijke staat te herstellen bij vertrek. Ook op de private huurmarkt is dit het geval, behalve als er een akkoord gevonden wordt met de eigenaar.

Naast de kwaliteit van de woning, is de **kwaliteit van de leefomgeving** eveneens een belangrijke determinant van de levenskwaliteit van ouderen. Ook hier getuigen actoren van het terrein van wijken in Brussel waar elk basiscomfort ontbreekt, wat een grote invloed heeft op de mogelijkheden van ouderen om buiten te komen, zich te verplaatsen en toegang te vinden tot dienstverlening op verschillende domeinen.

« De wijk is armer geworden en de stoep ligt er gevaarlijk bij. Hij is bang om te vallen. Er is een metrohalte in de buurt, maar al te vaak werkt de roltrap niet, dus verplaatst hij zich niet meer met het openbaar vervoer. » [prof]

« Ze zou graag boodschappen doen om dingen te kunnen kopen die ze niet vindt in de winkels in haar wijk. » [prof]

« Je moet ook eens zien hoe de straten en trottoirs erbij liggen. Het is beneden alle peil. Wie moeilijk te been is, moet de hele tijd naar beneden kijken om niet te struikelen. Het zou al helpen, voor alle mensen die zich moeilijk verplaatsen, als er iets zou worden gedaan aan de trottoirs en de straten. De openbare ruimte moet voor iedereen toegankelijker zijn. Dat maakt deel uit van welzijn. Op die manier stelt men zich open, legt men contacten ... op die manier zouden ook de gezondheidsproblemen minder groot zijn. » [pers]

Volgens de Gezondheidsenquête 2013 woont 38,5 % van de Brusselse 65-plussers in een omgeving met ernstige problemen op het vlak van omgevingsfactoren, in termen van snelheid en/of hoeveelheid verkeer, opstapeling van vuilnis, vandalisme, graffiti of opzettelijke beschadiging van eigendommen en de toegang tot parken of andere groene of recreatieve openbare ruimtes. Dit aandeel ligt een stuk hoger in vergelijking met het hele land (24,6%). Ook hier zien we op basis van cijfers voor de hele Brusselse bevolking sociale ongelijkheden op het vlak van opleidingsniveau (10).

Een ongezonde en/of onaangepaste woning kan voor sommige ouderen echter de enige en laatste mogelijkheid zijn omwille van de hoge huurprijzen op de woningmarkt. Huurders durven deze omstandigheden vaak ook niet aan te klagen, uit angst om uit huis gezet te worden, en vervolgens geen nieuwe woning te vinden aan dezelfde prijs.

« De dienst stelt voor om contact op te nemen met de eigenaar om hem op zijn verantwoordelijkheid te wijzen, maar mijnheer X weigert. Hij is bang dat de eigenaar hem zal dwingen te vertrekken en dat hij geen woning voor dezelfde prijs zal vinden. Hij heeft verhalen gehoord van mensen die na 7 jaar nog steeds wachten op nieuws in verband met een sociale woning. En dus blijft hij in zijn appartement, in een onhygiënische en ongezonde omgeving die niet aangepast is aan zijn situatie en waar het openbaar vervoer te wensen overlaat. » [prof]

SOCIAAL NETWERK

Een volgende essentiële hulpbron waaruit ouderen reserves kunnen putten, betreft het **familiaal en sociaal netwerk**. Deze netwerken vormen meer bepaald een potentiële bron voor sociale ondersteuning, in de eerste plaats in de vorm van directe, praktische hulp en advies. Daarnaast vormt het sociaal netwerk een bron voor morele ondersteuning en bevredigt het de fundamentele nood aan veiligheid, affectie en sociale contacten en interacties (8,11). Via de sociale ondersteuning die het biedt, vormt het sociaal netwerk een belangrijke buffer tegen stressvolle momenten en/of biedt het de mogelijkheid om beter met deze momenten om te gaan en beschermt het tegen de mogelijke gevolgen van stress (11,12).

« Persoonlijk heb ik me altijd opengesteld voor de wereld. Vroeger heb ik een sociaal netwerk opgebouwd. En dat heeft mijn leven gered. Indien ik dat niet had gehad, had ik mezelf laten doodgaan. Het is erg om zo iets te zeggen... [...] Mijn netwerk heeft me in staat gesteld mezelf voor te houden: ziezo, we zullen gezinshulp voor je zoeken, om je te helpen je boodschappen te doen, om je was te doen; we zullen een netwerk vinden om je te verzorgen, het medisch huis ... Op die manier heb ik mensen leren kennen. Had ik dat netwerk niet gehad, wat zou er dan zijn gebeurd? Ik zou er al lang niet meer zijn. » [pers]

Met het ouder worden, en het wegvallen van een eventuele job en het bijhorend netwerk, het uit huis gaan van de kinderen, het eventuele verlies van de partner of naasten, etc, wordt iedereen geconfronteerd met een groter risico op een kleiner sociaal netwerk. Studies hebben aangetoond dat het risico om niet te kunnen terugvallen op een ondersteunend sociaal netwerk inderdaad toeneemt met de leeftijd, maar ook een sociale gradiënt vertoont (12).

De actoren van het terrein getuigen van een zeer groot sociaal isolement en gebrek aan sociale ondersteuning bij hun doelpubliek. Veel van de ouderen die ze begeleiden en zorgafhankelijk zijn, zijn alleenstaand, hebben geen familie meer of alleszins geen of weinig contact meer, en hebben een beperkt sociaal netwerk.

« Mijnheer X leeft alleen, zonder vrienden of kinderen. Hij heeft een broer met wie hij echter niets meer te maken wil hebben. Hij heeft vooral contact met de mensen van de verschillende diensten. [...] Zijn sociale contacten beperken zich dus tot die met de diensten. [...] Hij liet al meermaals een woordje achter op tafel om te zeggen dat hij zich zeer eenzaam voelt. [...] Hij lijdt onder zijn eenzaamheid, maar tegelijk is hij er toch ook aan gehecht. Hij wordt zeer weinig gestimuleerd en dit laat zich merken in de manier waarop hij eet en drinkt, zich slecht situeert in de tijd, niet praat ... Dit alles zorgt ervoor dat wij zeer alert moeten zijn om een nog grotere afhankelijkheid te voorkomen. » [prof]

« Ze heeft haar man 30 jaar geleden al verloren. [...] Haar zoon woont aan zee en ze ziet hem niet vaak. Haar buurvrouw, die vaak boodschappen voor haar deed en met wie ze een goed contact had, is 2 jaar geleden overleden. » [prof]

Op basis van de Gezondheidsenquêtes 2008 en 2013 zien we dat een kwart (25,2 %) van de Brusselse 65-plussers aangeeft dat ze niet of nauwelijks op anderen kunnen rekenen ingeval ze met zware problemen worden geconfronteerd, ze evenmin makkelijk praktische hulp van burens kunnen krijgen en dat andere mensen niet of nauwelijks in hun geïnteresseerd zijn (11). Dit aandeel ligt duidelijk hoger bij de laagst opgeleiden (38,6 %) dan bij de hoogst opgeleide ouderen (22,9 %).

Daar waar op een of meerdere personen uit de directe omgeving gerekend wordt voor zorg en ondersteuning, de zogenaamde mantelzorg of informele zorg, waarschuwen actoren van het terrein voor situaties van uitputting bij de mantelzorger.

« Ook de mantelzorgers kunnen echter uitgeput raken. Ze beseffen bovendien niet altijd dat ze eigenlijk mantelzorgers zijn. Soms ergeren ze zich aan het feit dat ze zo worden genoemd: "Het is mijn man, het is normaal dat ik voor hem zorg." Mantelzorgers zien zichzelf niet altijd als mantelzorgers en gaan soms door tot ze zelf uitgeput raken. Dat is nog meer het geval bij ouderen. » [prof]

De actoren van het terrein geven daarentegen evengoed voorbeelden van situaties waarin de (hernieuwde) mogelijkheid tot sociale contacten en sociale interactie positieve effecten hebben op de veerkracht en levenskwaliteit van ouderen.

« We hebben een verandering vastgesteld op het vlak van zijn levenshygiëne. Hij neemt het allemaal niet zo nauw meer. [...] We hebben voorgesteld hem in contact te brengen met de maatschappelijk werkster [van het buurthuis]. Die is verschillende keren bij hem langsgekomen. Er ontstond een vertrouwensband. Daarna begon hij zelf de verplaatsing te maken. Hij kwam opnieuw buiten. Beetje bij beetje maakte hij kennis met het personeel en enkele bewoners van de wijk, hij is enkele keren blijven eten. Tegelijk bleef hij gehecht aan zijn teruggetrokken bestaan: hij weet nu echter dat hij op hen kan rekenen. Vandaag maakt hij opnieuw zelf zijn eten klaar en doet hij elke dag zijn boodschappen. Hij verzorgt zichzelf ook weer beter. Meerdere keren per week gaat hij 's morgens een kop koffie drinken en luistert hij naar verhalen uit de wijk. Twee wijkbewoners springen nu en dan eens bij hem binnen, en hij aanvaardt dat. Er is een band ontstaan. Hij heeft een zekere autonomie teruggevonden. Er hebben zich in de wijk solidaire relaties ontwikkeld. » [prof]

« Sindsdien neemt mevrouw vaak deel aan de activiteiten van ons centrum. Ze is opengebloeid en haar levenskwaliteit is sterk verbeterd. Mevrouw is goed gezien in ons centrum, iedereen gaat graag met haar om. » [prof]

Het netwerk, in brede zin, georganiseerd in de directe leefomgeving, kan ook een rol spelen in het detecteren van eventuele problemen.

« Een man van 72 jaar die vorige week is binnengekomen, omdat hij alleen woonde. Hij ging elke middag eten in een snackbar in de buurt van zijn woning. Toen de mensen van de snackbar hem niet meer zagen, vonden ze dat vreemd. Ze begonnen zich zorgen te maken en zijn gaan kijken waar hij woonde. » [prof]

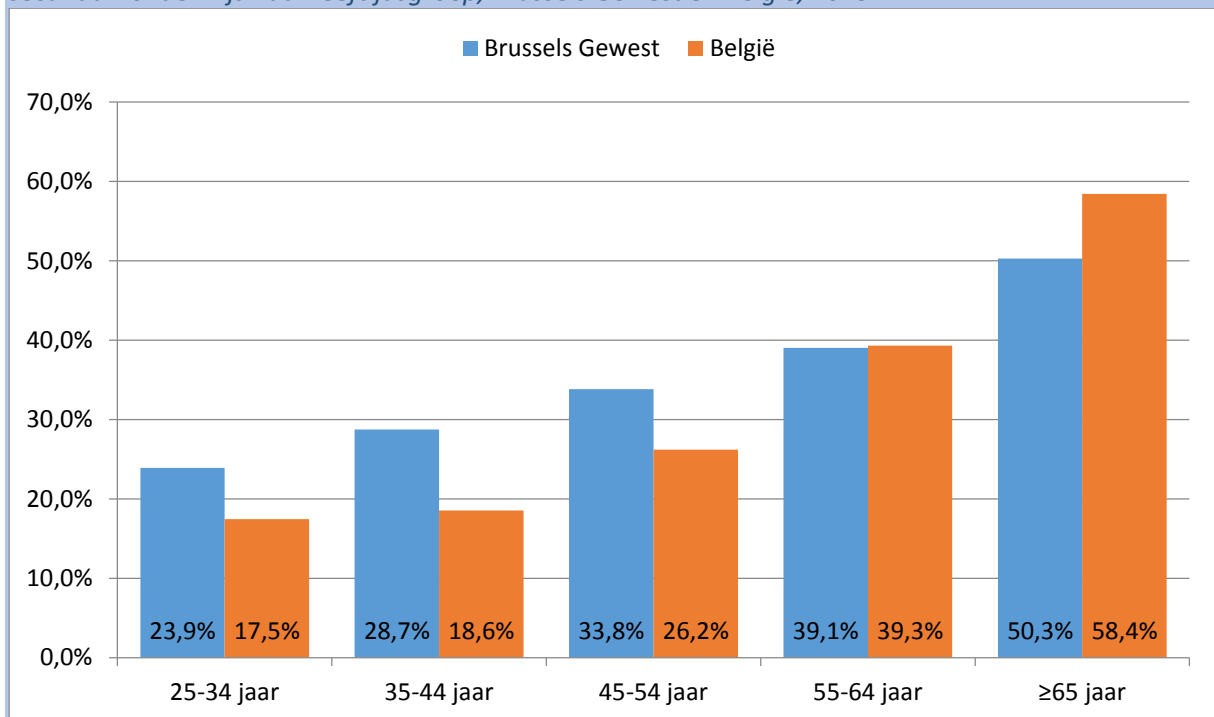
OPLEIDINGSNIVEAU

We kijken ook naar het opleidingsniveau van de Brusselse ouderen, wat gehanteerd kan worden als indicator voor het sociaal-economisch statuut. We hanteren hier meer in het bijzonder de hypothese dat het opleidingsniveau een indicator vormt van de beroeps carrière en het verdiende loon, en bijgevolg van het huidige pensioenniveau.

Op het vlak van **opleidingsniveau** zien we vandaag nog een bevoorrechte situatie bij de Brusselse ouderen in vergelijking met heel België: onder de Brusselse 65-plussers vinden we namelijk een lager aandeel laaggeschoolden (50,3%) in vergelijking met heel België (58,4%).

Bij de jongere leeftijdscategorieën zien we daarentegen een tegenovergesteld beeld, met een hoger aandeel laaggeschoolden in het Brussels Gewest (Figuur 12).

Figuur 12. Aandeel van de bevolking van 25 jaar en ouder met maximum een diploma van het lager secundair onderwijs naar leeftijdsgroep, Brussels Gewest en België, 2015



Bron: FOD Economie - Statistics Belgium, Arbeidskrachtenenquête 2015

Belangrijk om te benadrukken, is de vaststelling dat deze situatie in de loop van de jaren sterk geëvolueerd is en verder sterk zal blijven evolueren, en meer bepaald dat de Brusselse bevolking haar 'voorsprong' inzake scholingsgraad van haar oudere bevolking jaar op jaar ziet afnemen. Zo kende de Brusselse bevolking in 2005 ook in de leeftijdsgroepen van 45-54- en 55-64-jarigen nog een voorsprong inzake scholingsgraad ten opzichte van het hele land. Vanaf 2008 zien we al dat het aandeel laaggeschoolden in de leeftijdscategorie 45-54-jarigen hoger komt te liggen in het Brussels Gewest; vanaf 2014 zien we dezelfde inhaalbeweging in de leeftijdscategorie van 55-64-jarigen. In 2015 zien we enkel nog bij de 65-plussers een lager aandeel laaggeschoolden in het Brussels Gewest, maar ook hier nemen de verschillen af. Deze evolutie weerspiegelt de relatieve verarming van de jongere generaties (en dus toekomstig ouderen) ten opzichte van de huidige 65-plussers in het Brussels Gewest. Naast een toename van het absoluut aantal ouderen, zal het Brussels Gewest in de nabije toekomst ook geconfronteerd worden met een toenemende kwetsbaarheid van haar oudere bevolking.

GEZONDHEID EN FRAILITY

Een laatste dimensie van reserve die we hier analyseren, betreft de gezondheidstoestand van de Brusselse ouderen. Het is een bijzondere hulpbron, in de zin dat deze sterk samenhangt met de reserves uit de andere hulpbronnen en dat gezondheidsongelijkheden in grote mate bepaald worden door sociale ongelijkheden. De levensloop is ook bepalend voor iemands gezondheid. Mensen die moeilijke levensomstandigheden kenden, die zware, gevaarlijke of slecht beschermde beroepen uitoefenden, die op regelmatige basis stresserende gebeurtenissen meemaakten, die niet over een efficiënte sociale ondersteuning beschikten, bereiken over het algemeen hun oudere dag met een sterk aangetast gezondheidskapitaal, zowel fysiek als mentaal (4).

We analyseren hier in de eerste plaats de prevalentie van **'frailty'** bij ouderen, en meer bepaald de **fysieke dimensie van frailty**. Frailty wordt hier gezien als een biologisch syndroom dat voortkomt uit een cumulatieve achteruitgang in verschillende fysiologische systemen met een afname van de reservecapaciteiten en de weerstand van het lichaam ten opzichte van externe stressoren tot gevolg (13). Vanuit deze benadering wordt iemand als frail gedefinieerd als hij of zij geconfronteerd wordt met een of meerdere fysieke problemen, zoals gewichtsverlies, een laag uithoudingsvermogen en weinig energie, afgenomen kracht, traagheid, en een lage fysieke activiteit. Frailty gaat gepaard met een hoger risico op gezondheidsproblemen, en verhoogt het risico op het ontwikkelen van een toenemende (zorg)afhankelijkheid (14,15). Onderzoek toont inderdaad aan dat indicatoren van fysieke frailty een goede voorspeller zijn voor beperkingen in het uitoefenen van dagelijkse activiteiten (13), en wijst op het voorkomen van een sociale gradiënt in de prevalentie van fysieke frailty (16–18).

De actoren van het terrein geven voorbeelden van situaties waarin een cumulatie van fysieke problemen en een stelselmatige achteruitgang van de fysieke gezondheid voor situaties van zorgafhankelijkheid zorgen.

« Een vrouw van 72 jaar die kampt met verschillende gezondheidsproblemen waardoor ze erg verzwakt is. Als gevolg daarvan is mevrouw gedeprimeerd en zeer geïsoleerd geraakt; haar lichaamshygiëne en de manier waarop ze zich voedt, vormen een probleem. Mevrouw eet niet veel meer, ook al zijn haar cognitieve functies nog goed. » [prof]

« In 2011 zijn we met de verzorging begonnen. Haar algemene toestand gaat er een beetje op achteruit. Ze heeft een te hoge bloeddruk. Van onze kant zijn we begonnen zorgen toe te dienen voor verzweringen aan de onderste ledematen, het gevolg van chronische veneuze insufficiëntie. Sinds 2011 wisselen remissies en verergeringen elkaar af. Beetje bij beetje beginnen we meer diensten te verlenen. [...] Ondanks alles verslechtert haar toestand geleidelijk. Ze heeft steeds meer pijn. » [prof]

De actoren van het terrein benadrukken echter dat frailty niet enkel een fysiek probleem is, en dat de aandacht dus niet louter op de fysieke gezondheid mag liggen. Ze vragen bijzondere aandacht voor de **psychologische kwetsbaarheid** van ouderen, en getuigen over negatieve gevoelens en depressieve symptomen bij hun doelpubliek die evenzeer bepalend zijn voor de zorgafhankelijkheid. Onderzoek bevestigt de invloed van psychologische kwetsbaarheid op de levenskwaliteit van ouderen (19).

Longitudinaal onderzoek (20) wijst daarenboven op een sterke link tussen fysieke beperkingen en een daaropvolgende aanzet tot ontwikkeling van depressie, wat er op wijst dat fysieke beperkingen een significante risicofactor is voor een slechte mentale gezondheid op oudere leeftijd. Er is evenzeer bewijstmateriaal dat aanhoudende depressie op zich ook een bijdraagt tot (verder) ontwikkelen van fysieke beperkingen.

8,6 % van de Brusselse ouderen rapporteert een depressie of ernstige somberheid in het afgelopen jaar (Gezondheidsenquêtes 2008-2013). We stellen hier een sociale gradiënt vast, met een aandeel van 11,4 % bij de laagst opgeleiden, in vergelijking met 5,1 % bij de hoogst opgeleiden.

De actoren van het terrein getuigen verder ook over het voorkomen van extreme gevallen van **psychotische of persoonlijkheidsstoornissen** die een zeer grote zorgafhankelijkheid met zich meebrengen.

« Een man van 76 jaar, met een hersentumor, in de laatste levensfase. Hij heeft een psychotische persoonlijkheid. Hij zou graag naar huis gaan om daar zijn levenseinde af te wachten. We hebben hem dus naar huis gebracht, het was een leeg appartement, met alleen maar een matras en overal op de vloer lagen kranten. Er waren geen meubelen. » [prof]

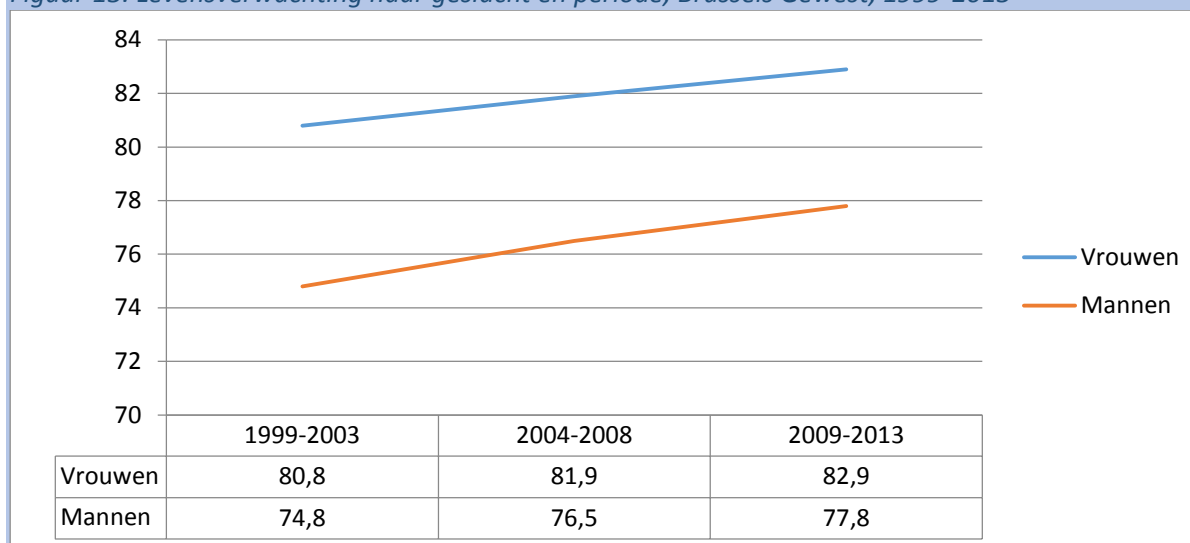
« [We hebben] een persoon [gevonden] die zich volledig afzonderde. De burens hebben ons gebeld omdat het huis totaal onbewoonbaar was geworden daar de bewoonster alles op zijn beloop liet. De vrouw, blijkbaar zonder familie, laat onze maatschappelijk werkers binnen die een onwaarschijnlijke toestand aantreffen. De onbewoonbaarheid wordt veroorzaakt door bergen voorwerpen. Het syndroom van Diogenes: ze verzamelt alles en eender wat. » [prof]

We eindigen tenslotte met twee indicatoren die de algemene gezondheidsstatus van de Brusselse ouderen beschrijven.

We kijken eerst naar de 'subjectieve' of **zelfgerapporteerde gezondheid**, een begrip dat zowel het welzijn als de gezondheid in brede zin omvat. Het aandeel van de bevolking dat zich in minder goede gezondheid voelt, stijgt logischerwijs met de leeftijd. Volgens de Gezondheidsenquêtes 2008-2013 verklaart vier op de tien (42,4 %) van de Brusselse 65-plussers niet in een goede gezondheid te verkeren. We noteren een duidelijke sociale gradiënt: bij de hoogst opgeleiden geeft iets minder dan een derde (30,9 %) van de Brusselse ouderen aan in slechte gezondheid te verkeren; bij de laagst opgeleiden ligt dit aandeel dubbel zo hoog (59,5 %).

De **levensverwachting** bij de geboorte tenslotte, blijft toenemen, tot 78,2 bij mannen en 83,2 bij vrouwen in 2013 (Figuur 13).

Figuur 13. Levensverwachting naar geslacht en periode, Brussels Gewest, 1999-2013



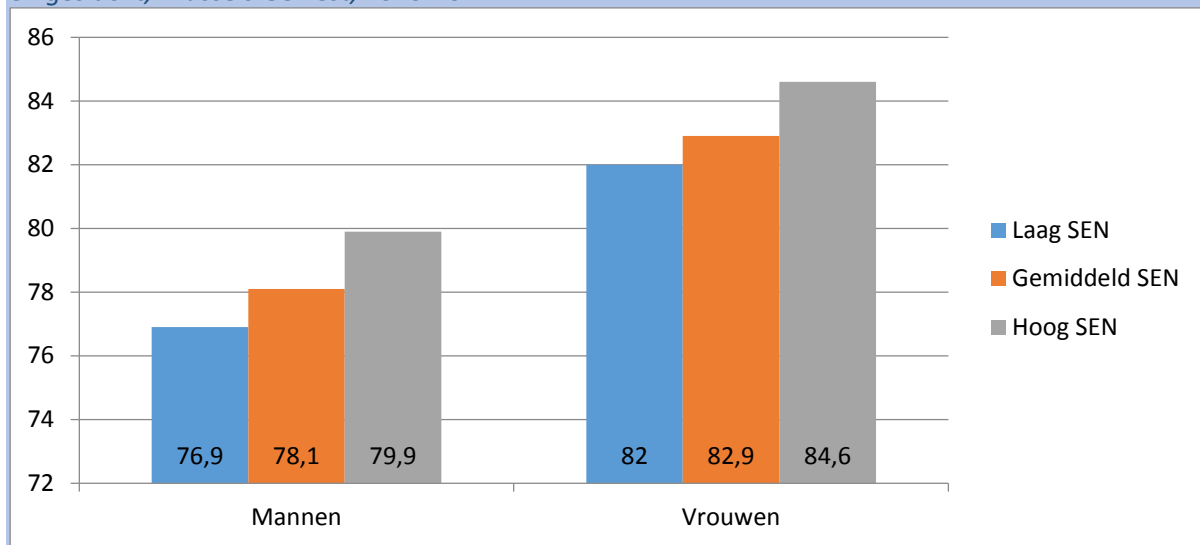
Bron: Statistische formulieren voor overlijden, Observatorium voor gezondheid en Welzijn Brussel

Deze levensverwachting varieert wel naargelang het socio-economisch statuut. Dit verwijst naar de demografische vaststelling van een surmortaliteit van de meest arme personen, die niet veranderd is met de toenemende levensverwachting (21).

Voor het Brussels Gewest kunnen we deze ongelijkheden berekenen op basis van het socio-economisch niveau van de verblijfsgemeente, dat gehanteerd wordt als proxy van de socio-economische status van individuen. Zo wordt tussen de armste en de rijkste Brusselse gemeenten een verschil in levensverwachting waargenomen van 3,0 jaar bij de mannen en 2,6 jaar bij de vrouwen in de periode 2010-2014 (Figuur 14).

Onderzoek voor heel België berekent deze ongelijkheden op basis van gegevens op individueel niveau (Van Oyen et al., 2011). Het wijst op een toename van de levensverwachting voor alle opleidingsniveaus, maar ook op toenemende sociale ongelijkheden. Het verschil in levensverwachting op de leeftijd van 25 jaar bedraagt 7,5 jaar tussen de laagst en hoogst opgeleide mannen en 6 jaar tussen de laagst en hoogst opgeleide vrouwen. De sociale ongelijkheden zijn nog groter op het vlak van **gezonde levensverwachting** (berekend op basis van de levensverwachting zonder functionele beperkingen). Op de leeftijd van 25 jaar heeft een hoog opgeleide man nog 46 gezonde jaren te verwachten; de laagst opgeleide mannen nog 28 jaren, een verschil van 18 jaar. Bij vrouwen bedraagt dit verschil in gezonde levensverwachting tussen de hoogst en laagst opgeleiden eveneens 18 jaar. Het betreft hier niet louter een kloof tussen arm en rijk, maar een gradiënt die zich uitstrekt over alle opleidingsniveaus. Dit bevestigt dus dat personen met een hoger opleidingsniveau niet alleen langer leven, maar ook langer leven zonder beperkingen en bijgevolg minder lang met beperkingen.

Figuur 14. De levensverwachting bij de geboorte, naar socio-economisch niveau (SEN) van gemeenten en geslacht, Brussels Gewest, 2010-2014



Bron: FOD Economie - Statistics Belgium, Berekeningen door Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

We zien dan ook sociale ongelijkheden op het vlak van **vroegtijdige mortaliteit** (sterfgevallen vóór de leeftijd van 65 jaar). De vroegtijdige mortaliteit ligt significant lager bij de inwoners van de rijkste gemeenten dan bij de inwoners van de andere categorieën van gemeenten. In vergelijking met de inwoners van de rijkste gemeenten, en gestandaardiseerd voor leeftijd, wordt een oversterfte genoteerd van 25 % bij mannen woonachtig in een intermediaire gemeente en 33 % bij mannen woonachtig in de arme gemeenten. Voor vrouwen bedraagt de oversterfte respectievelijk 17 % en 16 % (22).

GECUMULEERDE EN VROEGTIJDIGE UITPUTTING VAN HULPBRONNEN

We definieerden kwetsbaarheid als een situatie die zich voordoet als men over onvoldoende reserves of hulpbronnen beschikt om het hoofd te bieden aan de uitdagingen van het dagelijks leven. De levenskwaliteit van ouderen, en in het bijzonder hun autonomie en onafhankelijkheid, komen hiermee in gevaar.

Ouder worden brengt voor alle sociale lagen van de bevolking uitdagingen of bedreigingen van de levenskwaliteit met zich mee. **De risico's voor een verhoogde kwetsbaarheid zijn echter duidelijk groter voor mensen die een levensparcours kennen of gekend hebben dat gepaard gaat met armoede en bestaansonzekerheid.** Zij worden immers sneller geconfronteerd met uitdagingen die bovendien groter zijn en ze moeten het hoofd bieden aan grotere moeilijkheden, en beschikken hiervoor vaker over zwakke reserves (4).

Deze bronnen van kwetsbaarheid doorkruisen en versterken elkaar. Bij mensen in armoede en bestaansonzekerheid zien we inderdaad **een cumulatie en onderlinge verwevenheid van ongelijkheden en uitsluitingen op verschillende domeinen**, met belangrijke gevolgen voor de levenskwaliteit en mate van onafhankelijkheid. Zo zouden de gevolgen van een fysieke frailty nog verzacht of gecompenseerd kunnen worden door de aanwezigheid van voldoende hulpbronnen op andere domeinen, zoals de ondersteuning die geboden wordt door de familie of het sociaal netwerk, of voldoende financiële middelen om professionele hulp in te schakelen. De gevolgen zijn daarentegen veel ernstiger voor personen die niet kunnen terugvallen op een ondersteunend sociaal

netwerk en voor wie buitenkomen essentieel is voor de ontwikkeling of het behoud van sociale banden (8).

Zie hier een sprekend voorbeeld van een situatie die deze onderlinge samenhang van ongelijkheden op het vlak van verschillende hulpbronnen treffend illustreert:

« Mevrouw is 90 jaar geworden. Dertig jaar geleden verloor ze haar man. Ze hoort slecht en gebruikt een rollator om te stappen. Ze heeft een bescheiden inkomen als weduwe. Ca. 65% van haar inkomen gaat naar de huur. Haar zoon woont aan zee en ze ziet hem niet vaak. Haar buurvrouw, die vaak boodschappen voor haar deed en met wie ze een goed contact had, is twee jaar geleden overleden. Mevrouw krijgt geen hulp in het huishouden en doet wat ze kan. Koken lukt niet meer, dus voedt ze zich met eten uit blik en instant soep. Ze voelt zich eenzaam. Ze zou graag boodschappen doen om dingen te vinden die ze niet vindt in de winkels in de wijk. Ze zou graag naar een winkelcentrum gaan om kleren te kopen, omdat ze het voorbije jaar fel vermagerd is. Vanwege haar beperkte mobiliteit kan ze zich niet met het openbaar vervoer verplaatsen, maar een taxi is voor haar veel te duur. » [prof]

Deze samenhang tussen reserves die men uit verschillende hulpbronnen put, stemt ook overeen met de **multidimensionele benadering van frailty**, gedefinieerd als « a dynamic state affecting an individual who experiences losses in one or more domains of human functioning : physical, psychological, social and environmental » (23,24). In dit geïntegreerd model worden naast de fysieke dimensie (lichamelijke problemen zoals bijvoorbeeld kracht- of gewichtsverlies of moeilijkheden bij het wandelen) en de psychologische aspecten (bijvoorbeeld depressieve gevoelens) van frailty, inderdaad ook een sociaal luik (bijvoorbeeld ontbreken van sociaal netwerk) en aspecten met betrekking tot de kwaliteit van de leefomgeving (kwaliteit van woning en leefomgeving) geïntegreerd, met de nadruk op de onderlinge interactie en afhankelijkheid (25).

Voor personen die in grote armoede hebben geleefd, zijn de hulpbronnen niet alleen kleiner maar zijn ze ook veel sneller uitgeput gezien de uitdagingen waar men voor staat groter zijn.

« We stellen vast dat er steeds meer jongere patiënten met een geriatrisch profiel zijn. Het gaat om mensen die de “geriatrische” leeftijd nog niet hebben bereikt, die 40 tot 50 jaar oud zijn, met een medische toestand en een “zeer oud” profiel» [prof]

« Ook wij stellen een verjonging van het publiek vast. Het gaat erg snel. Wij hebben onlangs een aanvraag gekregen voor een persoon van 49 jaar. Wat gaat die doen in een rusthuis? Maar ja, hij heeft een profiel van dementie. » [prof]

In het Brussels armoederapport 2008 (4) verwezen we al naar dit fenomeen van ‘**vroegtijdige veroudering**’. Armoede en bestaansonzekerheid zorgen ervoor dat de biologische leeftijd (de leeftijd van onze cellen) beduidend hoger kan liggen dan de chronologische leeftijd (de leeftijd bepaald door onze geboortedatum). Het risico van kwetsbaarheid verbonden aan verouderen doet zich dan ook veel sneller voor, ruim voor 65 jaar. Deze te snelle veroudering, die ook vroeger inzet, zou deels een

verklaring kunnen zijn waarom arme mensen kwetsbaarder zijn voor ouderdomsziekten zoals hartkwalen, kanker of dementie.

2.2.3 COMPENSERENDE ONDERSTEUNING OF INTERVENTIES

Een derde factor in deze dynamiek tussen uitdagingen en hulpbronnen, betreft de *compenserende ondersteuning of interventies* om mensen te helpen het hoofd te bieden aan de uitdagingen die zich aandienen, om te vermijden dat reserves afnemen of om de mogelijkheid te bieden om opnieuw reserves op te bouwen (8). Een van de vormen van bescherming en ondersteuning betreft de zogenaamde “long-term care” voor personen met een langdurige functionele beperkingen en een zorgafhankelijkheid. Het betreft het geheel aan medische en niet-medische diensten gericht op het ondersteunen bij het uitoefenen van functies van het dagelijks leven, zowel in de vorm van thuiszorg in het natuurlijke thuismilieu, als in residentiële voorzieningen.

RESIDENTIEEL EN SEMI-RESIDENTIEEL AANBOD

Wanneer het niet langer mogelijk is om zelfstandig thuis te blijven wonen, bestaan er verschillende woonformules die aangepast zijn aan de gezondheidstoestand en mate van onafhankelijkheid. Dit aanbod gaat van residentiële voorzieningen waar men dag en nacht dienstverlening geniet in de instelling, tot semi-residentiële voorzieningen waar men enkel gedurende een deel van de dag ('s nachts of overdag) dienstverlening geniet.

Voor wat het residentieel aanbod van rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen betreft, wordt in de eerste plaats gewezen op de hoge kostprijzen, die het bedrag van de laagste pensioenen en bijstandsuitkeringen overstijgt. Actoren van het terrein getuigen in deze context van een recente tendens waarbij kamers met twee bedden aangevraagd worden; niet als vrije keuze, maar wel om de kostprijs te kunnen drukken.

« [...]wanneer het financieel aspect echter ter sprake komt, dan is er een probleem. Ik heb een rusthuis dat zeker niet het duurste is in Brussel. Er zijn vandaag echter nog mensen die moeten rondkomen met een pensioen van 900, 1.000 euro per maand. In Brussel wordt het erg moeilijk om nog een rusthuis te vinden met betaalbare prijzen. Mijn rusthuis is daar een van. De prijzen van mijn kamers liggen tussen 45 en 80 euro per dag.

Het klopt dat er opnieuw wordt gevraagd naar tweepersoonskamers, wat al vele jaren niet meer bestond. Mijn recentste opnames zijn voor tweepersoonskamers. Mensen kiezen daar niet voor, maar kunnen financieel gezien niet anders. » [prof]

Infor-homes noteert inderdaad een jaarlijkse stijging van de kostprijs van rusthuizen in het Brussels Gewest. Eind 2016 hanteerden meer dan de helft (54%) van de residentiële instellingen¹⁴ in het Brussels Gewest een maandprijs van meer dan 1 700 euro, meer dan een derde (36%) hanteerde zelfs een maandprijs van meer dan 2000 euro. Een derde (32%) hanteerde een maandprijs tussen 1300 en 1700 euro; slechts 14 % hanteerde een kostprijs lager dan 1300 euro (26). Uit de rusthuisbarometer 2016 komt naar voor dat de maandprijs voor een rusthuisverblijf (kosten voor het verblijf, de huisvesting en de verzorging) gemiddeld 1 356 € bedraagt in het Brussels

¹⁴ ROB, RVT en service-residenties

Gewest, met bijkomende kosten stijgt deze tot 1 497 €, wat lager ligt dan in Vlaanderen en hoger dan in Wallonië.

Ter vergelijking: in 2016 bedroeg voor een alleenstaande de Inkomensgarantie voor Ouderen 1 052,58 €, het minimumpensioen (volledige loopbaan) 1 168,73 €, en het overlevingspensioen 1 150,35 €.

Actoren van het terrein wijten deze evolutie aan de aanwezigheid van een aantal internationale commerciële groepen die een proportioneel groot aandeel van de rusthuisbedden beheren en aldus de markt domineren.

Eind 2016 wordt bijna twee derde (64 %) van de ROB/RVT-bedden in het Brussels Gewest beheerd door de commerciële sector; minder dan een kwart (22%) is in publieke handen en 14 % wordt beheerd door een vzw.

Meer dan de helft (55,1 %) van het totaal aantal residentiële bedden¹⁵ in het Brussels Gewest is in handen van een private onderneming die twee of meer instellingen beheert; 38,0 % van de bedden is in handen van 5 grote commerciële groepen die samen 61 instellingen en 6 886 bedden beheren.

Een enkele commerciële groep beheert 11,8 % van de Brusselse instellingen en 14,5 % van het totaal aantal bedden (26).

De Donder et al (27) vragen naar grondig onderzoek naar de effecten van deze commercialisering op de prijs én de kwaliteit binnen de rusthuizen.

Er worden tegelijk ook vragen gesteld bij de kwaliteit van het aanbod in een aantal instellingen, die in sommige gevallen duidelijk te wensen overlaat.

Actoren van het terrein wijzen op semi-residentiële zorg (zoals dagopvang, kortopvang of dagverzorgingscentra) en andere intermediaire formules (zoals serviceflats of kangoeroewoningen) die interessante alternatieven vormen en beantwoorden aan een duidelijke behoefte bij de oudere bevolking, maar geven vooral aan dat deze vandaag ruimschoots ontoereikend blijven.

Onder andere als gevolg van het gebrek aan toegankelijke en adequate alternatieven voor opvang en huisvesting, riskeren de meest kwetsbare ouderen terecht te komen in zogenaamde niet-erkende onthaalstructuren. Er bestaan reeds verschillende van deze instellingen in het Brussels Gewest. Enerzijds wordt hiermee tegemoet gekomen aan een duidelijke, onbeantwoorde behoefte aan toegankelijke huisvesting. Maar het gebrek aan wetgevende normen die hun functioneren en controle omkadert, roept uiteraard belangrijke vragen op op het vlak van de soms ontoereikende of zelfs dramatische kwaliteit van de geleverde diensten. Actoren van het terrein getuigen zelfs van situaties van mishandeling en opsluiting.

¹⁵ ROB, RVT en service-residenties

« Midden in de gemeente Anderlecht, dicht bij een park, (her)ontdekt de gemeente een “rusthuis” dat niet aan de normen voldoet. Het heeft nooit een aanvraag tot erkenning of financiering ingediend. Iemand klaagde over mishandeling bij een maatschappelijk werkster van het ziekenfonds en daarna bij Infor Home. De gemeente werd op de hoogte gebracht en er werd vastgesteld dat het rusthuis aan geen enkele norm voldeed en door de GGC niet was erkend als RVT of rusthuis. Tijdens de inspectie werd vastgesteld dat het huis werd opgedeeld zonder dat het daarvoor een vergunning had gekregen. Appartementen werden gesplitst, opgedeeld in kleine kamertjes die werden verhuurd aan personen die min of meer bejaard zijn. De mensen kregen hun maaltijden in een gemeenschappelijke ruimte. Het is gebleken dat al deze mensen niet in een eigen huis konden wonen omdat de huurprijzen te hoog zijn. Het zijn mensen zonder familieleden. Dit is hun enige oplossing. Tijdens het bezoek door de diensten van de gemeente had de klager het over het feit dat mensen hun geneesmiddelen niet kregen, over een verkeerd gebruik van geneesmiddelen en zelfs over feiten van opsluiting. De eigenaar beschouwde zichzelf als een filantroop in een context van gebrek aan betaalbare woningen en te dure RVT's. » [prof]

THUISZORG

Om ouderen te ondersteunen in hun natuurlijk leefomgeving, bestaat er een breed aanbod aan private en publieke diensten die ondersteuning bieden in het dagelijks leven, in de vorm van persoonsverzorging, huishoudelijke hulp, psychosociale en pedagogische ondersteuning en begeleiding, schoonmaakhulp, begeleiding bij administratieve taken, oppas, thuisverpleging, etc.

In de eerste plaats halen zowel de ondervraagde ouderen als de actoren van het terrein belangrijke **problemen aan op het vlak van informatie** over de bestaande diensten en beschikbare financiële interventies (zie 3.3.6).

Voor wat de **financiële toegankelijkheid** van de thuiszorg betreft, geven actoren van het terrein aan dat de prestaties vrij goed terugbetaald worden. Het probleem situeert zich eerder op het niveau van bepaalde behoeftes die erg duur kunnen zijn. Hier wordt het voorbeeld van incontinentiemateriaal en verbandmiddelen aangehaald.

De actoren van het terrein wijzen verder op **kwantitatieve limieten van het thuiszorgaanbod**. De financiering van de thuiszorg is bij GGC en COCOF gebaseerd op een urencontingent dat berekend wordt op basis van het tijdens het voorgaande jaar gepresteerde uren, waarvoor de actoren van het terrein aangeven dat het te beperkt is en geherwaardeerd moet worden.

Hiernaast wordt gewezen op **limieten van de thuiszorg**, meer bepaald in het geval van zware en complexe situaties waarbij men de grenzen van het behoud in de thuisomgeving bereikt. In deze context is er ook sprake van moeilijkheden in het omgaan met specifieke problematieken als dementie of psychiatrische problematieken. In situaties waar de zorgbehoevende niet kan terugvallen op een familiaal of sociaal netwerk en sterk afhankelijk is van een of een zeer beperkt aantal zorgverleners, getuigen actoren van het terrein van zware relaties en van een mentale en fysieke uitputting van de zorgverleners.

« Soms is thuiszorg zeer complex. Hoewel de gebruikers thuis willen blijven wonen, wordt de tenlasteneming steeds zwaarder en raken de interveniënten uitgeput. Op een gegeven ogenblik is thuiszorg werkelijk niet langer mogelijk, daar de diensten al hun interventiemogelijkheden hebben uitgeput. Op dat ogenblik kan een reële coördinatie tussen thuiszorg en het rusthuis cruciaal zijn. » [prof]

« Er is sprake van een fenomeen van uitputting van de professionals ten aanzien van de stijgende vraag. Er zijn echt “moeilijke” mensen. Zo is er een vrouw die elke middag belt, tussen 2 tot 6 keer per dag, om te vragen wanneer haar ex-man bij haar op bezoek zal komen. Haar oproepen blokkeren een noodnummer. Daarmee omgaan, vergt heel wat energie. Deze vrouw gaat zo erg gebukt onder de eenzaamheid [...] » [prof]

« Mevrouw heeft haar depressie en woede geuit tegenover de mensen van gezinshulp. De opvolging verloopt dus moeizaam » [prof]

We stellen ook een probleem van een **gebrek aan onderlinge samenwerking en netwerking** vast, aangezien sommige instellingen spreken van wachtlijsten voor bepaalde diensten, daar waar andere diensten spreken van een openstaand aanbod.

Actoren van het terrein getuigen daarnaast ook van **positieve ervaringen** waarin ondanks een precaire context een zorgaanbod georganiseerd werd dat het behoud in de thuisomgeving mogelijk maakte. Kenmerkend voor deze positieve ervaringen is dat het eerder om aangepaste voorzieningen gaat die ad hoc en op maat van de zorgvrager uitgewerkt worden, waarbij een coördinatie tussen verschillende diensten verzekerd wordt, en waarbij een positieve vertrouwensband gecreëerd wordt met de zorgvrager.

« Ze heeft een aanvraag ingediend om hulp te krijgen. We zijn de toestand ter plaatse komen controleren en hebben vastgesteld dat de koelkast leeg was en alles kapot ging in het appartement. We hebben gezorgd voor hulp in de huishouding, gezinshulp, een verpleegkundige en vrijwilligers van het Rode Kruis om mevrouw te helpen er bovenop te geraken; ze krijgt ook voedselpakketten en een medische kaart. Op die manier kon ze thuis blijven wonen, dankzij de mobilisatie van een heel netwerk. Een heel netwerk is rond haar in actie gekomen, zodat ze onder de best mogelijke voorwaarden thuis zou kunnen blijven wonen. » [prof]

« We hebben een vertrouwensrelatie tot stand gebracht met mijnheer; hij krijgt niet alleen de nodige verzorging (injecties met insuline ...), maar we waken ook over zijn algemene toestand (o.a. zijn voeten, waar hij van tijd tot tijd gewond raakt en dan leggen we een pleister). We vervullen ook een coördinerende rol: we controleren zijn afspraken. We nemen contact op met de huisarts, de specialisten (diabetoloog). Een gezinshulp komt eenmaal per week langs. De zaken evolueren, maar voorlopig is er een evenwicht op het vlak van diabetes en voelt mijnheer zich eerder goed. » [prof]

De actoren van het terrein geven tenslotte nog **belangrijke lacunes aan in het actuele thuiszorgaanbod**. Ze getuigen over een ontoereikend aanbod op het vlak van :

- de behandeling en begeleiding van geestelijke gezondheidsproblemen bij ouderen, in het bijzonder voor de ondersteuning en opvolging in de thuisomgeving. Algemene diensten voor thuiszorg geven aan dat ze hierdoor vandaag onvoldoende gewapend zijn om op adequate manier met deze problematiek om te gaan.

Er wordt in deze context ook nog gesproken over situaties “die tussen twee hokjes vallen”, en die getuigen van een leegte tussen een psychiatrische en een medische behandeling.

- sociale begeleiding en opvolging van ouderen, bijvoorbeeld bij het uitvoeren van de administratieve demarches en/of de organisatie van de zorg, de medicatie etc.
- nachtopvang, ziekenoppas en thuisoppas
- sociale, culturele en vrijetijdsactiviteiten. Actoren van het terrein verwezen hier meer bepaald naar problemen op het vlak van informatieverstrekking, mobiliteitsproblemen, problemen op het vlak van fysieke en financiële toegankelijkheid, onaangepast aanbod etc. maar eveneens naar het belang van het voorzien van een persoonlijke begeleiding naar deze activiteiten.

Het ontbreken van een flexibele dienstverlening op maat, zorgt soms voor onmenselijke situaties.

« Het uur waarop de mensen naar bed moeten gaan: dat is een echt probleem, heel wat mensen worden al om 18.00 uur naar bed gebracht. Sommige diensten komen nog langs om 20.00 of 21.00 uur, maar dat is eerder zeldzaam. Er zijn situaties waarin mensen om 18.30 uur naar bed worden gebracht en er spijlen worden geplaatst om te voorkomen dat ze uit hun bed vallen. Dat is onmenselijk. » [prof]

TRANSITIES

Actoren van het terrein geven voorbeelden van **positieve ervaringen waarin de overgang tussen verschillende woon- en zorgvormen vlot verloopt**. Het betreft situaties waarin sprake is van een reële coördinatie tussen de verschillende voorzieningen (tussen het ziekenhuis en de thuiszorg, tussen de thuiszorg en het rusthuis, ...) en over verschillende netwerken heen (diensten uit gezondheids- en welzijnssector). Het betreffen oplossingen die op maat van de zorgbehoevende uitgewerkt worden, en waar vertrokken wordt van diens behoeftes en voorkeuren maar ook vragen en angsten. Bestaande, opgebouwde menselijke vertrouwensbanden moeten de overgang begeleiden en ondersteunen, maar moeten ook daarna behouden kunnen blijven. Er moet voorzien worden in een reëel onthaal, wat bovendien kan bijdragen tot de ontkrachting van bepaalde vooroordelen.

« Adrien is 89 jaar. Toen hij nog thuis woonde, had hij al zeer veel verzorging nodig. Hij heeft veel autonomie verloren, maar hij werd echt zeer goed begeleid door een medisch huis, met een arts, een maatschappelijk werker, een verpleegster. [...] Het probleem is dat Adrien thuis een beroerte heeft gehad. Zelfs met de thuiszorg kon hij niet langer thuis blijven wonen. Mijnheer wil echter niet van een rusthuis weten. Voor hem is dat een sterfhuis, een plek voor wie gek is. Kortom, het “positieve” beeld van het rusthuis! We konden er hem echter van overtuigen om samen met zijn verpleegster een bezoekje te brengen aan het rusthuis, zij heeft hem rondgeleid. Dat is echt zeer goed gegaan en hij kreeg een zeer positief beeld van het huis. Ondanks zijn beperkte middelen heeft men voor hem een kamer gevonden die hem beviel. Hij kon zijn meubelen meenemen. Een eigen plek hebben. Na een vrij moeilijke aanpassingsperiode (want mijnheer had echt grote problemen op het vlak van hygiëne enzovoort), zijn er vandaag geen problemen meer. Hij heeft zijn plekje gevonden. Hij heeft sociale banden gesmeed en neemt deel aan alle activiteiten. » [prof]

Anderzijds getuigen actoren van het terrein van **negatieve ervaringen waarbij de overgang problematisch verloopt**. Het thuiswonen kan bijzonder problematisch zijn, maar men laat de problemen zich opstapelen en wacht op een noodgeval alvorens te handelen. Deze noodsituaties vertalen zich in een of meerdere hospitalisaties, alvorens definitief in het rusthuis opgenomen te worden.

Als de overgang onvoldoende voorbereid én begeleid wordt, waarbij de bestaande sociale banden zo goed mogelijk behouden blijven, dan kunnen situaties erg snel verslechteren. Actoren van het terrein spreken dan van een echte ‘glissement’.

« [...]het syndroom van het wegglijden: zodra iemand in het ziekenhuis of de geriatrie belandt, kan de toestand vaak en zeer snel verslechteren. Ook hier dient men banden te smeden/behouden. Ergens is het zo dat iemands woning zijn territorium is. Verplaatst men iemand van het ene naar het andere territorium, dan kan de situatie zeer snel verslechteren, vooral wanneer het aan elke vorm van onthaal ontbreekt. Niemand kiest ervoor om in een rusthuis te gaan wonen. Het komt er echter op aan de bestaande banden te behouden. » [prof]

« Er worden vele dingen verteld over rusthuizen. Bijvoorbeeld over bepaalde rusthuizen, niet alle. Men zegt dat mensen zeer snel verouderen eens ze in een rusthuis belanden. Dit bewijst dat er een probleem is. Maar wat is het probleem? Een probleem van eenzaamheid? Van aan de kant te worden geschoven? In dergelijke gevallen zal het hoe dan ook interessant zijn om die personen uit dat kader, die eenzaamheid te halen. Dit zou moeten worden opgenomen in de zorgverzekering. Die personen zijn niet meer autonoom. Ook op sociaal vlak. Heel wat van de mensen die in een rusthuis belanden, waren ook voordien al geïsoleerd. Vaak zijn het mensen die al geen familie meer hadden. » [pers]

Bijzonder problematisch blijkt de **terugkeer naar de thuissituatie na een ziekenhuisopname**.

Mensen verlaten het ziekenhuis zonder dat de terugkeer naar de thuissituatie voldoende voorbereid is en zonder dat de nodige thuiszorg georganiseerd is. Men spreekt over een gebrek aan globale en holistische visie en behandeling van de patiënt. Er is eerder sprake van een 'beheer volgens pathologie', waarbij de verblijfsduur bepaald wordt in functie van de pathologie en waarbij men onvoldoende aangepast is aan een meervoudige pathologie. Bij iemand die gehospitaliseerd wordt in een gespecialiseerde dienst voor een voetprobleem, wordt bijvoorbeeld te vaak niet gekeken naar een eventueel diabetesprobleem.

De korte verblijfsduur maakt het maatschappelijk werk en de voorbereiding van de terugkeer naar huis bijzonder moeilijk. Men kwalificeert dit beleid van kortverblijf in het ziekenhuis duidelijk als bron van versterking en uitdieping van bestaande sociale ongelijkheden, tussen zij die over de nodige middelen beschikken om de post-hospitalisatie voor te bereiden, en zij die er alleen voor staan.

« De persoon mag het ziekenhuis van de ene op de andere dag verlaten. De verblijfsduur is dodelijk voor het sociale werk in de ziekenhuizen. Er wordt voortdurend geanticipeerd voor de vertrekkers, we proberen hen voor te bereiden. Er wordt al gesproken over "het ziekenhuis verlaten" met een patiënt die er erg aan toe is bij aankomst in het ziekenhuis. Dat is onmenselijk. » [prof]

«Toen ikzelf, bijvoorbeeld, werd ontslagen uit het ziekenhuis, kon ik niet meer stappen, kon ik niets meer doen enzovoort. Ze hadden me moeten zeggen, het is hun taak me te zeggen: "Zo, u hebt een mobiliteitsprobleem, u hebt dus recht op een rolstoel / een gezinshulp / enzovoort." Dat is echter helemaal niet gebeurd. Niets.» [pers]

«De sociale diensten van het ziekenhuis zouden contact moeten opnemen met de "externe" diensten om een echte opvolging te organiseren. Er is een gebrek aan informatie. Ik heb pas veel later vernomen dat ik hulp had kunnen krijgen, pas toen ik me weer wist te redden. » [pers]

3. DOELTREFFENDHEID VAN DE ZORGVERZEKERING IN TERMEN VAN BESTRIJDING VAN ARMOEDE EN SOCIALE ONGELIJKHEDEN

Na het opstellen van de gezamenlijke diagnose van de sociale ongelijkheden inzake veroudering, kwetsbaarheid en zorgafhankelijkheid (hoofdstuk 2), analyseren we in dit derde hoofdstuk de manier waarop de Brusselse zorgverzekering kan inspelen op deze ongelijkheden.

Om de potentiële effecten van de zorgverzekering op armoede en sociale ongelijkheden te evalueren, identificeren we eerst en vooral het mechanisme of de hefboom waarop de zorgverzekering inspeelt, en analyseren we op welk niveau van armoedebestrijding (individueel/structureel) dit mechanisme zich situeert (3.1).

We zullen zien dat de potentiële doeltreffendheid van de zorgverzekering in termen van bestrijding van armoede en sociale ongelijkheden sterk afhangt van de keuzes die gemaakt worden op het niveau van het design en de concrete operationalisering van het beleidsinstrument. We bekijken dan ook een aantal van de vraagstukken op beide niveaus vanuit het perspectief van (de bestrijding van) armoede en sociale ongelijkheden (3.2).

3.1 MECHANISME EN NIVEAU VAN BESTRIJDING VAN ARMOEDE EN SOCIALE ONGELIJKHEDEN

We bekijken hieronder eerst via welk mechanisme de zorgverzekering een impact kan hebben op armoede en sociale ongelijkheden, en vervolgens op welk niveau (individueel/structureel) van armoedebestrijding dit mechanisme zich situeert.

3.1.1 MECHANISME VAN ARMOEDEBESTRIJDING

De zorgverzekering moet een antwoord bieden op het verlies van zelfredzaamheid en het voordoen van zorgafhankelijkheid als gevolg van veroudering, dat zich ontwikkeld heeft als nieuw ‘sociaal risico’¹⁶ dat onvoldoende gedekt wordt door de sociale zekerheid (28). De zorgverzekering is een instrument dat past in de uitbouw van een zorgarchitectuur op het niveau van het Brussels Gewest. Het schrijft zich in binnen het breder aanbod van long term care, dat bestaat uit verschillende pijlers zoals het aanbod van residentiële en semi-residentiële zorgvoorzieningen en de thuiszorg, de bijstandsuitkeringen (Tegemoetkoming voor Hulp aan Bejaarden, OCMW-tussenkomen in de kosten van residentiële zorg), en de ondersteuning van mantelzorgers. De zorgverzekering onderscheidt zich tenslotte bijvoorbeeld ook nog van de federale ziekteverzekering door zich te richten op welomlijnde uitgaven, namelijk die voor niet-medische hulp- en dienstverlening aan zorgbehoevende personen.

Volgens de principes van een sociale verzekering, moet de zorgverzekering een bescherming bieden wanneer het ‘sociaal risico’ van zorgafhankelijkheid zich voordoet, meer bepaald door de uitgaven die ermee gepaard gaan (deels) te compenseren. Het systeem van sociale bescherming is er in deze situaties in de eerste plaats op gericht om de verworven levensstandaard (tot op zekere hoogte) te waarborgen, door te vermijden dat het voordoen van dit sociaal risico gepaard zou gaan met een (te groot) inkomensverlies. Voor mensen onderaan de inkomensverdeling, kan de zorgverzekering dan vermijden dat de kosten die verbonden zijn aan zorgafhankelijkheid mensen in of dieper in armoede duwen.

Het sociale zekerheidsinstrumentarium wordt met de zorgverzekering, naast de meer klassieke individuele vervangingsinkomens (werkloosheidsuitkering, pensioenen, invaliditeitsuitkering, ...), dus aangevuld met een beleidsinterventie die specifiek gericht is op een financiële tussenkomst om de kosten van de huishoudens te dekken, en dit ofwel via een uitkering voor de gerechtigden, ofwel via het voorzien van betaalbare collectieve goederen en diensten (29).

¹⁶ Met de term ‘sociaal risico’ wordt verwezen naar risico’s die wanneer ze zich voordoen een impact kunnen hebben op de sociale positie van een individu, zoals ziekte, ouderdom, werkloosheid,... en die door het systeem van de sociale zekerheid gedekt worden.

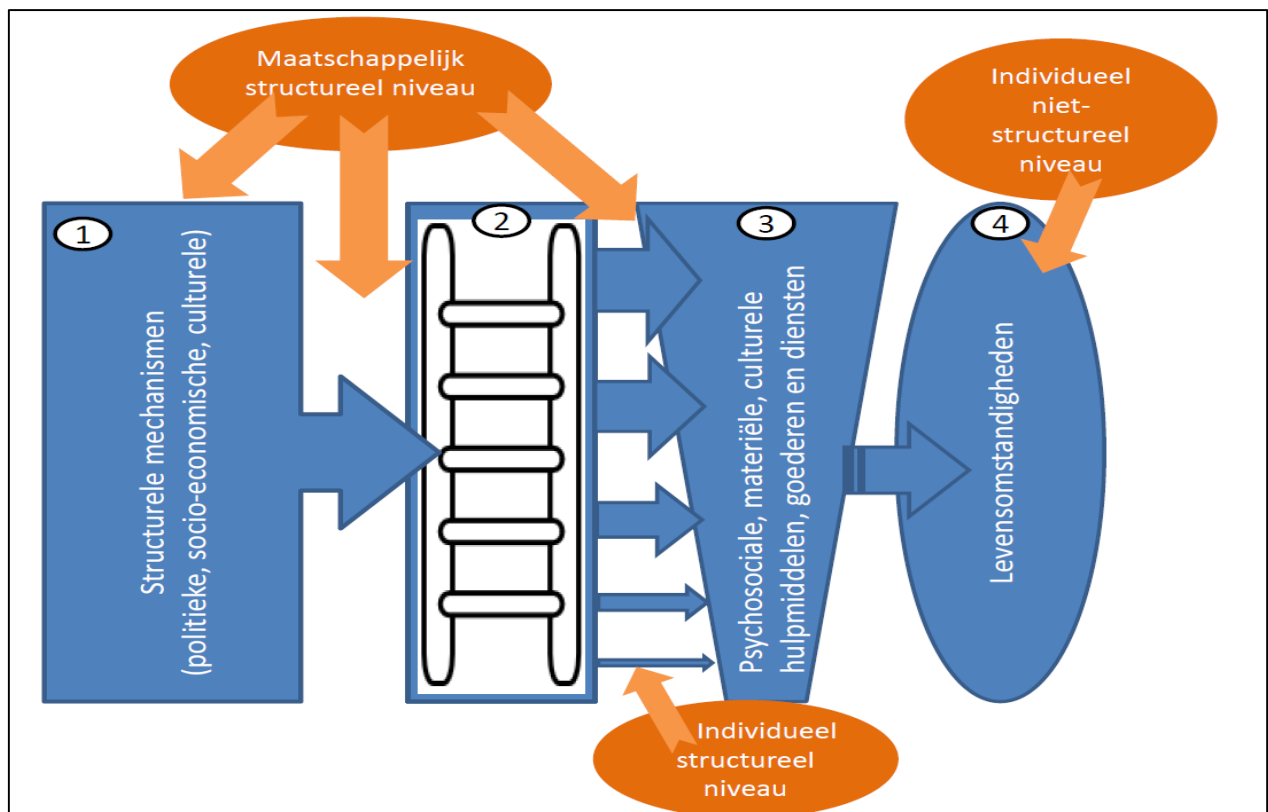
3.1.2 NIVEAU VAN ARMOEDEBESTRIJDING¹⁷

Om te begrijpen op welke niveau van armoedebestrijding de zorgverzekering zich situeert, moeten we armoede eerste definiëren. We definiëren armoede als een situatie van verschillende, gecumuleerde en onderling verweven ongelijkheden en uitsluitingen op verschillende levensdomeinen. Het tekort aan financiële middelen in vergelijking met wat noodzakelijk is om op een menswaardige manier te kunnen deelnemen aan de samenleving vormt hierin een essentiële factor. Deze dimensie van het gebrek aan materiële middelen vormt een centrale dimensie van armoede in onze hedendaagse kapitalistische, gecommuniceerde maatschappij. Deze benadering integreert echter evenzeer de vaststelling dat dit gebrek aan materiële middelen zowel oorzaak als gevolg kan zijn van ongelijkheden en uitsluitingen op verschillende levensdomeinen, wat maakt dat armoede zich niet enkel beperkt tot een geldgebrek.

De reproductie van armoede past in de eerste plaats binnen een reeks structurele, sociaal-economische en politieke mechanismen die de sociale hiërarchie van de maatschappij genereren, configureren en in stand houden. Het betreft de mechanismen die verankerd zijn in de sleutelinstellingen en processen van de socio-economische en politieke context, zoals de arbeidsmarkt, het onderwijssysteem, de welvaartsstaat, politieke instellingen, etc. (zie punt 1 in onderstaand schema).

Deze mechanismen bepalen vervolgens de sociaal-economische positie die een individu binnen deze hiërarchie inneemt, hoofdzakelijk op basis van kenmerken als het inkomen, het opleidingsniveau en het tewerkstellingsstatuut (punt 3).

De sociaal-economische positie van een individu bepaalt zijn of haar toegang tot essentiële hulpmiddelen en bepaalde essentiële goederen en diensten (punt 3) en, op die manier, zijn of haar materiële en psychosociale levensomstandigheden (punt 4).



¹⁷ We inspireren ons hier grotendeels op het conceptueel kader dat uitgewerkt werd door Ghys en Oosterlynck (30) in het kader van hun onderzoek naar de impact van sociale innovatie in termen van armoedebestrijding, aangevuld met inzichten aangeleverd door het 'policy action framework' ontwikkeld door de WHO Commission on Social Determinants of Health (31).

Op basis van dit conceptueel kader kunnen we dan verschillende **niveaus van armoedebestrijding** of verschillende ingangspunten voor beleidsactie identificeren (30).

- Een eerste, *individueel/niet-structureel niveau* of toegangspunt betreft maatregelen op individueel niveau en richten zich niet op de structurele oorzaken van armoede, maar gaan trachten om de gevolgen ervan te verzachten of draaglijker te maken en ervoor te zorgen dat mensen niet lijden onder de armoede. De impact van deze maatregelen situeert zich op het niveau van het onder controle houden van het armoedeprobleem.
- Het tweede *individueel/structureel niveau* betreft maatregelen die wel een structurele impact hebben, maar dan wel op het individueel niveau. Men laat de structuren ongemoeid en er wordt aldus niet structureel verholpen aan het bestaan en het ontstaan van armoede, maar men gaat de positie van individuen en groepen van individuen trachten te versterken en hen op deze manier versterken ten opzichte van de structuren. Men richt zich dikwijls op het wegnemen van een specifieke schakel in de vicieuze cirkel van armoede en sociale uitsluitingen. Door het wegnemen van een specifieke uitsluiting voor individuen en groepen van individuen, situeert de impact van dit type maatregelen zich op het niveau van het dichten van de armoedekloof of eventueel op het niveau van de kansen die het biedt om uit armoede te geraken en langdurige armoede te vermijden.
- Het derde en laatste, *maatschappelijk/structureel niveau* omvat maatregelen met een structurele impact op het niveau van de organisatie van de maatschappij. Het richt zich hierbij op de structurele mechanismen, die extern zijn aan de handelingen van individuen, maar wel de kans op armoede bepalen. Op dit niveau van maatregelen grijpt men m.a.w. in op de structuren die bepalend zijn voor de (re)productie van armoede.

Men gaat

- o ofwel stroomopwaarts de oorzaken van het ontstaan van armoede aanpakken door de structuren (bv. arbeidsmarkt) die hiervoor verantwoordelijk zijn te veranderen, d.m.v. bv. een andere *verdeling* van de middelen;
- o ofwel stroomafwaarts deze structuren te corrigeren door een *herverdeling* van de middelen en een adequate sociale bescherming of door de creatie van nieuwe instituties of collectieve diensten die mensen minder afhankelijk maken van hun sociaal-economische positie (hoofdzakelijk hun arbeidsmarktpositie) om toegang te krijgen tot noodzakelijke levensbronnen (zogenaamde decommodificatie).

Het armoedebestrijdend *potentieel* van het hierboven beschreven mechanisme van de zorgverzekering situeert zich in dit schema op het maatschappelijk-structureel niveau van armoedebestrijding, meer bepaald door (stroomafwaarts) sociale bescherming te bieden tegen het sociaal risico van zorgbehoevendheid door middel van een kostencompenserende interventie.

Door de ermee gepaard gaande kosten (deels) te compenseren, kan vermeden worden dat het voordoen van zorgbehoevendheid gepaard gaat met een (te groot) inkomensverlies, en dus dat er sociale ongelijkheden ontstaan tussen zij die wel en zij die niet geconfronteerd worden met het risico (horizontale herverdeling). Onderaan de inkomensverdeling kan vermeden worden dat de extra uitgaven voor de zorg personen (dieper) in armoede doen terecht komen. We zagen bovendien dat het risico op fysieke, psychische, cognitieve en sociale kwetsbaarheid ('frailty') op oudere leeftijd niet gelijk verdeeld is binnen de bevolking. De sociaal-economische ongelijkheden die kenmerkend zijn voor onze maatschappij vertalen zich dan inderdaad ook in sociale ongelijkheden inzake zorgbehoevendheid. Met een zorgverzekering kan dan ook vermeden worden dat deze bestaande sociaal-economische ongelijkheden verder versterkt worden.

Een zorgverzekering kan dus *in principe* stroomafwaarts een structurele impact hebben op de bestrijding van armoede en sociale ongelijkheden door tussen te komen in de kosten voor niet-medische zorg. Het kan meer bepaald de financiële toegang tot noodzakelijke zorg en ondersteuning bevorderen, door deze minder afhankelijk te maken van de sociaal-economische positie en de (huidige) koopkracht van de hulpvragende; ofwel door deze koopkracht te versterken met een financiële uitkering, ofwel door rechtstreeks tussen te komen in de kostprijs van de diensten voor de gebruiker.

De mate waarin de zorgverzekering erin zal slagen deze potentiële doeltreffendheid op dit niveau van armoedebestrijding te realiseren, hangt echter zeer sterk af van de design en operationalisering van het beleidsinstrument.

Deze discussie moet sowieso geplaatst worden in een zeer problematische context, waarbij de totstandbrenging van een stelsel van sociale bescherming op het niveau van het Brussels Gewest sowieso stuit op het gebrek aan een toereikende kritieke grootte van de betrokken bevolking om een *risk-pooling* tot stand te brengen op een basis die voldoende groot en gediversifieerd wordt. De combinatie van een beperkt contributief vermogen van de Brusselse bevolking en de aanwezigheid van belangrijke sociale behoeften brengt de haalbaarheid van een eigen socialezekerheidsstelsel duidelijk in het gedrang (32).

3.1.3 ARMOEDETOETS VLAAMSE ZORGVERZEKERING

Hieronder hernemen we de conclusies van de armoedetoets die doorgevoerd werd op de Vlaamse zorgverzekering, een forfaitaire tegemoetkoming van 130 euro per maand die uitgekeerd wordt aan zwaar zorgbehoevenden. Pacolet et al. (33) onderzochten de **impact van de Vlaamse zorgverzekering op armoede en bestaansonzekerheid**. Ze bekeken meer bepaald in de eerste plaats in welke mate niet-medische kosten mensen in armoede duwen, en vervolgens in hoeverre de uitkering van de zorgverzekering er in slaagt hen uit armoede te tillen.

Op basis van een steekproef onder de gerechtigden van de Vlaamse zorgverzekering werden de kostenimplicaties en armoede-incidentie van niet-medische kosten berekend. Hiervoor werden in de eerste plaats een tiental kostencategorieën opgenomen: kosten voor gezinszorg (persoonsverzorging, huishoudelijke hulp, ondersteuning, ...); kosten voor poetshulp; kosten voor overige niet-medische zorg en hulp, zoals oppas, maaltijden aan huis, klusjesdienst, maatschappelijk werker of psycholoog; verzorgingsmiddelen (zoals verbanden, injectiemateriaal); hulpmiddelen; woningaanpassingen; vervoerskosten; medische kosten niet gedekt door de ziekteverzekering; overige meerkosten in het huishouden omwille van ziekte of afhankelijkheid (meerkosten voor was, verwarmingskosten, elektriciteit, water, telefoon, afvalbeheer of andere); en mantelzorguitgaven.

Als men een enge definitie van niet-medische kosten hanteert, waarbij enkel rekening gehouden wordt met een beperkt aantal kostencategorieën, dan liggen de kosten tussen 100 en 200 euro per maand. Dit vertegenwoordigt al tussen de 5 en de 10 % van het gezinsinkomen. Bij een ruimere definitie van niet-medische kosten, waarbij men de tien gedefinieerde categorieën in rekening brengt, loopt dit op tot bedragen tussen 200 en 300 euro. Verhoudingsgewijs loopt dit op tot 25 % van gezinsinkomen bij gezinnen met een inkomen in het laagste inkomensdeciel.

Voor de berekening van de armoede-incidentie van niet-medische kosten werd vervolgens enkel rekening gehouden met een beperkt aantal kostencategorieën: de kosten voor gezinszorg, poetshulp (in het kader van de aanvullende thuiszorg), professionele en vrijwillige oppas en karwei-hulp of klusjesdienst¹⁸. Deze kostencategorieën vormen tussen de 8 en de 14 % van het equivalent gezinsinkomen, al naargelang het inkomensdeciel, met een gemiddeld bedrag van 141 euro per maand over de volledige populatie.

Van alle personen die kosten hebben in deze weerhouden kostencategorieën, heeft 30% een equivalent inkomen dat onder de armoederisicogrens ligt. Als de weerhouden niet-medische kosten in rekening gebracht worden (en dus afgetrokken worden van het beschikbaar inkomen), dan stijgt het armoederisico tot ongeveer 44%. Als de uitkering van de zorgverzekering (130 euro) toegevoegd wordt aan het beschikbaar inkomen, dan neemt het armoederisico opnieuw af tot 30 %. Het is dus alsof deze uitkering het extra armoederisico van de weerhouden niet-medische kosten neutraliseert. Pacolet et al benadrukken echter dat dit maar gemiddeld het geval is. Een aantal personen met niet-medische kosten zijn onvoldoende gecompenseerd en blijven misschien in een armoedesituatie. Een aantal anderen hebben misschien lagere kosten, waardoor de premie hun inkomen verder aanvult en hen daarmee ook uit de armoede tilt.

In eerdere publicaties noemde Pacolet (34) dit het Vlaams mirakel, verwijzend naar de vaststelling dat de zorgverzekering met beperkte middelen en een eenvoudig systeem een universele voorziening kon opzetten dat zeer snel de volledige doelgroep kon bereiken, net als het doel, met name een deel van de reële niet-medische kosten van langdurige zorg dekken.

Pacolet et al. berekenden in hun armoedetoets (33) verder ook nog de effecten van een **maximumfactuur** in de thuiszorg die door het decreet Vlaamse Sociale Bescherming geïntroduceerd werd. Hiermee worden voor de hierboven vermelde kostencategorieën en in functie van het inkomen van het gezin maximumbedragen gedefinieerd waarboven een terugbetaling van de eigen bijdragen wordt voorzien. Verschillende scenario's werden getest. Het scenario met een lineair tarief (waarbij in elke inkomenscategorie een vast percentage van het belastbaar inkomen genomen worden, in dit geval 3 %, voor de berekening van de maximum bedragen) en het scenario met een progressief tarief (waarbij dit percentage toeneemt van 2 % in de laagste inkomenscategorie tot in dit voorbeeld 6 % bij de hoogste inkomenscategorie) hebben beide een vergelijkbare impact op het armoederisico: een maximumfactuur laat het armoederisico bij zorgbehoevenden in beide gevallen afnemen van 44 % tot 31 %. In combinatie met de zorgverzekering daalt het armoederisico verder tot 25 %. Het verschil tussen beide scenario's in termen van armoedebestrijding is miniem, maar het progressief tarief laat wel meer middelen terecht komen bij de laagste inkomensgroep. In een scenario waarbij bij de berekening van de maximumbedragen de uitkering van 130 euro mee in rekening wordt gebracht, is de armoede-impact beperkter.

¹⁸ Het betreffen meer bepaald de kostencategorieën die in rekening gebracht zullen worden binnen de maximumfactuur in de thuiszorg

3.2 DE OPERATIONELE UITDAGINGEN VOOR DE UITWERKING VAN DE ZORGVERZEKERING VANUIT HET PERSPECTIEF VAN SOCIALE ONGELIJKHEDEN

Door de uitgaven die gepaard gaan met een zorgafhankelijkheid gedeeltelijk te compenseren, wordt de toegang tot de zorg bevorderd en kan de zorgverzekering vermijden dat deze kosten mensen in armoede of dieper in armoede duwen. De mate waarin de zorgverzekering erin slaagt om dit armoedereducerend potentieel te benutten, hangt sterk af van het concrete design en operationalisering van het beleidsinstrument.

Na het opstellen van de gezamenlijke diagnose (hoofdstuk 2.2) werden de professionals die deelnamen aan het participatief proces van de 'Méthode d'analyse en groupe' gevraagd om volgens het SWOT-model een gezamenlijke analyse te maken van de sterktes, de zwaktes, de kansen en bedreigingen van de zorgverzekering in termen van (bestrijding van) armoede en sociale ongelijkheden. Het resultaat van deze SWOT-analyse is opgenomen in bijlage 2.

Op basis van beide oefeningen (de gezamenlijke diagnose en de SWOT-analyse) identificeerde het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn een zestal sleuteluitdagingen op het niveau van de operationalisering van de zorgverzekering die van belang zijn voor de potentiële effecten op sociale ongelijkheden en armoede. Deze werden vervolgens opnieuw voorgelegd aan zowel de groep van actoren van het terrein als aan de groep van ouderen die zich hierover konden uitspreken. De resultaten van beide gezamenlijke analyses worden hieronder samengevat en, daar waar mogelijk, aangevuld en gestaafd met bewijsmateriaal uit andere bronnen (weergegeven in een kader).

3.2.1 DE VASTSTELLING VAN EEN ZORGAFHANKELIJKHEID

Er heerst bij de actoren van het terrein en de ondervraagde ouderen in de eerste plaats een grote consensus dat er een **brede benadering van zorgafhankelijkheid nodig is**. Naast de medisch-klinische en fysieke aspecten van onafhankelijkheid, waar vandaag vaak de nadruk op ligt, wordt ook aandacht gevraagd voor het verlies van onafhankelijkheid op cognitief (oriëntatie-, oordelings- en geheugenproblemen) en psychisch (symptomen van depressie) vlak. Hiernaast is het essentieel dat ook de sociale dimensie (het ontbreken van sociale ondersteuning vanuit het familiaal of sociaal netwerk) en de kwaliteit van de huisvesting en de leefomgeving in rekening wordt gebracht in de benadering van zorgafhankelijkheid.

«Eens je ook maar iets kleins hebt en zelf geen oplossing meer hebt, dan moet je gedekt worden door die zorgverzekering. Een dagelijkse taak die je niet meer zelf kunt uitvoeren. Dat moet in aanmerking worden genomen. Het mag niet alleen maar om gezondheid gaan. Ook isolement moet meetellen. Wanneer je geen contacten meer hebt. Dat moet er ook bij komen. Iemand die z'n hele familie heeft verloren, die helemaal alleen is, die moet toch ook nog verder met zijn leven. Leeft hij alleen, geïsoleerd enzovoort, dan wordt die persoon armer en uiteindelijk ook ziek. Ook wanneer je niet ziek bent, heb je toch iemand nodig. Het is dus vrij breed, niet alleen medisch. Het is veel ruimer dan dat.» [pers]

Onderzoek (12,23,25) wijst op het belang van een **multidimensionele benadering van kwetsbaarheid en frailty**, met aandacht voor de onderlinge interactie tussen de verschillende dimensies.

Op basis van zo'n brede definitie van zorgafhankelijkheid, is er vervolgens nood aan een evaluatieschaal waarmee de zorgbehoevendheid beoordeeld kan worden. Er is meer in het bijzonder nood aan een objectieve en gestandaardiseerde schaal die een egalitaire behandeling mogelijk maakt. De actoren van het terrein zijn over het algemeen tevreden met de keuze die interfederaal gemaakt werd voor het invoeren van **de BelRAI screener**¹⁹ als unieke schaal voor het meten van zorgbehoevendheid, en dit om verschillende redenen.

Vandaag moet men zich in verschillende zorgsituaties (opname in rusthuis, aanvraag thuiszorg, ...) telkens tot verschillende instanties richten die elk verschillende evaluatieschalen hanteren; met de BelRAI screener worden de verschillende schalen in een enkel instrument geharmoniseerd, wat de toegang tot en overgang tussen verschillende voorzieningen vergemakkelijkt. Het feit dat deze schaal ook in de drie gewesten ingevoerd zal worden, maakt het mogelijk dat opgebouwde rechten behouden blijven in het geval van een verhuis.

De actoren van het terrein geven ook aan dat de BelRAI screener in vergelijking met andere schalen een ruimer perspectief hanteert op zorgafhankelijkheid. De BelRAI screener omvat inderdaad meer dimensies in vergelijking met bijvoorbeeld de KATZ-schaal, en integreert bijvoorbeeld ook cognitieve vaardigheden. **De sociale dimensie van zorgafhankelijkheid en de kwaliteit van de huisvesting en woonomgeving ontbreken echter in de BelRAI screener.** Deze worden door de actoren van het terrein net als de ondervraagde ouderen nochtans als essentiële dimensies aangehaald die absoluut in rekening gebracht moeten worden bij het bepalen van de zorgbehoevendheid.

BelRAI screener

De BelRAI screener past binnen een getrappt gebruik van BelRAI, waarbij de volledige screening enkel uitgevoerd wordt bij personen met potentieel zware zorgbehoeften.

De BelRAI omvat momenteel 5 modules

- (1) Instrumentele activiteiten van het dagelijkse leven (maaltijdbereiding, huishoudelijke werk, financieel beheer, geneesmiddelenbeheer, telefoongebruik, trappen op- en aflopen, boodschappen doen en vervoer), waarbij niet enkel de uitvoering maar ook het onderliggende vermogen geëvalueerd wordt.
- (2) Activiteiten van het dagelijkse leven (persoonlijke hygiëne, zich verplaatsen, toiletgebruik en eten)
- (3) Cognitieve vaardigheden (het nemen van beslissingen over taken van het dagelijks leven, kortetermijn geheugen, procedureel geheugen, uiting/zichzelf duidelijk maken, eten)
- (4) psychische problemen (een bedreiging of gevaar voor zichzelf of voor anderen, geestelijke stoornis, verslavingsprobleem, specifieke psychiatrische symptomen zoals depressiviteit of hallucinaties).

¹⁹ De BelRAI screener is een uitbreiding van de BelRAI schaal en voert een trapsgewijze evaluatie in. De invoering van de BelRAI screener als uniforme evaluatieschaal wordt momenteel getest in een pilootproject.

(5) gedragsproblemen (ronddolen, verbaal of lichamelijk geweld, sociaal ongepast of storend gedrag, ongepast openbaar seksueel gedrag, verzet tegen zorg

In de BelRAI screener ontbreekt een contextmodule voor de thuiszorg, meer bepaald vragen naar de sociale en materiële omgeving van de zorgbehoevende, zoals de veiligheid of de aangepastheid van de woning, de afstand tot winkels of diensten, de aanwezigheid van mantelzorg etc. Naar de invoering van deze supplementaire module is bijkomend onderzoek nodig (35).

De Witte et al. (25) vermelden bijvoorbeeld hoe in België, ondanks het sterk ontwikkelde sociale zekerheidssysteem, 6,4 % van de thuiswonende ouderen die nood hebben aan hulp, deze niet krijgen. Zij leggen de link met de bestaande detectie-mechanismen²⁰ die gehanteerd worden om kwetsbare ouderen te identificeren, de KATZ- en de BEL-schaal, die er volgens hen dus niet in slagen om alle kwetsbare ouderen te detecteren. Aangezien beide schalen zich specifiek richten op gezondheid en zorg, blijven andere noden ongedetecteerd en ongedekt. Zij stellen een 'Comprehensive Frailty Assessment Instrument' (23) voor gericht op de detectie van kwetsbare ouderen, dat de vier domeinen van het menselijk functioneren integreert: de fysieke, psychische en sociale dimensie, net als de kwaliteit van de leefomgeving.

In afwachting van de invoering van een uniek evaluatie-instrument, wordt aanbevolen om zich voorlopig zoveel mogelijk te **baseren op bestaande erkenningen en de toegang zoveel mogelijk te automatiseren**. Een veelvoud aan administratieve handelingen die nodig zijn om zijn of haar zorgbehoevendheid te laten erkennen, vormen inderdaad evenveel drempels die te toegang tot het recht bemoeilijken. In Vlaanderen ontvangt een zwaar zorgbehoevende persoon in sommige gevallen automatisch de tegemoetkoming van de Vlaamse zorgverzekering, op basis van automatische gegevensstromen (dat is bijvoorbeeld het geval voor zorgbehoevenden die een beroep doen op een erkende dienst voor gezinszorg of aanvullende thuiszorg en in dit kader een attest hebben met minstens de score 35 op de BEL-profielschaal).

« Wat betreft de evaluatie-instrumenten: we hebben het gehad over verschillende schalen. Voor verschillende mensen bestaan er echter al erkenningen, bijvoorbeeld op het niveau van de FOD. Kunnen we ons eventueel gedeeltelijk baseren op die bestaande erkenningen? » [prof]

« In een perspectief van ongelijkheden moet men de formaliteiten lichter maken. De administratieve last mag niet nog verder toenemen. Men mag bijvoorbeeld geen schalen toevoegen. Bestaat er al een erkenning, bijvoorbeeld op het niveau van de KATZ-schaal, dan dient men te vermijden dat iemand dezelfde formaliteiten opnieuw moet vervullen. » [prof]

Verder moet de zorgbehoefte regelmatig geherevalueerd kunnen worden om de interventie aan te passen in functie van de evolutie van de zorgbehoevendheid.

Vandaag wordt de zorgnood geëvalueerd en gecategoriseerd in overeenstemming met vooraf gedefinieerde categorieën van een zorgnood-classificatiesysteem. De actoren van het terrein vragen dat de professional aanvullend op deze ingeschaalde zorgnood nog een bijkomende analyse moet

²⁰ In punt 3.2.6 analyseren we andere redenen voor non-take up

kunnen maken van de sociale en omgevingsfactoren van de zorgvragende, en op basis hiervan de intensiteit van het zorgplan aanpassen. Op deze manier zou inderdaad ook tegemoet gekomen kunnen worden aan het feit dat deze elementen ontbreken in het evaluatie-instrument.

« Mijn vrees bestaat erin dat een algoritme gaat beslissen en dat er geen fijnere evaluatie komt. Voor mij mag dat een “alarmbel” zijn, maar het algoritme mag niet beslissen of er al dan niet hulp wordt toegekend. Het moet een waarschuwingslicht zijn. Bovendien houdt dit algoritme geen rekening met het feit of er al dan niet een mantelzorger is, hoe die mantelzorger tussenkomt, of hij al dan niet thuis helpt, of hij al dan niet bereid is om thuis te blijven helpen ... Dat zijn allemaal factoren waar rekening mee dient te worden gehouden bij het organiseren van thuishulp. Indien een mantelzorger helemaal op is, uitgeput, dan is het logisch dat andere systemen zijn rol overnemen. Hoe wordt dat beoordeeld? » [prof]

Janssen et al (36) kwamen tot de vaststelling dat het vandaag in de praktijk aan de zorgprofessionals is om concreet vorm te geven aan een persoonsgerichte zorg. Dit vraagt wel de nodige flexibiliteit en creativiteit binnen het opgelegd beleidskader.

3.2.2 UNIVERSALISME VERSUS SELECTIVITEIT

De actoren van het terrein spraken zich ook uit over het keuze tussen **universalisme en selectiviteit**. In een universeel systeem volstaat het voordoen van het sociaal risico, in dit geval een zorgafhankelijkheid, om toegang te krijgen tot het recht. In een selectief systeem kunnen er naast het louter voordoen van een situatie van zorgafhankelijkheid nog bijkomende criteria gehanteerd worden die de toegang tot het recht bepalen, en die de interventie dus voorbehouden voor specifieke groepen. Twee van zulke criteria kwamen aan bod: een leeftijdslimiet (waarbij de toegang tot de prestaties van de zorgverzekering al dan niet voorbehouden wordt tot 65-plussers), en een inkomensselectiviteit (waarbij bijvoorbeeld een maximum inkomensgrens vastgelegd wordt waarboven men geen recht meer heeft op de zorgverzekering).

De actoren van het terrein spreken zich ten eerste unaniem uit **tegen het hanteren van een leeftijdslimiet**. Ter verantwoording wordt expliciet verwezen naar het fenomeen van vroegtijdige veroudering (zie 2.2.2), waarbij het risico op zorgbehoevendheid zich bij de meest kwetsbaren reeds voor de leeftijd van 65 jaar voordoet als gevolg van een vroegtijdige uitputting van de reservebronnen. Het hanteren van een leeftijdslimiet zou deze personen, ondanks het voordoen van een behoefte, dan ook uitsluiten van de zorgverzekering en de bestaande sociale ongelijkheden verder versterken.

Voor wat de **inkomensselectiviteit** betreft, zijn de meningen van de actoren van het terrein en de ondervraagde ouderen duidelijk verdeeld. Voorstanders van een inkomensselectiviteit halen aan dat het binnen het kader van een beperkt budget interessanter is om de schaarse middelen voor te behouden voor die personen die er het meeste nood aan hebben, en verdedigen een zekere inkomensselectiviteit dus expliciet vanuit een doelstelling van armoedebestrijding. Tegenstanders vinden dat een inkomensselectiviteit het verzekeringsprincipe én het draagvlak van de zorgverzekering dreigen te ondergraven: iedereen die bijgedragen heeft tot de financiering van de verzekering, moet, op het moment dat het gedekte risico zich voordoet, ongeacht zijn of haar middelen, een beroep kunnen doen op de prestatie. Een ander argument dat ten nadelen van een

inkomensselectiviteit aangehaald werd is dat het voor de administratie zeer moeilijk lijkt om snel een antwoord te bieden aan situaties die zeer snel kunnen veranderen – in het bijzonder in situaties van acute of snel toenemende zorgafhankelijkheid die snel voor financiële problemen kunnen zorgen.

We staan hier kort stil bij de argumenten die in het kader van deze discussie over universalisme versus selectiviteit ontwikkeld zijn in de literatuur rond de sociale zekerheid en diens rol in de bestrijding van armoede.

Voor wat de inkomensselectiviteit betreft, heeft het Verenigd College van de GGC zich in haar actuele beleidsverklaring expliciet uitgesproken voor een verzekeringslogica (en dus niet voor een bijstandslogica), waarbij iedereen proportioneel bijdraagt in functie van zijn of haar inkomen; en iedereen van de interventie geniet in functie van het al dan niet voordoen van een zorgbehoefte. **Er gaan echter vaak stemmen op voor de invoering van een inkomensselectief systeem**, waarbij via een inkomensplafond of een middelentoets de toegang tot de prestaties van de zorgverzekering voorbehouden worden voor zij die er het meeste nood aan hebben, en waarmee men dus evolueert in de richting van een bijstandssysteem. Deze keuze voor een selectief systeem wordt, behalve om besparingsmotieven, vaak ook gerechtvaardigd vanuit een standpunt van sociale rechtvaardigheid en armoedebestrijding. Vanuit een korte termijnperspectief en abstractie makend van de context, kan het inderdaad interessant lijken om de schaarse beschikbare middelen exclusief voor te behouden voor zij die er het meest nood aan hebben. Des te meer omdat de organisatie van de Brusselse zorgverzekering past in het uitbouwen van een model voor de organisatie van een sociale bescherming op het Brusselse niveau, is het echter essentieel om deze discussie in een breder perspectief te plaatsen, en meer bepaald het onderliggend model van sociale bescherming te bevragen.

De sociale zekerheid omvat als sociale verzekering traditioneel een combinatie van mechanismen van zowel horizontale als verticale solidariteit en herverdeling (29). Onderzoek wijst er nu juist op dat het de combinatie van deze beide mechanismen is die voor een grotere doeltreffendheid van stelsels van sociale zekerheid zorgt, zowel in termen van algemene sociale bescherming als van herverdeling en dus bestrijding van sociale ongelijkheden en armoede. Specifieke selectieve uitkeringen kunnen een herverdelend effect hebben, maar essentieel is dat deze steeds ingebed zijn in een universeel stelsel (37).

Een louter selectief sociaal beleid, waarbij dit evenwicht tussen horizontale en verticale herverdeling opgegeven wordt, blijkt minder doeltreffend in termen van herverdeling in vergelijking met universele systemen. Dit is wat in het wetenschappelijk onderzoek sinds jaren de 'paradox van de herverdeling' (38) wordt genoemd: de vaststelling dat meer selectieve systemen, waar de middelen sterker ingezet worden voor de lagere inkomens, in vergelijking met universele systemen een kleinere herverdelende impact hebben en dus minder doeltreffend zijn voor deze laagste inkomens.

Een louter selectief sociaal beleid vertoont inderdaad een aantal essentiële problemen of knelpunten (39).

Zo genereren selectieve systemen ten eerste een aantal problemen die rechtstreeks het gevolg zijn van het principe en de techniek van selectiviteit. Zo zijn er de **drempeleffecten** die onvermijdelijk optreden wanneer men (inkomens)grenzen hanteert, wat voor een zeer ongelijke behandeling zorgt (toegang/geen toegang) voor personen die zich nochtans in een zo goed als gelijkaardige situatie bevinden. Verder is er de **technische complexiteit** voor het invoeren van inkomensstoetsen die bovendien bijkomende drempels creëren, en het **risico op non take-up** met zich meebrengen. Ten tweede heeft een selectief systeem effecten die betrekking hebben op de begunstigden van de prestaties. Zo kan een selectief beleid zorgen voor een stigmatisering van het doelpubliek, waarbij de

begunstigden expliciet geïdentificeerd worden met een van hun specifieke kenmerken (in deze: een laag inkomen), dewelke men juist wenst te verzachten of te laten verdwijnen.

Een derde effect van een (louter) selectief beleid, heeft een fundamentele weerslag op het hele systeem van sociale bescherming, daar het de **onderliggende principes** juist dreigt te ondermijnen op langere termijn. Het zijn namelijk de mechanismen van horizontale solidariteit die zorgen voor nodige legitimiteit voor de invoering van mechanismen van verticale herverdeling (29). Door deze horizontale solidariteit weg te nemen in een selectief beleid, creëert men een breuk tussen de begunstigden van prestaties enerzijds, en zij die ze financieren anderzijds, en ondermijnt men het onderliggende draagvlak. Zo'n systeem dreigt op termijn, als gevolg van het afnemen van het breder maatschappelijk draagvlak, bovendien gepaard te gaan met een daling van de investeringen en dus een steeds kleiner budget voor sociale uitgaven. Dit ondergraaft verder het herverdelend vermogen. Er bestaat namelijk een sterke empirische band tussen het algemeen niveau van sociale uitgaven enerzijds, en verschillende indicatoren van sociale ongelijkheden en armoede: geen enkele van de rijke en geïndustrialiseerde landen slaagt erin de armoede en de sociale ongelijkheden te beperken met lage sociale uitgaven, en dit onafgezien van hoe goed deze landen ook presteren op andere domeinen, zoals bijvoorbeeld tewerkstelling (37).

Het armoede-reducerend vermogen van een universeel systeem, en dus de mate waarin mechanismen van horizontale solidariteit op zich erin slagen armoede te verminderen, hangt af van de ex post spreiding van sociale risico's (29). Zo stellen Cantillon en Vanmechelen (29) dat aangezien lagere inkomensgroepen hogere ziekte- en werkloosheidsrisico's kennen dan hogere inkomensgroepen, de horizontale solidariteit die vervat zit in de sociale zekerheid ook voor een verticale herverdeling van rijk naar arm zorgt.

Zoals we in hoofdstuk 2.1 zagen, volgt het risico op een verhoogde zorgafhankelijkheid een sterke sociale gradiënt, waarbij het risico het hoogst ligt bij de meest kwetsbare ouderen. Vanuit deze vaststelling, zou een universele zorgverzekering, gebaseerd op horizontale herverdeling, dus ook de facto voor een verticale herverdeling zorgen. Ook Pacolet (40) kwam tot de conclusie dat de tegemoetkoming van de Vlaamse zorgverzekering de facto terecht komt bij een doelgroep met een relatief lager inkomen, waardoor er dus ondanks de universaliteit van het systeem toch tot een grote mate van selectiviteit in het resultaat komt.

In het principe van **progressief universalisme**, wat volgens verschillende onderzoeken de meest doeltreffend benadering is, zou er **bovenop de universele basisinterventie ook nog hogere tussenkomsten voorzien worden voor de lagere inkomens**. Het zou dan een systeem zijn waarbij iedereen die geconfronteerd wordt met een zorgbehoefte (deels) gecompenseerd wordt voor de hiermee gepaard gaande zorgkosten (zonder bestaansmiddelenonderzoek). Om tegemoet te komen aan het feit dat de zorgkosten verhoudingsgewijs zwaarder doorwegen in het budget van personen met een laag inkomen, zouden de zorgkosten bij financieel kwetsbare ouderen verder sterker gecompenseerd kunnen worden.

Het is essentieel dat bij de organisatie van een sociale bescherming op het niveau van het Brussels Gewest de discussie gevoerd wordt over het onderliggende sociaal model. Onderliggend aan de concrete organisatie van een zorgsysteem schuilt namelijk de fundamentele discussie over de keuze tussen een sociaal beleid met een egalitaire sociale bescherming tegenover sociale risico's en gericht op het bestrijden van sociale ongelijkheden, of een sociaal beleid vanuit een bijstandslogica dat gericht is op het verzachten van (de gevolgen van) deze sociale ongelijkheden en het bestrijden van sociale uitsluiting (39).

3.2.3 FINANCIERINGSWIJZE

De financiering van de zorgverzekering betreft een van de voornaamste kanalen om de solidariteit concreet vorm te geven. Traditioneel worden in de sociale zekerheid de middelen verzameld in functie van het contributieve vermogen van de bevolking, en worden deze herverdeeld al naargelang de behoeften die ontstaan door sociale risico's (32).

Voor wat de financiering van de zorgverzekering op Brussels niveau betreft, werden in het juridisch luik van de BSI-studie twee pistes onderzocht: een bijdrage van de verzekerde personen en een overheidsdotatie. Hieruit bleek dat de juridisch meest zekere optie voor financiering een dotatie van het Brussels Gewest betreft, die op duurzame wijze overgedragen wordt aan de GGC. Daarenboven zou een dergelijke financieringswijze toelaten dat er een progressief karakter wordt toegekend aan de financiering van de Brusselse zelfstandigheidsverzekering. Die zou zo namelijk onrechtstreeks gefinancierd kunnen worden op basis van fiscale heffingen uitgevoerd door het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Als aanvulling kan naar analogie van de Vlaamse zorgverzekering een verplichte bijdrage van de verzekerde personen beoogd worden (41)²¹.

In het bijzonder de ondervraagde ouderen stellen zich grote vragen bij het voorstel dat er een individuele bijdrage betaald zal moeten worden voor de zorgverzekering. Het betreft in de eerste plaats een bijdrage die voor sommigen, hoe symbolisch het ook mag lijken, financieel moeilijk te dragen valt. Anderzijds, en vooral, wordt het aangevoeld als een onrechtvaardige extra belasting en wordt aangegeven dat deze dienstverlening vanuit de algemene middelen en idealiter vanuit de sociale zekerheid op federaal niveau gefinancierd zou moeten worden.

In het scenario van een complementaire bijdrage van de verzekerden, pleiten de actoren van het terrein en de ondervraagde ouderen voor een proportionele of progressieve bijdrage.

In Vlaanderen wordt een jaarlijkse forfaitaire bijdrage gevraagd van 50 euro, met een verminderde bijdrage van 25 euro voor rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming voor geneeskundige verzorging. Deze differentiëring van forfaitaire bijdragen introduceert een zekere progressiviteit in de inning van de bijdrage. Een aantal actoren pleiten ervoor om hiernaast nog een derde categorie van gerechtigden in te voeren die vrijgesteld zou worden van betaling van bijdrage, voor de meest kwetsbare personen zoals de leefloongerechtigden.

Op gewestelijk niveau beschikt men maar over weinig methodes voor het invoeren van een progressief bijdragensysteem. Voor de Vlaamse zorgverzekering geldt een jaarlijkse bijdrage van 50 euro. Rechthebbenden op verhoogde tegemoetkoming voor geneeskundige verzorging (RVV) betalen een verminderde bijdrage van 25 euro. Dit RVV-statuuat wordt onder andere toegekend aan leefloongerechtigden of ouderen die een IGO ontvangen, maar ook meer algemeen op basis van een laag inkomen, en vormt op deze manier een indicator voor financiële kwetsbaarheid. De keuze om het verminderd tarief aan het RVV te koppelen is daarnaast ook gebaseerd op het feit dat dit gegeven gemakkelijk beschikbaar is.

Binnen de gezondheidszorg is er ook de **Inkomens-MAF (Maximumfactuur)**, met 5 verschillende plafondbedragen op basis van verschillende inkomenscategorieën. Deze categorisering zou, als deze toegepast zou worden voor de betaling van bijdragen aan de zorgverzekering, een nog sterkere progressiviteit invoeren in vergelijking met RVV/niet-RVV.

²¹ Hierbij moet men zich ervan verzekeren dat men zich onderscheidt van een belasting, meer bepaald door de bijzondere bestemming van de bijdragen, en het verband tussen de betaling van de bijdrage en het feit gedekt te zijn door de zorgverzekering

Een bijkomend belangrijk aandachtspunt in deze, betreft de situaties van achterstallige bijdragen. Zal in deze situaties een tegemoetkoming vanuit de zorgverzekering geweigerd worden zolang de achterstallige bijdragen niet geregeld zijn? Of blijft men het recht op een interventie behouden wanneer deze zich (soms zeer urgent) aandient, eventueel op voorwaarde van een afbetalingsplan?

3.2.4 UITKERINGSWIJZE

Een belangrijk discussiepunt betreft de uitkeringswijze van de zorgverzekering, eens de zorgbehoefte vastgesteld is. Een eerste mogelijkheid betreft de **'in cash' financiering**, of 'cash-for-care', in de vorm van een financiële uitkering die de zorgbehoevende ontvangt en naar eigen keuze besteedt. Een tweede mogelijkheid betreft de **'in kind' financiering** of prestaties in natura, waarbij specifieke, erkende diensten en prestaties terugbetaald worden of gefinancierd via vouchers.

Beide vormen van dienstverlening kunnen een impact uitoefenen op het huishoudensbudget. Een cash uitkering zal op directe wijze het beschikbaar inkomen verhogen. In het geval van een 'in kind' financiering is deze impact meer indirect, door de uitgaven voor bepaalde diensten te verminderen en dus een groter deel van het beschikbaar inkomen te vrijwaren.

De Vlaamse zorgverzekering volgt het model van een **'in cash' financiering**, met een forfaitaire vergoeding van 130 euro per maand voor zorgbehoevenden. Voorstanders argumenteren dat dit de autonomie en keuzevrijheid van de betrokkene respecteert en versterkt, die het geld kan spenderen in overeenstemming met de persoonlijke voorkeuren en behoeften en daar waar zijn of haar eerste prioriteit ligt. Het zou verder bijvoorbeeld ook de mogelijkheid bieden om mantelzorgers te financieren, of andere diensten die momenteel niet gedekt worden.

« Patiënten die palliatief worden verzorgd, krijgen bijvoorbeeld premies van 500 euro in contanten. Ze mogen daarmee doen wat ze willen. En wat ze willen, dat is hun directe problemen oplossen. Hebben ze te maken met een tekort aan autonomie, gezondheid, materieel, dan zullen ze het geld daaraan besteden. Er zijn weliswaar altijd uitzonderingen, maar ... Het is niet alleen filosofisch, maar ook concreet, ik denk dat de persoon die een gebrek aan autonomie ervaart zijn geld veeleer zal besteden als een goede huisvader. » [prof]

Tegenstanders halen echter aan dat er geen controle mogelijk is van de manier waarop het geld gespendeerd wordt. Men waarschuwt in het bijzonder voor situaties waar de persoon het geld zelf niet of onvoldoende kan beheren. In het scenario van een financiële uitkering wordt inderdaad vertrokken van een ideaalscenario van een uitkeringsgerechtigde die "geïnformeerde consument is die in staat is om zijn eigen behoeften te kennen en uit te drukken en een oordeelkundige keuze te maken tussen de dienstverleners die aan deze behoeften zouden kunnen voldoen [...] Hij beheert zijn budget en vervult alle formaliteiten die eigen zijn aan de voorziening" (Waterplas & Samoy, 2005, geciteerd in (41)).

« Wat mij betreft, is er veeleer nood aan een systeem in natura, daar er toch nogal wat omstandigheden bestaan waarin contante betalingen een probleem vormen. Denk maar aan psychiatrische gevallen, personen die niet bij machte zijn, om psychiatrische of andere redenen, om hun geld te beheren. Er zijn ook alle gevallen van interventie van naasten, familieleden enzovoort die sjoemelen met geld, soms gebeurt dat zelfs in het rusthuis. Of er is het voorbeeld van de bewindvoerder enzovoort. Ik denk dus dat het in natura zou moeten zijn. Een storting voor de diensten van thuishulp, voor de rusthuizen, maar voor specifieke diensten. » [prof]

« Maar het geld rechtstreeks aan de personen geven, neen. Dat is gevaarlijk. Als je geld geeft aan iemand met een verslaving, dan moet worden gecontroleerd of het geld goed wordt besteed. » [pers]

De actoren van het terrein geven bij dit scenario van een cash uitkering ook nog aan dat de overheid te weinig controle heeft op de kwaliteit van de diensten waar een beroep op gedaan wordt of kan worden.

De Waalse Regering heeft in haar principenota aangegeven het model van een **'in kind' financiering** of prestaties in natura te zullen volgen. Hierbij wordt de financiële toegankelijkheid van (bepaalde) diensten verbeterd, bijvoorbeeld door het remgeld van de gebruiker bij bepaalde thuiszorgdiensten (verder) te verminderen en waarbij het verschil door de zorgverzekering ten laste wordt genomen. In dit geval, moet een deel van het voor de zorgverzekering beschikbaar budget aangewend worden voor het beheer van de dienstverleners, hun erkenning, de terugbetaling en de controle.

«Het zou ideaal zijn dat ik 60 euro moet betalen voor de gezinshulp in plaats van 100 euro, en dat de dienst dan het geld vraagt van de zorgverzekering. Ze tonen om de x maanden dat ze het opgegeven aantal uur bij mij zijn geweest. Vervolgens worden ze onmiddellijk betaald. Op die manier moet ik dat niet allemaal zelf bijhouden. Het is zoals met de derde betaler. Er is een vermindering van het ticket, en het is de taak van de dienst om die vermindering te vragen. En ik betaal dan toch nog een bedrag » [pers]

De FGTB maakt gewag van budgettaire schattingen voor de Waalse zorgverzekering waarbij de tussenkomst van de gebruiker in thuiszorg terug gebracht wordt tot 1 euro per uur. Iemand die beroep doet op oppashulp en hiervoor vandaag 6 euro/uur betaalt (in plaats van de reële kost van 24 euro/uur die gesubsidieerd worden via een urencontingent), zou als hij of zij gedekt is door de zorgverzekering nog 1 euro/uur betalen. Het verschil van 5 euro zal ten laste genomen worden door het Fonds van de zorgverzekering.

http://www.fgtb-wallonne.be/sites/default/files/notes/assurance_autonomie_en_wallonie.pdf

We formuleren in dit kader nog een laatste fundamenteel aandachtspunt, dat in eerste instantie van toepassing is in het specifieke geval van een cash uitkering, maar dat sowieso in acht genomen moeten worden, ongeacht het weerhouden scenario.

De invoering van een vraaggestuurde financiering via een cash uitkering werkt namelijk een marktwerking binnen de zorgsector in de hand. Verschillende actoren van het terrein waarschuwen voor de **risico's en bedreigingen van een commercialisering van de ouderenzorg en de intrede van winstgevendende principes.** De BSI-studie (41) vermeldt in deze het risico op een commercialisering van de thuiszorgdiensten en een liberalisering van de sector. Ook Cantillon waarschuwde in het kader van de Vlaamse zorgverzekering voor het feit dat er bij een financiële uitkering geen enkele vorm van kwaliteitscontrole op de aangekochte zorgen is, en dat de overheid geen sturingsmechanisme heeft op de markt van de zorgverlening (28).

De risico's van een commercialisering van de zorg in termen van sociale ongelijkheden zijn welgekend. Verdonck (42) lijst de voornaamste argumenten tegen een marktwerking binnen de zorg op:

- Binnen een marktwerking wordt zorg gereduceerd tot een verhandelbaar product op een dienstenmarkt. De concurrentie verloopt eerder op de prijs van de zorg, ten koste van de kwaliteit. Een marktwerking is ontoereikend om een antwoord te bieden aan de meest specifieke en/of minder vaak voorkomende (en dus minder rendabele) behoeftes van de meest kwetsbare ouderen
- Marktwerking, deregulering en desintegratie van het aanbod
- Marktwerking en schaalvergroting, ten koste van persoonsgerichte zorg
- Marktwerking, onoverzichtelijkheid en gebrek aan transparantie in het aanbod
- Marktwerking en selectie- en 'afroomeffecten' en dus ongelijke toegang. Bij een marktwerking wordt de toegang tot de zorg grotendeels bepaald door de koopkracht, waardoor er een ongelijkheid dreigt te ontstaan tussen een luxueuze, private zorg voor het 'lucratieve' segment van ouderen, en een publieke opvang dat eerder dient als laatste vangnet voor de meest zwaar hulpbehoevende ouderen en zij die zich geen private zorg kunnen veroorloven.
- Marktwerking en loon- en werkomstandigheden van zorgprofessionals: verhoging van de druk op de zorgprofessionals om sneller en goedkoper te werken, en dus ten nadele van de zorgkwaliteit. Op het vlak van arbeidsomstandigheden wordt in deze context ook nog de expansie van niet-reguliere, laaggeschoolde arbeid en zwartwerk vermeld.
- Sluiting van voorzieningen in een competitieve context
- Problemen met principe van consumptie en keuzevrijheid binnen de zorgmarkt. Verschillende factoren maken dat een vraaggestuurde organisatie van de zorg kan leiden tot toenemende ondoorzichtigheid, fragmentering en sociale ongelijkheid. Het centraal stellen van keuzevrijheid kan ongelijkheden versterken wanneer de 'take-up' van keuzemogelijkheden sterk verschilt. Hierdoor kunnen er ongelijkheden ontstaan de goed geïnformeerde assertieve zorgconsument die actief op de markt begeeft om zorg in te kopen en sociaal zwakkeren bevolkingsgroepen die bij het uitoefenen van dergelijke 'rechten' de grootste problemen ondervinden.

De essentiële vraag, vanuit het perspectief van het waarborgen van een zo hoog mogelijk niveau van sociale bescherming van de hele bevolking, en het bestrijden van sociale ongelijkheden, is de mate waarin de overheid op dit domein regulerend kan optreden en bepaalde ontwikkelingen kan monitoren, sturen of afremmen. De voornaamste uitdagingen liggen in :

- het controleren van de markt, en dit voor het hele veld, niet alleen de publieke en gesubsidieerde private sector,
- het verstevigen van de rechtspositie van de oudere zorgbehoevende persoon
- het zoeken van een geëigend systeem van zorgafstemming, -coördinatie en -planning, met het zicht op een versterking van de transparantie van het aanbod en het mogelijk maken van een meer vraaggerichte dienstverlening
- een verzoening tussen elementen van marktwerking met democratische overwegingen van sociale rechtvaardigheid.

Een laatste belangrijk punt in het kader van de uitkeringswijze, betreft de vraag in hoeverre de tussenkomst gedifferentieerd zal worden in functie van de zorgbehoefte. In het Vlaamse model krijgt men bijvoorbeeld, eens de algemene zorgbehoefte vastgesteld is, een lineaire financiële tussenkomst van 130 euro, ongeacht het niveau van zorgbehoefte. Er moet nagegaan worden in hoeverre deze tussenkomst gedifferentieerd kan worden in functie van de intensiteit van de zorgbehoefte, om de reële kosten zo goed mogelijk te dekken. Een lineaire tussenkomst, ongeacht de reële behoefte, dreigt immers sociale ongelijkheden te versterken, aangezien de meest kwetsbare ouderen geconfronteerd worden met hogere kosten, en in dit scenario een zelfde compensatie ontvangen als minder afhankelijke ouderen.

3.2.5 KORF VAN DIENSTEN

Op basis van de getuigenissen en analyses van de actoren van het terrein en de ondervraagde ouderen kunnen we stellen dat de sociale ongelijkheden zich uiten in een geheel van behoeftes waarmee alle sociale lagen van de bevolking geconfronteerd worden bij het ouder worden, maar die duidelijk groter zijn bij de meest kwetsbare ouderen, en zich bovendien sneller voordoen.

In het geval van het scenario waarin de zorgverzekering een “in kind”-model aanneemt, halen de actoren van het terrein en de ondervraagde ouderen in de eerste plaats **de professionele niet-medische thuiszorg**, en meer bepaald gezinshulp, huishoudhulp en thuisoppas aan, waarvoor de toegankelijkheid verbeterd kan worden via de zorgverzekering. Er wordt hierbij bijzondere aandacht gevraagd voor oppas tijdens de nacht, een voorziening die vandaag onvoldoende ontwikkeld is in het Brussels Gewest, weinig gereguleerd en niet of nauwelijks gesubsidieerd. Voor wat het toezicht betreft, wordt ook de integratie van personenalarmsystemen aanbevolen.

Verder lijkt hulp bij de **ergonomische aanpassing van de woning** essentieel. Een kanttekening die hierbij gemaakt wordt, is het feit dat heel wat ouderen in het Brussels Gewest huurder zijn van hun woning. Eigenaars zijn niet altijd bereid om aanzienlijke en kostelijke werken door te voeren.

Andere diensten waarvoor een nieuwe of bijkomende tussenkomst voorzien moet worden zijn de **ondersteuning bij administratieve handelingen, geestelijke gezondheidsdiensten** aan huis, de **huur en aankoop van materiaal, het medisch en niet-medisch vervoer**.

« Het is moeilijk om vervoer te vinden. Ik weet waarover ik het heb. Maandenlang moest ik meermaals naar het ziekenhuis César de Paepe gaan. Vervoer vinden is dan een echte kruisweg. Zelfs bij gespecialiseerde diensten moet je maanden van tevoren reserveren. En taxi's zijn eenvoudigweg onbetaalbaar. Bovendien moet je een exact uur opgeven. Wanneer ik 's morgens binnenga, weet ik niet wanneer ik opnieuw zal kunnen vertrekken. Zo sta ik daar, voor het ziekenhuis, alleen, zonder dat ik kan lopen. Wat doe ik dan? Ik roep een taxi ... Alleen al om naar hier te komen betaal ik 10 euro. En als je dit traject driemaal per week moet afleggen? Plus de ziekenhuiskosten, het ging telkens om een bedrag van 45, 50 euro, afhankelijk van de producten die ze gebruikten, terwijl ik een WIGW-statuuut heb. Zo betaal ik per dag 60, 65 euro. Wie kan dat betalen, tenzij je miljardair bent? »

« Je hebt de Collecto-taxi's. Die halen de mensen 's nachts op. Zoiets zou ook overdag moeten kunnen voor personen met beperkte mobiliteit »
[pers]

Gezien het belang van het behouden en ontwikkelen van **sociale banden** met het zicht op het behoud van zelfstandigheid (zie 2.2.2), moet nagegaan worden op welke manier de zorgverzekering activiteiten en interventies op dit vlak zou kunnen ondersteunen.

Over de vraag of de prestaties van een **mantelzorger** opgenomen moet worden in de korf van diensten van de zorgverzekering is geen overeenstemming. Iedereen is het er wel over eens dat de mantelzorger beter ondersteund moet worden. Eerder dan via een specifieke financiële ondersteuning, kan dit voor verschillende actoren van het terrein en ondervraagde ouderen best gebeuren via de organisatie van een aanbod aan toegankelijke professionele hulp die de mantelzorger kunnen ontlasten. Specifieke diensten, zoals nachtopvang en kortverblijf, kunnen een zekere ademruimte bieden voor mantelzorgers waarvan de draagkracht soms overschat wordt, en die riskeren uitgeput te raken.

Internationaal onderzoek (43) wijst erop dat de socio-economische status van de ouders een bepalende factor is in het feit of hun volwassenen kinderen al dan niet ondersteuning bieden bij dagdagelijkse en huishoudelijke activiteiten: hoe lager de socio-economische status van de ouders, hoe hoger de betrokkenheid van hun kinderen (in het bijzonder de dochters). Ook de socio-economische status van de kinderen is van belang: kinderen met een hoger opleidingsniveau (van wie de ouders gemiddeld ook hoger opgeleid en beter gesteld zijn) nemen minder vaak zorgtaken op zich in vergelijking met kinderen met een lager opleidingsniveau. Dit familiaal netwerk van mensen in armoede en bestaansonzekerheid heeft echter vaak maar een beperkte draagkracht. Wanneer zowel de ouders als hun kinderen geconfronteerd worden met armoede en bestaansonzekerheid, dan versterkt het gebrek aan hulpbronnen en opties zich verder. Het verhoogt het risico op overbelasting en een tekort aan zorg. Een sterke betrokkenheid in de informele zorg voor een naaste wordt inderdaad geassocieerd met symptomen van angst en psychologische stress (20). Er is in deze gevallen sterk nood aan een beleid dat de verantwoordelijkheid van het gezin in de zorg doet afnemen, via de organisatie van een aanbod aan toegankelijke dienstverlening.

Een andere discussiepunt heeft betrekking op **de vraag of de personen die opgenomen zijn in een rusthuis (ROB/RVT) ook recht hebben op de prestaties van de zorgverzekering**. Voorstanders geven de hoge verblijfskosten en kosten voor bijkomende diensten in het rusthuis aan als argumentatie. In het geval van een financiële uitkering, zou deze door de begunstigde aangewend worden om hun verblijf en/of supplementen te financieren. In het geval van een 'in kind' financiering zou deze aangewend kunnen worden om een deel van de verblijfskosten te dekken, en dus voor een korting op het factuur voor de gebruiker. Tegenstanders ontkennen deze realiteit van hoge kostprijzen niet, maar geven aan dat het niet aan de zorgverzekering is om hier een antwoord op te bieden. Om deze kosten te drukken zijn er beleidsmaatregelen op andere beleidsdomeinen nodig.

« Zo er al wordt ingegrepen in de thuissituatie, is er ook een ingreep nodig op het niveau van de instellingen, dus rusthuizen (RH), rust- en verzorgingstehuizen (RVT) en woon- en zorgcentra (WZC). De meeste rusthuizen zijn onbetaalbaar met een gewoon pensioen. Bovendien biedt een rusthuis niet alle diensten aan. Een rusthuis is niet "all inclusive". »
[prof]

« Het is niet omdat iemand in een rusthuis wordt opgenomen dat hij of zij helemaal niet meer kwetsbaar is! Toegegeven, je hebt een dak boven je hoofd, je krijgt eten en een bed en je wordt verzorgd. Ook in de rusthuizen bestaat er echter armoede. Voor mensen met een klein inkomen. Er zijn mensen die nadenken of ze zich wel een specialist kunnen veroorloven... Ook voor tandverzorging moet je extra betalen. Sommige bewoners hebben net genoeg om hun verblijf te betalen. Wat moeten zij dan doen om extra zorgen te krijgen? Ook in de rusthuizen is er sprake van kwetsbaarheid. Het is niet omdat je in een rusthuis wordt opgenomen dat je financieel gered bent. Ook hier is er kwetsbaarheid. » [prof]

Vanuit het perspectief van sociale ongelijkheden, is het belangrijk op te merken dat een opname in een rusthuis niet altijd het gevolg van een vrije keuze van de oudere is, maar soms gewoon de enige mogelijke keuze. Zo zien we dat het Brussels Gewest een hoger aandeel ouderen telt dat opgenomen is een ROB of RVT en dat deze ouderen ook vaker slechts een licht afhankelijkheidsprofiel hebben (categorie O of A van de Katz-schaal) ten opzichte van de andere gewesten. Een deel van de verklaring voor deze hogere institutionaliseringsgraad, ook van minder zorgafhankelijke ouderen, kan liggen in het kwetsbaar profiel van de Brusselse ouderen: belangrijke financiële moeilijkheden om thuis te blijven wonen, bijvoorbeeld als gevolg van de ontoegankelijkheid (en onaangepast karakter) van de huisvestingsmarkt of de hoge kostprijs voor thuiszorg, en vaak een gebrek aan sociale ondersteuning. Uit een analyse van het profiel van de rusthuisbewoners met zorgcategorie O of A, blijkt inderdaad dat een belangrijk aandeel van hen financiële moeilijkheden ondervindt (44).

Rusthuisbewoners uitsluiten van de zorgverzekering zou vanuit deze vaststelling indirect bijdragen tot het vergroten van bestaande sociale ongelijkheden.

De actoren van het terrein en de ondervraagde ouderen benadrukken dat ook de **kwaliteit van de diensten** gewaarborgd moet worden. Hiervoor worden verschillende criteria genoemd.

We kunnen in deze verwijzen naar het 'European Quality Framework for long-term care services'²², waarin 11 fundamentele **kwaliteitsprincipes** gedefinieerd worden die door zorgdiensten gerespecteerd zouden moeten worden: respect voor de mensenrechten en de menselijke waardigheid; persoonsgericht; preventief en rehabilitatief; beschikbaar; toegankelijk; betaalbaar; alomvattend; continu; resultaatgericht en empirisch onderbouwd; transparant; en gender- en cultuurgevoelig.

Een van de fundamentele aandachtspunten die door de actoren van het terrein geformuleerd werden, betreft de vaststelling dat de focus binnen de hulpverlening vandaag zo goed als uitsluitend op nauw omschreven en meetbare taken ligt. In een context van een koers naar economische winstgevendheid en de hiermee gepaard gaande rationaliseringsprocessen, komt de nadruk op louter technische prestaties te liggen, en is er geen **erkenning van de interactieve en relationele aspecten van de hulpverlening**. Een voorbeeld dat gegeven wordt is dat het RIZIV voor elke precieze

²² Beschikbaar op http://wedo.ttp.eu/system/files/24171_WeDo_brochure_A4_48p_NL_WEB.pdf (NL) of http://wedo.ttp.eu/system/files/24171_WeDo_brochure_A4_48p_FR_WEB.pdf (FR)

prestatie het precies aantal minuten definieert, en dat er hierbij geen ruimte voorzien is om tijd te nemen om naar de patiënt en zijn of haar omgeving te luisteren.

“Een tussenkomst van een kwartier voorzien [om een gerecht in de microgolfoven op te warmen], kan dan wel volstaan om de trap te nemen tot de voordeur van de persoon, binnen te komen, de schotel te nemen, die in de microgolfoven te steken, te wachten tot die warm is en die vervolgens samen met het bestek aan tafel te brengen; het is echter onvoldoende om te vragen hoe het met de persoon gaat en een gesprek te voeren, men mag zich niet tevreden stellen met binnen te komen in iemands woning en privésfeer en vlug even naar de keuken te gaan. Bovendien volstaat die tijd niet om met onvoorziene omstandigheden om te gaan (een depressieve en eenzame persoon die wachtte op het enige bezoek van de dag om even te praten over wat er buiten gebeurt enz.)” (Puissant 2012, geciteerd in (41))

3.2.6 INFORMATIE, ADMINISTRATIEVE STAPPEN EN TOELEIDING

Een fundamentele uitdaging betreft **het detecteren van de meest kwetsbare ouderen** die geen beroep doen op een dienstverlening. We vermeldden eerder al de vaststelling van De Witte et al. (25) in België, ondanks het sterk ontwikkelde sociale zekerheidssysteem, 6,4 % van de thuiswonende ouderen die nood hebben aan hulp, deze niet krijgen. Internationaal onderzoek (20) komt tot de conclusie dat, na standaardisatie voor fysieke beperkingen, gezondheidsstatus en beschikbaarheid van mantelzorgers, ouderen met de laagste inkomens minder vaak beroep doen thuiszorg (privaat én publiek).

Naast de definitie en screening van de zorgbehoefte (zie 3.3.1), blijven er duidelijk nog heel wat drempels en obstakels bestaan die een gelijke toegang tot de zorg verhinderen.

Een absolute basisvoorwaarde op het niveau van de operationalisering van de zorgverzekering, en dit zowel vanuit het perspectief van de actoren van het terrein als van de ondervraagde ouderen, is **het voorzien van een kwaliteitsvolle en toegankelijke informatie over het recht en de toegang tot het recht.**

Vandaag zien we dat heel wat diensten te weinig gekend zijn, dat gebruikers te weinig op de hoogte zijn van hun rechten en plichten en niet weten waar ze terecht kunnen voor informatie. De actoren van het terrein en de geïnterviewde ouderen bevestigen de stelling van De Donder et al. (27) dat de informatie vandaag meer ad hoc en vaak te laat tot bij de zorgvrager komt, en eerder toevallig, als gevolg van een toevallig contact of ontmoeting. Wie geluk heeft of goed geïnformeerd is, raakt tot bij de zorg, vele anderen vallen door de mazen van het net.

De actoren van het terrein en de ondervraagde ouderen geven talrijke voorbeelden aan van situaties waarin men, als gevolg van een gebrek aan informatie, niet op de hoogte is van rechten, niet weet dat men voor bepaalde rechten in aanmerking komt, en aldus hun rechten niet kunnen laten gelden. Andere voorbeelden hebben eerder betrekking op situaties waarin het recht niet voorgesteld wordt.

« [...] men heeft me nooit gezegd dat mijn man recht had op een rolstoel, op iemand die komt helpen om hem te wassen. Niets. Ik heb zelf voor hem gezorgd, bijna 7 jaar lang. [...] Ik heb met de dokter gesproken en hij zei me dat ik het recht had iemand te vragen die me kon helpen om m'n man te wassen; dat ik recht had op een rolstoel. Ik wist dat allemaal niet. Helemaal niet. En bij het ziekenfonds hebben ze nooit iets gezegd. » [pers]

«6 jaar geleden had ik een ongeval, ik ben slecht gevallen. Ik ben over de stoeprand gestruikeld. Ik moest een week in het ziekenhuis blijven. Daarna anderhalf jaar kine. Ik moest alles opnieuw leren. [...] Ik moest opnieuw leren schrijven. [...] Voor heel wat zaken moest ik me alleen zien te redden. Ik heb een gezet die me een beetje heeft geholpen, wanneer hij daarvoor de gelegenheid had. De meeste dingen heb ik echter zelf moeten doen. Pas naderhand heb ik bij het ziekenfonds vernomen dat ik huishulp had kunnen krijgen. Toen alles al voorbij was. Er is dus sprake van een gebrek aan informatie. » [pers]

«Negatieve ervaringen, die vind je bij de vleet. En het komt altijd op hetzelfde neer: informatie. Het is niet normaal dat wij zelf op zoek moeten gaan naar de informatie, dat we niet weten waarop we recht hebben. We weten zelfs niet waarover het gaat. Men zou ons die informatie spontaan moeten geven. Toen ik bijvoorbeeld uit het ziekenhuis werd ontslagen, kon ik niet meer lopen, ik kon niets meer doen enzovoort. Ze hadden me moeten zeggen, het is hun taak dan te zeggen: "Zo, u hebt een mobiliteitsprobleem, maar u hebt recht op een rolstoel, gezinshulp enzovoort." Dat is echter niet gebeurd. Men heeft me helemaal niets gezegd » [pers]

Een ander kanaal van sociale onderbescherming betreft de ontoegankelijkheid van rechten als gevolg van een uiterst ingewikkeld systeem van sociale bescherming, waarin men een veelvoud aan stappen moet ondernemen om rechten te laten gelden, en waarin het moeilijk is om zijn of haar weg te vinden. **Het aantal stappen dat ondernomen moet worden om toegang te vinden tot de zorgverzekering moeten maximaal beperkt en zo eenvoudig mogelijk gehouden worden.**

« Een andere bejaarde die steeds minder autonoom werd, en die dus hulp vroeg: iemand komt bij haar thuis, om met haar te praten, om een maaltijd te bereiden enzovoort. We zijn naar haar ziekenfonds gegaan om te weten hoe het werkt, en ze gaven een pak papieren mee en zeiden dat we naar daar moesten telefoneren, dat moesten doen ... Het ziekenfonds doet dat echter niet zelf. De rechthebbende kan dat niet allemaal zelf doen ». [pers]

Aan situaties van sociale onderbescherming als gevolg van een niet-kennen van sociale rechten zou deels tegemoet gekomen kunnen worden door middel van het hanteren van **een proactieve benadering** vanuit de overheid.

H. : « Eigenlijk hebben we een sociaal systeem dat goed zou moeten werken. Er is het OCMW, om armoede te bestrijden, maar ook om de mensen te helpen, ongeacht de omstandigheden. Er zijn overal OCMW's, met hun antennes. Ik denk dat er hier wel 5 of 6 in de wijk zijn. Waarom gaan ze niet zelf op bezoek bij iemand die 65 jaar is? Om te zien hoe het met die persoon gaat? Of hij of zij niets nodig heeft? Om regelmatig eens met die personen te praten. De eerste keer kan dat wat opdringerig lijken, dat iemand zomaar je leven binnenstapt zonder dat je iets hebt gevraagd. Men moet dan een beetje aandringen. Wat vaker bij de mensen thuis komen. Vertrouwen wekken. De diensten die actief zijn op het terrein, moeten zelf een rol spelen. Ze kunnen de mensen die in nood verkeren of iets nodig hebben op het spoor komen, identificeren.

Het zijn niet alleen de OCMW's. Er zijn ook de buurthuizen, de medische huizen. Er zijn veel meer actoren nodig, in plaats van maar eentje. Er is een netwerk van actoren nodig. »

J. : « Ook het gemeentehuis heeft een rol te vervullen. Ze zien de mensen die al een zekere leeftijd hebben bereikt, zij kunnen ons informeren. "Tiens, die persoon is zo oud, we zullen eens gaan kijken of alles naar wens verloopt." Spontaan eens gaan kijken hoe het gaat en als het nodig is zelfs een vragenlijst naar de mensen sturen, om na te gaan in welke omstandigheden ze leven enzovoort. »

H. : « Een openbare dienst is toch een "openbare" dienst. Die zou proactiever moeten handelen. Nu zijn wij het die naar de betrokken dienst moeten gaan. » [pers]

De actoren van het terrein en de ondervraagde ouderen geven aan dat het informeren en detecteren van (potentieel) zorgbehoevende ouderen de opdracht en verantwoordelijkheid moet zijn van een **multidisciplinair netwerk van diensten en organisaties** (gemeentes, OCMW's, ziekenhuizen, ziekenfondsen en sociale diensten van de ziekenfondsen, zorgcoördinaties, ...). De informatie-uitwisseling moet ook binnen dit netwerk bevorderd worden.

Een aantal actoren van het terrein pleiten er in dit kader voor dat de zorg op het niveau van de buurt georganiseerd en gecoördineerd wordt, met unieke referentiepersonen in elke buurt die fungeren als zorgcoördinatoren en aanspreekpunten voor de ouderen én de professionals. Afhankelijk van de wijk, zou deze rol opgenomen kunnen worden door reeds bestaande actoren. Zij zouden instaan voor het optimaliseren van de informatiedoorstroming tussen professionals enerzijds, en naar de potentiële rechthebbenden anderzijds. Zij zouden ook kunnen instaan voor het proactief detecteren van kwetsbare ouderen. Naast de formele zorgverstrekkers, zouden ook andere actoren die actief zijn in de wijk ingeschakeld kunnen worden in het netwerk. Tenslotte zou deze referentiepersoon ook een aanspreekpunt kunnen vormen voor buurtbewoners die potentieel precare situaties kunnen melden.

« Er is inderdaad de hele problematiek die erin bestaat informatie te verstrekken aan de mensen in de wijk. Ik geloof dat er heel wat structuren bestaan die mensen op het spoor kunnen komen. Je hebt het ziekenfonds, de OCMW's, de OCMW-antennes maar ook de "contactcentra" waar mensen heen gaan en waar de burens kunnen zeggen dat ze een bepaalde persoon hebben gezien enzovoort. Er zijn dus wel degelijk netwerken, relaties in de buurt die kunnen worden ontwikkeld in het kader van die officieuzere ontmoetingen, die als tussenpersonen kunnen dienen. Wij bijvoorbeeld, als verpleegster, wij werken te voet. We ontmoeten mensen, burens, handelaars. We krijgen heel wat nieuws van mensen die met ons komen praten, die weten waarvoor wij staan, als verpleegster, een instelling. We vertegenwoordigen een informatienetwerk; de mensen komen met ons praten over bepaalde situaties. We ontdekken sommige personen via de mensen die ons op straat aanspreken. » [prof]

Actoren van het terrein geven aan dat via de zorgverzekering de kans zich aanbiedt een soort van **uniek loket-functie** te organiseren die de toegang tot de ouderenzorg kan bevorderen, en die bovendien ook alle informatie zou kunnen centraliseren. Het voorbeeld van de Vlaamse zorgverzekering, waarin deze rol op zich wordt genomen door de zorgkassen van de mutualiteit, wordt aangehaald als een good practice die bijgedragen heeft tot de snelle en doeltreffende uitbouw van deze voorziening in Vlaanderen. De mutualiteiten zijn namelijk zeer bekend bij de bevolking omwille van hun rol in de ziekteverzekering, hebben een sterke expertise en ervaring in deze materies en kunnen hiervoor terugvallen op een uitgebouwde infrastructuur, beschikken over sociale diensten, enzovoort.

Het Vlaams Netwerk tegen armoede formuleert echter een aantal fundamentele aandachtspunten bij deze benadering, en waarschuwt voor de **gevaren van een enkele toegangspoort tot sociale rechten**. Van zodra er zich bij deze unieke toegangspoort de minste drempel bestaat, blokkeert dit namelijk ook onmiddellijk alle toegang tot de rechten. Het formuleert dan ook de aanbeveling om steeds verschillende ingangspoorten te behouden²³.

Zo werd bij de ondervraagde ouderen het voorbeeld gegeven van de terughoudendheid van sommige ouderen om via het OCMW te passeren.

« Sommige gemeenten hebben overigens maatschappelijk assistenten die geen deel uitmaken van het OCMW. Zij zouden een rol kunnen spelen, daarvoor kunnen zorgen. Het is belangrijk dat het niet het OCMW is, op die manier jagen we hen geen schrik aan. Het OCMW heeft immers een reputatie. Het maakt de mensen bang. Ze zijn bang voor controles. [...] Bang om een recht op te eisen, om te worden bestraft op het vlak van andere rechten. » [pers]

²³ Bron : <http://www.netwerktegenarmoede.be/documents/160203-Verslag-overleg-NtA-en-administratie-over-voorontwerp-van-decreet-VSB.pdf>

Het Steunpunt armoedebestrijding (45) en het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn (46) analyseerden in hun respectievelijke rapporten **de mechanismen van non take-up van sociale rechten en sociale onderbescherming**.

Ze verkiezen trouwens bewust de term van sociale onderbescherming boven de vaak gehanteerde term van 'non take-up' of 'niet-opname' van rechten. Deze laatste term laat namelijk uitschijnen dat het zou volstaan om rechthebbenden aan te sporen hun rechten 'op te eisen' en zelf stappen te zetten naar de instellingen of sociale diensten die sociale uitkeringen of voordelen toekennen. Dit strookt echter niet strookt met de realiteit van mensen in armoede en bestaansonzekerheid.

Het **gebrek aan informatie** wordt inderdaad geïdentificeerd als een van de obstakels in de uitoefening van rechten. Het is noodzakelijk dat duidelijk en herhaaldelijk uitgelegd wordt wat de rechten (en plichten) van eenieder zijn en dat de informatie niet éénmaal voor altijd gegeven wordt, maar doorheen het ganse proces om een recht te verwerven. De informatie dient correct, begrijpbaar en aangepast aan alle doelgroepen te zijn (47). Het Steunpunt vermeldt dat verdere maatregelen noodzakelijk zijn, niet enkel om te informeren en te communiceren over bestaande maatregelen, maar ook om ervoor te zorgen dat de meest kwetsbaren hun rechten ook daadwerkelijk kunnen begrijpen en er gebruik van maken. Een **aangepaste begeleiding en ondersteuning** dringt zich hier op, om een daadwerkelijke uitoefening van hun rechten mogelijk te maken (45).

Het Steunpunt beveelt in deze verder nog aan:

- de **regelgeving maximaal te vereenvoudigen**, vooral door een opeenstapeling van selectieve maatregelen en verschillende statuten te vermijden
- de inspanningen met het oog op een **automatisering van de opening van de rechten** verder te zetten
- te streven naar een **maximale vereenvoudiging van de administratieve stappen en procedures**
- de **pro-actieve initiatieven inzake informatieverstrekking** uit te breiden, in respect met de privacy

4. ELEMENTEN TER CONCLUSIE

Een zorgverzekering kan potentieel een impact hebben op armoede, meer bepaald door sociale bescherming te bieden tegen het sociaal risico van zorgbehoevendheid door middel van een kostencompenserende interventie.

Het is in de eerste plaats echter essentieel om het voorbehoud dat Dumont (32) aantekent hier zeer duidelijk te herhalen, namelijk dat de totstandbrenging van een eigen stelsel van sociale bescherming stuit op het probleem van een gebrek aan een toereikende kritieke grootte van de betrokken bevolking om een *risk-pooling* tot stand te brengen op een basis die voldoende groot en gediversifieerd is. De combinatie van een beperkt contributief vermogen én het voordoen van belangrijke sociale behoeften brengen de haalbaarheid van een eigen sociaalzekerheidsstelsel in het gedrang. De grootste uitdaging ligt dan ook in de (publieke) financiering van de zorgverzekering.

Het armoedebestrijdend vermogen van de zorgverzekering hangt daarnaast zeer sterk af van de manier waarop het instrument vorm zal krijgen en geoperationaliseerd zal worden. In voorliggende armoedetoets formuleerden we alvast een aantal belangrijke aandachtspunten. Het is inderdaad zo dat sommige beleidsopties de bestaande sociale ongelijkheden eerder dreigen te versterken.

- Voor de vaststelling van de zorgafhankelijkheid moet men een brede en multidimensionale benadering hanteren, die ook rekening houdt met de sociale dimensie van kwetsbaarheid en de kwaliteit van de leefomgeving. De voorgestelde BelRAI screener is hiervoor ontoereikend.
- In een context van beperkte middelen gaan er vaak stemmen op voor de invoering van een inkomensselectief systeem, waarbij inkomensplafonds of middelentoets gehanteerd worden om de toegang tot de prestaties te bepalen. Exclusief selectieve systemen vertonen echter een aantal essentiële problemen of knelpunten die het herverdelend karakter in het gevaar brengen. Het meest doeltreffend, ook in termen van terugdringen van sociale ongelijkheden, zijn systemen die uitgewerkt worden volgens de benadering van een progressief universalisme.
- De financiering van de zorgverzekering betreft een van de voornaamste kanalen om de solidariteit concreet vorm te geven. Het is duidelijk dat een belangrijke overheidsdotatie essentieel is, zeker in het licht van de hierboven geformuleerde opmerking. Als het scenario van een complementaire bijdrage van de verzekerden weerhouden wordt, moet deze zo progressief mogelijk zijn, in functie van het contributief vermogen van de bevolking. In dit laatste geval moet ook een regeling uitgewerkt worden voor eventuele achterstallige bijdragen.
- Zeker in het scenario van een cash uitkering, is het essentieel aandachtig te zijn voor de risico's en bedreigingen van de intrede van een marktwerking binnen de zorgsector. Een controle van de markt, het verstevigen van de rechtspositie van de zorgbehoevenden en het zoeken naar een geëigend systeem van zorgafstemming, -coördinatie en -planning zijn essentieel vanuit overwegingen van sociale rechtvaardigheid.
- Er moet nagegaan worden in hoeverre de interventie van de zorgverzekering gedifferentieerd kan worden in functie van de zorgbehoefte. Een lineaire interventie, ongeacht de reële zorgbehoefte, dreigt bestaande sociale ongelijkheden te versterken.
- Het invoeren van een leeftijdslimiet (bijvoorbeeld 65 jaar) dreigt de meest kwetsbare ouderen, die reeds vroeger geconfronteerd worden met een verlies van onafhankelijkheid, uit te sluiten van de voorziening. Ook wanneer men ouderen die opgenomen zijn in een instelling uitsluit van de zorgverzekering, dreigt men de sociale ongelijkheden te versterken. Het is tenslotte essentieel om bij de operationele uitwerking van de zorgverzekering rekening te houden met verschillende potentiële mechanismen van sociale onderbescherming, zoals deze onder andere door het Observatorium in haar thematisch rapport werden onderzocht. Een screening van het ontwerp van zorgverzekering op deze mechanismen is essentieel.

BIJLAGE 1. ARMOEDERISICO OUDEREN

Om de **financiële reserves of kwetsbaarheid** van een bevolkingsgroep in kaart te brengen, wordt normaal gezien het **armoederisico** berekend: het aandeel van de bevolking dat moet rondkomen met een inkomen onder de armoederisicogrens.

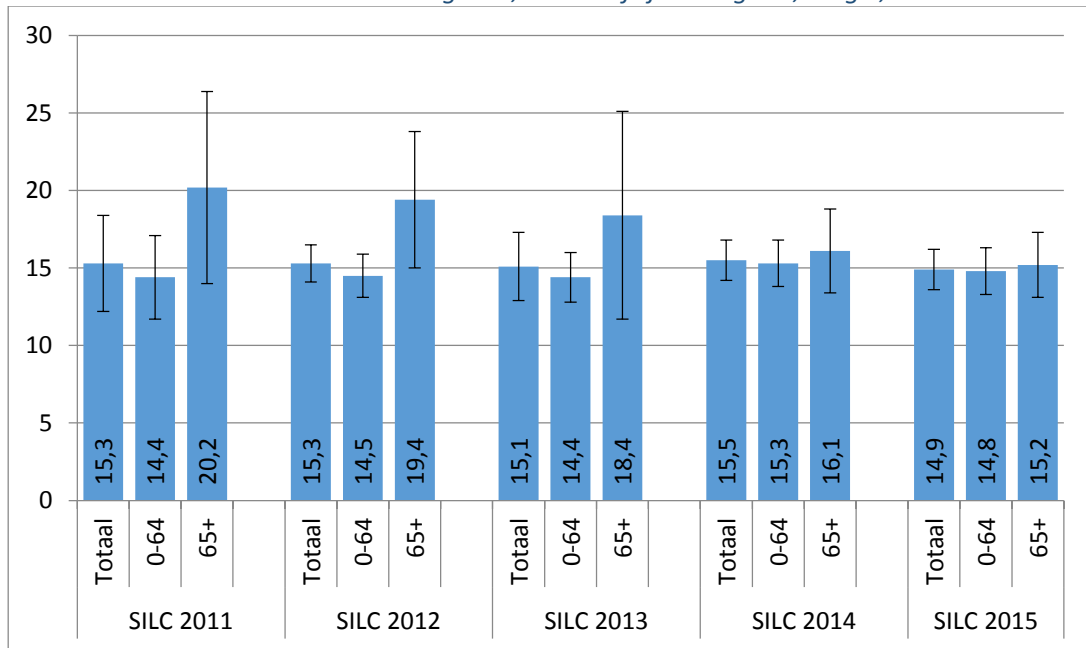
Voor het meten van financiële armoede bij de oudere bevolking moet deze indicator met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. Deze indicator houdt namelijk geen rekening met een aantal belangrijke factoren in de evolutie van de materiële armoede bij ouderen. Zo wordt de indicator berekend op basis van het beschikbaar inkomen, en wordt geen rekening gehouden met het beschermend karakter van bijvoorbeeld eigendomsverwerving eens de hypotheeklening afbetaald is, een situatie die we proportioneel vaker bij oudere eigenaars terugvinden. Anderzijds zijn er ook met de veroudering gepaard gaande uitgaven die evenmin in rekening worden gebracht, bijvoorbeeld op gezondheidsvlak of voor het verblijf in een rust- en verzorgingstehuis. Merk tenslotte op dat, aangezien de bedragen van de minimumpensioenen en de minimumuitkeringen in de buurt van de armoederisicogrens liggen, het armoederisico bij ouderen zeer gevoelig is voor zelfs zeer kleine verschuivingen in het bedrag van de armoederisicogrens en/of de uitkeringen (4).

Gezien de beperkte steekproef voor het Brussels Gewest, is het bovendien niet mogelijk een schatting te maken van het aantal Brusselse ouderen met een inkomen onder de armoederisicogrens. We geven ter illustratie hier **de cijfers voor heel België**.

Op basis van de EU-SILC enquête 2015 (inkomens 2014) zien we dat 15,2% van de 65-plussers in België moet rondkomen met een inkomen onder de armoederisicogrens, wat vergelijkbaar is met het armoederisico van de totale bevolking (14,9%).

Daar waar deze laatste stabiel bleef de laatste jaren, zien we daarentegen een daling van het armoederisico bij de 65-plussers (Figuur 15). Dit is hoofdzakelijk het gevolg van een sterke verbetering van de minimuminkomensbescherming voor ouderen, waarbij de bedragen van zowel de minimumpensioenen als de Inkomensgarantie voor Ouderen (IGO) sterk geherwaardeerd werden. Deze daling is echter niet statistisch significant (de betrouwbaarheidsintervallen worden weliswaar kleiner maar overlappen elkaar).

Figuur 15. Evolutie van de armoederisicograad, naar leeftijdscategorie, België, SILC 2011-2015



Bron: FOD Economie - Statistics Belgium, Quality Reports Belgian SILC 2011-2015

BIJLAGE 2. SWOT-ANALYSE: STERKTES, ZWAKTES, KANSEN EN BEDREIGINGEN VAN DE ZORGVERZEKERING IN TERMEN VAN SOCIALE ONGELIJKHEDEN

Onderstaande SWOT-analyse werd opgesteld door de deelnemers aan het participatief proces van “Méthode d’analyse en groupe”.

STERKTES	ZWAKTES
<p>Sterktes gelinkt aan het model van zorgverzekering :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Een mutualisering van de risico’s - De organisatie van solidariteit - Het verzekeringsprincipe, waarbij iedereen bijdraagt in functie van zijn of haar middelen, en geholpen wordt in functie van zijn of haar behoefte - Een verplicht karakter die het risico op selectie-effecten wegneemt <p>Een zorgverzekering kan bevorderlijk zijn voor de mogelijkheid om thuis te blijven wonen en kan afhankelijkheid helpen voorkomen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Door de zichtbaarheid te vergroten van het aanbod aan hulp, verzorging en thuisdiensten - Door een betere tenlasteneming van de kosten voor de hulp mogelijk te maken - Door een unieke toegangspoort tot de hulp in het leven te roepen - Door het mogelijk te maken iets te doen aan de moeilijkheden op het vlak van organisatie wanneer mensen uit het ziekenhuis worden ontslagen 	<p>Een verplichte jaarlijkse bijdrage en een ontoereikende progressiviteit voor een bevolkingsgroep die wordt geconfronteerd met een risico van armoede, lage inkomsten, overmatige schuldenlast, een sterke toename van de huurprijzen, hoge kosten van de diensten ...</p> <p>Opgelet voor een al te gemedicaliseerde definitie van afhankelijkheid; rekening houden met de 4 dimensies van kwetsbaarheid of “frailty” (fysiek, psychologisch, sociaal en wat betreft de omgeving)</p> <p>Universele toegang versus selectieve toegang tot de prestaties, momenteel voorwerp van debat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Moeilijkheden om de doelgroepen te bepalen: in functie van leeftijd, inkomsten, pathologie, gezinssituatie, huisvestingsvoorwaarden? - Risico in geval van selectiviteit en bepalen van doelgroepen: drempel-effecten, stigmatisering en “draagkracht” - Quid met vroegtijdig verouderen? - Quid met personen in onwettig verblijf? <p>Toegang tot het recht:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Moeilijkheid om de legitieme intervenant te identificeren die een beslissing moet nemen m.b.t. de toegang tot het recht; risico van een veelheid aan intervenanten - Erover waken dat de formaliteiten die moeten worden vervuld om toegang te hebben tot het recht niet nodeloos ingewikkeld worden gemaakt en ook niet worden vermenigvuldigd - Hoe de doelgroep informeren en op het spoor komen? <p>Wat betreft de korf met diensten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Moeilijk om de in aanmerking komende uitgaven te definiëren - Erover waken het belang van sociale participatie niet uit het oog te verliezen - Hoe controleren of de hulp adequaat aangewend wordt? En kost van de controle/erkenning in vergelijking met basket funding <p>Organisatie op het niveau van het gewest:</p> <ul style="list-style-type: none"> - (Te) kleine schaal om solidariteit te organiseren, wat verder versterkt wordt door een groot aandeel personen die vrijgesteld worden van bijdrage maar wel in aanmerking komen voor de dienstverlening - Quid met de overdraagbaarheid van de rechten in geval van verhuizing? Quid met de aangeslotenen bij de Vlaamse Sociale Bescherming? - Quid consumptie van diensten buiten het Gewest?

KANSEN	BEDREIGINGEN
<p>De kwestie van de afhankelijkheid staat opnieuw op de politieke agenda</p> <p>Er bestaat al een gediversifieerd aanbod op het grondgebied</p> <p>Dubbele kans: tegemoetkomen aan grote noden en tegelijk banen creëren in de sector (in een context van hoge werkloosheidscijfers)</p> <p>Meerdere kansen te grijpen met de creatie van een autonomieverzekering:</p> <ul style="list-style-type: none"> - (Her)financiering van de diensten: ziekenoppas, avondverpleegkundige; aankoop of bruikleen van materieel; aanpassing van de woning; gezinshulp; sociaal assistenten - Ontwikkeling van een nieuw aanbod - Toegang openen tot niet-medische prestaties door erkende diensten - Zich openen voor medisch comfort (materieel) / niet-medisch (sociale relaties) (de KATZ-schaal uitbreiden) - Betere organisatie van het zorg- en hulpaanbod - De politieke bevoegdheden hergroeperen op het niveau van thuishulp en een gewestelijk beleid ontwikkelen - Meer aandacht bieden aan de patiënten die lijden aan zware / chronische aandoeningen 	<p>De zorgverzekering zou kunnen bijdragen tot een toename van de vraag (meer bepaald volgens de logica “Ik betaal een bijdrage, dus ik heb er recht op”, of via andere wegen) en zou bijgevolg een toename van de middelen noodzakelijk kunnen maken. Komen er geen extra middelen, dan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Risico dat men geen oog heeft voor reële vitale behoeften, meer bepaald van personen die er minder in slagen hun stem te laten horen - Risico van een toename van de hoeveelheid en dus van korte prestaties, ten koste van de kwaliteit bij de rechthebbende - Risico dat er strenge toegangscriteria worden bepaald met als doel tot een evenwicht te komen tussen vraag en aanbod <p>Risico's van “non take-up” en sancties</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gebrek aan kennis van het verplicht karakter en de gevolgen daarvan - Multiculturaliteit en moeilijke communicatie met mensen die de taal niet beheersen, inadequaat aanbod aan specifieke vragen <p>Vraag betreffende de opleiding van de professionele hulpverleners ten aanzien van sommige (nieuwe) pathologieën</p> <p>Kwestie van “preventie”: welke middelen om te voorkomen dat situaties verslechteren?</p> <p>Voorziene hervorming van de THAB, en dus eventuele schrapping van een toelage in casu</p> <p>Nieuw aanbod: risico van commerciële ontsporingen en gebrekkige controle</p> <p>Institutionele en organisatorische complexiteit en traag besluitvormingsproces</p> <p>Erover waken dat men het doel van “empowerment” en behoud of zelfs versterking van onafhankelijkheid niet uit het oog verliest</p>

REFERENTIES

1. Van Campenhoudt L, Chaumont J-M, Franssen A. La méthode d'analyse en groupe. SociologieS [En ligne], Théories et recherches. 2009;
2. Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. Thuiswonen na je 65ste. Atlas van de behoeften en de actoren in Brussel. Brussel: Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie; 2007.
3. World Health Organization. Active ageing: A policy framework. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002.
4. Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. Armoede en (ver)ouderen, Brussels armoederapport 2008. Brussel: Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie; 2008.
5. Demarest S. Langdurige functionele beperkingen. In: Van Der Heyden J, Charafeddine R, editors. Gezondheidsenquête 2013 Rapport 1: Gezondheid en Welzijn. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid; 2014.
6. Hosseinpoor AR, Stewart Williams JA, Gautam J, Posarac A, Officer A, Verdes E, et al. Socioeconomic inequality in disability among adults: a multicountry study using the World Health Survey. *American journal of public health*. 2013;103(7):1278–86.
7. Van Oyen H, Deboosere P, Lorant V, Charafeddine, editors. Sociale ongelijkheden in gezondheid in België. Gent: Academia Press; 2011.
8. Grundy E. Ageing and vulnerable elderly people: European perspectives. *Ageing and Society*. 2006 Jan;26(01):105–34.
9. Studiecommissie voor de vergrijzing. Jaarlijks verslag 2016. Brussel: Hoge Raad van Financiën; 2016.
10. Charafeddine R. Omgeving, huisvesting en passief roken. In: Charafeddine R, Demarest S, editors. Gezondheidsenquête 2013 Rapport 4: Fysieke en sociale omgeving. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid; 2015.
11. Demarest S. Sociale gezondheid. In: Charafeddine R, Demarest S, editors. Gezondheidsenquête 2013 Rapport 4: Fysieke en sociale omgeving. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid; 2015.
12. Smetcoren AS, Lambotte D, Duppen D, Fret B, D-SCOPE Consortium, editors. D-SCOPE naar een brede kijk op kwetsbaarheid bij ouderen. Brussel: Vrije Universiteit Brussel; 2016.
13. Vermeulen J, Neyens JC, van Rossum E, Spreeuwenberg MD, de Witte LP. Predicting ADL disability in community-dwelling elderly people using physical frailty indicators: a systematic review. *BMC geriatrics*. 2011;11(1):33.
14. Xue Q-L. The Frailty Syndrome: Definition and Natural History. *Clinics in Geriatric Medicine*. 2011 Feb;27(1):1–15.

15. Dury S, De Roeck E, Duppen D, Fret B, Hoeyberghs L, Lambotte D, et al. Identifying frailty risk profiles of home-dwelling older people: focus on sociodemographic and socioeconomic characteristics. *Aging & Mental Health*. 2016 Jun 7;1–9.
16. Herr M, Robine J-M, Aegerter P, Arvieu J-J, Ankri J. Contribution of socioeconomic position over life to frailty differences in old age: comparison of life-course models in a French sample of 2350 old people. *Annals of Epidemiology*. 2015 Sep;25(9):674–80.e1.
17. Hoogendijk EO, van Hout HPJ, Heymans MW, van der Horst HE, Frijters DHM, Broese van Groenou MI, et al. Explaining the association between educational level and frailty in older adults: results from a 13-year longitudinal study in the Netherlands. *Annals of Epidemiology*. 2014 Jul;24(7):538–44.e2.
18. Etman A, Burdorf A, Van der Cammen TJM, Mackenbach JP, Van Lenthe FJ. Socio-demographic determinants of worsening in frailty among community-dwelling older people in 11 European countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2012;66(12):1116–21.
19. Gobbens RJ, Luijkx KG, van Assen MA. Explaining quality of life of older people in the Netherlands using a multidimensional assessment of frailty. *Quality of Life Research*. 2013;22(8):2051–61.
20. Asthana S, Halliday J. Health inequalities during older age: research evidence. In: *What works in tackling health inequalities? Pathways, policies and practice through the lifecourse*. Policy Press; 2006. p. 475–505.
21. Leroux M-L, Pestieau P, Ponthière G. Longévité différentielle et redistribution: enjeux théoriques et empiriques. Louvain-la-Neuve: Center for Operations Research and Econometrics, UCL; 2014.
22. Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. Gezondheidsindicatoren van het Brussels Gewest 2010 [Internet]. 2010. Available from: http://www.observatbru.be/documents/publications/tbsante_gezondheid_2010.xml?lang=nl
23. De Witte N, Gobbens R, De Donder L, Dury S, Buffel T, Schols J, et al. The comprehensive frailty assessment instrument: Development, validity and reliability. *Geriatric Nursing*. 2013 Jul;34(4):274–81.
24. De Witte N, Gobbens R, De Donder L, Dury S, Buffel T, Verté D, et al. Validation of the Comprehensive Frailty Assessment Instrument against the Tilburg Frailty Indicator. *European Geriatric Medicine*. 2013 Sep;4(4):248–54.
25. De Witte N, De Donder L, Dury S, Buffel T, Verté D, Schols J. A Theoretical perspective on the conceptualisation and usefulness of frailty and vulnerability measurements in community dwelling older persons. *Aporia: The Nursing Journal*. 2013;5(1):13–31.
26. Infor-Homes Bruxelles. Situation de l'offre d'hébergement pour personnes âgées en maisons de repos bruxelloises. 2016.

27. De Donder L, Verté E, Teugels H, Glorieux M, Bernard M, Vanmechelen O, et al. Programmatie-studie Brussel: Onderzoek naar het opzetten van de programmatie inzake structuren voor het thuishouden en huisvesten van ouderen. Brussel: Vrije Universiteit Brussel / Kenniscentrum Woonzorg Brussel; 2012.
28. Cantillon B. De noodzakelijke heroriëntering van de Vlaamse zorgverzekering. *Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid*. 2004;46(1):19–32.
29. Cantillon B, Van Mechelen N. Armoedebestrijding en sociale zekerheid : barsten in een beleidsparadigma. *Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid*. 2013;(3):347–77.
30. Ghys T, Oosterlynck S. Sociale innovatie ontleed: perspectieven voor armoedebestrijding. *VLAS-Studies 3*. Antwerpen: Vlaams Armoedesteunpunt; 2013.
31. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2. Policy & practice*. Geneva: WHO; 2010.
32. Dumont D. De sociale zekerheid en de zesde staatshervorming: voorgeschiedenis en algemene beschouwing. *Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid*. 2015;(2):175–226.
33. Pacolet J, De Wispelaere F. Armoedetoets Vlaamse sociale bescherming: maximumfactuur in de thuiszorg. Leuven: HIVA, Hoger Instituut voor de Arbeid; 2011.
34. Pacolet J, Spruytte N, Merckx S. Bestaansonzekerheid in Vlaanderen bij chronisch zorgbehoeftige zieken thuis: belang van de Vlaamse zorgverzekering. Leuven: HIVA-K.U.Leuven; 2007.
35. Vermeulen B, Van Eenoo L, Vanneste D, Declercq A. Naar een getrappt gebruik van BelRAI met de BelRAI Screener. KUL, LUCAS - Centre for Care Research and Consultancy; 2015.
36. Janssen D, Jongen W, Schröder-Bäck P. Exploring the impact of austerity-driven policy reforms on the quality of the long-term care provision for older people in Belgium and the Netherlands. *Journal of Aging Studies*. 2016 Aug;38:92–104.
37. Marx I, Nolan B, Olivera J. The welfare state and anti-poverty policy in rich countries. Institute for the Study of Labor; 2014.
38. Korpi W, Palme J. The Paradox of Redistribution and Strategies of Equality: Welfare State Institutions, Inequality, and Poverty in the Western Countries. *American Sociological Review*. 1998 Oct;63(5):661.
39. Damon J. La mise sous condition de ressources des allocations familiales: une discrimination vraiment positive? *Revue de droit sanitaire et social*. 2008;44(2):336–52.
40. Pacolet J, Merckx S, Spruytte N, Cabus S. Naar een verbeterde tenlasteneming van de kosten van niet-medische zorg thuis. Leuven: HIVA-K.U.Leuven; 2010.
41. De Brouwer H, Verté D, Dumont D, De Blander R, Mahieu C, Vandenbroucke A, et al. Naar een Brusselse zelfstandigheidsverzekering. Studie uitgevoerd in opdracht van de

Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van Brussel-Hoofdstad. Eindrapport. Brussel: Brussels Studies Institute; 2016.

42. Verdonck I, Put J. Begrippen en effecten van marktwerking: literatuuroverzicht. Steunpunt Welzijn Volksgezondheid en Gezin; 2008.
43. Saraceno C. Social inequalities in facing old-age dependency: a bi-generational perspective. *Journal of European Social Policy*. 2010 Feb 1;20(1):32–44.
44. Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel-Hoofdstad. Ouderen en de rust-en verzorgingstehuizen in het Brussels Gewest. Een stand van zaken in 2016 met een focus op de rusthuisbewoners met profiel O of A. De nota's van het Observatorium - 3. Brussel: Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie; 2016.
45. Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting. Sociale bescherming en armoede. Een bijdrage aan politiek debat en politieke actie. Tweejaarlijks verslag 2012-2013. Brussel: Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding; 2013.
46. Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. Inzichten in non take-up van de sociale rechten en in sociale onderbescherming in het Brussels Gewest. Thematisch katern van het Brussels armoederapport 2016. Brussel: Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van Brussel-Hoofdstad; 2016.
47. Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting. Verslag armoedebestrijding 2008-2009. Deel 1. Een bijdrage aan politiek debat en politieke actie. Brussel: Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding; 2009.