

Fysieke gezondheid

Fysieke beperkingen, gezondheidsproblemen en een (combinatie van) chronische aandoeningen, hebben ontegensprekelijk een belangrijke impact op de kwetsbaarheid van ouderen. Om de gezondheidssituatie van Brusselse ouderen in cijfers te vatten worden hieronder voornamelijk drie bronnen gehanteerd: de gezondheidsenquête van 2004 en 2008 op basis van een steekproef bij 11.254 ouderen, zowel thuiswonend als in een instelling¹, het ouderenbehoeftenonderzoek van de VUB bij thuiswondende ouderen van de stad Brussel (2009)² en de rapporten van het Observatorium voor gezondheid en Welzijn in Brussel-Hoofdstad³.

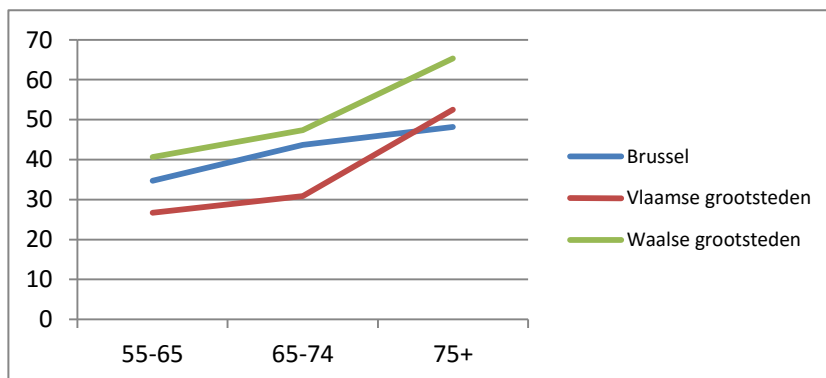
“Ge zijt niet meer zo lenig, zo snel en zo sterk als vroeger. Maar dat is door de leeftijd en ge neemt dat aan gelijk het komt.” (Pierre, 84 jaar)

1.1 Zelf ervaren gezondheid

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

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

Grafiek 1. Aandeel 55+ dat aangeeft gezondheidsproblemen te ondervinden



Bron: Ouderenbehoeftenonderzoek Brussel, VUB, 2009

¹ (Demarest, Drieskens, & Gisle, 2010)

² (Verté, Dury, De Witte, Buffel, & De Donder, 2009)

³ (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad, 2010)

1.2 Fysieke beperkingen

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

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

Het ouderenbehoefteonderzoek⁴ stelde deze vraag in 2009 aan thuiswonenden ouder dan 60 jaar. Daar gaf 13% aan hinder te ondervinden bij activiteiten van het dagelijks leven. De hinder en fysieke beperkingen die ouderen ondervinden, stijgt duidelijk met de leeftijd.

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

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

Bron: Ouderenbehoefteonderzoek Brussel, VUB, 2009

1.3 Valincidentie

Valincidenten komen vaak voor bij thuiswonende ouderen: ongeveer één op drie thuiswonende ouderen valt één maal per jaar, waarvan één derde meerdere keren. Dat is nog een onderschatting van de problematiek: heel wat valincidenten zonder letsel worden niet gemeld, voornamelijk uit vrees voor een opname in een rusthuis. In de residentiële zorg ligt de valincidentie nog hoger: ongeveer de helft tot 70% van de rusthuisbewoners valt er minstens één keer per jaar⁵.

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

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

1.4 Chronische aandoeningen

Meer dan de helft van de ouderen (52% bij de mannen en 56% bij de vrouwen) verklaart te leiden aan één of meer langdurige ziekte, aandoening of handicap. De chronische aandoeningen waarmee ouderen het

⁴ (Verté, Dury, De Witte, Buffel, & De Donder, 2009)

⁵ (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid)

meest te kampen hebben zijn volgens de gezondheidsenquête artrose (41%), hoge bloeddruk (37%), osteoporose (15%), incontinentie (12%) en diabetes (11%). Diabetes komt veel meer voor bij laaggeschoolden (15%) dan bij hoogopgeleiden (5%).

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

1.5 Plaats van de hulpverlening

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

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

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

Bron: Ouderenbehoefteonderzoek Brussel, VUB, 2009

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

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

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

Zowel professionelen als mantelzorgers bieden hierbij hulp. Men zou kunnen verwachten dat, daar waar mantelzorgondersteuning niet aanwezig is, dit door professionele thuiszorg wordt overgenomen. Toch blijkt dit vaak niet het geval. Van de thuiswonende ouderen die aangeven hulp nodig te hebben, verklaart 15% van **niemand** hulp te ontvangen⁶.

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

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

Brussel scoort slechter

Brussel scoort beter

⁶ (De Donder, Verté, Teugels, & Glorieux, 2013)

Boodschappendienst	9	3	3
Klusjesdienst	9	6	5
Warme Maaltijden	7	9	9

Bron: Programmatie-studie Brussel, VUB, 2013

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

De **thuiszorgdiensten** zijn er om ouderen met functionele beperkingen bij te staan in hun wens om, ondanks hun beperkingen, zo lang mogelijk thuis te kunnen blijven. Een analyse van de bevolkingsenquête uit 2004⁷ gaf aan dat de Brusselaars minder professionele thuiszorgdiensten inschakelen. In de leeftijdscategorie 75 tot 84 jaar verklaarde 10% van de Brusselaars en 15% van de Vlamingen gezinszorg te krijgen. Bij de oudste groep gaat het om respectievelijk 15% en 22%. Dementie, chronische ziekte en handicap waren voor ouderen tussen 60 en 84 jaar de voornaamste redenen om professionele thuiszorg in te schakelen. Bij de hoogst bejaarden speelden deze factoren minder en waren algemene ouderdomsverschijnselen de voornaamste reden om hulp te vragen. Ook uit bovenstaande tabel blijkt een lager gebruik van poetsdienst of bejaardenhulp, terwijl de boodschappendienst en klusjesdienst in Brussel beter ingeburgerd lijken.

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

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

1.6 Drempels tot de zorg

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

1.6.1 Economisch en financiële drempels

In Brussel dienen huishoudens veel meer dan elders in het land gezondheidszorgen uit te stellen om financiële redenen. Dit is niet anders voor de ouderen. In 2004 gaf 10% van de 65-plussers en 20% van de leeftijdsgroep 55 – 64 jaar aan uitgaven voor gezondheidsredenen uit te stellen (t.o.v. 4% in Vlaanderen). Bijna 10 jaar later zou dit betekenen dat intussen één op vijf in de leeftijdsgroep tot 74 jaar zich in die situatie bevindt, een evolutie die in de toekomst vermoedelijk niet zal verbeteren⁸.

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

De **Vlaamse zorgverzekering** draagt sinds 2001 bij aan de niet-medische kosten voor thuiszorg of residentiële zorg van zwaar zorgbehoevendenden. In tegenstelling tot Vlaanderen is dit in Brussel niet verplicht. Eind 2011 waren er 48.843 Brusselaars aangesloten. Dit is een daling van 10% sinds 2006 toen er nog 55.607 aangeslotenen waren. Een combinatie van meerdere factoren kan deze daling verklaren. Een

⁷ (Hedebouw & Merckx, 2007)

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

deel zijn overlijdens, die onvoldoende gecompenseerd worden door nieuwe aansluitingen op jonge leeftijd, wat mogelijks wijst op een daling van Nederlandstalige Brusselaars. Ook de aanpassing van de procedure heeft een negatief effect: Brusselaars die driemaal hun bijdragen niet betalen, worden automatisch geschrapt. Op die manier verloor Brussel op enkele jaren tijd meer dan 4.000 leden, een daling van gemiddeld 1.000 per jaar.

1.6.2 Beschikbaarheid en bereikbaarheid

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

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

1.6.3 Zorgverwachtingen en zorgpatronen

De culturele waarde die aan zorg, preventie en screening wordt gehecht, het vertrouwen in en de verwachtingen t.a.v. het zorgsysteem, de houding van de sociale groep of de familie tegenover de klachten en de aandoening zijn mee bepalend voor de toegang en gebruik van gezondheidszorg⁹.

Recent onderzoek in Vlaanderen bracht de zorgverwachtingen en zorgpatronen van ouderen in kaart op basis van herkomst¹⁰. De resultaten liggen in de lijn van het kwalitatief behoeftenonderzoek bij Brusselse ouderen.¹¹ Naast een uiteenlopende visie op zorg op basis van herkomst, is het opmerkelijk dat de verwachtingen niet noodzakelijk gelijk lopen met het gedrag en dat de visies over zorg aan ouderen tussen generaties sterk kunnen verschillen:

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

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

⁹ (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad, 2010)

¹⁰ (Vanderleyden & Moons, 2013)

¹¹ (Vanmechelen, Verté, Teugels, & e.a., 2012)

1.6.4 Gebrekkig sociaal netwerk

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

Diensten voor gezinszorg gewagen van slechts één op vijf aanvragen voor gezinszorg waar ook effectief thuishulp geboden wordt¹². Het is niet duidelijk wat met de overige aanvragen gebeurt, maar vermoedelijk gaat om multi-problem situaties en extreme vormen van verwaarlozing en vereenzaming. Mensen bij wie zich een cumul van problematieken voordoen, dreigen het slachtoffer te worden van het systeem en vallen buiten de zorg wegens te complex of onbereikbaar.

¹² (Maruf, Demeere, & Teugels, 2010)

