



WELZIJN  
WONEN  
ZORG

Staten-Generaal Welzijn en Zorg 2019 - deel 1

# Brussel, gezond en wel?

*Een omgevingsanalyse van het Brusselse welzijns- en zorglandschap*



# Brussel, gezond en wel?

Een omgevingsanalyse van het Brusselse welzijns- en zorglandschap



Els Nolf

Sjoert Holtackers

Olivia Vanmechelen

Herwig Teugels

Rebecca Thys

Sarah Eelen



# Inhoud

Voorwoord.....	5
1 Demografische ontwikkelingen.....	7
1.1 Groei, groei, groei.....	7
1.1.1 De bevolkingsgroei in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.....	8
1.1.2 Wat zijn de oorzaken van deze Brusselse bevolkingsgroei?.....	9
1.2 Jong en oud 'stijgt': de leeftijds piramide.....	10
1.2.1 Brussel: een jong gewest met een stijgende oudere bevolking ...	10
1.3 Aantal en type huishoudens in Brussel.....	11
1.3.1 Brussel telt veel alleenstaanden.....	11
1.3.2 Vergelijking met andere regio's.....	12
1.4 Bevolkingsdichtheid.....	13
1.5 Migratie.....	14
1.5.1 Brusselaars met buitenlandse nationaliteit.....	14
1.5.2 Brusselaars met buitenlandse geboortenationaliteit.....	16
1.5.3 Brusselaars van buitenlandse herkomst.....	16
1.5.4 Asielzoekers.....	18
1.5.5 Irreguliere migratie.....	19
1.5.6 De nieuwe taalbarometer.....	20
2 Economische ontwikkelingen.....	25
2.1 Tewerkstelling en werkloosheid.....	25
2.2 Scholingsgraad.....	26
2.3 Inkomen en uitkeringen.....	27
2.3.1 Het netto belastbaar inkomen en het nettoloon.....	27
2.3.2 Personen in armoede.....	28
2.3.3 Kinderarmoede.....	28
2.3.4 Geografische spreiding inkomen Brussel.....	30
2.3.5 Vervangingsinkomens.....	30
3 Sociaal-culturele ontwikkelingen.....	35
3.1 Vrijwilligerswerk.....	35

3.1.1	Definitie vrijwilligerswerk .....	35
3.1.2	Bronnen & cijfers.....	37
3.2	Het sociaal-cultureel middenveld als belendende sector van welzijn en zorg.....	43
4	Digitale ontwikkelingen .....	45
4.1	Digitalisering in cijfers.....	45
4.1.1	Digitale indicatoren voor België .....	45
4.1.2	Toegang tot internet in Brussel.....	47
4.1.3	Digitale kloof en digitale ongeletterdheid .....	47
4.2	Zorgtechnologie .....	49
4.3	Online hulpverlening.....	50
5	Wonen en leefomgeving.....	52
5.1	Woonbestand .....	52
5.2	Brussel, (on)gezonde stad?.....	54
5.3	Stadsontwikkeling en ruimte voor zorg.....	57
6	Politieke context en beleidsontwikkelingen .....	59
6.1	Institutioneel kader.....	59
6.2	Relatie Vlaanderen – Brussel .....	66
6.3	Vlaamse beleidsontwikkelingen en gevolgen voor Brussel .....	70
6.3.1	Decreet Lokaal Sociaal Beleid .....	70
6.3.2	Woonzorgdecreet.....	72
6.3.3	Persoonsvolgende financiering.....	78
6.3.4	Vlaamse Sociale Bescherming.....	79
6.3.5	Hervorming eerstelijnszorg.....	85
6.3.6	Decreet Geestelijke Gezondheidszorg.....	88
6.4	Ontwikkelingen Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC).. .....	91
6.4.1	Algemene krachtlijnen .....	91
6.4.2	Brussels Gezondheidsplan GGC.....	92
6.4.3	Ordonnantie thuisloosheid (bijstand aan personen) .....	94
6.5	Beleid Commission Communautaire Française (COCOF) .....	96
6.5.1	Enkele regelgevende kaders.....	96

6.5.2	Lopende hervormingstrajecten .....	97
6.5.3	Inclusiedecreet voor personen met een handicap.....	99
1	Algemeen Welzijn .....	104
1.1	Iedereen heeft het wel eens moeilijk.....	104
1.2	Plaats voor de professional.....	105
1.2.1	Nabijheid- en ontmoetingsdiensten.....	105
1.2.2	Algemene sociale dienstverlening .....	109
1.2.3	Toegang tot algemene hulpverlening verzekerd?.....	115
1.3	Het niet opnemen van sociale rechten en onderbescherming.....	117
1.4	Uitdagingen voor de sociaal werker van morgen .....	119
2	Psychische kwetsbaarheid.....	122
2.1	Een begrip dat veel ladingen dekt .....	122
2.2	Veelheid aan diensten en ondersteuningsvormen .....	124
2.3	Ontwikkelingen en uitdagingen in de toekomst.....	129
3	Ouderen en ouderenzorg.....	131
3.1	Ouderenpopulatie in Brussel .....	131
3.2	Erkende thuiszorgdiensten en ouderenvoorzieningen in Brussel.....	136
3.3	Verschuiving van residentiële naar buurtgerichte zorg .....	138
4	Personen met een beperking .....	145
4.1	Definitie en cijfers .....	145
4.2	Gespecialiseerd aanbod zorg en ondersteuning .....	149
4.3	Persoonsvolgende financiering in Brussel.....	152
4.3.1	Een regio van historische zorgachterstand .....	152
4.4	Andere interpretatie van (de Brusselse) noodsituaties.....	155
4.5	Rechtstreeks Toegankelijke Hulp en generalistisch werken als toekomstmodel? .....	157
5	Dak- en thuisloosheid.....	158
5.1	Een waaier aan precare leefsituaties .....	158
5.2	Het aantal dak- en thuislozen in Brussel: een zorgwekkende stijging .....	161
5.3	Het profiel van de Brusselse dak- en thuisloze.....	163
5.4	Evolutie van het aantal dak- en thuislozen en het aanbod .....	166

6	Een geval apart: informele en niet-erkende zorg .....	169
6.1	Mantelzorg, onzichtbare zorg .....	169
6.2	De grijze zone in de zorgarbeid .....	172
6.3	Niet erkende opvanginitiatieven .....	173
7	Maatschappij.....	175
7.1	Burgers aan zet.....	175
7.2	Digitalisering.....	176
7.3	Druk, druk, druk .....	180
7.4	Behoeftte aan houvast .....	181
7.5	Meritocratie en het individuele schuldmodel.....	181
8	Werkveld.....	182
8.1	Commercialisering en ondernemerschap .....	182
8.2	Schaalvergroting.....	183
8.3	Middenveld onder druk.....	184
9	Samenwerken .....	185
9.1	Nieuwe (context) hulpverlener .....	186
9.2	Cliënt is koning?.....	188
10	Beleid .....	190
10.1	Voetballen op een hockeyveld.....	190
10.2	Integrale zorg en ondersteuning.....	191
10.3	Financiering.....	192
10.3.1	Projectfinanciering .....	192
10.3.2	Niet indexering .....	192
10.3.3	Klaverbladfinanciering .....	193
10.3.4	Ongelijke vergoeding voor gelijke zorgen .....	194
	Lijst van gebruikte afkortingen .....	195
	Bibliografie .....	197

## Voorwoord

Wat begon als een bescheiden ambitie om gegevens te verzamelen die belangrijk zijn om de context te begrijpen waarin de Brusselse zorg en ondersteuning vandaag, maar vooral ook morgen, zich ontwikkelt, groeide uit tot dit omvangrijk rapport: 'Brussel, gezond en wel? Een omgevingsanalyse van het Brusselse welzijns- en zorglandschap'.

Hierin maken we de staat op van de Brusselaar en zijn leef- en zorgomgeving: wat kenmerkt Brussel en zijn inwoners, hoe ziet het welzijns- en zorglandschap er anno 2018 uit, wat zijn de socio-demografische en beleidsontwikkelingen waar we rekeningen mee moeten houden en welke trends en tendensen zullen deze ontwikkelingen mee beïnvloeden? De actieradius die we met de analyse voor ogen hebben is het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad. Wanneer er in het sprake is van 'Brussel' of het 'Brussels Hoofdstedelijk Gewest' mag dit ook zo begrepen worden.

Het antwoord op de vraag **Brussel, gezond en wel?** laten we aan de lezer over.

Voorliggend rapport 'Brussel gezond en wel?' vormt het eerste deel van een drieluik dat kadert in de Staten-Generaal Welzijn en Zorg in Brussel - 2019.

Het tweede rapport 'Van mens tot mens., Onderzoeksrapport over de ervaringen van gebruikers en professionals met de Brusselse welzijns- en zorgsector' is de weerslag van een kwalitatief onderzoek bij burgers, gebruikers en professionals naar de toegankelijkheid van Brusselse welzijns- en zorgvoorzieningen.

Deze twee rapporten vormen samen de voedingsbodem voor de Staten-Generaal Welzijn en Zorg van 15 februari 2019. Op deze dag worden de resultaten voorgelegd en doorgesproken als opstap naar verbindende oplossingen voor Brussel. Het verslagboek van dit event zal het sluitstuk en derde deel vormen van het drieluik.

Het rapport 'Brussel, gezond en wel' omvat 3 onderdelen:

- Deel 1 is een omgevingsanalyse met actuele cijfers en verwachte evoluties in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Dit materiaal werd geordend volgens de DESTEP-methode, met in opeenvolgende hoofdstukken een beschrijving van de **D**emografische, (sociaal-)E**E**conomische, **S**ocioculturele, **T**echnologische (digitaal), **E**cologische (omgeving) en **P**olitieke (beleids)context en ontwikkelingen. Waar mogelijk maakten we ook de vergelijking met Vlaanderen en de stad Antwerpen als



benchmark voor Brussel. Meer dan eens lopen dergelijke vergelijkingen wat mank bij gebrek aan eenduidige parameters of leeftijdsafbakeningen.

- Deel 2 beschrijft per doelgroep en beleidssector de belangrijke vaststellingen en uitdagingen aangaande de noden, het aanbod en de beleidsontwikkelingen.
- Deel 3 benoemt trends en tendensen die in de samenleving, het werkveld en het beleid waargenomen worden en mee bepalend zullen zijn voor de zoektocht naar toekomstgerichte en toegankelijke zorg en ondersteuning.

De omgevingsanalyse is het resultaat van de inspanningen van velen. Bronnen werden gecheckt en gedubbelcheckt, talrijke rapporten doorgenomen, hoofdstukken door deskundigen nagelezen, experts geconsulteerd ... Toch kan het niet anders dan een momentopname zijn. Het streven naar de meest actuele gegevens is een ijdele sprint gebleken die steeds weer door de realiteit achterhaald wordt. We nodigen u uit om zelf ook de bronnen te raadplegen die we veelvuldig gebruikten en achteraan in dit rapport staan opgenomen. Ze bieden je nog een veel ruimere blik op de Brusselse context en inspireren tot het uittekenen van toekomstlijnen voor de welzijns- en zorgsector. Laat deze studie daar alvast een eerste aanzet toe zijn.

# Omgevingsanalyse Deel I: Sociodemografische ontwikkelingen

## 1 Demografische ontwikkelingen

Demografische evoluties (aangroei, vergrijzing, verkleuring ...) zijn zeer belangrijke factoren in maatschappelijke veranderingen. We zoomen in op de Brusselse bevolkingsgroei, we bekijken het type huishoudens, evoluties op vlak van migratie en leeftijd van de bevolking.

### 1.1 Groei, groei, groei

Het is belangrijk om aan te geven dat bijna overal ter wereld de bevolking stijgt en dat er ook in België zo'n 50.000 inwoners per jaar bijkomen.

Als we de groei van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest vergelijken met Vlaanderen en Antwerpen dan stellen we vast dat Brussel de sterkste groei kent ten opzichte van de totale bevolking van de regio. De andere regio's stijgen ook in bevolkingsaantal, maar Brussel stijgt sterker.

*Tabel 1: Vergelijking prognose bevolkingsgroei BHG, Antwerpen, Vlaanderen van 2018-2035 (Statistiek Vlaanderen, 2018)*

	<b>Brussels Hoofdstedelijk Gewest</b>	<b>Antwerpen</b>	<b>Vlaanderen</b>
2018	1.198.726	524.919	6.552.882
2035	1.302.675	566.757	7.012.437
Saldo	+ 103.949	+ 41.656	+ 459.555
Stijgingspercentage	8,67%	7,93%	7,01%

### 1.1.1 De bevolkingsgroei in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest

Op 1 januari 2017 waren er in Brussel 1.191.604 inwoners (BISA, 2018). Dat was een stijging met 3700 inwoners ten opzichte van het vorige jaar, maar deze was wel kleiner dan de jaren daarvoor. Op 1 januari 2018 waren er 1.198.726 inwoners (BISA, 2018). Een stijging van 7122 inwoners. Het BISA (2016) voorspelde een tussen 2015 en 2025 een stijging van 100.000 inwoners. Zo kloppen zij in hun prognose af op 1.253.020 Brusselse inwoners op 1 januari 2025.

Naast deze officiële bevolking telt Brussel ook heel wat inwoners die niet in deze statistieken verrekend zijn, zoals studenten, mensen met een onwettig verblijf, asielzoekers en diplomaten. Kandidaat-vluchtelingen die niet bij de inwoners gerekend worden, staan in het wachtregister. Dat waren er op 1 januari 2018 7140. Voor diplomaten en hun gezinsleden komt men aan 13.727 personen (Welzijnsbarometer, 2018<sup>1</sup>).

De sterkste bevolkingsgroei is te verwachten in de noordelijke en westelijke gemeenten, met koplopers Evere (19%), Brussel (14%), Koekelberg (14%), Jette (13%), gevolgd door Sint-Agatha-Berchem (12%), Anderlecht (10%), Ganshoren (10%) en Sint-Jans-Molenbeek (9%).



---

<sup>1</sup> De volledige referentie voor dit document is: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad, 2018. We hebben dit omwille van de lengte ingekort naar Welzijnsbarometer 2018.

Tabel 2: Prognose bevolkingstoename per gemeente (BISA, 2016)

Gemeente	Groei 2015-2025	Gemeente	Groei 2015-2025
Anderlecht	12.756 (11%)	Sint-Agatha-Berchem	2.867 (12%)
Brussel	25.364 (14%)	Sint-Gillis	4.006 (8%)
Elsene	4.460 (5%)	Sint-Jans-Molenbeek	8.629 (9%)
Etterbeek	3.442 (7%)	Sint-Joost-ten-Node	1.173 (4%)
Evere	7.263 (19%)	Sint-Lambrechts-Woluwe	1.078 (2%)
Ganshoren	2.309 (10%)	Sint-Pieters-Woluwe	1.324 (3%)
Jette	6.598 (13%)	Ukkel	1.748 (2%)
Koekelberg	3.080 (14%)	Vorst	3.708 (7%)
Oudergem	1.219 (4%)	Watermaal-Bosvoorde	-454 (-2%)
Schaarbeek	10.812 %)		

### 1.1.2 Wat zijn de oorzaken van deze Brusselse bevolkingsgroei?

Er zijn verschillende indicatoren die deze bevolkingsevolutie beïnvloeden: het natuurlijk saldo, het internationaal migratiesaldo en het intern migratiesaldo.

Het natuurlijk saldo is het aantal geboortes min het aantal sterfgevallen. Het aantal geboortes in Brussel is twee keer zo hoog als het aantal sterfgevallen. Dat betekent dus een natuurlijke aangroei. In 2017 zijn er 17.709 ketjes geboren. 9031 Brusselaars zijn gestorven. Dit verklaart de jonge bevolkingsstructuur van Brussel (Welzijnsbarometer, 2018).

De groei van Brussel wordt daarenboven verklaard door het extern of het internationaal migratiesaldo. Er waren in 2017 50.773 immigraties (vanuit het buitenland naar Brussel) en zo'n 38.193 emigraties (vanuit Brussel naar het buitenland). Dat geeft een migratiesaldo van 12.580 (Welzijnsbarometer, 2018).

Het intern migratiesaldo is het aantal verhuizingen vanuit een ander gewest in België naar Brussel (interne immigraties) minus het aantal verhuizingen vanuit Brussel naar de andere gewesten (interne emigraties). Het BISA (2018) stelt dat er in 2016 24.300 interne immigraties waren, ten opzichte van 39.000 emigraties. Er zijn dus ongeveer 15.000 mensen méér weggetrokken uit Brussel dan dat er via interne migraties binnen gekomen zijn. Brusselaars verhuizen veel: één op vier Brusselaars woont minder dan vijf jaar in het gewest. Brusselaars migreren de laatste jaren in eerste instantie richting Vlaams-Brabant, waar Brussel door omsloten wordt. Deze tendens van suburbanisatie van de laatste decennia heeft vooral betrekking op jonge gezinnen. Het profiel van de verhuizer is echter

veranderd. Van 'Belgische middenklasse' verschuift dit profiel naar mensen die afkomstig zijn uit de internationale migratie (de Maesschalk, De Rijck, & Heylen, 2015).

## 1.2 Jong en oud 'stijgt': de leeftijds piramide

### 1.2.1 Brussel: een jong gewest met een stijgende oudere bevolking

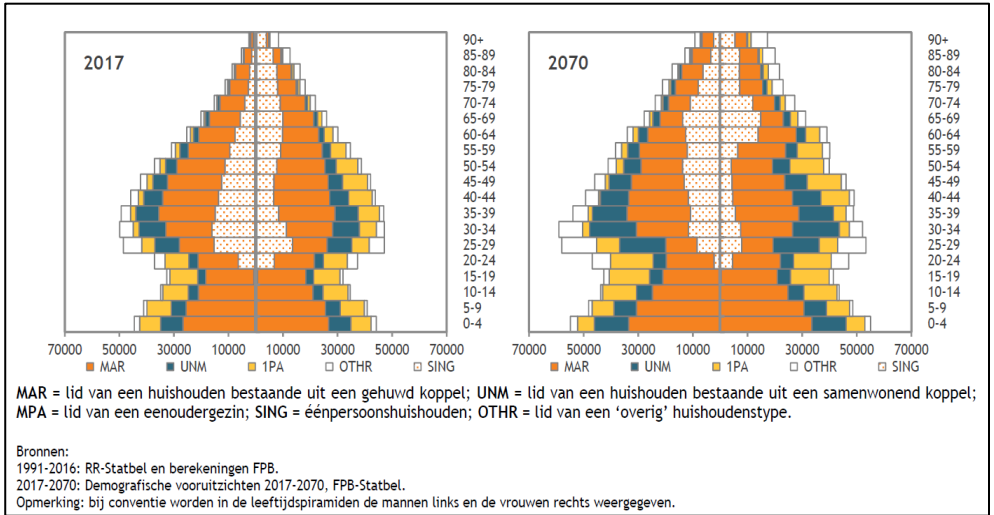
Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest staat gekend als een jonge stad en dit zal de komende jaren niet veranderen. In de top 20 van jongste gemeenten van België, staan 9 Brusselse gemeenten. Bovendien zal het aantal 12- tot 17-jarigen tot 2025 met 10% per jaar groeien. Er komen dus 7.500 tieners per jaar extra (BISA, 2016). De jongste gemeenten zijn Sint-Joost-ten-Node met een gemiddelde leeftijd van 34,55 jaar, Schaarbeek met 34,9 jaar en Sint-Jans-Molenbeek met 35,05 jaar. Ter vergelijking: de gemiddelde leeftijd in Antwerpen is 38,6 jaar.

Tegelijkertijd kent het Brussels Hoofdstedelijk Gewest ook een nominale stijging van het aantal 65-plussers. Door de exponentiële stijging van het aantal jongeren, geven de 'relatieve' cijfers van het gewest een verjonging van de stad, en blijft de vergrijzing in Brussel 'verdoken' in de statistieken.

13% van de Brusselaars zijn ouder dan 65 jaar. Het aantal Brusselse senioren tussen 65 en 79 jaar neemt toe met 16% tussen 2015 en 2025 (16.700 personen). Het aantal senioren van de leeftijdscategorie 80+ daalt evenwel de komende jaren, met een sterke verwachte daling van 5% (2.400 personen) tussen 2015 en 2020 (BISA, 2016).

Om deze evoluties visueel voor te stellen wordt de bevolkingspiramide gebruikt. Dat de Brusselse afbeelding een sterk piramidale vorm heeft, betekent dat de onderste en middelste leeftijdscategorieën procentueel sterk aanwezig zijn. De grafieken tonen ook dat over de periode van 2017 tot 2070 de bevolking in elke leeftijdscategorie aangroeit. Je ziet ook de aangroei van eenpersoonshuishoudens (balkjes met stipjes), vooral bij de 60-plussers.

Figuur 1: Bevolkingspiramide in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest 2017-2070 (Federaal Planbureau, 2018)



## 1.3 Aantal en type huishoudens in Brussel

Gezinsverdunding is al een aantal jaren een belangrijke evolutie op nationaal niveau. In het bijzonder in de steden zijn er veel alleenstaanden. In Brussel is het plaatje complexer, het toont een dubbel gelaat.

### 1.3.1 Brussel telt veel alleenstaanden

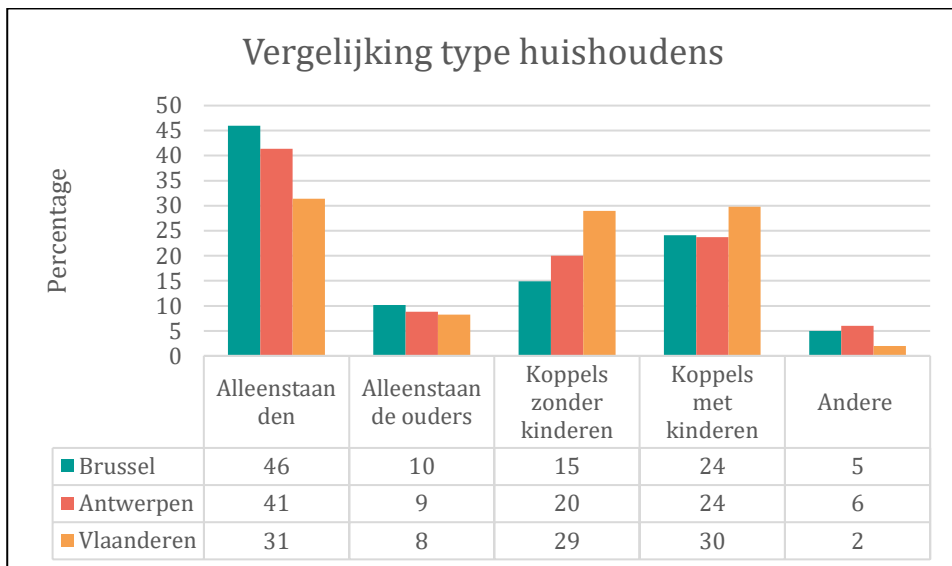
Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest kent anno 2017 545.145 huishoudens. 251.850 daarvan zijn alleenstaanden, man en vrouw ongeveer gelijk verdeeld. Dit betekent dat 46% van de huishoudens bestaat uit een alleenstaande. 10,2% van de huishoudens zijn alleenstaande ouders met inwonende kinderen, waarvan het overgrote deel vrouwen zijn (BISA, 2018).

Het gemiddeld aantal leden per huishouden in Brussel is laag: het bedraagt 2,16 personen per huishouden (BISA, 2018). Dat is iets lager dan in andere regio's, maar Brussel kent in tegenstelling tot de andere regio's een daling van het absolute aantal eenpersoonshuishoudens. Dat betekent dat het aantal personen per 'eenheid gezin' in Brussel al een aantal jaren stijgt. Vooral de 30- tot 45-jarigen wonen minder alleen. Een mogelijke verklaring – aldus BISA – is de dure woningmarkt in Brussel.

### 1.3.2 Vergelijking met andere regio's

Brussel scoort zowel qua alleenstaanden als alleenstaande ouders met inwonende kinderen significant hoger dan Antwerpen en Vlaanderen. Dit kunnen we zien in onderstaande grafiek.

*Vergelijking 1: Vergelijking type huishoudens Brussel, Antwerpen, Vlaanderen (BISA (2018) en Stad in cijfers (2018))*



Daarnaast zijn er nog het aantal collectieve huishoudens. Collectieve huishoudens zijn het geheel van religieuze gemeenschappen, rust- en verzorgingshuizen, weeshuizen, studenten- en arbeidershomes, ziekenhuizen of verpleeginrichtingen en gevangenissen. Een collectief huishouden kan worden gekenmerkt door een professionele organisatie van de huisvesting en door een bedrijfsmatige invulling van de dagelijkse levensbehoeften (Lodewijckx en Deboosere (2008) en Centraal Bureau voor de Statistiek (2014)). In Brussel wonen 12.901 personen collectief, dat is 2,3% van het totale aantal huishoudens. In Vlaanderen ligt dat percentage een beetje hoger: 2,8%. Volgens 'Stad in cijfers' (2018) bedraagt het in Antwerpen 3,3%.

## 1.4 Bevolkingsdichtheid

De bevolkingsdichtheid varieert binnen het gewest sterk van gemeente tot gemeente, en zelfs van wijk tot wijk. In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest wonen gemiddeld 7.384 inwoners per vierkante kilometer. Dit is frappant hoger dan in Antwerpen waar er gemiddeld 2.568 inwoners per vierkante kilometer wonen. Het gemiddelde in Vlaanderen is 482 inwoners per vierkante kilometer. Op gemeenteniveau komen de grote verschillen nog sterker naar boven: de meest dichte gemeente is Sint-Joost-ten-Node met in 2016 23.989 inwoners per vierkante kilometer.

Tabel 3: Bevolkingsdichtheid Brusselse gemeenten en hun oppervlakte (Wijkmonitoring, 2016)

Gemeente	Dichtheid	Oppervlakte (km <sup>2</sup> )
Sint-Joost-ten-Node	23.988,51	1,14
Sint-Gillis	20.065,05	2,52
Koekelberg	18.455,02	1,17
Sint-Jans-Molenbeek	16.393,31	5,89
Schaarbeek	16.288,77	8,14
Etterbeek	14.981,00	3,15
Elsene	13.482,44	6,34
Jette	10.196,83	5,04
Ganshoren	9.884,66	2,46
Vorst	8.900,74	6,25
Sint-Agatha-Berchem	8.212,76	2,95
Evere	7.882,85	5,02
Sint-Lambrechts-Woluwe	7.517,26	7,22
Anderlecht	6616,95	17,74
Brussel	5476,06	32,61
Sint-Pieters-Woluwe	4655,43	8,85
Oudergem	3670,92	9,03
Ukkel	3576,78	22,91
Watermaal-Bosvoorde	1903,58	12,93



## 1.5 Migratie

In 2017 migreerden er 163.918 mensen naar België, waarvan 50.773 naar Brussel. Brussel ving in 2018 dus 31% van de nieuwkomers van België op. Tegelijkertijd vertrokken er ook 119.382 personen uit België. Dat komt op een nationaal migratiesaldo van 44.536 personen. Uit Brussel vertrokken er 38.193, dit is een Brussels migratiesaldo van 12.580 (Statbel, 2018).

### 1.5.1 Brusselaars met buitenlandse nationaliteit

Op 1 januari 2018 had 35% van de Brusselaars, zijnde 417.107 inwoners, de buitenlandse nationaliteit. (BISA, 2018)

Onderstaande mozaïek geeft de verdeling van de nationaliteiten mee. 65 % van de Brusselaars is Belg. Van de niet-Belgen komt het grootste deel uit de Europese unie, namelijk 23% van de Brusselaars. Dat zijn 276.098 mensen en zij maken 66% uit van het totaal aantal buitenlanders.

De grootste groep niet-Belgen komt uit de 15 eerste EU-landen<sup>2</sup>. De tweede grootste groep komt uit de 13 nieuwste EU-landen<sup>3</sup>. De volgende groep in Brussel in volgorde van grootte zijn de Noord-Afrikanen, waaronder de Marokkanen met 36.225 personen (BISA, 2018).

Gedurende het voorbije decennium heeft de groep uit de EU een aanzienlijke bijdrage geleverd aan de groei van de Brusselse bevolking. Op 10 jaar tijd hebben zij voor een groei met 115.000 Brusselaars gezorgd, terwijl de migranten van buiten de EU een bescheidener bijdrage van plus 31.000 individuen leverden. De Belgische ingezetenen zorgden voor een bevolkingsgroei van 35.000 (BISA, 2018).

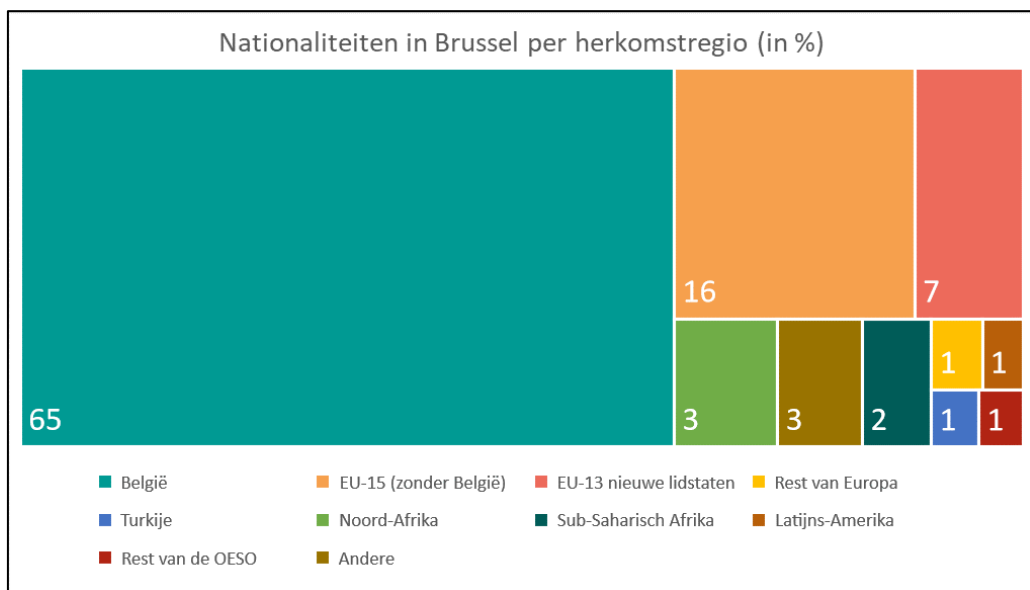
Het aandeel van vreemdelingen die geen Belg worden is het grootst in de gemeenten die dicht bij de Europese instellingen blijven, met een piek in Elsene waar 49% van de bewoners niet de Belgische nationaliteit heeft (BISA, 2018).

---

<sup>2</sup> België, Frankrijk, Italië, Luxemburg, Nederland, Duitsland, Denemarken, Ierland, Verenigd Koninkrijk, Griekenland, Portugal, Spanje, Finland, Oostenrijk en Zweden.

<sup>3</sup> Cyprus, Estland, Hongarije, Letland, Litouwen, Malta, Polen, Slovenië, Slowakije, Tsjechië, Bulgarije, Roemenië en Kroatië

Figuur 2: Nationaliteiten in Brussel per regio, (BISA, 2018)



Onderstaande tabel geeft een overzicht van de 10 meest voorkomende buitenlandse nationaliteiten in Brussel (BISA, 2018).

Tabel 4: Overzicht van de 10 meest voorkomende buitenlandse nationaliteiten in Brussel (BISA, 2018).

Land	Aantal inw in Brussel
Frankrijk	63.394
Roemenië	39.703
Marokko	36.225
Italië	33.109
Spanje	28.341
Polen	24.352
Portugal	19.474
Bulgarije	11.829
Duitsland	10.659
Griekenland	9.161

## 1.5.2 Brusselaars met buitenlandse geboortenationaliteit

Op 1 januari 2018 was in totaal 57%<sup>4</sup> van de Brusselaars niet met de Belgische nationaliteit geboren. Er wonen dus 684.814 mensen in Brussel die bij geboorte een andere nationaliteit hadden. 44% van hen had een andere EU-nationaliteit. Dat betekent dat er verhoudingsgewijs méér niet-EU burgers Belg worden dan EU-burgers. Dit kan volgens BISA door meerdere factoren verklaard worden: “Zo brengt voor hen (EU-burgers) de Belgische nationaliteit verwerven minder economische (toegang tot de arbeidsmarkt) en sociale voordelen (toegang tot verschillende vormen van sociale uitkeringen) met zich mee. In vergelijking met de derdelanders krijgen EU-onderdanen in België immers vlotter toegang tot de arbeidsmarkt (in het bijzonder met betrekking tot de verblijfsvergunning). Hetzelfde geldt voor de mogelijkheid om bepaalde sociale uitkeringen te genieten (werkloosheidsuitkering ...). Onder de EU-onderdanen zijn er zeer weinig (minder dan 10 %) van de landen van Centraal- en Oost-Europa (met vooral Roemenië en Bulgarije) die al de Belgische nationaliteit hebben kunnen verwerven. Deze landen zijn recenter toegetreden tot de EU en de onderdanen van deze landen zijn bijgevolg overwegend recentelijk naar Brussel geïmmigreerd (BISA, 2017).”

Van de recente niet-EU migraties, zoals Guinee en Syrië, vraagt 30% de Belgische nationaliteit aan. De drie groepen die het meest de Belgische nationaliteit aanvragen zijn de Congolezen met 60% en de Turken en Marokkanen met meer dan 70%. Van de groep die Belg geworden is, zijn de bijna 109.000 Marokkanen het best vertegenwoordigd (42 %).

Het aandeel van personen die de Belgische nationaliteit verwierven ligt voornamelijk in de westelijke gemeenten van Brussel, met een piek in Sint-Jans-Molenbeek (33%). Dit is logisch gezien hier de meeste mensen uit Congo, Turkije en Marokko wonen.

## 1.5.3 Brusselaars van buitenlandse herkomst

De Brusselaars van ‘buitenlandse herkomst’ zijn alle Brusselaars wiens huidige of eerste nationaliteit buitenlands is én wiens vader of moeder een buitenlandse eerste nationaliteit had. Zo worden de kinderen van migranten ook nog in de migratiecijfers meegerekend. Volgens de lokale inburgerings-en integratiemonitor van het Vlaams Gewest hebben in 2016 71,4% van de Brusselaars een migratieachtergrond, dat wil zeggen dat minstens hun vader of

---

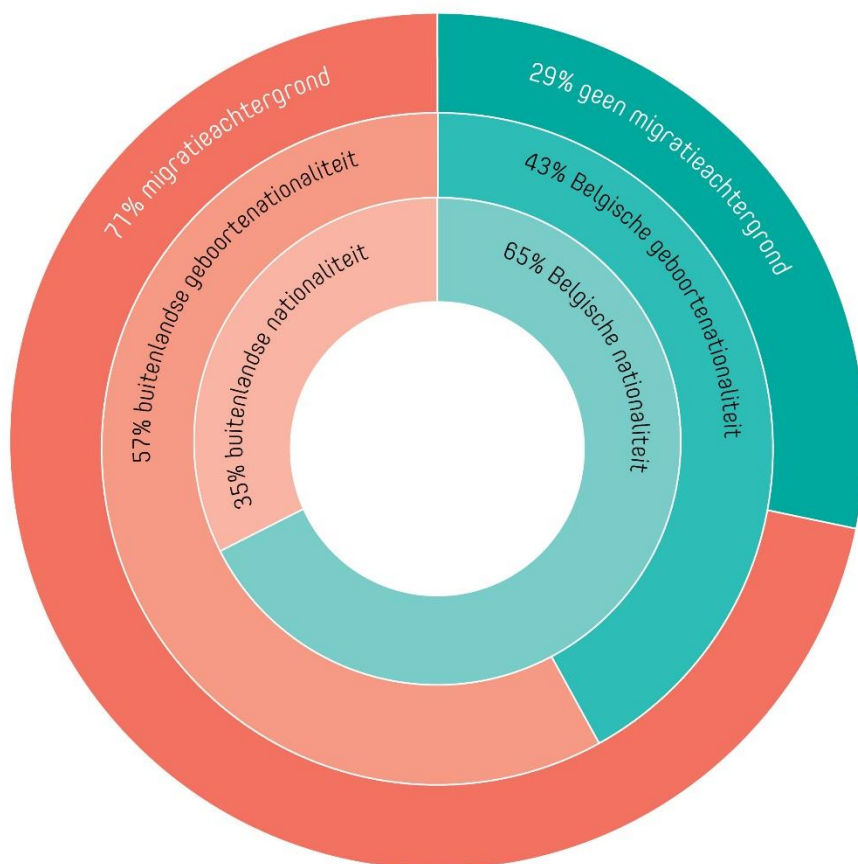
<sup>4</sup> In dit cijfer zitten ook de Belgen die in de loop van hun leven Belg geworden zijn. Hierin zit dus elke Brusselaar die ooit met een andere nationaliteit dan de Belgische ter wereld kwam.

moeder een buitenlandse nationaliteit heeft. De zogenaamde 'tweede' generatie is hier dus ook ingerekend.

Zo ontstaat opnieuw een nieuw beeld van Brussel. Op de 71 Brusselaars met migratieachtergrond komen er 28 uit de EU en 43 hebben een niet-EU herkomst, voornamelijk Turkije en Maghreb (Statistiek Vlaanderen, 2018).

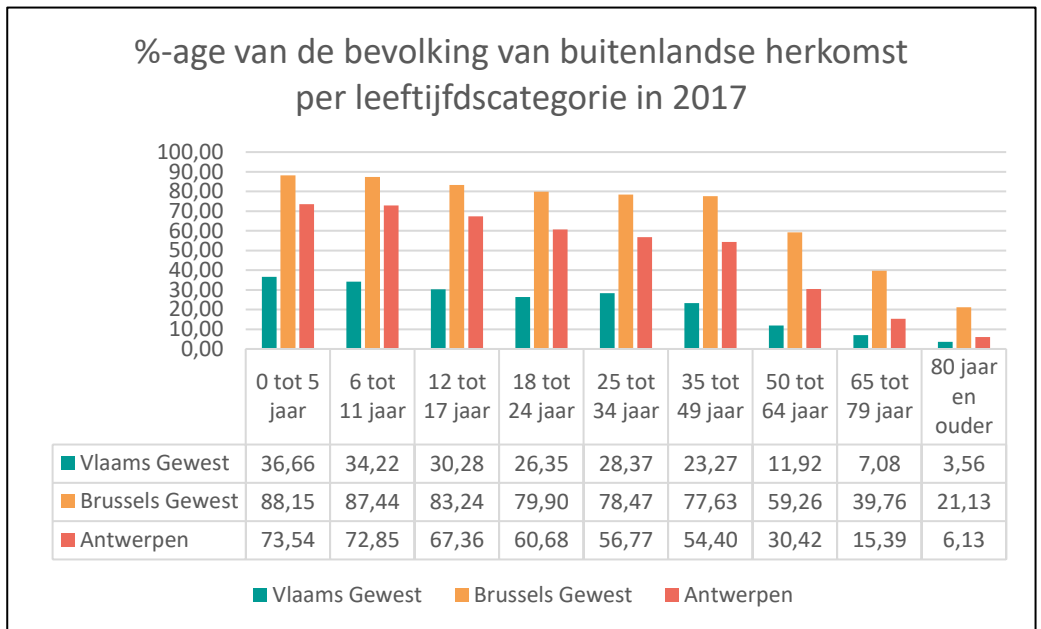
Samenvattend stellen we het hele plaatje visueel voor aan de hand van de volgende tekening. Bij 100 Brusselaars hebben er 71 een migratie-achtergrond, zijn er 57 daarvan effectief in het buitenland geboren en hebben 35 daarvan vandaag de buitenlandse nationaliteit.

*Figuur 3: Brusselaars van buitenlandse herkomst (eigen weergave gebaseerd op BISA, 2018)*



Als we de cijfers per leeftijdscategorie opsplitsen zien we dat bijna 90% van alle 0- tot 5-jarigen in Brussel een buitenlandse herkomst heeft. Ook de tieners, jongvolwassenen en middenleeftijd zijn goed vertegenwoordigd. Vanaf de leeftijdsgroep +50 duikt het percentage onder het globaal cijfer van 71,4%; het haalt nog bijna 60% om bij de 80-plussers te stranden op 21,13%.

Vergelijking 2: Vergelijking percentage van de bevolking van buitenlandse herkomst per leeftijdscategorie in 2017 (Statistiek Vlaanderen, 2018)



Vergelijken we dit met Antwerpen dan zien we dat Brussel in alle leeftijdscategorieën minstens 15% hoger scoort. 48,1% van de Antwerpse bevolking is van buitenlandse herkomst, waarbij het percentage bij de 80-plussers 6,13%, terwijl dit bij de 0- tot 5-jarigen oploopt tot 73,54%. Vlaanderen telt 20,5% inwoners van buitenlandse herkomst opgaand van 3,56% voor de +80-ers tot 36,66% voor de allerjongsten.

### 1.5.4 Asielzoekers

Asielzoekers die nog wachten op een beslissing worden niet in het rijksregister geregistreerd, maar in het wachtregister. Brussel had in 2017 12.870 personen in het wachtregister staan. Dat is 26% van alle asielzoekers in België. Vlaanderen had 18.579 asielzoekers, de stad Antwerpen 2.224. In Brussel bedraagt dit 1% van de

bevolking, in Vlaanderen 0,2% en in het Waals Gewest 0,4%. Algemeen is het aantal asielzoekers de laatste jaren in dalende lijn (Hertogen, 2018).

*Vergelijking 3: Personen in het wachtregister in 2017, per regio (Hertogen, 2018).*

Regio	Aantal personen in het wachtregister
Vlaams Gewest	18.579
Waals Gewest	18.357
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	12.870
Stad Antwerpen	2.224
<b>België</b>	<b>49.806</b>

### 1.5.5 Irreguliere migratie

Naast de legale migratie bestaat er ook de irreguliere migratie. Het wereldmigratierapport geeft jaarlijks een schatting, maar goede data ontbreken. Het staat wel vast dat irreguliere migratie stijgt, ook naar Europa. Er zouden in 2017 zo'n 58 miljoen irreguliere migranten zijn geweest. Dat is een stijging van 8 miljoen in vergelijking met de schattingen van 2009. Personen kunnen op drie manieren irreguliere migrant worden: door op onwettige wijze de grens over te steken, door onwettig te verblijven bijvoorbeeld na een procedure, of door onwettige arbeid. De laatste schatting van al deze mensen zonder wettig verblijf binnen de EU is 10 jaar oud. Men sprak toen over 1,9 tot 3,8 miljoen personen (International Organisation for Migration, 2018).

Het aantal mensen dat onwettig in België verblijft is ook niet of zeer moeilijk betrouwbaar in te schatten. Volgens de rapportage van Schockaert, Morissens, Cincinnoto en Nicaise (2012). variëren de schattingen van 87.000 tot 140.000 personen voor heel België. De 'irreguliere' status kan echter variëren met de tijd. Illegaliteit is een status waar je in en uit kan treden.

De "Coördinatie van mensen zonder papieren in België" heeft in de zomer 2018 een bevraging georganiseerd bij 230 mensen zonder wettig verblijf. 167 van hen woonden in Brussel. De gemiddelde leeftijd van de ondervraagden bedroeg 38 jaar, 68% was man, 32% was vrouw. De overgrote meerderheid kwam in België aan tussen 2008 en 2015, met een piek in 2012. De gemiddelde duur van het verblijf in België in deze groep bedraagt zeven jaar. De meesten van hen kwamen binnen via een asielaanvraag. Er waren 38 nationaliteiten aanwezig. De hoogste aantallen betrof mensen uit Guinee (38), Marokko (30), RD Congo (24) en Senegal (19).

De redenen van migratie die deze respondenten aangaven zijn meervoudig, zoals politieke redenen (afwijkende meningen, opsluiting, marteling en misbruik), sociale en familiale redenen, vervolging van homoseksualiteit, afwezigheid van goede gezondheidszorg. De redenen waren meestal gemengd en soms moeilijk uit elkaar te halen.

### *Transmigranten*

“In een superdiverse samenleving neemt migratie nieuwe vormen aan. Voor velen is migratie niet langer een enkelvoudige beweging van een land van herkomst naar een land van aankomst. Migranten zijn vaken transmigranten. Hun migratietrajecten omvatten meer plaatsen dan enkel een land van herkomst en één van aankomst. Transmigranten migreren van land A naar land B, vervolgens naar land C en land D, keren dan eventueel terug naar B, om van daaruit misschien weer naar een nieuwe bestemming te trekken. Hun huidig verblijf in België kan een eindstation zijn, maar is dat vaak ook niet.” (Withaecx, Schrooten, Geldof & Lavent, 2015)

Recent wordt de term in de media en bij de politie ook gebruikt voor de migranten die in ons land onwettig op doortocht zijn, bijvoorbeeld richting Groot-Brittanië. Vooral het Noordstation en het Maximiliaanpark in Brussel zijn tijdelijke verblijfplaatsen van deze reizigers. Volgens het burgerplatform blijft het aantal migranten stabiel rond de 650 individuen (BRUZZ, 2018).

### 1.5.6 De nieuwe taalbarometer

Recent kwam de vierde BRIO-taalbarometer uit (Janssens, 2018). Al sinds twintig jaar wordt dit taal-sociologisch onderzoek door BRIO Brussel en met de steun van de Vlaamse overheid gerealiseerd. Het vierde rapport biedt een overzicht van het taalgebruik en de taalverschuivingen in Brussel. Het wil elementen aanleveren voor een taalbeleid en hoe men in de huidige meertalige samenleving met taal kan omgaan. De taalbarometer wil daarbij niet alleen problematiseren maar opportuniteiten voor onze heterogene, globaliserende en hoogtechnologische samenleving laten zien.

De eerste vraag die daarbij gesteld wordt, is welke talen er in Brussel worden gesproken. Onderstaande tabel geeft een evolutie van de 10 meest gekende talen (redelijk of heel goed) in Brussel, over de vier metingen heen.

Vergelijking 4: evolutie van de 10 meest gekende talen (redelijk of heel goed) in Brussel (Janssens, 2018).

TB1 (2001)	%	TB2 (2007)	%	TB3 (2013)	%	TB4 (2018)	%
Frans	95,5	Frans	95,6	Frans	88,5	Frans	87,1
Nederlands	33,3	Engels	35,4	Engels	29,7	Engels	34,4
Engels	33,3	Nederlands	28,3	Nederlands	23,1	Nederlands	16,3
Arabisch	10,1	Spaans	7,4	Arabisch	17,9	Arabisch	9,1
Duits	7,1	Arabisch	6,6	Spaans	8,9	Spaans	4,9
Spaans	6,9	Italiaans	5,7	Duits	7,0	Italiaans	3,5
Italiaans	4,7	Duits	5,6	Italiaans	5,2	Duits	3,2
Turks	3,3	Portugees	1,7	Turks	4,5	Portugees	2,1
Berbers	3,1	Turks	1,4	Portugees	2,5	Lingala	1,6
Portugees	1,4	Lingala	1,09	Berbers	2,2	Roemeens	1,5

Bovenstaande tabel geeft aan dat:

- Het percentage “kennis van het Nederlands” blijft achteruit gaan. 16,3% van de Brusselaars kan redelijk of heel goed Nederlands spreken. Dit betekent niet dat de nominale cijfers van het aantal Nederlandstaligen afneemt, maar wel hun aandeel in de volledige bevolking.
- De Berbers-sprekenden en de Turksprekenden verdwijnen uit de top 10, het Lingala en het Roemeens komen erin. Dat bewijst dat talen van nieuwkomersgroepen aan impact winnen.
- Binnen de groep Franssprekenden, groeide de groep die ‘redelijk’ Frans spreekt ten nadele van de groep de ‘heel goed’ Frans spreekt.



De taalbarometer staat ook stil bij de wijze waarop personen de Nederlandse taal verwerven (thuis, via school, via elders<sup>5</sup>).

*Vergelijking 5: Evolutie wijze van taalverwerving inzake het Nederlands (Janssens, 2018)*

Nederlands	TB 1 (2001)	TB 2 (2007)	TB3 (2013)	TB4 (2018)
Als thuistaal	49,1%	44,5%	48,8%	73%
Via het onderwijs	48,3%	51,2%	43,5%	25,4%
Elders	2,5%	4,1%	7,7%	1,5%
Aantal bevroegden	836	702	568	401

Bovenstaande tabel geeft aan dat:

- Het aandeel Nederlandssprekenden die thuis Nederlands leert, stijgt. Hier tegenover staat dat het aandeel dat Nederlands leerde op school gevoelig daalt. Er is vooral een krimpend aantal Brusselaars dat via het Franstalig onderwijs Nederlands leert.
- Binnen deze groep Nederlandssprekenden is er een groeiend aandeel dat in combinatie met Frans en/of andere taal opgroeit. Het aandeel taalgemengde gezinnen stijgt al een tijdje ten nadele van taalunieke gezinnen.
- Het aandeel Nederlandssprekenden dat thuis een andere tweede taal meekreeg, die geen Frans is, is opvallend klein. Er zijn dus maar een klein aandeel Nederlands-Engels-, Nederlands-Arabisch-, Nederlands-Italiaans- ... sprekende gezinnen.

De kennis van het Nederlands in leeftijdscategorieën gieten, geeft ook interessante sociologische inzichten mee, die o.a. kunnen aanwijzingen geven hoe vitaal de taal zal zijn voor de komende jaren.

*Vergelijking 6: Evolutie: taalkennis Nederlands (redelijk tot heel goed) volgens leeftijdscategorieën (Janssens, 2018)*

Nederlands	TB1 (2001)	TB2 (2007)	TB3 (2013)	TB4 (2018)
-30	23,0%	17,9%	21,3%	15,1%
31-45	27,5%	28,0%	20,6%	18,2%
46-59	36,7%	29,5%	25,9%	11,4%
60+	46,5%	35,1%	30,4%	20,4%

<sup>5</sup> Elders: Nederlands leren via bijvoorbeeld Brusselseer of inburgeringscursussen.

Waar je in taalbarometer 1 nog een belangrijk verschil zag tussen de oude, grote groep Nederlandstaligen en de jongste generatie, is dit verschil anno 2018 meer uitgevlakt. Janssens concludeert daaruit dat die oude groep Brusselse Nederlandstaligen reeds is verdwenen uit de statistieken. Het veranderend profiel van de bevolking is hier erg duidelijk.

Zoals aangetoond neemt de kennis van het Nederlands in het algemeen af voornamelijk doordat het minder binnen het Franstalig onderwijs verworven wordt, maar het aandeel Nederlands dat in de Brusselse gezinnen wordt gesproken neemt toe. Zo zien we dat toch 20,6% van de jongste leeftijdscategorie thuis Nederlands spreekt. In die categorie gebeuren – alvast thuis – toch belangrijke verschuivingen.

*Vergelijking 7: Evolutie thuistalen bij jongste generatie (18-30 jaar) (Janssens, 2018).*

Thuis taal	TB1 (2001)	TB2 (2007)	TB3 (2013)	TB4 (2018)
Frans	25,5%	25,7%	22,9%	29,7%
Nederlands	10,9%	7,8%	12,7%	20,6%
Fr/Ned	16,4%	12,8%	24%	15,6%
Fr/andere	51,8%	50,0%	50,4%	37,6%
Andere	28,8%	21,1%	23,1%	17,1%

Bovenstaande tabel geeft aan dat:

- Het aandeel Frans/andere is in deze jonge leeftijdscategorie sterk gedaald. Dat cijfer toont dat de generatie arbeidsmigranten ouder wordt.
- Doordat Brussel een super jonge stad is, komen er in deze leeftijdscategorie wel proportioneel meer jongeren bij, dan dat er personen bijkomen in de andere leeftijdscategorieën. Dit verklaart ten dele de stijging van het aandeel Frans en Nederlands als unieke thuistalen. De thuistaalgroep ‘Nederlands’ is trouwens de groep die het sterkst is verjongd.
- De groep ‘uniek Franssprekenden’ stijgt ook, maar is veel diverser geworden, vooral door de instroom van Fransen, maar ook Franstaligen uit Roemenië, Afrikaanse gezinnen en vluchtelinggezinnen.
- Er is ook een verschuiving van ‘traditioneel tweetalige gezinnen’ (bv. Frans-Berbers) die overschakelen naar een ‘uniek Franstalige’ gezinstaal.
- De groep geboren Brusselaars die thuis een andere taal spreken dan de officiële talen is significant gedaald.

Janssens legt verder in de analyse ook linken met de complexe verhuisbewegingen, de internationale migratie en de permanente suburbanisatie van de middenklasse. Ze werpen een licht op de effecten van het onderwijs, de realiteiten in crèches, ziekenhuizen ... Op het gebied van werkloosheid is de meertaligheid van Brussel de tweede barrière om werk te vinden, na laaggeschooldheid.

In de wijken, onder burenen en in informele contacten tussen kennissen uit de buurt, is Frans wel degelijk de enige echte lingua franca. Maar opvallend is dat combinaties steeds vaker voorkomen, vooral het combineren van Engels en Frans valt op. Het Engels, ontwikkelde zich de laatste jaren als taal die taalproblemen tussen anderstaligen kan overbruggen. Het is geen verzwakking van het Frans, maar het komt veel meer in combinaties voor. Dit soepel opstellen in communicatie zou kunnen een belangrijke impact hebben op de sociale cohesie in wijken. In de laatste twee taalbarometers werd ook gepeild in welke mate Brusselaars zich goed voelen in hun buurt. Ondanks de complexe tijden blijkt uit deze bevraging het vertrouwen gegroeid en zijn er meer burenencontacten:

*Vergelijking 8: Welbevinden in de buurt (aandeel akkoord met bewering) (Janssens, 2018).*

	<b>TB 3 (2013)</b>	<b>TB 4 (2018)</b>
Burenen te vertrouwen	62,1%	79,0%
Burenen helpen elkaar	76,1%	78,7%
Kan onverwachts binnenlopen bij burenen	56,7%	60,5%
Sommige burenen zijn vrienden	48,1%	64,3%
Buurt verenigt zich bij problemen	58,3%	51,6%
Geen contact door taalproblemen	48%	21,1%
Problemen door samenleven van verschillende culturenen	-	18,6%

## 2 Economische ontwikkelingen

### 2.1 Tewerkstelling en werkloosheid

De beroepsactieve leeftijd wordt bij Actiris in Brussel gerekend van 15 tot 64 jaar.

De activiteitsgraad is de bevolking op beroepsactieve leeftijd actief op de arbeidsmarkt, zijnde de som van het aantal werkenden en werkzoekenden. De percentages voor Brussel vertonen hier algemene gelijkenissen met Vlaanderen. Opvallend is wel de lage activiteitsgraad van Brusselse vrouwen. BISA (2017) meldt dat 40% van de Brusselse vrouwen op beroepsactieve leeftijd geen betaald werk hebben en niet-werkzoekend zijn.

De werkgelegenheidsgraad is het aandeel werkenden in de bevolking op beroepsactieve leeftijd. In 2016 zijn er in Brussel 55 werkenden per 100 Brusselaars die in de beroepsactieve leeftijd zitten. In Brussel is er een enorm verschil tussen laag- en hogeschoolden. Waar 77,9% van de hogeschoolden werk heeft, is dit slechts bij 32,4% van de laaggeschoolden het geval. De middengeschoolden stranden op 51,5% (Actiris, 2017).

De werkloosheidsgraad is het aandeel werklozen in de beroepsactieve bevolking. Brussel scoort daar hoog (16,9%) in vergelijking met Vlaanderen (4,9%). Opvallend is wel het kleine verschil tussen de werkloosheidsgraad in Brussel en in Antwerpen (15,4%).



Vergelijking 9: Activiteitsgraad, werkgelegenheidsgraad, werkloosheidsgraad tussen Brussel en Vlaams Gewest 2016. Act = activiteitsgraad, WGel = werkgelegenheidsgraad, Werkl = werkloosheidsgraad (Actiris, 2017)

		Brussel			Vlaanderen		
		Act	WGel	Werkl	Act	WGel	Werkl
Algemeen	Totaal	66,5	55,3	16,9	69,9	66,5	4,9
	M	73,1	60,3	17,6	74,2	70,5	5
	V	59,9	50,3	16,1	65,6	62,5	4,7
Laag- geschoold	Totaal	46,7	32,4	30,7	43,9	39,7	9,7
	M	57,5	40	30,4	50	45,9	9,6
	V	35,8	24,7	31,1	36,3	32,7	9,9
Midden- geschoold	Totaal	64,5	51,5	20,1	72,3	68,6	5
	M	72,6	58,1	20,1	78,8	74,8	5
	V	55,2	44,1	20,1	64,8	61,6	4,9
Hoog- geschoold	Totaal	85,1	77,9	8,5	86,6	84,1	2,9
	M	88	81	8	88,2	85,8	2,7
	V	82,6	75,2	9	85,3	82,7	3

Ter aanvulling in Antwerpen bedroeg in 2016 de activiteitsgraad 69,3%, de werkgelegenheidsgraad 58,6% en de werkloosheidsgraad 15,4% (Steunpunt werk, 2016).

## 2.2 Scholingsgraad

Volgens BISA (2018) is 33% van de Brusselaars laaggeschoold (hoogste diploma lager secundair onderwijs). Dat is hetzelfde niveau als in de andere gewesten. Er is zelfs goed nieuws: het aantal laag- en ongeschoolden daalt al sinds 10 jaar. In Brussel is dat vooral ten voordele van hogere diploma's, die al gedurende 10 jaar stijgen. 41% van de Brusselaars heeft een diploma hoger onderwijs op zak. Dat is hoger dan in de andere gewesten. In het Vlaams Gewest is dit 32% en in het Waals Gewest 31%.

Zoekend naar een verklaring moeten we ons afvragen of er zich bij de Brusselse bevolking een sociale mobiliteit voordoet. Met andere woorden is het de Brusselse bevolking die zich kan 'opwerken' of is er eerder sprake van een gentrificatie en dus sociale verdringing? Veel auteurs waarschuwen voor dit laatste. Zo is volgens het onderzoek van De Graeve, et al. (2017) duidelijk dat in sommige delen in Brussel-Stad de arbeidersklasse verdwijnt.

Tegelijkertijd is Brussel een gewest waar een groot percentage van de jongeren tussen 18 en 24 jaar geen diploma secundair onderwijs heeft (en ook geen bijkomend onderwijs of vorming aan het volgen is). In 2016 verliet 14,8% van de leerlingen de schoolbanken zonder diploma. Dit cijfer is al een tijdje in dalende lijn: in 2005 ging de schooluitval nog over 19,4% van de Brusselse leerlingen.

*Vergelijking 10: Vergelijking percentage van de 18-24 jarigen met schooluitval (BISA, 2017) (jaargemiddelden)*

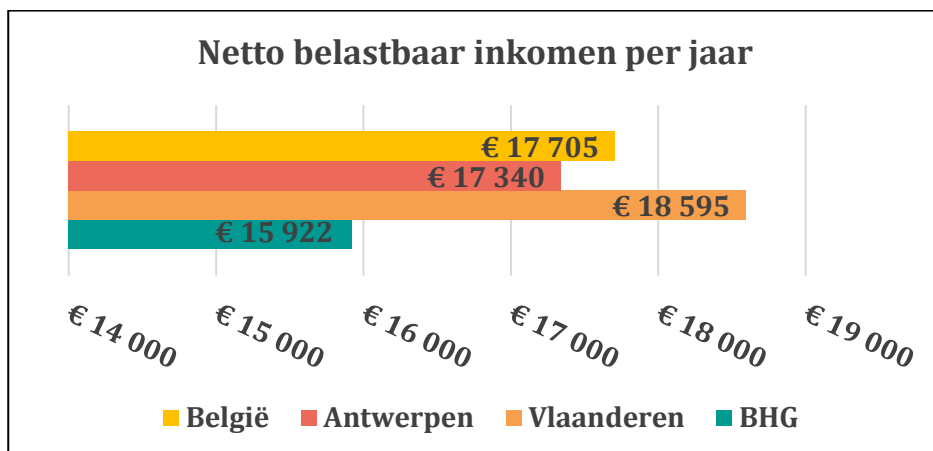
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	Vlaanderen
Mannen	16,3	8,5
Vrouwen	13,5	5,1
<b>Totaal</b>	<b>14,8</b>	<b>6,8</b>

## 2.3 Inkomen en uitkeringen

### 2.3.1 Het netto belastbaar inkomen en het nettoloon

Brusselaars geven het minste aan als netto-inkomen. Het ligt beduidend lager dan in Vlaanderen en Antwerpen

*Vergelijking 11: Vergelijking van het jaarlijks netto belastbaar inkomen (FOD Economie, 2015)*



### 2.3.2 Personen in armoede

Armoede in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest kent ronduit schrijnende proporties. Maar liefst 33% van de Brusselaars leefde in 2016 onder de armoederisicogrens. In 2005 was dit nog 26%. Ook elders, zoals in het Vlaams Gewest, stijgt de armoede. Maar nergens zijn de cijfers zo hoog als in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

De armoederisicogrens (soms ook armoededrempel genoemd) wordt bepaald op 60% van het mediaan inkomen van België op individueel niveau.

*Tabel 5: Armoederisicogrens en het bedrag van de minimumuitkeringen (in € per maand) in België op 01/09/2017, alleenstaande en koppel met twee kinderen (Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting, 2018).*

	Alleenstaande	Koppel met 2 kinderen
Armoederisicogrens (EU-SILC 2017, inkomens 2016)	€ 1.139	€ 2.392
Leefloon (OCMW)	€ 910,52	€ 1.254,82
Inschakelingsuitkering RVA (ouder dan 21 jaar)	€ 910,52	€ 1.238,38
Minimum werkloosheidsuitkering	€ 1.052,48	€ 1.271,14
Uitkering voor arbeidsongeschiktheid	€ 1.245,14	€ 1.556,1
Inkomensgarantie voor ouderen	€ 1.118,36	/

Het Netwerk Tegen Armoede onderzoekt ook allerlei veranderingen en beslissingen binnen de sociale zekerheid. Mede door het strengere beleid rond langdurig zieken (re-integratietrajecten met straf op boete bij weigering) of het beperken van beroepsinschakelingsmogelijkheden, vrezen zij dat meer mensen opschuiven naar de bijstand en beroep moeten doen op het leefloon.

### 2.3.3 Kinderarmoede

Volgens onderzoek van de Koning Boudewijnstichting in 2017 wordt **41,5% van de kinderen in Brussel geboren in een gezin waarvan het inkomen onder de armoederisicogrens ligt**. Meer dan een kwart daarvan zelfs in diepe armoede. Diepe armoede wil zeggen een gezinsinkomen in het onderste deciel van alle inkomens. Eén op zes kinderen wordt geboren in een éénoudergezin, en groeit vaak op bij de alleenstaande moeder. De helft van die moeders, heeft geen (betaald) werk. 75% van die moeders leeft onder de armoederisicogrens<sup>6</sup>. Een

<sup>6</sup> Armoedegrens en armoederisicogrens zijn identieke begrippen in deze tekst.

vierde is 'werkende' moeder die toch onder de armoederisicogrens leeft (De Spiegelaere, Racape & Sow, 2017).

De Welzijnsbarometer<sup>7</sup> van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (2017) stelt dat een kwart (24 %) van de Brusselse kinderen jonger dan 18 jaar opgroeit in een gezin zonder inkomen uit werk. Het aantal kinderen dat leeft in een gezin zonder inkomen uit werk, ligt in Brussel systematisch hoger dan in de rest van het land: een Brussels kind loopt ruim 3 keer meer risico om in deze situatie te verkeren dan een kind in Vlaanderen en 1,3 keer meer risico dan een kind in Wallonië.

Buitenlandse afkomst verhoogt het risico op armoede met factor 3. Sommige groepen hebben het bijzonder moeilijk, zoals bijvoorbeeld de groep moeders van subsaharaanse afkomst. Van de moeders uit Congo, Senegal of Angola leeft maar liefst 70% onder de armoederisicogrens. (De Spiegelaere, Racape & Sow, 2017).



---

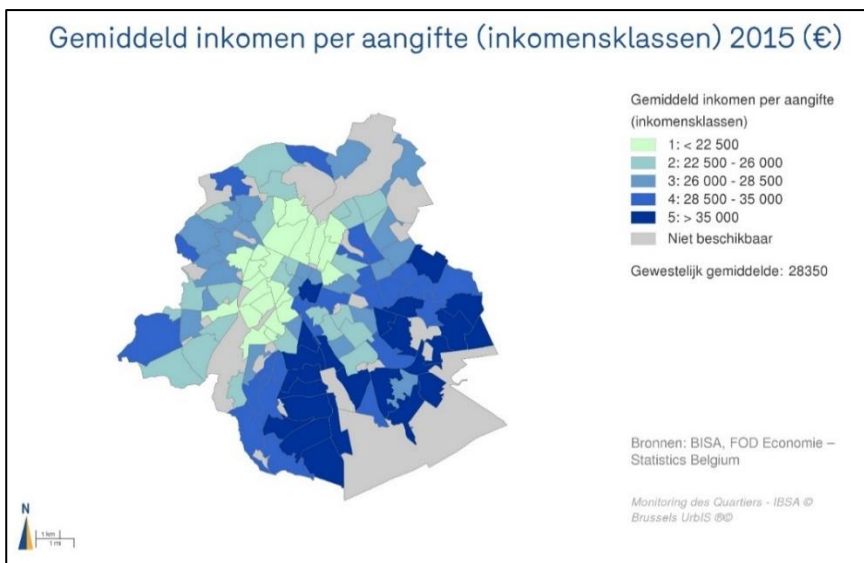
<sup>7</sup> De volledige referentie voor dit document is: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad, 2017. We hebben dit omwille van de lengte ingekort naar Welzijnsbarometer 2017.



### 2.3.4 Geografische spreiding inkomen Brussel.

Er is al lang geweten dat de rijkdom in Brussel geografisch ongelijk verdeeld is. De arme bevolking woont in het centrum en aanpalende gemeenten. De bevolkingsgroepen met meer middelen wonen eerder in de buitenste gemeenten.

*Figuur 4: Verdeling inkomens Brussel (Wijkmonitoring, 2015)*



Brussel is tegelijkertijd zeer arm én zeer rijk. Volgens de auteurs van ‘Wat met Brussel’ (Loeckx, Oosterlynck & Kesteloot, 2014) kent Brussel een “dubbele dualisering”. De eerste dualisering situeert zich tussen het algemeen arme Brussels Hoofdstedelijk Gewest en zijn rijke periferie. De andere dualisering is die tussen de welstellende wijken binnen de het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad en haar arme sikkkel.

### 2.3.5 Vervangingsinkomens

Onder vervangingsinkomens verstaan wij pensioen, werkloosheidsuitkering of kinderbijslag, ziekte- en invaliditeitsvergoeding, leefloon... In Brussel bedragen deze inkomens gemiddeld 6.292 euro per jaar per inwoner, wat laag is ten opzichte van het Belgische gemiddelde: 7.423 euro per jaar per inwoner. (BISA, 2017) Dit is grotendeels te verklaren door het feit dat de pensioenen minder wegen; Brussel heeft namelijk een heel jonge bevolking.

## Pensioenen

In 2017 waren er in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest 127.131 gepensioneerden. Dat is 11% van de bevolking, terwijl dit in Vlaanderen 18% was. In Antwerpen ging dit over 16,4%<sup>8</sup> van de inwoners. Van de 127.131 gepensioneerden in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest ontving 14% een inkomensgarantie voor ouderen (IGO). De inkomensgarantie voor ouderen is een uitkering die toegekend wordt aan 65-plussers die niet over voldoende financiële middelen beschikken. Dit is hoger dan Vlaanderen waar het IGO maar aan 5% van alle pensioengerechtigden moet uitgekeerd worden (Federale Pensioendienst, 2017).

## Het leefloon en het equivalent leefloon

Burgers kunnen in sommige gevallen een leefloon aanvragen. Je kan een leefloon aanvragen als je onvoldoende inkomen hebt en als dit tijdelijk niet zal veranderen. Het equivalent leefloon is financiële steun voor mensen die geen recht hebben op leefloon, maar die zich wel in een vergelijkbare noodsituatie bevinden. Onderstaande tabel geeft het aantal personen met een leefloon of equivalent leefloon weer vergeleken tegenover de totale populatie van de regio (Provincies in cijfers, 2017). Opvallend is dat er in absolute cijfers in Brussel meer personen een leefloon of equivalent leefloon ontvangen dan in Vlaanderen.

*Vergelijking 12: Aantal en aandeel personen met een leefloon of equivalent leefloon (Provincie in cijfers, 2017)*

	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	% bevolking	Vlaams Gewest	% bevolking	Antwerpen	% bevolking
Leefloon	37.977	3,20%	36.674	0,56%	7109	1,37%
Equivalent leefloon	4.940	0,41%	3.155	0,05%	726	0,14%

<sup>8</sup> Dit zijn cijfers van 2016. (Bron: Provincies in cijfers)

Deze cijfers kunnen verder worden onderverdeeld naar geslacht, leeftijd en gezinssamenstelling. Als we dan het Brussels Hoofdstedelijke Gewest vergelijken met Vlaanderen zien we dat de nominale cijfers per leeftijdsgroep van de personen met een leefloon voor beide gewesten ongeveer gelijk loopt. Als dat verrekenen naar aandeel is er echter een groot verschil. Zo zijn er in de leeftijdscategorie 18-24-jarigen 12,74% jongvolwassenen met een (equivalent) leefloon, bij de 25-44-jarigen bedraagt het aandeel 4,57% en in de categorie 45-64-jarigen is dat 3.89%. In Vlaanderen schommelen die aandelen respectievelijk tussen 2,25% en 0,50%.

In Vlaanderen zijn de verschillen tussen mannen en vrouwen met een (equivalent) leefloon klein (50,37% mannen en 49,63% vrouwen). In Brussel zijn er verhoudingsgewijs meer vrouwen met een (equivalent) leefloon (54,96%) dan mannen (45,04%). Het aandeel personen met een (equivalent) leefloon met een gezin ten laste situeert zich in beide gewesten om en bij de 30%. (Provincies in cijfers, 2017).

### *Inkomensvervangende – of integratietegemoetkoming*

Personen met een handicap die door hun handicap niet kunnen werken of door hun handicap minder verdienen op de algemene arbeidsmarkt kunnen aanspraak maken op een inkomensvervangende tegemoetkoming. Personen met een handicap die grote moeilijkheden ondervinden bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten zoals koken, poetsen, wassen, ... kunnen eventueel een integratietegemoetkoming aanvragen. Deze tegemoetkoming kan worden aangevraagd vanaf de maand dat een persoon 20 jaar wordt. Onderstaande tabel geeft een vergelijking van het aantal personen die een inkomensvervangende en/of integratietegemoetkoming ontvangen.

Vergelijking 13: Aantal personen met een Inkomenvervangende tegemoetkoming, Integratietegemoetkoming of beide (FOD Sociale zekerheid, 2017).

	IVT en IT	% bevolking <sup>9</sup>	enkel IVT	% bevolking	enkel IT	% bevolking
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	10.033	1,1%	2.061	0,2%	5294	0,6%
Antwerpen	3774	1,0%	852	0,2%	2675	0,7%
Vlaams Gewest	42.454	0,8%	6.082	0,1%	40.767	0,8%

Om aan deze tegemoetkomingen te geraken moet een persoon een erkenning handicap krijgen van de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid, Directie-Generaal personen met een handicap. Zo een erkenning handicap kan ook worden aangevraagd in functie van andere sociale en fiscale maatregelen zoals: de parkeerkaart, de verminderskaart op het openbaar vervoer, belastingvoordelen op eigen voertuig. Maar ook vermindering van inkomstenbelasting, een vermindering van onroerende voorheffing, sociaal tarief voor gas en elektriciteit. Opvallend hier is dat in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest procentueel minder personen met een erkenning handicap zijn, die dus geen toegang hebben tot deze maatregelen.

Vergelijking 14: Aantal personen met een erkenning handicap (FOD Sociale Zekerheid, 2017).

	Erkenning handicap	% bevolking <sup>10</sup>
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	41.122	4,5%
Antwerpen	20.101	6,4%
Vlaams Gewest	336.188	5,0%

<sup>9</sup> Het percentage werd berekend op het aantal personen vanaf 21 jaar. Dus niet op de gehele bevolking.

<sup>10</sup> Het percentage werd berekend op het aantal personen vanaf 18 jaar. Dus niet op de gehele bevolking.

### *Verhoogde kinderbijslag voor kinderen met een handicap*

Kinderen met een aandoening kunnen aanspraak maken op verhoogde kinderbijslag. Door de zesde staatshervorming is deze bevoegdheid van de federale overheid overgedragen naar de deelstaten. Het Federaal Agentschap voor de kinderbijslag, FAMIFED heeft in 2016 een overzicht gemaakt van het aantal en aandeel kinderen tussen 0 en 21 jaar met een aandoening dat recht heeft op een verhoogde kinderbijslag.

Het onderzoek toont aan dat er in Brussel een lager aandeel (1,92%) kinderen met een aandoening is in vergelijking met de andere gewesten. Ter vergelijking: in Vlaanderen krijgt 2,41% van de kinderen een verhoogde kinderbijslag door een aandoening. Daarnaast valt op dat de Brusselse kinderen die recht hebben op n kinderbijslag vaker een zwaardere handicap hebben dan de kinderen wonende in de andere gemeenschappen.

Een derde conclusie uit het rapport is dat kinderen met een aandoening vaker invalide, gepensioneerde, langdurig werkloze of alleenwonende ouders hebben of zelf vaker wees zijn.

### *Verhoogde tegemoetkoming*

Personen met een laag inkomen hebben recht op de verhoogde tegemoetkoming. Zij betalen minder voor gezondheidszorg en hebben nog andere financiële voordelen zoals bijvoorbeeld een gunsttarief op abonnementen van de NMBS. Opvallend is dat in Brussel bijna een derde van de bevolking recht heeft op een verhoogde tegemoetkoming. In Vlaanderen is dit maar 14,9%.

*Vergelijking 15: Aantal en aandeel van de bevolking met recht op een verhoogde tegemoetkoming (Provincies in cijfers, 2016)*

	<b>Brussels Hoofdstedelijk Gewest</b>	<b>Vlaams Gewest</b>
Aantal personen met verhoogde tegemoetkoming	339.984	954.456
Aandeel personen met verhoogde tegemoetkoming (t.o.v. alle personen in de ziekteverzekering)	31,30%	14,90%

## 3 Sociaal-culturele ontwikkelingen

### 3.1 Vrijwilligerswerk

#### 3.1.1 Definitie vrijwilligerswerk

Wat begrepen moet worden onder 'vrijwilligerswerk' is duidelijk afgebakend en zelfs wettelijk vastgelegd. We verstaan onder vrijwilligerswerk een activiteit, uitgevoerd door een natuurlijke persoon, die onbezoldigd en onverplicht (vrijwillig) wordt verricht, ten behoeve van anderen of van de samenleving als geheel, in een min of meer georganiseerd verband, en op voorwaarde dat dit georganiseerd verband geen winstoogmerk heeft (Belgisch Staatsblad, 2005)<sup>11</sup>. Het 'georganiseerde verband' slaat op het feit dat het vrijwilligerswerk moet georganiseerd worden door een vereniging of organisatie die geen winstoogmerk heeft. Het 'min of meer' slaat op het feit dat dergelijke verenigingen of organisaties ook feitelijke verenigingen kunnen zijn.

De Belgische definitie is vergelijkbaar met Europese en internationale definities over vrijwilligerswerk (Horizontaal Overleg Vrijwilligerswerk, 2017). Het grote verschil in de definiëring zit in de link met het georganiseerd verband. In België hanteren we een vrij enge interpretatie, het vrijwilligerswerk wordt getypeerd door de inzet van mensen via of vanuit organisaties, verenigingen, lokale besturen. In een aantal van de ons omringende Europese landen en binnen de internationale gemeenschap wordt eerder uitgegaan van een ruimere definitie. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen het 'vrijwilligerswerk' en 'vrijwillige inzet'. Onbaatzuchtige vrijwillige activiteiten die uitgesloten worden door de definitie van de Vrijwilligerswet, benoemen we als 'vrijwillige inzet' en niet als 'vrijwilligerswerk', zonder een oordeel uit te spreken over de waarde ervan. 'Vrijwillige inzet' bestaat dan uit alle activiteiten die mensen doen voor een ander (onbezoldigd en om te helpen, een dienst verlenen ...), zoals vriendendienst, mantelzorg, burenhulp, ...

Vrijwilligers geven uit vrije wil en onbezoldigd een stuk van hun tijd aan een organisatie. Het is belangrijk om de term vrijwilligerswerk zuiver te houden en het onderscheid met andere initiatieven scherp te stellen. Zo zorgt de nieuwe wetgeving rond 'bijklussen' (Belgisch Staatsblad, 2018) voor verwarring. Wie in zijn vrije tijd tegen betaling bijklust, mag sinds 15 juli 2018 onder bepaalde

---

<sup>11</sup> Criteria conform de Belgische Wetgeving (2005). Andere gebruikte termen voor vrijwilligerswerk conform de Belgische wetgeving: 'indirect', 'onrechtstreeks' of 'georganiseerd' vrijwilligerswerk (georganiseerd door een vereniging of een organisatie).

voorwaarden tot 6.130 euro per jaar bijverdienen zonder dat hij daarop belastingen of sociale bijdragen hoeft te betalen. Het moet gaan om (1) occasionele klusjes bij medeburgers, (2) werk bij een vereniging of (3) bijverdiensten via erkende deelplatformen. Dit gaat om een vorm van activiteit die zich situeert in de vrije tijd van mensen (buiten de arbeidstijd) maar waartegenover wel een prestatievergoeding staat. Wie bijklust, wordt betaald en valt niet onder de Vrijwilligerswet.

Vrijwilligerswerk wordt nooit betaald. Vrijwilligers mogen wel een kostenvergoeding ontvangen, maar volgens strikte regels zoals bepaald in de Vrijwilligerswet. De organisatie beslist zelf of hij de kosten van zijn vrijwilligers vergoedt, de vrijwilliger heeft er niet automatisch recht op. De kostenvergoeding compenseert gemaakte kosten. Zolang de regels worden gerespecteerd, zijn de kostenvergoedingen vrijgesteld van belastingen en sociale zekerheidsbijdragen. Als de vrijwilliger een kostenvergoeding krijgt, kan dit volgens één van deze systemen: (1) forfaitaire kostenvergoeding (voor 2019: maximum 34,71 euro per dag, en een maximum van 1.388,40 euro per jaar), eventueel aangevuld met een beperkte kilometervergoeding of (2) reële kostenvergoeding met bewijsstukken, waaronder de kilometervergoeding. Op 28 december 2018 werd het KB gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad dat een hogere kostenvergoeding regelt voor bepaalde categorieën vrijwilligers<sup>12</sup>. Het betreft een uitzonderingsregeling op basis van artikel 12 van de Vrijwilligerswet. De regeling is van kracht sinds 1 januari 2019 en geeft de mogelijkheid aan bepaalde groepen vrijwilligers op jaarbasis een hoger bedrag binnen de forfaitaire kostenvergoeding voor vrijwilligers te ontvangen, namelijk maximum 2.500 euro (i.p.v. de 1388,40 euro per jaar conform de algemene regeling). De regeling voor een verhoogde forfaitaire kostenvergoeding geldt niet voor mensen die een uitkering ontvangen (RVA, OCMW,...).

---

<sup>12</sup> Het KB geldt enkel voor vrijwilligers: (1) in de sportsector: sporttrainer, sportlesgever, sportcoach, jeugdsportcoördinator, sportscheidsrechter, jurylid, steward, terreinverzorger-materiaalmeester, seingeveer bij sportwedstrijden; (2) in de nachtoppas, te weten het inslapen, evenals de dag-oppas bij hulpbehoevende personen volgens de voorwaarden en kwaliteitscriteria die iedere Gemeenschap bepaalt en (3) in het niet-dringend liggend ziekenvervoer: het liggend ziekenvervoer naar, vanuit en tussen ziekenhuizen of vestigingsplaatsen van ziekenhuizen, dat niet onder het toepassingsgebied van de wet van 8 juli 1964 betreffende de dringende geneeskundige hulpverlening valt en volgens de voorwaarden en kwaliteitscriteria die iedere Gemeenschap bepaalt.

### 3.1.2 Bronnen & cijfers

Degelijk kwantitatief onderzoek naar vrijwilligerswerk is schaars. Bovendien is het moeilijk om cijfers van nationale onderzoeken te vergelijken omwille van verschillende methodologieën, steekproeven en gebruikte afbakening van het begrip ‘vrijwilligerswerk’. Ook de verschillen tussen de Gewesten komen vrijwel nooit aan bod. Enkel in de studie van de Koning Boudewijnstichting (2015) kunnen voor een aantal metingen significante verschillen tussen de Gewesten worden vermeld (zie verder).

Het loont toch de moeite om de verschillende studies kort toe te lichten. Dat brengt soms herhaling met zich, maar inzoomen op de nodige nuances maakt veel goed.

#### *Sectorale bronnen & cijfers*

In de verschillende sectoren die onder de Vlaamse bevoegdheden vallen, wordt veel beroep gedaan op vrijwilligers, maar de zichtbaarheid is beperkt. Exacte cijfers over het aantal verenigingen over alle sectoren heen zijn er niet.

Er zijn vaak verschillende pogingen om cijfermateriaal te verzamelen en te ontsluiten, maar er duiken daarbij problemen op: het feit dat (1) er in dossiers (bijvoorbeeld verantwoordings-documenten voor subsidies of erkenningen) geregeld gerapporteerd wordt over vrijwilligerswerk, maar dat deze rapportering in dossiers besloten blijft en niet ontsloten wordt; en (2) bij deze rapporteringen geen eenduidige interpretatie van vrijwilligerswerk gehanteerd wordt.

Voor de sector Welzijn in Brussel is er bijvoorbeeld enkel zicht op de inzet van vrijwilligers in de zogenaamde ondersteunde verenigingen voor ‘autonoom vrijwilligerswerk’<sup>13</sup>. Het gaat om 143 verenigingen die in totaal beroep doen op 25.082 vrijwilligers. Daarnaast worden ook voor een aantal erkende diensten in het woonzorgdecreet het aantal vrijwilligers jaarlijks gemonitord door de Vlaamse overheid. Zo zetten de Diensten voor Oppashulp alleen al ruim 5.000 vrijwilligers in Vlaanderen en Brussel in (Horizontaal Overleg Vrijwilligerswerk, 2017).

---

<sup>13</sup> Het autonoom vrijwilligerswerk speelt zich af in een organisatie die haar doel uitsluitend of hoofdzakelijk met de inzet van vrijwilligers nastreeft. Dit zijn dus min of meer ‘pure’ vrijwilligersorganisaties, die in zowat alle sectoren terug te vinden zijn. Daarnaast bestaat het ingebouwd vrijwilligerswerk, waar vrijwilligers ingeschakeld worden door een organisatie die voor de verwezenlijking van haar doel naast professionals, ook vrijwilligers inschakelt.



## *Studiedienst van de Vlaamse Regering.*

De survey sociaal-culturele verschuivingen in Vlaanderen (SCV-survey) peilt sinds 1996 met een willekeurige steekproef bij Nederlandstalige inwoners in het Vlaams en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest naar waarden, opvattingen, overtuigingen en gedragingen met betrekking tot maatschappelijke en beleidsrelevante thema's. Bij deze survey wordt jaarlijks ook gepeild naar vrijwilligerswerk (Carton, Pickery & Verlet, 2017).

Naar aanleiding van de 20<sup>ste</sup> verjaardag van de SCV-survey verscheen een publicatie waarin de belangrijkste bevindingen werden opgesomd, maar deze belichamen enkel de resultaten voor het totaal van Nederlandstalige inwoners in het Vlaams en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (Bral & Pauwels, 2017).

- Het aantal vrijwilligers fluctueert, maar neemt niet af. Tussen 1996 en 2002 ging het om net geen 20% van de bevolking, tussen 2002 en 2015 zit het aandeel net boven de 20%. Gemiddeld over de hele periode gaat het om ongeveer 19%.
- Meer mannen dan vrouwen doen aan vrijwilligerswerk en de intensiteit (tijdsinvestering) van het vrijwilligerswerk ligt ook hoger bij mannen dan bij vrouwen.
- Het aandeel hoger opgeleiden is hoger dan laag opgeleiden. De intensiteit ligt bij personen met een middenopleiding (secundair en niet-universitair hoger onderwijs) iets hoger dan bij personen zonder diploma en universitair.
- Meer ouderen dan jongeren doen aan vrijwilligerswerk.
- Meer katholieken en christenen doen vrijwilligerswerk dan vrijzinnigen en niet gelovigen.
- In de centrumsteden zijn verhoudingsgewijs minder vrijwilligers actief.
- De intensiteit ligt hoger bij ouderen, bij personen die alleen wonen en bij personen die werken of ooit gewerkt hebben.
- Wat betreft die intensiteit stelt de peiling een schommeling vast over de jaren, maar wijst ze wel op een dalende trend.

## Participatiesurvey

In 2004, 2009 en 2014 werd er in opdracht van het Vlaams departement Cultuur, Jeugd, Sport en Media surveyonderzoek uitgevoerd naar de vrijetijdsparticipatie in Vlaanderen. In elk van deze surveys zijn vragen opgenomen met betrekking tot vrijwilligerswerk, het ene jaar zijn er meer bijkomende en verdiepende vragen gesteld dan het andere.

Voor een correcte interpretatie van het cijfermateriaal is het belangrijk in het achterhoofd te houden dat de cijfers afkomstig zijn uit een steekproef bij de Vlaamse bevolking. Dat impliceert dat de hier weergegeven percentages niet rechtstreeks geïnterpreteerd kunnen worden als percentages van de Vlaamse bevolking. Kerncijfers kunnen worden opgevraagd en een aantal kruisverbanden kunnen worden gelegd. Eerder dan de geografische locatie van de woonplaats werd de graad van stedelijkheid beschouwd<sup>14</sup>. Brussel zit mee in de categorie 'centrumgemeenten in grootstedelijke gebieden' (Antwerpen, Gent en Brussel).

In 2004 is geen specifieke bevraging over vrijwilligerswerk. In de survey van 2009 werd gevraagd of de deelnemers het afgelopen jaar onbezoldigd en onverplicht activiteiten hebben verricht in het kader van een vereniging, organisatie, bestuursorgaan of groep mensen. 22,2% van de totale steekproef antwoordde hierop bevestigend. Op de vraag of de deelnemer in dezelfde periode verzorging of hulp heeft geboden aan zieke, gehandicapte of bejaarde familieleden antwoordde 44% dat men dat heeft gedaan, van een enkele keer tot bijna dagelijks.

In de survey van 2014 werd dezelfde vraag gesteld. Bij die bevraging antwoordde 29,6% vrijwilligerswerk gedaan te hebben. Sportverenigingen hebben de grootste vrijwilligerspopulatie (27,9%), gevolgd door welzijns- of hulporganisaties (25,3%). De survey stelt vast dat er weinig verschil is tussen mannen en vrouwen, ook op vlak van intensiteit van het vrijwilligerswerk. De survey geeft ook een belangrijke toename aan van het vrijwilligerswerk naargelang men hoger opgeleid is. Er zijn ook belangrijke vaststellingen te koppelen aan de vergelijking van het vrijwilligerswerk met het beschikbare inkomen. Wie aangeeft makkelijk rond te komen heeft meer vrijwilligerswerk gedaan. Het vrijwilligerswerk is het hoogst in de twee hoogste inkomenscategorieën (Smits, 2015).

---

<sup>14</sup> Voor de indeling van gemeenten werd Van Hecke (1997) gevolgd die de Vlaamse gemeenten in zes groepen indeelt op basis van hun score op acht verschillende functies (detailhandel; cultuur; overheidsfuncties; sport, recreatie en horeca; diensten met loketfunctie; medische, maatschappelijke en sociale zorg; onderwijs; verkeersfunctie).

## *Koning Boudewijnstichting*

Een belangrijke wetenschappelijke bron is het onderzoek van 2015 naar vrijwilligerswerk dat door de Koning Boudewijnstichting is geïnitieerd. Dit is een eerste uitgebreid rapport over de omvang van vrijwilligerswerk en het profiel van vrijwilligers in Vlaanderen, Brussel en Wallonië: 'Het vrijwilligerswerk in België: kerncijfers' (2015)<sup>15</sup>.

In wat volgt geven we de belangrijkste cijfers en bevindingen uit het rapport.

Uit de meting blijkt dat 67.564 Brusselaars vrijwilligen in georganiseerd verband (over de verschillende sectoren heen), wat overeenstemt met 7,2% van de bevolking. Dit cijfer is significant lager dan in Vlaanderen (13,9%). Als we de ruimere definitie van vrijwilligerswerk hanteren (waarbij ook allerlei andere vormen van engagement van mensen worden meegeteld, ook al gaat het om eigen initiatieven, los van enig organisatorisch verband, bijvoorbeeld mantelzorg, vriendendiensten, burenhelpen), levert dat voor Brussel 139.775 mensen op die zich inzetten, of 72.211 mensen meer die aan mantelzorg doen, vriendendiensten leveren, burenhelpen ... Vanuit deze brede invulling bekeken, zet 14,8% Brusselaars zich uit vrije wil in voor anderen (tegenover 19,4% in Vlaanderen).

De sector 'welzijn' wordt als dusdanig niet vermeld in de KBS-studie. Er zijn cijfers beschikbaar over de sectoren 'maatschappelijke dienstverlening' en 'gezondheid', die respectievelijk goed zijn voor 14.145 vrijwilligers en 3.501 vrijwilligers (in Brussel). Als we kijken naar de verdeling van de vrijwilligersactiviteiten volgens sector, dan zijn er enkele dominante sectoren.

---

<sup>15</sup> Dit rapport gaat in essentie over het land als geheel. De verschillen tussen de Gewesten komen maar zijdelings ter sprake. De belangrijkste reden hiervoor is de te beperkte omvang van de steekproef (minder dan 10.000 personen, van wie ongeveer 1200 vrijwilligers in organisaties). De steekproef is representatief, maar laat niet toe om echt significante verschillen tussen de Gewesten te detecteren. Als daar reden toe is, werden wel significante verschillen vermeld. We geven deze hier mee.

Vergelijking 16: Top 3 verdeling van de vrijwilligersactiviteiten volgens sector (Koning Boudewijnstichting, 2015)

	Brussels Hoofdstedelijke Gewest	Vlaanderen
1	Maatschappelijke dienstverlening (22,5%)	Sport (21,6%)
2	Cultuur en socio-culturele verenigingen (17,7%)	Cultuur en socio-culturele verenigingen (19,7%)
3	Verdediging van rechten en belangen (14%)	Maatschappelijke dienstverlening (14,7%)

Hoewel de onderzoekers niet volledig kunnen uitsluiten dat het verschil louter aan toeval te wijten is, valt het op dat de vrijwilligersactiviteiten in organisaties die opkomen voor de rechten en de belangen van mensen, relatief gesproken talrijker zijn in Brussel (14% in Brussel tegenover 8,6% in Vlaanderen).

Over alle Gewesten heen blijkt dat de gezondheidszorg slechts beperkt vertegenwoordigd is (2,4%). Maar het aandeel vrijwilligersactiviteiten in de gezondheidszorg blijkt significant hoger in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (7,1% - tegenover 1,6% in Vlaanderen). Een mogelijke verklaring is tweevoudig en weerspiegelt de Brusselse dualiteit. Enerzijds zijn er in Brussel dubbel zoveel universitair geschoolden als in andere gewesten. Het zou kunnen dat hogeschoolden meer vrijwilligerswerk doen in de gezondheidszorg omwille van de specifieke vaardigheden die voor dit vrijwilligerswerk vereist zijn. Anderzijds is er ook de stedelijke realiteit van armoede, nieuwkomers ..., waardoor er ook veel meer noden zijn op vlak van gezondheidszorg.

De verdeling van de vrijwilligersactiviteiten volgens het type van organisatie is gelijklopend in Vlaanderen en Brussel. De organisaties worden onderverdeeld in de verenigingssector (81,9% in Brussel; 84,8% in Vlaanderen), de publieke sector zoals bijvoorbeeld OCMW's, lokale dienstencentra, bibliotheken, cultuur- en gemeenschapscentra, ... (6% in Brussel; 6,9% in Vlaanderen) en 'andere' 12,1% in Brussel; 8,3% in Vlaanderen). Bij deze laatste categorie gaat het eigenlijk om structuren waarin mensen zich 'informeel' verenigen, denk daarbij aan: feitelijke verenigingen die vaak vanuit een vrijwilligersinitiatief starten en door vrijwilligers gedragen en ontwikkeld worden; samenwerkingsverbanden; buurtinitiatieven en andere initiatieven die spontaan starten.

Wat betreft het profiel van de vrijwilliger, blijken mannen en vrouwen in Vlaanderen en Brussel evenredig te participeren. Waar het verschil in geslacht weinig bepalend is voor de participatie in vrijwilligerswerk, is het opleidingsniveau dat wel. Ook deze studie bevestigt dat mensen die hoger opgeleid zijn, gemakkelijker hun weg vinden tot het vrijwilligerswerk. De discrepantie is opvallend: lager geschoolden zijn veel minder aanwezig in het vrijwilligerswerk. De vertekening is nog meer geprononceerd in Brussel, 40,2% van het vrijwilligerswerk wordt uitgevoerd door personen met een universitair diploma. Dit percentage is meer dan het dubbele van het aandeel universitair geschoolden in de Brusselse bevolking.

Tewerkgestelde personen in België doen significant meer vrijwilligerswerk dan andere categorieën met uitzondering van studenten. Huismannen/en -vrouwen, arbeidsongeschikten en werklozen presteren significant minder vrijwilligerswerk. Hierbij dient wel rekening gehouden te worden met de verplichtingen die aan sommige groepen worden opgelegd. Zo moeten bijvoorbeeld mensen die een uitkering ontvangen van de RVA een aanvraag indienen alvorens zij vrijwilligerswerk mogen doen. Mensen met twee thuiswonende kinderen vertonen een significant grote mate van participatie: zij vormen nationaal gezien de grootste groep vrijwilligers.

Op de data die uit dat onderzoek zijn gekomen is ook nog veel onderzoek mogelijk om bijvoorbeeld dieper in te gaan op de situatie in Brussel. In 2019 werken een aantal Nederlandstalige en Franstalige onderzoekers in opdracht van de Koning Boudewijnstichting aan een update van de studie uit 2015 omtrent het vrijwilligerswerk in België. De resultaten zullen in 2020 beschikbaar zijn<sup>16</sup>.

### *De Vlaamse Gemeenschapscommissie*

De Vlaamse Gemeenschapscommissie (VGC) gaf in 2012 de opdracht tot het uitvoeren van een onderzoek naar de behoeften van Brusselse organisaties die met vrijwilligers werken (Demunter et al, 2012).

Volgens de literatuurstudie van dit onderzoek zouden mensen met een andere etnische achtergrond ondervertegenwoordigd zijn onder de vrijwilligers. Ondanks hun beperkte betrokkenheid bij het autochtone vrijwilligerswerk, maken deze mensen wel intensief deel uit van allochtone vrijwilligersorganisaties, de zogenaamde zelforganisaties (Roumans, 2009).

---

<sup>16</sup> Jammer genoeg werd in 2018 niet ingegaan op onze vraag om in de nieuwe studie extra aandacht te besteden aan de specificiteit van de Brusselse context.

De scope van dit onderzoek valt buiten deze omgevingsanalyse gezien niet de vrijwilliger als individu, maar wel de organisatie centraal stond in dit onderzoek. Deze studie onderzocht de Brusselse organisaties, die met vrijwilligers werken en gesubsidieerd worden door de VGC, op vlak van een uitgebreid aantal organisatiekenmerken. De conclusie van het eindrapport beschrijft dat het onderzoek niet de vooropgestelde steekproefgrootte haalde “door een onvolledig adressenbestand, een grote non-respons en mogelijks ook een verkeerde zelfperceptie<sup>17</sup> van de organisaties”. Bovendien gaf 72% van de responsgroep (organisaties die met vrijwilligers werken en die de vragenlijst hebben ingevuld) aan lid te zijn van een koepel, federatie of bond, wat geen werkelijke weerspiegeling is van de Brusselse realiteit (Demunter, Claes & Smits, 2012).

### 3.2 Het sociaal-cultureel middenveld als belendende sector van welzijn en zorg

In een recent onderzoek bij CSI Flanders (Van Guyes, Szekér & Laoukili, 2018) over het middenveld in Vlaanderen, zien we dat in de centrumsteden het verenigingsleven zich vooral de rol toebedeelt van gemeenschapsbevordering. Meer dan 70% zegt dat ze hun doelpubliek een plaats willen bieden waar ze zich thuis voelen. 44% van hen wil een beweging maken of actie ondernemen rond sociale problemen.

We vermelden hier speciaal het verenigingsleven en het socio-cultureel volwassenenwerk omdat het een “belendende” sector is van het welzijnswerk is. Of je nu actief bent in een sportclub bent, een ouderenvereniging of een vereniging waar je een taal kunt leren, de kans is groot dat je vroeg of laat met een welzijnsthema te maken krijgt.

Veel verenigingen opereren geheel of gedeeltelijk op kruispunten van artistieke, sociale, welzijns- en gezondheidsthema's. Volgens de omgevingsanalyse van de Vlaamse Gemeenschapscommissie (2015) heeft het klassieke verenigingsleven in Brussel moeite om zich staande te houden. Er ontpoppen zich daarentegen allerlei nieuwe initiatieven, denk bvb. aan zelforganisaties, burgerinitiatieven...

---

<sup>17</sup> Met ‘verkeerde zelfperceptie’ bedoelen de onderzoekers dat heel wat organisaties de vrijwillige bestuurders in hun raden van bestuur waarschijnlijk niet als ‘echte’ vrijwilligers hebben beschouwd en daardoor, meteen bij de eerste (en voor hen ook laatste) vraag van de survey, hun organisatie als ‘niet werkend met vrijwilligers’ hebben aangeduid. Ook zijn er wellicht organisaties die slechts sporadisch met vrijwilligers werken en dit te beperkt vinden om zichzelf als een organisatie met vrijwilligers beschouwen.

Het aantal door de VGC erkende verenigingen nam het voorbije decennium sterk toe en dit is voornamelijk te danken aan de stijging in het etnisch-cultureel verenigingsleven. Momenteel zijn er in Brussel 550 door de VGC erkende verenigingen: een 200-tal sociaal-culturele verenigingen, evenveel verenigingen voor etnisch-culturele minderheden, en nog een 100-tal andere, ....

Een belangrijke partner voor de welzijns- en zorgsector is het minderhedenforum dat de verenigingen voor etnisch-culturele minderheden ondersteunt. Onder vereniging voor etnisch-cultureel werk verstaan we de organisaties die vallen onder sociaal-cultureel werk en bijna altijd werken naar mensen met een migratie-achtergrond. Ze worden ook wel vaak zelforganisaties genoemd. Zij nemen dikwijls de rol van bruggenbouwer en doorverwijzer op. Er is veel diversiteit in schaalgrootte en draagkracht. Vele functioneren als laagdrempelige basiswerkingen in Brussel, waar mensen terecht kunnen voor administratieve vragen, taallessen, huiswerkklasjes ... (Nolf & Vermeulen, 2017).

In heel Brussel zijn er meer dan 1000 organisaties gedetecteerd van en door etnisch-culturele minderheden (Schrooten, Thys & Nolf, 2017).

## 4 Digitale ontwikkelingen

In dit hoofdstuk willen we een korte schets geven van het digitaal gebruik van de Belgen en Brusselaar. Daarnaast willen we ook even stil staan bij enkele interessante ontwikkelingen op het vlak van zorgtechnologie en digitale hulpverlening. We pretenderen hiermee zeker geen volledigheid aan te bieden maar veeleer een proeve van enkele ontwikkelingen binnen zorg en hulpverlening.

### 4.1 Digitalisering in cijfers

#### 4.1.1 Digitale indicatoren voor België

Hootsuite en We are Social (2018) publiceren jaarlijks statistische cijfers betreffende digitale indicatoren per land. Ook voor België hebben zij een analyse gemaakt. De studie rapporteert dat 89% van de bevolking gebruik maakt van het internet. Van al deze internetgebruikers maakt 85% dagelijks gebruik van het internet, 13% minstens één keer per week en 2% minstens één keer per maand.

Op basis van een steekproef werd vastgesteld dat 71% van de volwassen bevolking een smartphone heeft (94% heeft een mobiele telefoon<sup>18</sup>). 6% van de volwassen bevolking geeft aan gebruik te maken van een wearable (Iwatch, Fitbit, ...). De personen die een smartphone hebben gebruiken deze om volgende “life-management” activiteiten te doen:



<sup>18</sup> Bezit van een smartphone is opgenomen in de cijfers van mobiele telefoon.



Tabel 6: Gebruik van de smartphone bij life management activiteiten (Hootsuite & We are Social, 2018).

Activiteit	Percentage van de respondenten
Alarmklokfunctie gebruiken	38%
Agenda of dagboek beheren	37%
Foto's nemen of video's maken	36%
Weersvoorspellingen raadplegen	28%
Het nieuws raadplegen	21%
Lijsten bijhouden (boodschappen, taken, ...)	14%
Gezondheid bijhouden (eten, activiteiten)	4%
E-books, of e-magazines lezen	2%

Het lage gebruik van wearables en het weinig gebruik van de smartphone om de gezondheid te monitoren doet vermoeden dat deze digitale gezondheidsreflex nog niet zo breed zit ingebakken bij de brede bevolking. Ontwikkelaars daarentegen zien wel opportuniteiten in het gebruik van smartphones en wearables voor het bevorderen van een persoon zijn (geestelijke) gezondheid.

Het rapport van Hootsuite en We are Social heeft ook via een bevraging gepolst naar de rol van technologie en de mening van de respondenten op privacy issues. Onderstaande tabel geeft de belangrijkste meningen weer:

Tabel 7: Attitudes en meningen over digitaal gebruik (Hootsuite & We are Social, 2018).

Attitude/Mening	Percentage van de respondenten
Geloof dat technologie meer kansen dan risico's bevat	38%
Voorkeur om zaken digitaal af te handelen (wanneer mogelijk)	55%
Geloof dat dataprivacy en databescherming zeer belangrijk zijn	89%
Verwijderen van cookies van internetbrowsers om privacy te beschermen	41%
Gebruik van een ad-blocker tool om reclame tegen te houden	34%

## 4.1.2 Toegang tot internet in Brussel

Volgens de Statbel had in 2017 gemiddeld 85% van de Brusselse huishoudens toegang tot internet. In het Vlaams gewest is dat 88% en in het Waals gewest is dat 83%. In 2006 was dat slechts 51% in Brussel. Van 2006 tot 2016 is het dus fors gestegen. 2017 was het eerste jaar dat het opnieuw wat achteruit ging: van 88% in 2016 naar 85% in 2017.

*Vergelijking 17: Beschikbaarheid van internet in het huishouden per gewest 2006 - 2016 (Statbel, 2017).*

Jaar	Vlaams Gewest	Waals Gewest	Brussels Hoofdstedelijk Gewest
2006	60%	45%	51%
2007	65%	53%	58%
2008	69%	56%	60%
2009	73%	61%	61%
2010	77%	66%	69%
2011	79%	73%	75%
2012	80%	73%	79%
2013	83%	76%	78%
2014	86%	78%	80%
2015	84%	79%	80%
2016	86%	81%	88%
2017	88%	83%	85%

## 4.1.3 Digitale kloof en digitale ongeletterdheid

Het Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting (2017) stelt dat er nog steeds een digitale kloof is die samenhangt met opleidingsniveau, activiteitsstatus, leeftijd en geslacht. Het is wel positief dat deze kloof kleiner lijkt te worden. “Zo heeft 18% van de werklozen nog nooit gesurft (in 2006: 41%), tegenover 4% van de loontrekkenden (2006: 20%) en 4% van de zelfstandigen (2006: 20%). Studenten daarentegen zijn bijna allemaal al eens op het internet geweest (99%). 27% van diegenen die niet studeren, werken of werkzoekend zijn, is nooit op het internet geweest (2006: 67%).”

De nieuwe digitale kloof is verschoven van toegang tot internet (en PC) naar het beschikken over de juiste vaardigheden om met deze technologieën om te gaan. Deze digitale ongeletterdheid bij bepaalde groepen is een bedreiging. Ilse Mariën en Dorien Baelden (2015), beschrijven in hun onderzoek acht profielen inzake het digitale mediagebruik van verschillende groepen. “Het digitale mediagebruik wordt bepaald door verschillende digitale en sociale factoren, zoals toegang tot internet, autonomie in gebruik, of ondersteuning door familie of collega’s.” Tegelijkertijd argumenteren ze ook dat andere variabelen zoals inkomen, opleiding, welbevinden ook een impact hebben op iemands digitale toegankelijkheid. Op basis van hun onderzoek en variabelen hebben zij acht profielen (gradaties) van digitale ongelijkheden ontwikkeld. Bij de eerste vijf profielen is er een directe link tussen sociale en digitale uitsluiting. Bij de laatste drie is er geen directe wisselwerking tussen beide componenten; deze profielen komen voor bij alle socio-economische groepen.

De acht profielen zijn:

- *Digital Outcasts*: mensen die diepe sociale en digitale uitsluiting ervaren.
- *Hopelessly Undigital*: mensen met een brede sociale uitsluiting, die de maatschappelijke evoluties proberen bij te benen, maar daar door simultane drempels moeilijk in slagen.
- *Digital Fighters*: mensen die op vele levensdomeinen sociaal ingesloten zijn, maar op een beperkt aantal zeer specifieke digitale drempels botsen.
- *Smoothly Digital*: mensen in deze groep ervaren brede sociale en digitale insluiting; ze gebruiken de digitale media voornamelijk in functie van hun dagelijkse praktijken.
- *Digital All-Stars*: deze mensen zijn diep sociaal en digital ingesloten en ervaren geen probleem met het gebruik van digitale media.
- *Unexpected Digital Masters*: mensen in dit profiel zijn in tegenstelling tot hun peers, volledig mee met het gebruik van digitale media.
- *Unexpected Digital Drop-Outs*: in tegenstelling tot hun peers ondervinden deze mensen verschillende problemen bij het gebruik van digitale media.
- *Digitally Self Excluded*: mensen die participeren aan het dagelijks leven, en toegang hebben tot digitale tools, maar er het nut niet van inzien, ze zijn niet gemotiveerd digitale media te gebruiken.

## 4.2 Zorgtechnologie

Heel wat gangbare technologische ontwikkelingen dragen al bij tot een verhoogde levenskwaliteit voor personen met of zonder zorg- of ondersteuningsnood, denk aan tablets, smartphones, apps of 'slimme' horloges. *Zorgdomotica* of zorgtechnologie integreert technologie en diensten die specifiek worden ingezet om het leven van ouderen en hulpbehoevenden makkelijker of comfortabeler te maken., thuis of binnen een zorgorganisatie. Het laat toe om niet alleen de levenskwaliteit van de zorgvrager te verhogen, maar ook om de arbeidsomstandigheden te verbeteren van mensen die in de zorg werken. Sommige toepassingen zoals camera's, sensoren of telemonitoring zien er op toe of alles goed gaat en detecteren eventuele veranderingen. Ze zijn er vooral op gericht om zorgbehoevenden te monitoren of te observeren. Andere zijn meer gericht op de ondersteuning van communicatie of dagelijkse activiteiten zoals bijvoorbeeld beeldbellen, alarmknoppen of besturingssystemen voor mensen met een beperking. Digitale technologie zal een belangrijke rol spelen in de omschakeling van curatieve naar meer preventieve zorg, bijvoorbeeld in het aanzetten tot gedragsverandering (ING, 2017).

Dat er toekomst zit in het gebruik van technologie in de zorg staat buiten kijf. Het scala aan toepassingsmogelijkheden groeit steeds verder aan, niet alleen in de zorg voor ouderen of personen met een beperking maar ook in de (geestelijke) gezondheidszorg (ING, 2017).

Een aantal *gamechangers* zetten de sector er toe aan om steeds meer de digitale en technologische weg in te slaan. De digitalisering van de samenleving neemt algemeen toe. Zorgorganisaties en professionele zorgverleners voelen de toenemende druk om met minder budgettaire middelen en personeel een kwalitatieve zorg te blijven garanderen. De zorgvragers van morgen willen meer en meer de regie in eigen handen nemen, zolang mogelijk in hun vertrouwde omgeving blijven wonen en vragen steeds meer zorg op maat (Degryse, 2017).

De digitale en technologische transformatie is volop aan de gang. Het biedt ook voor de zorg oneindig veel mogelijkheden, maar brengt ook valkuilen en risico's met zich mee (VIVES, 2017). De gebruiker verwacht dat zorgtechnologie voordelen biedt op vlak van veiligheid, comfort, zelfredzaamheid en sociaal contact, maar blijft toch nog achterdochtig, is nog te weinig betrokken bij de ontwikkeling of wordt onvoldoende begeleid in het gebruik er van. Ook de ethische dimensie is belangrijk: wie heeft toegang tot welke gegevens? En waarvoor worden ze gebruikt?

De professional ziet als troeven dat het kostenbesparend is, een efficiëntere inzet van personeel toelaat, betere zorg op afstand mogelijk maakt, de kwaliteit van de zorg verhoogt, de mantelzorger ontlast, er sneller geïntervenieerd wordt bij problemen en het registreren van gegevens vergemakkelijkt. Maar ook hier heerst weerstand, is er tekort aan bijscholing, of is de zorgorganisatie er nog niet klaar voor ...

Kortom, zorgtechnologie is een complexe aangelegenheid en volop in ontwikkeling. Volgens kenners staan we nog maar aan het begin van de digitalisering van de zorg. Commerciële spelers en start-ups grijpen hun kans om zich aan te dienen in deze groeiende markt. Programma's zoals AAL (Active and Assisted Living) stimuleren het bedrijfsleven om ICT-oplossingen te ontwikkelen die beantwoorden aan de noden en verwachtingen van ouderen. Het antwoord op de vraag in welke mate de toepassingen ook hun weg vinden in het dagelijks leven en de zorgomgeving van (Brusselse) mensen met een ondersteuningsbehoefte blijft onduidelijk.

### 4.3 Online hulpverlening

Een andere niet te negeren trend is die van de online hulpverlening (E-mental health). Online hulpverlening kan een belangrijke bijdrage leveren aan het meer bereikbaar maken van psychische hulp.

E-mental health biedt mogelijkheden voor preventie, diagnostiek, behandeling en opvolging op lange termijn. Online hulpverlening heeft als voordeel dat het enerzijds grote groepen kan bereiken en anderzijds toch gepersonaliseerd kan zijn. Bovendien bereikt het mensen in hun natuurlijke omgeving en is het minder afhankelijk van tijd en plaats (Online Hulpverlening, 2018). Een smartphone is in vele gevallen voldoende om in contact te treden met een hulpverlener.

Via fora, chatprogramma's, mail of andere media kunnen personen in contact treden met een hulpverlener (of lotgenoten). Apps of websites begeleiden personen in hun zelfhulp. Er worden tegenwoordig zelfs "serious games" ontwikkeld om personen via online trainingen nieuwe vaardigheden aan te leren. Op deze manier kan online hulpverlening een gediversifieerd hulpverleningsaanbod bieden bij complexe problemen, of gevoelige thema's. Zo biedt bijvoorbeeld de Zelfmoordlijn 1813 crisisondersteuning via telefoon, chat of mail. Maar hebben ze daarnaast ook een website met tips en vaardigheden voor familieleden (en bezorgde hulpverleners), een forum voor lotgenotencontact en diverse apps (Think Life, BackUp en On Track Again) om personen met zelfmoordgedachten te ondersteunen in hun zelfzorg en probleemoplossend

vermogen<sup>19</sup>. Er wordt momenteel ook een serious game, “Silver”<sup>20</sup>, ontwikkeld dat als doel heeft om te mentale veerkracht bij kinderen en jongeren te verhogen.

Ook het CAW, het JAC, AWEL, Tele-onthaal, Lumi<sup>21</sup>, 1712<sup>22</sup>, NuPraatikerover<sup>23</sup>, het CLB hebben een gediversifieerd hulpverleningsaanbod waardoor personen via chat (of andere media) online hulpverlening kunnen krijgen.

Op de website van Tele-onthaal worden enkele kenmerken van chat-hulpverlening weergegeven (2018). Zij geven aan dat afstand veiligheid schept, dat chatters zich doorgaans makkelijker blootgeven dankzij de afstand: de anonimiteit, het niet horen van elkaars stem. Dit vergroot de veiligheid. Iemand kan vanuit de veiligheid en de privacy van de plek die hij/zij kiest, angst- en schaamtegevoelens meer loslaten via een chatgesprek. Zo is de eerste stap naar hulp eenvoudiger, ook voor mensen die een persoonlijk mondeling contact moeilijk vinden. Op de chat komen oproepers volgens Tele-onthaal veel sneller met zwaarbeladen en taboe-thema’s als zelfverwonding, seksueel geweld en misbruik, en zelfdodingsgedachten.

Online krijgt men slechts via één kanaal informatie: geschreven woorden, uitsluitend verpakt in leestekens en symbolen zoals emoticons. Stemhoogte, klank, intonatie, geluiden, vallen weg.... Dit neemt veel signalen weg voor de hulpverlener. Anderzijds biedt het chatmedium ook houvast doordat het gesprek op het scherm blijft staan, waarbij het herlezen helpt om emoties af te reageren, of verder uit te diepen (Tele-onthaal, 2018). Chatgesprekken duren veel langer dan telefonische contacten: een telefoongesprek duurt gemiddeld 20 minuten, een chatcontact meer dan 40 minuten.

---

<sup>19</sup> Meer informatie op [www.zelfmoord1813.be](http://www.zelfmoord1813.be)

<sup>20</sup> <https://www.curiouscats.be/project-silver>

<sup>21</sup> De vroegere Holebifoon.

<sup>22</sup> 1712 Is een hulplijn voor personen die het slachtoffer zijn (of observator) van geweld.

<sup>23</sup> Minderjarigen die vragen hebben over seksueel misbruik of mishandeling.

## 5 Wonen en leefomgeving

### 5.1 Woonbestand

Het Brussels grondgebied telt anno 2018 in totaal 476.342 woonegelegenheden waarvan 55% appartementen en 40% huizen in gesloten bebouwing. Het woonbestand in Brussel is relatief oud, slechts 6,5% van de gebouwen is opgetrokken na 1981 (Statbel, 2018). Voor een zicht op het aandeel huurders versus eigenaars, zijn we aangewezen op cijfers uit 2011. Het percentage eigenaars bedroeg toen 40%, wat aanzienlijk lager is dan in de stad Antwerpen (52%) en het Vlaamse gewest (71%) (Census, 2011).

De huurwoningmarkt omvat zowel private huurwoningen als sociale huurwoningen. Eind 2016 telde Brussel volgens het BISA 39.742 sociale woningen. De private woningbouw doet het relatief goed, terwijl de bouw van bijkomende sociale woningen volgens de Brusselse Bond Recht op Wonen (BBRoW) afgelopen legislatuur niet goed van de grond kwam. Ondanks de plannen (o.a. Alliantie wonen in 2013) is het aantal sociale woningen nauwelijks toegenomen. (BBRoW, 2017)

Huren op de private markt in Brussel is voor gezinnen met een laag inkomen een zware hap uit het budget. De gemiddelde huurprijs voor een éénslaapkamerappartement bedraagt 600 euro<sup>24</sup>. Volgens een test met de tool [huurprijzen.brussels](http://huurprijzen.brussels) moet een huurder bv. tussen 550 en 690 euro neertellen voor een klein appartement met twee slaapkamers in de Brabantwijk.

Demografische evoluties hebben een belangrijke invloed op de beschikbaarheid van woningen. Zowel veel situaties van overbewoning als van onderbewoning zijn een feit. De bevolking groeit en gezinsverdunding zorgt ervoor dat er meer individuele woningen nodig zijn. De druk op de woningmarkt is dan ook heel groot en steeds meer Brusselaars hebben moeite met het vinden van een betaalbare en degelijke woning. In de veronderstelling dat maximum 25% van het inkomen kan worden besteed aan de huur, is slechts 1% van het woningenpark betaalbaar voor 40% van de gezinnen met de laagste inkomens. In 2004 was nog 10% en in 1997 nog 28% van het woningenpark betaalbaar voor dat deel van de bevolking. Het beschikbaar betaalbaar aandeel woningen voor gezinnen met de laagste inkomens is de laatste decennia dus spectaculair gedaald (Dessouroux, et al., 2016).

---

<sup>24</sup> Via website [Perspective.Brussels](http://Perspective.Brussels), geraadpleegd op 3/10/18.

De wachtlijst voor een sociale huurwoning blijft elk jaar gestaag groeien (momenteel 45.000 gezinnen). Het aantal gezinnen dat op de wachtlijst staat, is dus hoger dan het totaal aanbod aan sociale woningen in het gewest. Vooral het aanbod voor mensen met een laag tot bescheiden inkomen is verre van toereikend, en dwingt velen in een segment van slechte, ongezonde woningen en huismelkers (De Smet, Schoonjans, Pak & Serroen, 2018). Maar daarnaast is ook de leegstand in Brussel enorm groot. De meeste leegstand vinden we bij de kantoorgebouwen. Afhankelijk van de bron staat er naar schatting 2 à 4 miljoen m<sup>2</sup> aan kantoorruimte in Brussel leeg.

Social impact investeerders stappen mee in de ontwikkeling van de woonmarkt voor lage inkomens. Verschillende privé-investeerders bouwen woningen voor mensen met een laag inkomen en werken daarvoor samen met sociale verhuurkantoren. De fiscale voordelen die ze genieten en de zekerheid van huurinkomsten, hebben hen over de streep getrokken.

Recent werden creatieve en innovatieve projecten gelanceerd om lage inkomens en daklozen aan een woning te helpen. Zo ontwikkelde Samenlevingsopbouw Brussel de WoonBox, een modulair bouwsysteem waarmee op een eenvoudige manier een tijdelijke wooneenheid voor mensen met een beperkt inkomen kan worden opgebouwd in leegstaande kantoorgebouwen (De Smet, Schoonjans, Pak & Serroen, 2018). De Swot-mobiel is dan weer een kleine en verplaatsbare woonunit die ontwikkeld werd samen met en voor daklozen en op verlaten terreinen kan worden neergezet. Ook andere initiatieven werken verder op het concept van tiny houses als noodwoningen, een idee dat met steun van de Brusselse minister voor huisvesting wordt uitgetest.

Brussel telt veel niet geregistreerde inwoners, waardoor de woonbehoeften in Brussel onderschat zijn, vb. kotstudenten, diplomaten, kandidaat-asielzoekers, mensen zonder wettig verblijf, mensen die hier maar tijdelijk verblijven, ... Dit uit zich in veel verschillende woonculturen- en behoeften (Dessouroux, et al., 2016).

De wijken in het Brussels hoofdstedelijk gewest zijn erg divers. Hoewel we duidelijk rijkere en armere gemeenten vaststellen, zijn vele Brusselse wijken sociaal-economisch gemengd: welgesteld en arm wonen vaak dicht bij elkaar.



Toch kent Brussel ook veel verhuisbewegingen. Vooral wanneer mensen het in hun leven sociaaleconomisch beter hebben of wanneer het gezin uitbreidt met partner of kinderen, zoeken mensen een andere wijk of gemeente, al dan niet binnen het gewest. Vooral de midden- en hogere klassen en steeds meer migranten die op de sociale ladder zijn gestegen, verlaten het Brussels gewest. De nieuwe inwijkelingen behoren in hoofdzaak tot de laagste inkomensklassen: migranten uit het buitenland, maar ook jonge gediplomeerden uit de middenklasse wiens inkomen bescheiden blijft tijdens de almaar langere fase voordat ze professionele en financiële stabiliteit bereiken (Dessouroux, et al., 2016).

Over het aantal woningen dat in Brussel is aangepast voor personen met beperkte mobiliteit, werd geen betrouwbaar cijfermateriaal gevonden. Over het toegankelijk maken van woningen, gebouwen en de publieke ruimte is er wel de nodige informatie beschikbaar. Er zijn diverse gidsen en handboeken van o.a. CAWAB<sup>25</sup>, AMT<sup>26</sup> om projectontwikkelaars en particulieren te begeleiden in het toegankelijk maken van hun gebouw. Aan Nederlandstalige kant bestaat er onder meer een gids van de Koning Boudewijnstichting<sup>27</sup> en een website over woningaanpassingen in Brussel<sup>28</sup>.

## 5.2 Brussel, (on)gezonde stad?

Voor veel mensen behelst wonen in Brussel meer dan een goede (eigen) woning; het gaat ook over de buurt, het café op de hoek, bereikbaarheid van het openbaar vervoer ... De kwaliteit van de woningen, toegang tot groen, geluidshinder, afvalbeheersing, energie, schone lucht ... zijn 'harde' aspecten die de leefbaarheid, het geestelijke welzijn en de gezondheid van een stad en haar inwoners mee bepalen.

De slechte staat van huizen heeft een directe impact op de (fysieke) gezondheid en welzijn van bewoners. Volgens een onderzoek van het Observatorium van de huurprijzen in 2013 meldde 33% van de respondenten in een slechte of middelmatige woning te wonen. Volgens de nationale gezondheidsenquête van

---

<sup>25</sup> CAWAB: Collectif Accessibilité Wallonie-Bruxelles. Handleiding raadpleegbaar via:

<https://urbanisme.irisnet.be/pdf/guide-daide-a-la-conception-dun-batiment-accessible>

<sup>26</sup> AMT: Accès et Mobilité pour Tous . Handleiding raadpleegbaar via:

[http://bruxellespourtous.be/IMG/pdf/handi-cap-logement\\_guide\\_lowdef-2.pdf](http://bruxellespourtous.be/IMG/pdf/handi-cap-logement_guide_lowdef-2.pdf)

<sup>27</sup> Handleiding KBS raadpleegbaar via:

[http://www.valpreventie.be/Portals/Valpreventie/Documents/WvdV/2016/Zo\\_lang\\_mogelijk\\_zelfstandig\\_thuis\\_blijven\\_wonen\\_hoe\\_doe\\_je\\_dat.pdf](http://www.valpreventie.be/Portals/Valpreventie/Documents/WvdV/2016/Zo_lang_mogelijk_zelfstandig_thuis_blijven_wonen_hoe_doe_je_dat.pdf)

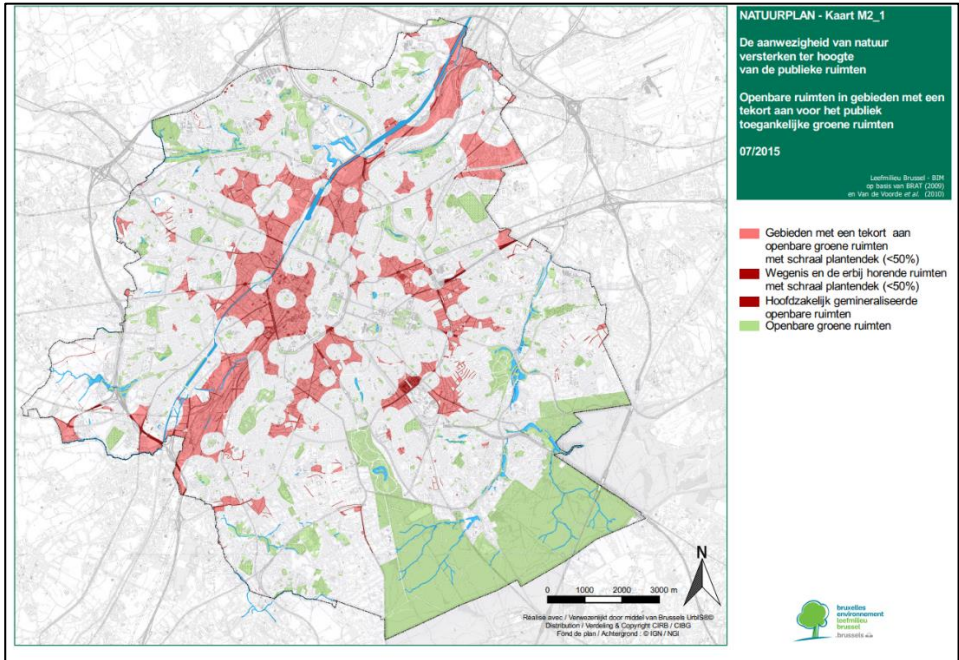
<sup>28</sup> Website raadpleegbaar via: <http://www.kenniscentrumwwz.be/woningaanpassing>

2013 heeft 21% van de Brusselaars te maken met comfortproblemen, d.i. overbewinging of vocht, schimmels ... (Dessouroux, et al., 2016).

Hoewel Brussel sterk verstedelijkt is en er niet meer veel ruimte vrij is, staat Brussel gekend als een stad met veel groen, dankzij de vele parken, lanen en besloten en verborgen achtertuinen. De groene ruimte is evenwel erg ongelijk verdeeld. Globaal woont 82% van de Brusselaars dicht bij een publiek toegankelijke groene ruimte (Wijkmonitoring, 2012). Inwoners van de centrumwijken en kanaalzone hebben er beduidend minder toegang toe, met negatieve uitschieters in dichtbevolkte wijken als het Weststation (19%), de Havenwijk (40%) of Oud-Molenbeek (44%) terwijl de nabijheid van groen voor 99% inwoners van de gemeenten Koekelberg en Ganshoren verzekerd is.



Figuur 5: Natuurplan - gebieden met een tekort aan voor het publiek toegankelijke groene ruimte (Leefmilieu Brussel, 2017)



Bovenstaande cijfers en kaart zijn veelzeggend voor de dagelijkse leefomgeving waarin veel Brusselaars wonen en kinderen opgroeien. Ook wat betreft de toegang tot groene ruimte heerst dus een grote sociale ongelijkheid. Het zijn de dichtstbevolkte wijken waar het minst ruimte is voor buitenspel en gezonde lucht. Het Brussels natuurplan stelt daarom als doel om tegen 2020 de toegang tot groen in de buurt te verzekeren voor elke Brusselaar. Dit moet ook in de centrumwijken en kanaalzone zorgen voor een verbetering van de luchtkwaliteit en de kwaliteit van de leefomgeving en de gezondheid van de omwonenden (Leefmilieu Brussel, 2017).

De bezorgdheid over de relatie gezondheid en luchtvervuiling stijgt, en dit niet langer enkel bij een kleine niche van ecologen maar in de brede lagen van de bevolking. De protestacties die door ouders en kinderen zijn opgezet aan heel wat Brusselse schoolpoorten, getuigen hiervan. Steeds meer Brusselaars zijn zich ervan bewust dat de luchtvervuiling enkel kan worden teruggedrongen door keuzes te maken op het vlak van mobiliteit en consumptie. De lage emissiezone (LEZ) die sinds 1 januari 2018 van kracht is, verbiedt intussen de meest vervuilende voertuigen in het Brussels gewest te rijden.

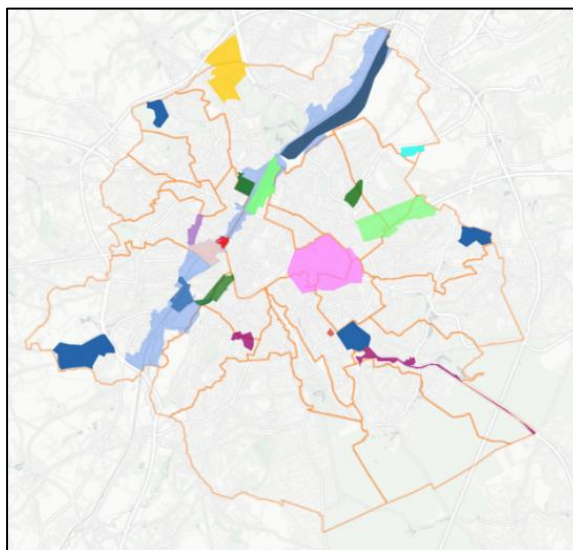
Niet alleen de vervuilende uitlaatgassen, ook het mobiliteitsvraagstuk houdt Brusselaars en het beleid bezig. De Brusselse regering ambieerde om tegen 2018 het wegverkeer met 20% terug te dringen door een rationeel autogebruik te stimuleren, door middel van beter openbaar vervoer en acties om stappen en fietsen te promoten. Verschillende projecten werden opgezet om de Brusselse openbare ruimte en vooral de mobiliteitsinfrastructuur te verbeteren: heraanleg van pleinen en wegen, beveiliging van tunnels, renovatie van metrostations, aanleg van fietspaden, beplanting ... (Brussel Mobiliteit, 2018).

### 5.3 Stadsontwikkeling en ruimte voor zorg

Het Gewestelijk Plan voor Duurzame Ontwikkeling (GPDO) bepaalt de sociale, economische en ecologische doelstellingen en de mobiliteitsbehoeften op middellange en lange termijn voor het volledige Brusselse grondgebied. Een belangrijke ambitie van het plan is om territoriale ontwikkeling te stimuleren en nieuwe wijken en een aangename, duurzame en aantrekkelijke leefomgeving te creëren.

Met dit doel bakende het Gewest naast de Kanaalzone nog tien strategische polen (sites) op het Brussels grondgebied af, die de hefboom vormen voor de stadsontwikkeling voor de toekomst (Perspective.Brussels, 2018).

*Figuur 6: Kaart: overzicht stadsprojecten GWOP (Perspective.Brussels, 2018)*



Deze ontwikkeling gebeurt aan de hand van een transversale analyse van noden op vlak van woningen, voorzieningen zoals scholen of sportinfrastructuur, economie, gronden ... Hiervoor wordt samengewerkt met een veelheid van partners. Het aspect zorg en welzijn bleef echter tot voor kort onderbelicht in deze dynamiek en consultatierondes. Nochtans is het wezenlijk dat planners, stedenbouwkundigen en professionelen uit de zorg- en welzijnssector de dialoog aangaan en elkaar versterken. Samen kunnen zij antwoorden bieden op de noden van zorgbehoevende en kwetsbare stedelingen. Dit zowel wat betreft de leefomgeving (publieke ruimte, mobiliteit, huisvesting...) als de infrastructuur voor zorg en welzijn in de buurt (Perspective.Brussels, 2018).

Vanuit de overtuiging dat steden het vermogen bezitten om het welzijnsaanbod en de gezondheidszorg toegankelijk te organiseren, maar dit nog onvoldoende gebeurt, werd het thema 'ruimte voor zorg' uitdrukkelijk op de agenda geplaatst van de Brusselse stadsontwikkeling. Hiertoe werd in 2017 een samenwerkingsverband opgestart tussen Perspective.Brussels en ondersteuningsorganisaties uit de Brusselse welzijns- en zorgsector: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad, Centrum voor Maatschappelijk Documentatie en Coördinatie (CDCS-CMDC), Conseil Bruxellois de Coordination Sociopolitique (CBCS) en Kenniscentrum Welzijn, Wonen, Zorg. Samen werken ze aan methodieken en een instrumentarium om in de stadsplanning ook de welzijns- en zorgdimensies te integreren.



## 6 Politieke context en beleidsontwikkelingen

### 6.1 Institutioneel kader

De staatsstructuur en bevoegdheidsverdelingen die ons land kent, heeft belangrijke gevolgen voor de organisatie van het welzijns- en zorgaanbod in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

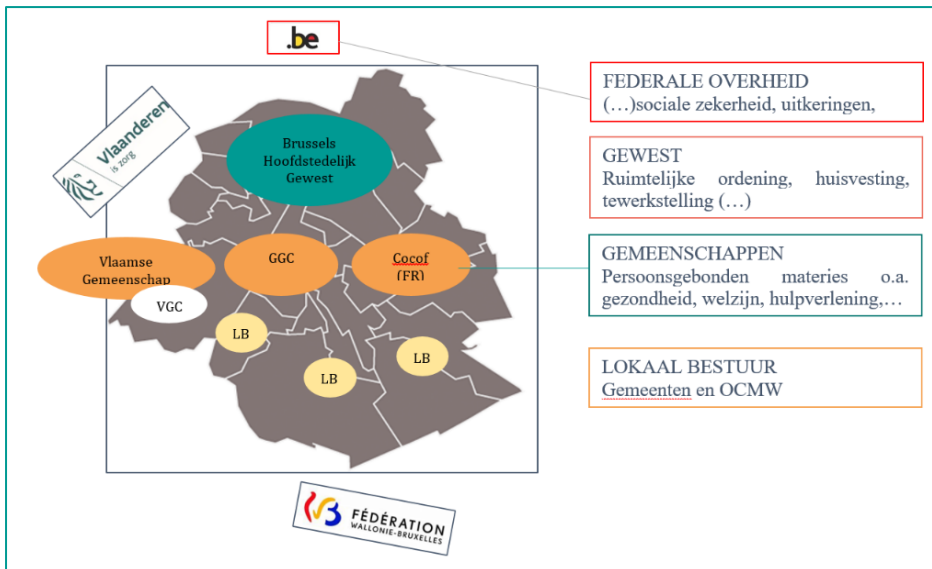
De Belgische staat is sinds de jaren '80 stelselmatig hervormd van een eenheidsstaat naar een land met een complexe structuur, opgedeeld volgens 2 grote lijnen:

- De drie Gemeenschappen hebben zich gevormd vanuit een identiteits- en taalgegeven, en stemmen overeen met de bevolkingsgroepen die bij het ontstaan van België op het grondgebied leefden: de Vlaamse Gemeenschap, de Franse Gemeenschap en de Duitstalige Gemeenschap zijn bevoegd voor persoonsgebonden materies zoals cultuur en onderwijs, gezondheidsbeleid en de bijstand aan personen.
- De Gewesten werden gevormd vanuit economische belangen en een streven naar meer autonomie in de eigen regio. Aldus zijn het Vlaams Gewest, het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en het Waals Gewest elk voor hun grondgebied bevoegd voor regionale materies: ruimtelijke ordening; wonen en huisvesting; leefmilieu, landinrichting en natuurbehoud; waterbeleid; landbouw en zeevisserij; economie; toerisme; dierenwelzijn; energiebeleid; gemeenten, provincies en intercommunales; tewerkstelling; openbare werken en vervoer; wetenschappelijk onderzoek en internationale aangelegenheden.

Gemeenschappen en gewesten dragen voor wat de hen toegewezen bevoegdheden betreft, de volle verantwoordelijkheid. Ze kunnen decreten of ordonnanties uitvaardigen die evenwaardig zijn aan de federale wetten.

De federale overheid behoudt de bevoegdheden die niet expliciet aan de gemeenschappen of gewesten werden toegewezen onder meer op het vlak van buitenlandse zaken, landsverdediging, justitie, financiën, sociale zekerheid, belangrijke delen van volksgezondheid en binnenlandse zaken ...

Figuur 7: Bevoegdheidsverdeling België



Vlaanderen koos er voor om de gemeenschaps- en gewestelijke instellingen samen te brengen in één Vlaamse Overheid met één parlement en één regering. De Vlaamse Gemeenschap omvat alle inwoners van Vlaanderen en die van Brussel die van de dienstverlening van de Vlaamse Gemeenschap gebruik willen maken. De Vlaamse overheid oefent dus ook ten volle haar bevoegdheden uit in Brussel, maar dit enkel voor wat betreft de gemeenschapsmateries. Voor gewestmateries zoals huisvesting of mobiliteit is in Brussel enkel het Brussels Hoofdstedelijk Gewest bevoegd.

De Franse Gemeenschap – die zichzelf sinds 2011 ook Fédération Wallonie-Bruxelles noemt – oefent haar gemeenschapsbevoegdheden uit in Wallonië – met uitzondering van de Duitstalige gemeenten, verenigd in de Duitstalige Gemeenschap - en eveneens in Brussel.

Zowel de Vlaamse als de Franse Gemeenschap zijn dus wat de gemeenschapsaangelegenheden betreft, actief op het Brussels grondgebied, elk met een eigen beleid, regelgeving en institutioneel vehikel:

- De Vlaamse Gemeenschap treedt via decreten op als wetgevende macht, terwijl de Vlaamse Gemeenschapscommissie (VGC) de coördinerende instantie vormt op vlak van gemeenschapsaangelegenheden en unicommunautaire Vlaamse openbare en privé-instellingen. De VGC heeft geen wetgevende bevoegdheid en mag dus alleen verordeningen aannemen onder hoede van de Vlaamse Gemeenschap en dit enkel met betrekking tot instellingen die onder de Vlaamse Gemeenschap vallen. De VGC is in Brussel als inrichtende macht bevoegd voor culturele, onderwijs- en persoonsgebonden (welzijn en gezondheid) aangelegenheden. De VGC is enkel bevoegd voor instellingen die uitsluitend ressorteren onder de Vlaamse Gemeenschap, zoals gemeenschapscentra, scholen, kinderdagverblijven of welzijnsinstellingen. In een aantal decreten van de Vlaamse Gemeenschap krijgt de VGC expliciete en concrete opdrachten. Op die manier vervult de VGC soms de rol van 'plaatsvervangend' gemeente- of provinciebestuur. De VGC kan ook aanvullend beleid voeren maar de wetgevende bevoegdheid blijft voorbehouden aan de Vlaamse Gemeenschap.
- De Franstalige tegenhanger - Franse Gemeenschapscommissie (Commission Communautaire Française of COCOF) - treedt in Brussel op als inrichtende macht in culturele aangelegenheden, onderwijs- en persoonsgebonden materies die uitsluitend tot de Franse Gemeenschap behoren. Voor een aantal materies waaronder het gezondheidsbeleid en de bijstand aan personen, delegerde de Franse gemeenschap wel de volle wettelijke bevoegdheid aan de COCOF die zodoende - in tegenstelling tot de VGC - op deze domeinen ook decreten kan uitvaardigen.

De Vlaamse Gemeenschap richt zich traditioneel tot de Nederlandstalige Brusselaars, terwijl de Franse Gemeenschap zich voornamelijk tot de Franstalige bevolking richt, maar eigenlijk kunnen alle Brusselaars gebruik maken van alle gemeenschapsvoorzieningen in Brussel. Door de aanwezigheid van grote aantallen Brusselaars van niet-Belgische oorsprong, doen ook veel anderstalige inwoners beroep op de gemeenschapsinstellingen.

Er bestaat geen subnationaliteit in België, waardoor het onmogelijk is om te bepalen wie tot welke gemeenschap behoort. Brusselaars *kunnen* als persoon wel kiezen om tot een gemeenschap te behoren, maar *moeten* dit niet doen. Om die reden werd in Brussel nog een derde gemeenschapsinstelling in het leven geroepen, de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC), bevoegd voor



personen en instellingen die niet exclusief tot één gemeenschap willen of kunnen behoren. De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (Be.Brussels, 2018) regelt gemeenschapsaangelegenheden die niet uitsluitend tot de ene of de andere gemeenschap behoren, zoals het toezicht op de OCMW's, het gezondheidsbeleid en de bijstand aan personen. Voorzieningen en instellingen kunnen in Brussel kiezen tot welke gemeenschap ze behoren. Als ze er voor opteren om geen keuze te maken tussen de Vlaamse of Franse Gemeenschap, vallen ze onder de bevoegdheid van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en worden ze ook wel 'bicommunautaire instellingen' genoemd.

Als het een aangelegenheid betreft die rechtstreeks ten aanzien van *personen* rechten erkennen of verplichtingen opleggen, is enkel de GGC bevoegd, bv. de kinderbijslag of de tegemoetkoming hulp aan bejaarden. Met andere woorden: als prestaties rechtstreeks, als individuele rechten, toegewezen worden aan de Brusselaars, dan is enkel de GGC bevoegd. Als ze onrechtstreeks toegewezen worden via instellingen waarbij de inwoners van Brussel zich aansluiten, of gebruik van maken dan zijn de Vlaamse Gemeenschap, de Franse Gemeenschap en de Franse Gemeenschapscommissie bevoegd in geval van een unicommunautaire instelling en de GGC in geval van een bicommunautaire instelling. Met de opeenvolgende staatshervormingen werden steeds meer bevoegdheden overgeheveld naar de Gemeenschappen en Gewesten. De zesde staatshervorming van 2014 vormt het voorlopig sluitstuk van de opeenvolgende staatshervormingen. Net deze laatste hervorming heeft grote gevolgen voor de welzijns- en zorgsector en de toepassing er van in Brussel, aangezien heel wat bevoegdheden op gebied van gezondheid en hulp aan personen aan de Gemeenschappen werden overgedragen.

De thema's waarvoor Vlaanderen als gemeenschap bevoegd is - ook wat Brussel betreft, zijn op dit moment (Vlaanderen, 2018):

- Cultuur: taalgebruik, kunsten, cultureel erfgoed, musea, bibliotheken, media en sport.
- Onderwijs: bijna alle aspecten van het onderwijsbeleid, met uitzondering van de federale residuele onderwijsbevoegdheden, zoals de leerplicht.
- Gezondheidszorg: erkenning van zorgverstrekkers en zorginstellingen, kwaliteitsbewaking van zorginstellingen (eerstelijnszorg, ziekenhuizen, preventieve gezondheidszorg, thuiszorg, ouderenzorg, geestelijke gezondheidszorg, revalidatie en verslaving), hulp aan bejaarden en preventie.
- Bijstand aan personen: jeugdbescherming, jeugdbeleid, gezinsbeleid en kinderopvang, gezinstoelagen (bv. bepaalde onderdelen van kinderbijslag, geboortepremie en adoptiepremie), bejaarden- en gehandicaptenbeleid, het gelijkheidsbeleid en de integratie van migranten. Het bestuurlijk toezicht op de OCMW's valt wat Brussel betreft uit het bevoegdheidspakket van Vlaanderen.
- Justitie: vervolgingsbeleid, jeugdsanctierecht, eerstelijns juridische bijstand en justitiehuisen.

De huidige persoonsgebonden bevoegdheden voor de GGC werden met de zesde staatshervorming uitgebreid en zijn tweeledig van aard:

- De bevoegdheden inzake gezondheid en personenbijstand werden - evenals in Vlaanderen - uitgebreid.
- Nieuwe bevoegdheden: justitiehuisen, kinderbijslag en controle van films.

Cultuur en onderwijs blijven unicommunautaire bevoegdheden die uitsluitend toebehoren aan de Franse of Vlaamse Gemeenschap, met uitzondering van een limitatieve opsomming van 'biculturele aangelegenheden van gewestelijk belang' - zoals subsidiering van sportinfrastructuur en het opzetten van programma's voor beroepsopleiding - die met de zesde staatshervorming niet aan de GGC maar wel aan het Brussels Hoofdstedelijk Gewest werden toegewezen (De Cock, 2017).

Deze complexe bevoegdheidsverdeling leidt zelden tot afgelynde, homogene pakketten, waardoor op veel vlakken meerdere beleidsniveaus een rol blijven spelen. De persoonsgebonden aangelegenheden in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest zijn erg vaak parallelle bevoegdheden van meerdere overheden. Wat ouderenzorg betreft bvb. zijn met de zesde staatshervorming alle bevoegdheden overgedragen naar de Gemeenschappen zodat een coherent en geïntegreerd

beleid mogelijk wordt op vlak van erkenning, normering en financiering. Wel blijven ook hier de drie Gemeenschappen naast elkaar en gelijktijdig bevoegd, elk met een eigen financieringslogica, erkenningsnormen, organisatiestructuur en terminologie.

Sprekend over het domein van welzijn en zorg mogen we ook de rol van de lokale besturen niet uit het oog verliezen: gemeenten en OCMW's kunnen eigen accenten leggen in het sociaal beleid van hun gemeente. Het toezicht op deze lokale besturen is in Brussel verdeeld over het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en de GGC. Beslissingen van de Vlaamse overheid die ook materies van gemeenschapsaangelegenheden regelen maar worden toegewezen aan de lokale besturen, gelden niet voor de lokale besturen in Brussel. De VGC neemt hier een plaatsvervangende rol op. Dit maakt dat bijvoorbeeld het Vlaams decreet Lokaal Sociaal Beleid, hoewel het ook gemeenschapsaangelegenheden regelt, niet van toepassing kan zijn op de Brussels gemeenten maar er hiervoor een afzonderlijke conventant wordt afgesloten met de VGC. We geven hieronder een overzicht van de op het Brussels grondgebied bevoegde instanties op de voor Welzijn en Zorg meest relevante domeinen.



Tabel 8: Bevoegdheidsverdeling in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest

	Federaal	BHG	GGC	COCOF	VG	VGC	Gemeente/ OCMW
Sociale zekerheid	X						
Ziekte en invaliditeitsuitkeringen	X						
Justitie	X				X		
Armoedebestrijding	X		X	X	X	X	
Recht op bestaansminimum	X						
Gewaarborgd inkomen voor mindervaliden	X						
Gewaarborgd inkomen voor bejaarden	X						
Erkenning van zorgverstrekkers en zorginstellingen en kwaliteitsbewaking van zorginstellingen (eerstelijnszorg, ziekenhuizen, preventieve gezondheidszorg, thuiszorg, ouderenzorg, geestelijke gezondheidszorg, revalidatie en verslaving)			X	X	X		
Bijstand aan personen: jeugdbescherming, jeugdbeleid, gezinsbeleid en kinderopvang, gezinstoelagen, bejaarden- en gehandicaptenbeleid, het gelijkemansbeleid en de integratie van migranten			X	X	X	X	X
Kinderbijslag			X		(X) 29		
Tegemoetkoming hulp aan bejaarden (THAB)			X		(X) 30		
(Sociale) huisvesting		X					X
Tewerkstelling, sociale economie		X			X		
Beroepsopleiding		(X)		X	X		
Stedenbouw en ruimtelijke ordening		X					X

<sup>29</sup> Wie met zijn gezin buiten Vlaanderen woont, kan vanaf 1 januari 2019 ook aanspraak maken op de Vlaamse participatietoelagen van het Groeipakket, de voormalige kinderbijslag. <https://groeipakket.be/participatietoelag-brussel>

<sup>30</sup> Het Besluit van de Vlaamse Regering houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming stelt in art. 231 §3: 'Het zorgbudget ...

## 6.2 Relatie Vlaanderen – Brussel

Zoals gezegd is Vlaanderen wat gemeenschapsmateries betreft, ten volle bevoegd voor de Vlaamse gemeenschap in Brussel. ‘Vlaanderen laat Brussel niet los’ is in dit kader een vaak gehoorde en gebruikte slogan. Deze ambitie vertaalt zich in de beleidsdoelstelling van de Vlaamse Regering, waarbij de Vlaamse Gemeenschap 30% van de Brusselse bevolking – op 1 januari 2018 betekent dit 357.312 Brusselaars - beschouwt als doelgroep voor haar beleid in Brussel en 5% van de totale Vlaamse gemeenschapsuitgaven voorop stelt als ondergrens om te besteden aan het Vlaamse gemeenschapsbeleid in en voor Brussel. Of deze 5%-norm over alle bevoegdheidsdomeinen heen, dan wel per bevoegdheidsdomein moet worden beschouwd, is door de Gemengde Ambtelijke Commissie Brussel<sup>32</sup> nog niet uitgeklaard.

De Brusselnorm werd een eerste maal ingeschreven in het Vlaams regeerakkoord van 1999 en werd sindsdien telkenmale bevestigd als streefcijfer voor de verschillende beleidsdomeinen afzonderlijk (cultuur, jeugd, sport, welzijn, gezondheid, onderwijs, vorming, integratie en inburgering, stedenbeleid) en als ondergrens voor het totaal van de gemeenschapsuitgaven voor Brussel (Gemengde Ambtelijke Commissie Brussel, 2018).

De demografische evolutie en groei van de Brusselse bevolking heeft ook gevolgen voor het beleid inzake de programmering van Vlaamse gemeenschapsvoorzieningen in Brussel en de toepassing van de budgettaire norm, en zou moeten leiden tot bijkomende investeringen in de verschillende beleidsdomeinen, onder meer in welzijn en zorg. M.a.w. een beleid gericht op 30% van de Brussels bevolking komt niet langer overeen met 5% van het budget en is aan actualisatie toe, een stelling die door de Gemengde Ambtelijke Commissie Brussel wordt onderschreven.

---

... voor ouderen met een zorgnood wordt in ieder geval geweigerd aan: 1° de persoon die in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad woont en die aanspraak kan maken op een vergelijkbare vorm van zorgbudget voor ouderen met een zorgnood, ingesteld door de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad.’ M.a.w. indien de GGC een tegemoetkoming hulp aan bejaarden –of een vergelijkbaar zorgbudget- toekent, dan moeten aangesloten leden bij de Vlaamse sociale bescherming zich tot de GGC wenden, Indien de GGC geen vergelijkbare tegemoetkoming uitkeert dan hebben aangesloten leden recht op het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood van de Vlaamse Gemeenschap.

<sup>32</sup> Gemengde Ambtelijke Commissie Brussel (GACB): ambtelijke overlegstructuur van de Vlaamse Overheid en de Vlaamse Gemeenschapscommissie, opgericht in 2016 als opvolger van de Task Force Brussel (TFB).

Het samenbrengen van zogenaamde ‘nabijheidsinstellingen’ zoals kinderdagverblijven, lokale dienstencentra of basisscholen, en supraregionale instellingen die zich richten tot een veel breder publiek zoals universiteiten of grote cultuurhuizen, kleurt in grote mate de algemene realisatiegraad van deze Brusselnorm. Zo wordt bijvoorbeeld in het domein onderwijs de 5%-norm gehaald dankzij de investeringen in het hoger onderwijs.

Hoewel het regeerakkoord 2014-2019 bijzondere aandacht schenkt aan de domeinen kinderopvang, gezondheidszorg, thuiszorg en woonzorg blijft de vaststelling dat voor het Welzijnsbeleid de Brusselnorm van 5% nog steeds niet gehaald wordt, maar integendeel gedaald is. In 2010 werd 2,33% van de Vlaamse uitgaven op het domein welzijn, gezondheid en gezin, voorbehouden voor Brussel (Chaltin & Mares, 2014). In 2015 daalde dit naar 1,93%. De reden van die daling moet onder meer gezocht worden in de zesde staatshervorming. De federale overheid hanteert een 20%-80% verdeling voor de financiering van voorzieningen in Brussel, met 20% investering in Nederlandstalige voorzieningen, wat lager ligt dan de Vlaamse norm van 30%. Met de zesde staatshervorming zijn een aantal bevoegdheden aangaande zorg en gezondheid overgedragen maar de volledige zeggenschap door Vlaanderen volgt pas vanaf 1 januari 2019. Tot die datum wordt de norm van 20% gehanteerd. Maar ook andere factoren spelen in het nadeel van het halen van de Brusselnorm voor welzijn: voor sommige welzijns- en zorgdomeinen zoals tegemoetkoming hulp aan bejaarden is in Brussel de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC) bevoegd en zijn er zodoende geen Vlaamse middelen in het geding.

Bij de zesde staatshervorming werd een groot pakket van voorzieningen en instellingen voor ouderen overgedragen naar de Gemeenschappen. De Vlaamse Gemeenschap erkent en subsidieert een beperkt aantal erkende woonzorgcentra in het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad. Het aandeel van de Vlaams erkende Brusselse ouderenzorg in het totale overgedragen pakket van de federale overheid naar de Vlaamse Gemeenschap is bijzonder klein, waardoor het globale aandeel dat Vlaanderen investeert in Brussel nog verminderd is.

Ook het aanbod van de andere gemeenschappen (GGC en COCOF) speelt een rol. Zo werd de programmatienorm voor de Vlaamse woonzorgcentra in Brussel al met twee-derde verlaagd omwille van een relatief overaanbod aan rusthuisbedden in Brussel en een risico op leegstand. Deze minderuitgave wordt echter niet gecompenseerd door een hogere investering in andere welzijnssectoren of woonzorgvoorzieningen, zoals buurtzorg- of outreach-functies.

Tabel 9: Percentage Vlaamse middelen voor de verschillende beleidsdomeinen – 2015  
(Gemengde Ambtelijke Commissie Brussel, 2018)

Beleidsitem	Brussel	Vlaanderen	% Brussel (5% norm)
Onderwijs	635.425.000	10.380.036.000	6,12
Werk	14.276.231	247.854.684	5,76
Cultuur, Jeugd, Sport	49.391.476	563.953.678	8,76
Welzijn, Gezondheid, Gezin	114.863.778	5.941.512.714	1,93
Stedenbeleid	15.530.164	163.323.227	9,51
Integratie, Inburgering en Gelijke Kansen	8.230.504	53.974.842	15,25
Communicatie en Media	236.375	2.076.000	11,39
Mobiliteit en Openbare Werken	85.109	2.483.772	3,43
Werk en Sociale Economie	2.231.378	263.174.468	0,85
Brusselbeleid	45.315.000	45.315.000	100,00
<b>TOTAAL</b>	<b>885.585.015</b>	<b>17.663.704.385</b>	<b>5,01</b>

De tabel geeft duidelijk aan dat over alle beleidsdomeinen heen Vlaanderen 5,01% van zijn middelen investeert in Brussel. Vlaanderen haalt dit percentage zolang er geen rekening gehouden wordt met het principe van de nabijheidsvoorzieningen. Dat het percentage 'Onderwijs' 6,12% bedraagt en dat van 'Cultuur, Jeugd, Sport' 8,76% heeft vnl. te maken met het hoger onderwijs en de grote cultuurhuizen die in Brussel gefinancierd worden. Deze zijn er niet alleen voor de Brusselaar, ze hebben een werking en een publieksbereik die het Brussels Hoofdstedelijk Gewest ruim overstijgen. Indien die correctie wordt gemaakt, bedraagt het aandeel voor 'Onderwijs' 4,63% en voor 'Cultuur, Jeugd, Sport' 3,79%; wat een totaalpercentage over alle beleidsdomeinen geeft van 3,91%. Een groot verschil met 5,01%.

Tabel 10: Percentage Vlaamse middelen voor beleidsdomein Welzijn, gezondheid en gezin – 2015 (Gemengde Ambtelijke Commissie Brussel, 2018)

Beleidsitem	Brussel	Vlaanderen	% Brussel (5% norm)
Jongerenwelzijn	12.538.958	383.588.000	3,27
Personen met een handicap	14.077.922	1.365.852.174	1,03
Gezin	50.523.501	659.089.269	7,67
Welzijnsbeleid	8.091.339	109.065.000	7,42
Vrijwilligerswerk	32.540	1.611.000	2,02
Armoedebestrijding	240.500	1.878.000	12,81
VIPA	7.686.728	685.093.048	1,12
Woonzorg	12.663.435	2.449.428.175	0,52
Gezondheid	9.008.855	285.908.048	3,15
<b>TOTAAL</b>	<b>114.863.778</b>	<b>5.941.512.714</b>	<b>1,93</b>

Bovenstaande tabel maakt inzichtelijk dat er binnen het domein van welzijn, gezondheid en gezin grote variaties zijn wat betreft het aandeel Vlaamse middelen voor Brussel. Daar waar sectoren gezin, welzijn (Algemeen welzijn en Samenlevingsopbouw) en armoedebestrijding de 5% ruimschoots halen, stellen we voor het vrijwilligerswerk en vooral inzake dienstverlening naar personen met een handicap en woonzorg een grote achterstand vast. Het gebrek aan initiatieven in deze sectoren verklaart wellicht ook het laag aandeel investeringen in infrastructuur (VIPA). Het zijn ook deze sectoren die budgettair het sterkst doorwegen en de globale score voor het beleidsdomein naar beneden trekken.



## 6.3 Vlaamse beleidsontwikkelingen en gevolgen voor Brussel

### 6.3.1 Decreet Lokaal Sociaal Beleid

Het nieuwe decreet Lokaal Sociaal Beleid (LSB) van 9 februari 2018 bouwt voort op de principes uit het vorige decreet, maar legt nieuwe accenten en beleidslijnen vast. Basisfilosofie is en blijft het realiseren van grondrechten, die ruimer moeten gelezen worden dan toegang tot zorg of welzijn, maar ook betrekking hebben op vrije tijd, zinvol werk in de buurt, aangepast wonen ... Het voeren van een lokaal sociaal beleid moet vanuit deze doelstelling gebeuren. Om dit te realiseren wordt een belangrijke regierol toegekend aan de lokale besturen, en dit op verschillende niveaus:

- Strategisch: voorbereiden, opstellen en evalueren van een meerjarenplan LSB vanuit een integrale en inclusieve visie waarbij de klemtoon ligt op de verbindingen tussen verschillende domeinen. Inspraak en betrokkenheid van alle actoren en beleidsparticipatie van de kwetsbare burgers worden daarbij vooropgesteld.
- Tactisch: coördinatie van vraag en aanbod van sociale hulp- en dienstverlening en de regie van lokale sociale hulp- en dienstverlening, dit om dubbel aanbod of blinde vlekken in het aanbod tegen te gaan.
- Operationeel: de strijd aangaan tegen onderbescherming en de toegankelijkheid van de lokale sociale hulp- en dienstverlening voor burgers verbeteren door de verankering van het Sociaal Huis als een herkenbaar lokaal aanspreekpunt, van waaruit in een samenwerkingsverband tussen (minstens) het OCMW, het Centrum Algemeen Welzijnswerk (CAW) en de erkende diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen een geïntegreerd breed onthaal (GBO) gerealiseerd wordt. De functies die binnen dit samenwerkingsverband gerealiseerd moeten worden zijn onder meer het aanbieden van neutrale informatie, de rechten verkennen en realiseren, hulpvragen verhelderen en doorverwijzen, los van het eigen hulp- en dienstverleningsaanbod. Om deze functies naar behoren te kunnen vervullen staan generalistisch werken -met specialisaties binnen handbereik-, outreachend handelen, continuïteit, klantgericht en participatief werken als werkingsprincipes voorop.

Ook voor de vermaatschappelijking van de zorg is een rol weggelegd voor lokale besturen in het bundelen van krachten, ondersteunen van informele zorg, mogelijk maken van aangepaste woonvormen, ontwikkelen van woonzorgzones, ... Lokale besturen moeten vooral de stimulator zijn van samenwerking, het detecteren van noden en hiaten en opstarten van de dialoog.

### *Toepassing Brussel*

De kern van dit Vlaams decreet, namelijk de erkenning van de lokale besturen als kernactor in het voeren van een sterk, integraal en inclusief sociaal beleid op lokaal niveau, maakt van Brussel per definitie een buitenbeentje: artikel 2 stelt uitdrukkelijk: "Dit decreet is niet van toepassing op de gemeenten in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad. De Vlaamse Regering sluit een convenant met de Vlaamse Gemeenschapscommissie (VGC) om de doelstellingen van dit decreet te realiseren in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad."

Het convenant tussen de Vlaamse Gemeenschap en de VGC voor de ontwikkeling van een integraal en inclusief lokaal sociaal beleid in Brussel focust op vier resultaatgebieden:

1. Het verhogen van de toegankelijkheid van de hulp- en dienstverlening van het Nederlandstalig netwerk van gemeenschapsvoorzieningen en het realiseren van geïntegreerd breed onthaal.
2. Het verhogen van de afstemming van het aanbod aan lokale sociale hulp- en dienstverlening van het Nederlandstalig netwerk van gemeenschapsvoorzieningen op de lokale behoeften.
3. Het omgaan met de nieuwe context van vermaatschappelijking van de zorg en het stimuleren van initiatieven van vrijwillige en informele zorg.
4. Het ondersteunen van methodieken die de betrokkenheid en inspraak van burgers in het lokaal sociaal beleid bewerkstelligen.

In uitvoering van dit convenant werd een eerste meerjarenplan opgemaakt voor de periode 2019-2020. Een aantal speerpunten in dit plan:

- Opstart van een participatief en co-creatief traject met het brede Nederlandstalige welzijns- en gezondheidsveld in Brussel ter voorbereiding van het meerjarenplan lokaal sociaal beleid 2021-2025;
- Monitoring en Brusseltoetsing van de Vlaamse regelgeving die een impact heeft op de realisatie van het lokaal sociaal beleid in Brussel en overleg met de Vlaamse Gemeenschap hierover;
- Uitwerken van een model voor het geïntegreerd breed onthaal in Brussel;

- Bevorderen van het overleg en samenwerking met/binnen het Nederlandstalig netwerk van gemeenschapsvoorzieningen (via ondersteuning van lokale dienstencentra, Intersectoraal Overleg Jeugdhulp Brussel, Brussels Overleg Gehandicaptenzorg, Huis van het Kind);
- Ontwikkeling van de Vlaamse eerstelijnszone BruZEL in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest;
- Het stimuleren van initiatieven van kwaliteitsvolle buurtgerichte zorg, vrijwillige en informele zorg.

### 6.3.2 Woonzorgdecreet

Het Woonzorgdecreet regelt de erkenning en subsidiëring van thuiszorgvoorzieningen en voorzieningen voor ouderen. Na 10 jaar was het Vlaams woonzorgdecreet van 2009 aan actualisering toe. Dit herzieningstraject ging van start in 2015 en leidde tot een door de Vlaamse regering goedgekeurd ontwerpdecreet in juli 2018. Verwacht wordt dat het woonzorgdecreet in 2019 finaal zal worden gestemd.

Het nieuw decreet blijft in essentie een voorzieningendecreet, gericht op de organisatie van woonzorg: wat zijn de opdrachten van de voorzieningen en aan welke criteria en voorwaarden moeten ze voldoen om voor erkenning en subsidiering in aanmerking te komen. Doelstelling is het waarborgen van de autonomie en levenskwaliteit van de gebruiker. Daarbij werden enkele belangrijke herschikkingen, vereenvoudigingen en accentverschuivingen doorgevoerd.

Het decreet versterkt de bescherming van de erkenning en benaming van woonzorgvoorzieningen. Aan oneigenlijk gebruik van benaming of uitbating van een voorziening zonder erkenning kunnen zware sancties gekoppeld zijn. (Grote) initiatiefnemers zullen zowel bestuurlijke als financiële transparantie en weerbaarheid moeten kunnen aantonen, terwijl de sector meer dan in het verleden wordt opengesteld voor commerciële initiatieven.

Om de kwaliteit te waarborgen worden algemene werkingsprincipes ingevoerd die als erkenningsvoorwaarde gelden voor alle woonzorgvoorzieningen. Naast de gebruikersgerichte principes zoals respect, autonomie en levenskwaliteit, betrokkenheid, contextgerichte zorg, zelfbeschikking, keuzevrijheid en transparantie... vinden we ook organisatorische principes met nadruk op onder meer buurtgericht werken, preventie en vroegdetectie, het voeren van een diversiteitsbeleid, streven naar participatie en inclusie, en dit voor alle woonzorgvoorzieningen.

De lokale dienstencentra staan vooraan in het decreet, als buurtgerichte basisvoorziening vóór de thuiszorg. De nadruk verschuift van verplichte activiteiten naar buurtgerichte opdrachten en het stimuleren van de sociale cohesie in de buurt. De lokale dienstencentra zullen zich prioritair richten naar ouderen, mantelzorgers en kwetsbare personen en in nauwe samenspraak met lokale actoren en gebruikers, een aanbod ontwikkelen dat best aansluit bij de noden en context van de buurt.

Onder thuiszorg worden verschillende vormen van thuis-ondersteunende voorzieningen gegroepeerd:

- Er komt één geïntegreerd aanbod gezinszorg dat ook de aanvullende thuiszorg - schoonmaakhulp, oppas en karwei-hulp - en logistieke hulp omvat. De opdrachten van een dienst gezinszorg blijven grotendeels dezelfde. De dienst kan hulp aan huis aanbieden bij een individuele gebruiker maar ook buitenshuis onder de vorm van collectieve gezinszorg. De één-op-één-relatie wordt dus uitgebreid naar zorg en ondersteuning die gelijktijdig aan meerdere gebruikers wordt geboden. Dit kan verder zoals voorheen onder de vorm van een centrum voor dagopvang maar wordt ook mogelijk in nieuwe zorgconcepten en samenwoonvormen.
- De centra voor dagverzorging en de centra voor dagopvang moeten er voor zorgen dat mensen langer in hun natuurlijk thuismilieu kunnen vertoeven. De opdrachten werden behouden: collectieve zorg tijdens de dag, begeleiding bij ADL-functies, dagbesteding ... De belangrijkste verschillen tussen dagopvang en dagverzorging zitten in de doelgroep en de omkadering. Het centrum voor dagverzorging richt zich op gebruikers met een intensievere zorg en ondersteuningsvraag. Een multidisciplinair team, met o.a. verpleegkundige en paramedische medewerkers, moet de gespecialiseerde zorg op maat organiseren.
- De centra voor kortverblijf bieden een tijdelijke opvangvorm aan voor gebruikers die na een korte periode terugkeren naar hun natuurlijk thuismilieu. Het decreet maakt een onderscheid tussen verschillende types naar gelang de beoogde doelgroep: respijtverblijf en oriënterend kortverblijf voor ouderen met een zorg- en ondersteuningsnood, kleinschalige centra voor specifieke groepen zoals jongdementerenden of personen in een palliatieve thuiszorgsituatie en centra met specifieke omkadering voor ernstig zieke kinderen en jongeren.
- De diensten maatschappelijk werk van het ziekenfonds (DMW) bieden in hoofdzaak individueel advies, informatie en begeleiding aan zorgbehoevenden en hun mantelzorgers. Ze gaan in op vragen of problemen over thuiszorg, zorgverzekering, sociale of financiële situaties,

tegemeetkomsten, ziekte- en invaliditeitsverzekering... Hun opdracht is er op gericht de toegang tot rechten en voorzieningen maximaal te waarborgen, de zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie te versterken en een optimale organisatie en afstemming van de thuiszorg mogelijk te maken en dit vanuit een outreachende en proactieve aanpak. Naast de opdrachten uit het woonzorgdecreet hebben de DMW's ook opdrachten als gemachtigde indicatiesteller in uitvoering van de Vlaamse Sociale Bescherming, treden ze op als multidisciplinair team en zijn ze door het VAPH eveneens erkend voor het opstellen van ondersteuningsplannen voor personen met een handicap i.h.k.v. persoonsvolgende financiering.

- De regionale dienstencentra worden met het nieuwe decreet als dusdanig afgeschaft. De opdrachten die ze vervulden - informatie en advies geven over woningaanpassingen en hulpmiddelen, organiseren van multidisciplinair overleg - werden onder meer toegewezen aan de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen.

Groepen van assistentiewoningen behouden als voornaamste opdracht een aangepaste woonomgeving aan te bieden waar ouderen zelfstandig kunnen wonen en facultatief gebruik maken van dienstverlening. Vrije keuze staat daarbij voorop. Crisiszorg, overbruggingszorg en noodoproep zijn drie begrippen die voordien al in de erkenningsnormen van de assistentiewoningen zaten, maar nu decretale verankering vinden. Ook de taken van de woonassistent worden in dit voorontwerp van decreet bepaald: informeren over het zorgaanbod, inzetten op sociale contacten en ontspanning, en verbindingen leggen met de buurt. Wie de rol van de woonassistent opneemt, is niet langer expliciet bepaald. Dit behoort tot de autonome verantwoordelijkheid van de beheerder. Voor groepen van assistentiewoningen verdwijnt in het voorontwerp van decreet de mogelijkheid tot aanmelding. Enkel erkende groepen van assistentiewoningen mogen nog de naam 'assistentiewoning' gebruiken.

Ook de woonzorgcentra blijven hun opdrachten grotendeels behouden: zorg en ondersteuning bieden aan ouderen met complexe zorg- en ondersteuningsnoden, in een aangepast kader, en dat op permanente basis. Het ontwerpdecreet heeft meer aandacht voor het wonen en leven in het woonzorgcentrum, o.a. via het concept van het woonzorgleefplan voor elke bewoner. Nieuw is ook de coördinatiefunctie voorzien voor multifunctionele woonzorgcentra, zijnde een woonzorgcentrum dat ook minstens twee andere activiteiten ontplooit zoals een centrum voor kortverblijf, een centrum voor dagverzorging en/of een groep van assistentiewoningen.

## *Toepassing in Brussel*

De toepassing van het Woonzorgdecreet in Brussel stelt geen principiële bezwaren maar vergt waar nodig wel een Brusselspecifieke invulling. Artikel 58 maakt dit mogelijk en voorziet dat de Vlaamse Regering voor de woonzorgvoorzieningen en verenigingen in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad specifieke programmatie-, vergunnings-, erkennings- en subsidievoorwaarden kan bepalen.

Wat de erkenningsvoorwaarden van de lokale dienstencentra betreft, golden in het verleden enkele voor de lokale dienstencentra afwijkende criteria. Deze zijn niet terug te vinden in het nieuwe decreet. Daar waar in het verleden voor de Brusselse dienstencentra lagere normen golden op vlak van aantal activiteiten of grootte van de lokalen, werd hier van afgestapt aangezien elk lokaal dienstencentrum in functie van zijn draagkracht en lokale context zal moeten bepalen op welke manier de opdrachten die hen zijn toevertrouwd zullen worden gerealiseerd. Wel behouden is een hoger subsidiebedrag omwille van de meerkost verbonden aan het werken in de grootstedelijk context. De subsidies aan de lokale dienstencentra blijven evenwel beperkt en er wordt – impliciet - uitgegaan van een aanvullende ondersteuning door het lokaal bestuur of de inrichtende instantie. Wat Brussel betreft speelt de Vlaamse Gemeenschapscommissie op dit vlak een onmisbare rol door het toekennen van een aanvullend en substantieel subsidiebedrag aan de Vlaamse erkende lokale dienstencentra.

De lokale dienstencentra zijn als basisvoorzieningen belangrijke lokale ankerpunten voor de verdere uitbouw van toegankelijke en laagdrempelige, buurtgerichte en preventieve Nederlandstalige welzijns- en zorgnetwerken in Brussel. Toch riskeren ze de nodige slagkracht te missen om ten volle de buurt- en nabijheidsfuncties te vervullen die van hen verwacht worden.

Ook wat de andere woonzorgvoorzieningen betreft, is het aangewezen om de programmatie en subsidies beter te laten aansluiten op de Brusselse realiteit. Artikel 58 geeft daartoe de nodige openheid. Het komt er op aan deze bij het uitschrijven van de uitvoeringsbesluiten volop te benutten.

Zoals eerder aangegeven behaalt de Vlaamse overheid de 5%-norm niet voor wat betreft het beleidsdomein Welzijn. De sector woonzorg scoort op dat vlak erg laag, om redenen die eerder al zijn aangehaald. Het overaanbod aan rusthuisbedden is hier één van, en gaf al aanleiding tot de verdedigbare keuze om de Vlaamse programmatie voor de woonzorgcentra in Brussel te herleiden naar 1/3de. Dit betekent voor de Vlaamse overheid een structurele minderuitgave met 2/3de van de programmatie voor woonzorgcentra ten aanzien van een vergelijkbaar

werkingsgebied in Vlaanderen. Wat andere woonzorgvormen betreft zoals kortverblijf en dagverzorgingscentra is het onrealistisch dat de vooropgestelde programmatie gerealiseerd zal kunnen worden onder de huidige voorwaarden. Een centrum voor kortverblijf is voor zijn uitbating verbonden aan een woonzorgcentrum. De programmatie voor verblijfseenheden kortverblijf (114) werd -in tegenstelling tot deze van de woonzorgcentra- niet herleid naar 1/3de, zodat er een te laag potentieel aan Vlaamse woonzorgcentra in Brussel is om de programmatie kortverblijf te kunnen realiseren. Ook de realisatie van 19 centra voor dagverzorging of dagopvang in Brussel is niet realistisch onder meer omwille van de (te) zware financieringsvoorwaarden die initiatiefnemers afschrikken of doen afhaken. In Brussel zijn de meeste centra voor dagverzorging niet verbonden aan een woonzorgcentrum. De huidige financiering van centra voor dagverzorging is niet afdoend om als autonome organisatie break-even te kunnen functioneren.

Verder scoort de Vlaamse gezinszorg in Brussel algemeen laag, terwijl er meer vraag is naar thuisondersteunende zorg. De Vlaamse gezinszorg heeft een groot potentieel maar is nog onvoldoende gekend. Hiervoor moet meer kunnen worden ingezet op outreach en drempelverlaging bij potentiële gebruikers en doelgroepen die vandaag onvoldoende bereikt worden.

Vanuit deze vaststellingen is – in samenspraak met de VGC – voorgesteld om in de uitvoeringsbesluiten bij het woonzorgdecreet:

- De programmatie van de woonzorgcentra ongewijzigd te laten, m.n. 1/3 van 30%-norm.
- De programmatie van de centra voor kortverblijf, naar analogie van de programmatie van de woonzorgcentra, terug te brengen naar 1/3de van de 30%-norm (van 114 naar 38 plaatsen).
- Deze niet-gebruikte residentiële programmatie om te zetten naar bijkomende omkadering voor buurtgerichte zorg en outreachfuncties bij de lokale dienstencentra en de diensten voor gezinszorg.
- De programmatie voor de dagverzorgingscentra terug te brengen van 19 naar 10. Ter compensatie wordt de subsidiabele F-Forfait van 5 naar 10 gebracht.

Tabel 11: Evolutie Vlaams erkend aanbod woonzorgvoorzieningen

	2008			2018		
	Program- matie	Opgevraagd/ Gerealiseerd	%	Program- matie	Opgevraagd/ gerealiseerd	%
Woonzorgcentrum	1.222	117/104	9	1.209	1.211/865	100
Serviceflats/GAW	1.247	32/32	2	Geen program- matie meer	8/4	n.v.t .
Dagverzorgings- centrum	113 pl.	0/0	0	19 centra	6/4	31
Centrum kortverblijf	113 pl.	0/0	0	114	19/13	16
Lokaal dienstencentrum	20	12	60	25	20/17 (+ 3 vooraf- gaand vergund)	80
Gezinszorg	837.850 uur	137.558 uur	16	911.733 uur*	130.973 uur cijfers voor 2017	14



### 6.3.3 Persoonsvolgende financiering

De Vlaamse overheid kiest voor een omslag van een voorzieninggebonden financiering – waarbij de zorgaanbieders de middelen rechtstreeks ontvangen – naar een persoonsgebonden financieringsmodel dat moet toelaten om de regie zo veel als mogelijk in handen van de gebruiker te geven. Uitgangspunt is dat de gebruiker op basis van een aantoonbare zorg- en ondersteuningsindicatie de budgetten in handen krijgt waarmee hij zelf zijn zorg kan inkopen. Deze evolutie kan een antwoord bieden op de behoefte aan meer inspraak en autonomie, en tegenwicht bieden aan een sterk aanbodgestuurde organisatie van zorg die onvoldoende tegemoet komt aan de keuzevrijheid en behoeften van de gebruiker. Keuze mag immers geen luxegoed zijn, enkel gereserveerd voor welgestelden en goed opgeleiden. Heel wat mensen, ook in een meer kwetsbare situatie, zouden hun zorg anders samenstellen en organiseren, als ze dat konden. Een persoonsvolgende financiering wil hierop een antwoord zijn. Ervaringen uit het buitenland wijzen op veel positieve effecten, zoals meer diversiteit in het zorglandschap, empowerment van de zorgvrager en meer betrokkenheid van familie en sociale context (Van Herck, 2016). Toch roept de invoering ervan ontegensprekelijk ook veel vragen op:

- Wat met de meest kwetsbare zorgvrager? Hoe zullen zij de zorgbudgetten besteden? Dreigen ze niet het slachtoffer te worden van ‘zorgmakelaars’?
- De persoonsvolgende financiering vraagt regelluwte en ontschotting, wil het echt de zelfregie versterken. Is het systeem wel toepasbaar in een complex en versnipperd zorglandschap waarbij politieke en institutionele gelaagdheid in Brussel voor een bijkomende hindernis zorgt?
- Werkt het systeem de concurrentieslag tussen voorzieningen niet verder in de hand?
- ...

Het beleidsprincipe van persoonsvolgende financiering vindt zijn toepassing in twee actuele ontwikkelingen: de financiering van de zorg voor personen met een handicap en de Vlaamse Sociale Bescherming.

## *Toepassing in Brussel*

Vlaanderen kiest ook voor de toepassing van de persoonsvolgende financiering in Brussel. Burgers die recht hebben op zo een financiering kunnen met hun budget of ticket zorg en ondersteuning inkopen bij Vlaams erkende zorg- en ondersteuningsorganisaties. Deze laatste zin impliceert direct al een eerste uitdaging voor de Brusselaar. In Vlaanderen kan je er van uit gaan dat (alle) zorg en ondersteuningsorganisaties Vlaams erkend zijn. In Brussel moet je gaan uitpluizen of een organisatie een erkenning heeft van de Vlaamse Gemeenschap, de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC) of de Franstalige Gemeenschapscommissie (COCOF). Een (Vlaams) persoonsvolgend budget is immers niet inzetbaar bij een organisatie erkend door de GGC of de COCOF (Vlaamse Codex, 2014).

Een persoonsvolgend budget (binnen de sector personen met een handicap) wordt gezien als een budget om niet-rechtstreeks toegankelijke hulp in te kopen. Dat wil zeggen dat je voor de aanvraag van zo een budget een erkenningsprocedure moet doorlopen. Zulke procedures zijn geen sinecure en zijn zeer ingrijpend in het leven van een persoon en zijn netwerk. In Brussel gaat deze procedure ook hand in hand in het (impliciet) kiezen voor een bepaald systeem voor zorg- en ondersteuning. Ook hier moeten Brusselaars een weloverwogen (moeilijk omkeerbare) keuze maken. Dit zorgt er voor dat er toch specifieke uitdagingen zijn met de toepassing van dit systeem in het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad. Een meer gedetailleerde beschrijving van deze uitdagingen kan u lezen bij het hoofdstuk over personen met een handicap (p147) waar dit systeem al enkele jaren in voege is.

### **6.3.4 Vlaamse Sociale Bescherming**

De Vlaamse Sociale Bescherming (VSB) is een solidair verzekeringsstelsel. Alle inwoners van Vlaanderen zijn verplicht om zich hierbij aan te sluiten. Brusselaars kunnen dit vrijwillig doen vanaf het jaar dat zij 26 worden. Wie zich tijdig aansluit bij de VSB kan in geval van een zorgnood beroep doen op een systeem van zorgbudgetten en tegemoetkomingen voor mobiliteitshulpmiddelen. In 2019 zal er ook een systeem van zorgtickets worden geïntroduceerd in de (Vlaams erkende) residentiële ouderenzorg<sup>33</sup> (Vlaamse Sociale Bescherming, 2019). Om zich aan te sluiten bij de VSB moet een persoon een jaarlijkse bijdrage betalen van €52 (of de helft in het geval van een verhoogde tegemoetkoming).

---

<sup>33</sup> Dit zijn de Vlaams erkende woonzorgcentra, centra voor kortverblijf en de dagverzorgingscentra.

## **Zorgbudgetten**

Zorgbudgetten zijn cashbedragen die een zorgbehoevende kan gebruiken om zijn kwaliteit van leven te verhogen door bijvoorbeeld extra ondersteuning in te kopen. Er bestaan momenteel drie zorgbudgetten:

- Zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden (zorgverzekeringstegemoetkoming).
- Zorgbudget voor personen met een handicap (basisondersteuningsbudget).
- Zorgbudget voor ouderen met een zorgnood (tegemoetkoming hulp aan bejaarden).

### **Zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden**

Het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden geeft personen met een zware zorgnood (zonder leeftijdsgrens) elke maand 130 euro als vergoeding voor hun niet-medische kosten, zowel thuis als in een residentiële voorziening. Wie in een woonzorgcentrum of psychiatrisch verzorgingstehuis woont en is aangesloten bij de VSB heeft sowieso recht op de zorgverzekering. Wie recht heeft op de zorgverzekering, kan het bedrag vrij besteden. Er zijn geen bewijzen van uitgaven nodig.

Een persoon die nog thuis woont moet zo een zorgbudget aanvragen, en daar bij kunnen aantonen dat hij zwaar zorgbehoevend is. Deze zorgnood wordt gemeten door een gemachtigde indicatiesteller aan de hand van bepaalde meetschalen.

### **Zorgbudget voor personen met een handicap**

Sinds september 2016 krijgen bepaalde groepen van personen met een erkende handicap 300 euro per maand als basisondersteuningsbudget. Dit bedrag kan men gebruiken om maximaal aan het maatschappelijke leven deel te nemen. Ook het basisondersteuningsbudget is vrij te spenderen, zonder verantwoording. Het is niet apart aan te vragen: wie er recht op heeft, krijgt het automatisch (als die persoon is aangesloten bij een zorgkas). Al wie er recht op heeft zal hiervan verwittigd worden door zijn zorgkas of door de Vlaamse overheid, ook wie in Brussel woont.

## **Zorgbudget voor ouderen met een zorgnood**

Inwoners van Vlaanderen kunnen via de VSB ook een zorgbudget voor ouderen met een zorgnood aanvragen. Vroeger heette dit de Tegemoetkoming Hulp Aan Bejaarden (THAB). Dit is een bedrag dat gebaseerd wordt op het inkomen en de zorggraad.

### **Zorgtickets**

Vanaf 2019 komt er een nieuw element bij de VSB bij, nl. het zorgticket. Dit is te vergelijken met een soort van vouchersysteem voor zorg en ondersteuning. Via een derdebetalersregeling zal de Vlaamse overheid de kosten van zorg en ondersteuning vergoeden aan de zorgaanbieder. De burger zelf moet zich hier dus niet bezighouden met het beheren van zorgbudgetten. In 2019 zal dit systeem van start gaan binnen de Vlaams erkende ouderenzorg: de woonzorgcentra, centra voor kortverblijf en dagverzorgingscentra.

### **Mobiliteitshulpmiddelen**

Vanaf 1 januari 2019 wordt de aankoop of huur van een mobiliteitshulpmiddel ook geregeld via de VSB. Het gaat om hulpmiddelen die iemand voor lange tijd nodig heeft zoals een (elektrische) rolstoel. Personen die zijn aangesloten en een mobiliteitshulpmiddel aanvragen kunnen via de VSB een gedeeltelijke of volledige terugbetaling (tegemoetkoming) krijgen van hun aankoop.

### *Toepassing in Brussel*

De Vlaamse Sociale Bescherming is ook van toepassing in het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad, maar met bepaalde nuances die niet onbelangrijk zijn:

### **Aansluitingsplicht**

Inwoners van Vlaanderen zijn verplicht om zich aan te sluiten bij de Vlaamse Sociale Bescherming vanaf het jaar dat zij 26 worden. Een aansluiting wordt geregeld via de zorgkassen die in de meeste gevallen gekoppeld zijn aan een Nederlandstalige mutualiteit (Vlaamse Codex, 2018). Brusselaars kunnen zich ook vrijwillig aansluiten bij de VSB, maar zijn hier dus niet verplicht toe.

Bij laattijdige aansluiting (later dan 26 jaar) moeten Brusselaars een wachttijd van vijf jaar doorlopen alvorens zij het recht openen op een zorgbudget.

## **Zorgbudgetten**

Personen die gebruik willen maken van een zorgbudget van de VSB kunnen in Vlaanderen via de VSB beroep doen op de drie eerder vernoemde zorgbudgetten<sup>34</sup>. In Brussel kan men geen beroep doen op het Zorgbudget voor ouderen met een zorgnood (voormalige THAB). In Brussel wordt dit element vanaf 2021 opgenomen door de Brusselse regionale maatschappijen van onderlinge bijstand en de Brusselse hulpkas (Iriscare, 2019). Deze tegemoetkoming is in het kader van de zesde staatshervorming overgenomen door de Gemeenschappen. Vlaanderen heeft gekozen om dit te integreren in de VSB.

Een persoon die nog thuis woont en een zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden wenst aan te vragen moet dit doen via een gemachtigde indicatiesteller. In Vlaanderen zijn dat de Vlaams erkende diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, de diensten maatschappelijk werk (DMW's) in het kader van de ziekenfondsen, en de OCMW's. In Brussel geldt deze regeling ook, met uitzondering van de OCMW's die hier geen rol in opnemen. Dit beperkt het aantal gemachtigde indicatiestellers in het gewest aanzienlijk.

## **Zorgtickets**

Het Agentschap Zorg en Gezondheid stelt op hun website dat vanaf 1 januari 2019 alle personen die in een Vlaams erkend woonzorgcentrum, centrum voor kortverblijf of dagverzorgings-centrum verblijven, moeten aangesloten zijn bij de VSB opdat de zorgkas via het zorgticket de ouderenvoorziening zal kunnen betalen (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2018). Brusselaars die vanaf 1 januari 2019 zorg en ondersteuning wensen van een Vlaams erkende organisatie binnen de ouderenzorg kunnen beroep doen op een administratieve aansluiting<sup>35</sup> bij de VSB. Dit valt binnen de overgangsregeling die momenteel wordt gehanteerd door de Vlaamse regering (Bourgeois, et al., 2018). Ouderen kunnen zo tot en met eind 2021 gebruik maken van een Vlaams erkende voorziening binnen de ouderenzorg. Nadien loopt de overgangsregeling af en moeten er afspraken gemaakt worden tussen de Gemeenschappen betreffende deelstaatoverschrijdende zorg en ondersteuning.

---

<sup>34</sup> Zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden (zorgverzekeringstegemoetkoming), zorgbudget voor personen met een handicap (basisondersteuningsbudget), zorgbudget voor ouderen met een zorgnood (tegemoetkoming hulp aan bejaarden).

<sup>35</sup> Bij een administratieve aansluiting wordt een persoon vrijgesteld van de bijdrageplicht maar krijgt hij enkel toegang tot de zorgtickets van de VSB.

Indien er geen akkoord is moeten na 2021 personen die gebruik willen maken van Vlaams erkende ouderenzorg, zich eerst aansluiten bij de VSB en hun bijdrage betalen. Dan pas kunnen zij toegang krijgen tot deze zorg en dienstverlening. Voor personen wonende in Vlaanderen stelt zich dit probleem niet omdat ze verplicht zijn zich aan te sluiten bij de VSB. Daarenboven is de ouderenzorg in Vlaanderen sowieso Vlaams erkend. In Brussel heb je naast Vlaams erkende woonzorgcentra ook nog rusthuizen erkend door de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. Al deze nuances bieden uitdagingen en drempels voor Brusselaars om een weloverwogen keuze te maken en zich al dan niet aan te sluiten bij de VSB.

Door deze ommeslag van instellingsfinanciering naar persoonsvolgende (voucher-)financiering gaat de financiële gezondheid van Vlaams erkende voorzieningen in de ouderenzorg afhangen van het aantal cliënten die zijn aangesloten bij de VSB. Dit aantal is zeer laag binnen de Vlaams erkende woonzorgcentra in het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad.



Tabel 12: Aantal Brusselaars aangesloten bij de Vlaamse Sociale Bescherming (Persyn, 2017 & Agentschap Vlaamse Sociale Bescherming<sup>36</sup>, 2003-2018)

Jaar	# Brusselaars aangesloten bij VSB
2002	41.820
2003	51.151
2004	54.780
2005	55.733
2006	55.607
2007	54.405
2008	50.614
2009	51.534
2010	50.489
2011	49.531
2012	47.193
2013	45.059
2014	44.166
2015	43.330
2016	42.831
2017	43.228

Tijdens de opstartjaren van de zorgverzekering steeg het aantal aangesloten leden uit het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad jaarlijks. Vanaf 2006 komt er een kentering. Sindsdien daalt het ledenaantal. Het ging met 23% achteruit. 2017 toont voor het eerst een stijging. Kan de hertekening van de zorgverzekering naar de Vlaamse Sociale Bescherming dit keerpunt bestendigen?

Het systeem van de zorgtickets zal de volgende legislatuur verder worden uitgerold naar andere sectoren zoals (Derieuw, 2018):

- geestelijke gezondheidszorg in centra voor geestelijke gezondheidszorg, psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven beschut wonen of revalidatiecentra;
- fysieke revalidatie;
- thuiszorg;
- transmurale zorg.

<sup>36</sup> Voorheen Vlaamse Zorgverzekering genoemd.

## *Brusselse zelfstandigheidsverzekering*

De Brouwer en collega's hebben in 2016 een studie uitgevoerd in opdracht van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van Brussel-Hoofdstad. De studie polste naar de juridische implicaties en de haalbaarheid van het al dan niet ontwikkelen van een eigen Brusselse zelfstandigheidsverzekering. Deze zelfstandigheidsverzekering moet personen in staat stellen om langer thuis te kunnen blijven wonen door ondersteuning via de huisartsen, de diensten voor thuisverzorging, de eerstelijnszorgen en de palliatieve thuiszorg (Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, 2014). Het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad (2018) werd belast met het uitvoeren van een armoedetoets op dit beleidsvoorstel. Beide studies roepen op tot een verder onderzoek. Het Vlaamse systeem staat al verder en heeft ook een duidelijk toekomstplan. Het Brusselse systeem is nog zeer vaag. Het risico bestaat dat er twee zeer verschillende sociale verzekeringssystemen zullen ontstaan in Brussel.

### **6.3.5 Hervorming eerstelijnszorg**

De conceptnota 'Een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn' werd aangenomen door de Vlaamse Regering op 17 februari 2017. Het Samenwerkingsplatform Eerstelijnsgezondheidszorg en de Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin gaven hun advies. De conceptnota vormt de basis voor aanpassing van de bestaande regelgeving en nieuwe regelgeving (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2017).

De reorganisatie van de eerstelijnszorg vertrekt vanuit het WHO-model geïntegreerde zorg en heeft als belangrijke doelstelling zorgverstrekkers in staat te stellen om beter tegemoet te komen aan de zorgnoden van patiënten/cliënten. Een groot deel van de reorganisatie zal echter niet rechtstreeks merkbaar zijn voor de patiënt/cliënt. Bepaalde aspecten uiteraard wel. Zo is er bv. het e-gezondheidsplan, dat stelt dat elke zorgverstrekker in 2020 op een gedigitaliseerde manier kan werken. Het multidisciplinair delen van het zorg- en ondersteuningsplan kadert hierin. Dat is een voorbeeld van een verandering die in de dagelijkse praktijk zichtbaar zal zijn.



Het programmamanagement voor de reorganisatie van de eerstelijnszorg heeft 13 projecten gedefinieerd die deze hervorming op het terrein zullen realiseren. Tegen eind december 2018 zijn de meeste daarvan opgestart:

1. Oprichting en vorming van eerstelijnszones;
2. Oprichting en vorming van regionale zorgzones (oproep voorzien begin 2019);
3. Oprichting Vlaams Instituut Voor de Eerste Lijn (VIVEL);
4. Multidisciplinaire samenwerkingsverbanden en zorgcapaciteit in de eerste lijn;
5. Naar een digitale eerste lijn;
6. Zorgcoördinatie en casemanagement;
7. Uitbouw geïntegreerd breed onthaal;
8. Basisopleiding en permanente vorming (start begin 2019);
9. Kwaliteitsbeleid en klachtenmanagement;
10. Mantelzorg als volwaardige partner in de eerstelijnszorg;
11. Zorggeletterdheid en patiëntenparticipatie (oproep via KBS);
12. Platform Welzijn en Gezondheid;
13. Communicatie over reorganisatieproces en zorg in Vlaanderen.



### *Eerstelijnszones in Vlaanderen<sup>37</sup>*

Momenteel is de eerste lijn in Vlaanderen erg gefragmenteerd en onvoldoende voorbereid om goede, geïntegreerde en, zo nodig, multidisciplinaire zorg te kunnen afleveren aan personen met een chronische zorgnood. De zesde staatshervorming heeft de gemeenschappen belangrijke extra bevoegdheden toegekend. De Vlaamse regering grijpt dit momentum aan om de eerstelijnszorg zowel op vlak van structuren als inhoud te reorganiseren.

Door deze hervorming wil de overheid de eerste lijn in Vlaanderen versterken zodat zij, zoals ook de Wereldgezondheidsorganisatie aanbeveelt, de hoeksteen kan vormen van een toegankelijke, effectieve en kwalitatieve gezondheids- en welzijnszorg. De eerstelijnszone is één van de aspecten in de hervorming van de eerste lijn in Vlaanderen.

Na een uitgebreid bottom-upproces waarbij aan een groot aantal partners in de eerstelijnszorg gevraagd werd om eerstelijnszones te vormen, zijn uiteindelijk 60 eerstelijnszones afgebakend: 59 in Vlaanderen en 1 in het tweetalig grondgebied Brussel-Hoofdstad.

### *Toepassing in Brussel*

Huis voor Gezondheid diende eind 2017, samen met Brussels Overleg Thuiszorg (BOT), 'het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad of het Brussels Hoofdstedelijk Gewest' in als eerstelijnszone bij het Agentschap Zorg en Gezondheid. Dit voorstel kon rekenen op de steun van het gehele werkveld. De eerstelijnszorg in de Vlaamse eerstelijnszone Brussel, die ondertussen BruZEL werd gedoopt, legt de klemtoon op buurt- of wijkgerichte zorg met bijzondere aandacht voor de kwetsbare burger, cultuurgevoelige zorg en samenwerking over sector- en taalgrenzen heen. Op die manier is het de ambitie één zichtbare en toegankelijke eerste lijn voor de Brusselaar creëren.

Een eerstelijnszone in een grootstedelijke context is anders dan één die zich situeert in een landelijke context. In het geval van Brussel zijn er bijkomende specifieke factoren die een rol spelen, zoals de meertaligheid en de verschillende bevoegde overheden. Dit project kan dus niet zonder onze Franstalige (en bicommunautaire) partners worden verwezenlijkt, en daarom wonen de Vlaams initiatiefnemers van BruZEL ook de vergaderingen van het Brussels

---

<sup>37</sup> Overgenomen van: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/eerstelijnszones-in-vlaanderen>

Gezondheidsplan bij, werken ze mee aan het project BOOST en volgen ze de GGC-projecten buurtgerichte zorg voor ouderen op.

De belangrijkste bekommernis van Brusselse zorgverleners is dat de grote versnippering van diensten in Brussel gereduceerd wordt. Samenwerken staat centraal, niet alleen over sectorgrenzen heen maar ook en vooral over taalgrenzen heen. Dat impliceert een sterke afstemming op en samenwerking met de verschillende gemeenschappen. Het betekent ook dat we in Brussel rekening moeten houden met het bicommunautaire eerstelijnsbeleid. Dit vertaalt zich ook in de samenstelling van het veranderteam en het veranderforum dat de totstandkoming van een Brusselse eerstelijnszone mee vorm geeft. Hierin nemen ook partners deel die erkend zijn door de andere overheden.

Al deze aandachtspunten maken BruZEL anders dan de andere eerstelijnszones. BruZEL doorloopt dezelfde stappen en bekijkt dezelfde vraagstukken, maar geeft er een Brussels antwoord op (Huis voor Gezondheid, 2018).

### 6.3.6 Decreet Geestelijke Gezondheidszorg

De Vlaamse Regering keurde op vrijdag 14 september 2018 het Ontwerpdecreet Geestelijke Gezondheid principieel goed. Het decreet integreert alle bestaande regelgeving van de sectoren in de geestelijke gezondheidszorg. Ook de krijtlijnen van het Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid dat al in uitvoering is, worden daarmee definitief vastgelegd. Nieuwe concepten als netwerken, functies en programma's, maar ook ervaringsdeskundigheid zijn in het decreet kernbegrippen (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2018). Enkele leidende principes en doelstellingen van het decreet zijn:

- Het opvoeren van de strijd tegen het stigma van personen met psychische problemen, onder meer door een betere kennis over geestelijke gezondheid en het ontwikkelen van destigmatiserende methodieken.
- Zelfzorg en ervaringsdeskundigheid vormen de basis van een goede geestelijke gezondheidszorg. Het decreet wil inzetten op herstel, waarmee een individueel, uniek en actief ontwikkelingsproces wordt bedoeld dat mensen met psychische kwetsbaarheden zelf vorm geven, samen met de mensen die voor hen belangrijk zijn. In de geestelijke gezondheidszorg van de toekomst is het cruciaal dat niet alleen met de persoon met een psychische problematiek aan de slag wordt gegaan, maar dat ook zijn gezin en sociaal netwerk betrokken en ondersteund wordt. In het decreet wordt er duidelijk voor gekozen om de ervaringsdeskundigen – mensen die het psychisch moeilijk hebben of

gehad hebben – zowel in de zorg als op beleidsniveau een rol te laten spelen. De Vlaamse regering krijgt door het decreet de mogelijkheid om initiatieven te nemen voor betaalde tewerkstelling of om ervaringsdeskundigen op vrijwillige basis in de geestelijke gezondheidszorg in te zetten.

- De geestelijke gezondheidszorg – momenteel veelal versnipperd in sectoren en overheden – moet zich organiseren in netwerken. Als eerste gemeenschap- en gewestoverheid in België realiseert Vlaanderen met dit kaderdecreet een juridische basis voor de erkenning, programmatie en samenstelling van de netwerken geestelijke gezondheid die in de schoot van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid zijn opgericht. Deze juridische basis is noodzakelijk om de volgende stappen in de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg te zetten. De netwerken dienen volgens het decreet zo breed mogelijk en intersectoraal samengesteld te worden om zo een ‘health in all policies’-beleid te bekomen en alle betrokken partners uit de verschillende beleidsdomeinen in de besluitvorming in te sluiten. Zo is het bv. essentieel dat CAW’s en OCMW’s, maar evenzeer sociale huisvestingsmaatschappijen en sociale verhuurkantoren deel uitmaken van de geestelijke gezondheidsnetwerken voor volwassenen met een psychische problematiek.

Het decreet onderscheidt verschillende zorgniveaus:

- De zelfzorg en zorg door de context zoals ouders, partners ... evenals initiatieven van vrijwillige en informele zorg (bv. herstelacademies) waarbij ervaringsdeskundigen en professionelen expertise overdragen over thema’s als stress en burn-out aan mensen die het psychisch moeilijk hebben.
- De generalistische basiszorg: een laagdrempelig, toegankelijk geestelijk gezondheidsaanbod in de nabijheid van mensen. Hiertoe behoren o.a. de projecten eerstelijnspsychologische functie waarbij mensen met milde psychische klachten kortdurend, gedurende maximum een vijftal keer de psycholoog consulteren.
- De gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg, waarbij een onderscheid wordt gemaakt tussen zorg op lokaal of regionaal niveau (omwille van het veel voorkomen van problematieken als verslaving) en op supra-regionaal niveau (omwille van het minder frequent voorkomen van problematieken zoals een combinatie van gedragsproblemen, autisme en verstandelijke beperking).

Deze opdeling in zorgniveaus is noodzakelijk om ervoor te kunnen zorgen dat de zorg voor mensen met psychische problemen zoveel mogelijk georganiseerd wordt in de eigen natuurlijke omgeving. Daarnaast is het belangrijk dat steeds de meest persoonsgerichte, effectieve, efficiënte, kortdurende en minst ingrijpende zorgvorm gekozen wordt.

Het decreet voorziet ten slotte in een eenduidige terminologie die in de netwerken gehanteerd zal worden. Essentieel is dat er niet langer gesproken wordt over sectoren en de organisatie van de zorg - zoals de centra voor geestelijke gezondheidszorg of PVT's - maar over de inhoud van de zorg: welke zorg en ondersteuning komt wie toe? Een gemeenschappelijke terminologie over de functies (de kernopdrachten die de netwerkpartners van een netwerk uitvoeren zoals detectie, gespecialiseerde diagnostiek, behandeling ...) is nodig om in overleg zorg op maat en continuïteit van zorg uit te bouwen en dubbel, inefficiënt aanbod te vermijden. De functies zijn de bouwstenen van de programma's voor mensen met bv. een crisisvraag of een langdurige zorgvraag. Deze programma's moeten binnen de netwerken over de voorzieningen heen gerealiseerd worden (Vandeurzen, 2018).

### *Toepassing in Brussel*

Het voorontwerp van decreet voorziet geen specifieke bepaling voor Brussel. Ook in de memorie van toelichting bij dit voorontwerp wordt geen specifieke aandacht aan Brussel besteed (Vandeurzen, 2018).

## 6.4 Ontwikkelingen Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC)

### 6.4.1 Algemene krachtlijnen

De beleidsverklaring van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie 2014 – 2019 kondigde de beleidsinitiatieven aan voor deze legislatuur inzake gezondheidszorg, welzijn en kinderbijslag. We benoemen hieronder enkele speerpunten en belangrijke doelstellingen die op de agenda staan op vlak van welzijn en zorg (Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, 2014):

- De uitwerking van een Brussels Plan voor de Gezondheidszorg, met een link naar de Gemeenschappen die werkzaam zijn op het Brussels grondgebied. Dit plan moet ertoe leiden dat de sector de noden van de Brusselaars op het vlak van gezondheidszorg op een efficiëntere manier aanpakt.
- Een nieuwe regeling invoeren voor de erkenning van thuiszorgvoorzieningen die zich toeleggen op “thuishospitalisatie”. Het is de bedoeling om deze diensten te laten evolueren tot activiteiten met een sterkere medische invulling, die zich aandienen als alternatief voor bepaalde verblijven of het einde van een verblijf in het ziekenhuis, en dit in nauwe samenspraak met de huisarts.
- Optimalisatie van de integratietrajecten voor nieuwkomers, als aanvulling op de initiatieven die zullen worden genomen door de COCOF en VG met het oog op (verplichte) integratietrajecten voor nieuwkomers in Brussel
- Een haalbaarheidsstudie met het oog op de invoering van een zelfstandigheidsverzekering die de keuze om zelfstandig te blijven wonen moet ondersteunen via de huisartsen, de diensten voor thuisverzorging, de eerstelijnszorgen en de palliatieve thuiszorg. In deze benadering moet de financiële haalbaarheid centraal staan.
- Voor de doelgroep ouderen zal, op basis van de vaststellingen van de interuniversitaire studie “programmatie inzake structuren voor het thuishouden en huisvesten van bejaarde personen in Brussel” een programmatie worden uitgewerkt voor de diensten en voorzieningen voor ouderen. Ook wil de GGC alternatieven voor het rusthuis ondersteunen en ontwikkelen: een dagverzorgingscentrum per gemeente, seniorenalarm, nieuwe plaatsen voor kortverblijf,

gegroepeerd wonen, gemeenschapshuizen, dienstenresidenties, opvang van demente personen.

- Aan het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad zal worden gevraagd om betrouwbare statistische gegevens en inlichtingen te verzamelen over personen met een handicap die zwaar hulpbehoevend zijn met het oog op een aanpassing van het aantal plaatsen.
- In de strijd tegen dakloosheid wordt een krachtig en doeltreffend beleid vooropgesteld. De SamuSocial zal als unieke coördinator van de daklozenopvang worden aangewezen. Een gewestelijk informaticaplatform moet een correcte identificatie en registratie van de geholpen personen mogelijk maken. Verder zal een actieve hulpronde aan zet zijn die heel het gewestelijk grondgebied bestrijkt en zullen er structurele opvangplaatsen gedurende heel het jaar worden voorzien met het oog op de re-integratie evenals voldoende opvangplaatsen tijdens de winterperiode.

## 6.4.2 Brussels Gezondheidsplan GGC

Eind 2019 wil de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie een goedgekeurd Brussels gezondheidsplan kunnen voorleggen. Dit plan ambiert om een beleidsvisie te ontplooiën die raakt aan *alle* aspecten van gezondheid en richting geeft aan het gezondheidsbeleid van de komende jaren. Het plan is het resultaat van een intense bevraging van en overleg met de brede gezondheidssector en is gestructureerd rond drie grote pijlers:

### 1. Terugdringen van ongelijkheden op vlak van gezondheid

Uitgaande van de vaststelling dat de gezondheidstoestand van de bevolking bepaald wordt door heel uiteenlopende factoren buiten de gezondheidszorg zoals toegang tot werk, de huisvestingssituatie of het milieu, wil deze pijler inzetten op deze beleidsdomeinen met de grootste impact op de volksgezondheid. De institutionele versnippering en de territoriale kenmerken van Brussel vormen daarbij de grote uitdagingen. Voorbeeldmaatregelen zijn:

- Het invoeren van een gezondheidsimpact-test voor nieuwe beleidslijnen.
- Het ontwikkelen van een intermediaire zorglijn, de zogenaamde 'lijn 0,5' die tot doel heeft de meest kwetsbare personen, zoals daklozen, terug te laten aansluiten bij de klassieke zorglijn.

- Opstellen van een perinataliteitsplan met preventiemaatregelen rondom zwangerschap en geboorte en vroegste kinderjaren, i.s.m. de verschillende institutionele en operationele actoren.

## **2. Een toegankelijk en samenhangend zorgtraject waarborgen voor alle Brusselaars**

De demografische explosie, de vergrijzing, een explosie van chronisch zieken en budgettaire moeilijkheden dagen de Brusselse overheid uit op gezondheidsvlak. Patiënten zullen behandeld worden door een toenemend aantal verschillende zorgverstrekkers. Daarom is er nood aan een geïntegreerd, samenhangend, ononderbroken en toegankelijk zorgtraject vanuit een bij voorkeur transversale aanpak. Deze trajectbenadering is veeleisend aangezien hiervoor de werkwijze van alle actoren moet herzien worden en het hokjesdenken worden doorbroken. De overheid draagt de verantwoordelijkheid om hiertoe de nodige instrumenten te ontwikkelen. Voorbeeldmaatregelen zijn:

- Een centraal punt voor preventiebeleid dat vlottere toegang garandeert tot informatie over gezondheidspreventie-, screening- en vaccinatiecampagnes en de coördinatie hiervan verbetert.
- De oprichting van een ondersteuningsstructuur voor de eerstelijnsgezondheidszorg.
- Partnerschappen tussen de ziekenhuizen en de eerstelijnsgezondheidszorg, noodzakelijk om de omslag naar meer ambulante zorg en thuiszorg op te vangen en de continuïteit van de zorgverlening tussen de ziekenhuizen en andere zorgverstrekkers te verzekeren. De zorg mag immers niet stoppen wanneer de burger het ziekenhuis verlaat.

## **3. De kwaliteit van het gezondheidsbeleid verbeteren**

Met deze pijler wil de GGC een antwoord bieden op de toegenomen versnippering van bevoegdheden op vlak van gezondheidszorg en de hefboomen en instrumenten bepalen die noodzakelijk zijn voor een efficiënt gezondheidsbeleid. Dit omvat:

- Overleg en coördinatie tussen de overheden bevoegd voor gezondheid. Een interministeriële conferentie volksgezondheid bestaat nog niet specifiek voor het Brussels niveau. Er zijn weliswaar veel informele vergaderingen maar de GGC wil het overleg en de samenwerking tussen deze instanties beter organiseren om te komen tot coherente gezondheidsprogramma's.



- Een democratische gezondheidszorg waarbij de patiënt als actieve burger bijdraagt tot een betere gezondheidszorg, zowel op individueel vlak als op vlak van de samenleving.

Tegelijkertijd werden de instrumenten voorbereid die onontbeerlijk zijn voor de uitvoering van een gezondheidsplan, onder meer de oprichting van Iriscare. Deze nieuwe instelling voor openbaar nut (ION) is bevoegd voor de materies die in het kader van de zesde staatshervorming zijn overgekomen naar de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC): bijstand aan oudere personen en personen met een handicap, rusthuizen en verzorgingstehuizen, opvangcentra, hulp en zorg aan huis, rolstoelen, eerstelijnszorg, gezinsbijslagen, ... Vanaf 2019 wordt Iriscare het centrale contactpunt voor sociale zorg in Brussel (Iriscare, 2018).

### 6.4.3 Ordonnantie thuisloosheid (bijstand aan personen)<sup>38</sup>

De dak- en thuislozenzorg in Brussel evolueert heel snel. De sector speelt in op de behoeften waarmee ze op het terrein wordt geconfronteerd. Dit vertaalt zich naar het opzetten van nieuwe initiatieven zoals Housing First projecten, nieuwe dagcentra en na-begeleidingsdiensten. Deze ontwikkelingen hebben als gevolg dat het wettelijk kader achterhaald is.

Sinds 2015 werken de bevoegde ministers van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie aan een nieuw wettelijk kader voor een regionale politiek inzake noodhulp en inschakeling van dak- en thuislozen in Brussel. De nieuwe ordonnantie streeft een betere coördinatie na tussen de verschillende diensten voor dak- en thuislozen. Daarbij gaat het zowel om diensten die noodhulp aanbieden als diensten die werken aan een (her)inschakeling. Het roept ook een centraal volgsysteem in leven dat het parcours van de personen die beroep doen op deze diensten opvolgt.

Deze nieuwe ordonnantie werd eind mei 2018 gestemd in het Brusselse parlement. Het in werking treden van deze ordonnantie gaat gepaard met een stijging van middelen voor de dak- en thuislozensector in Brussel. De afgelopen decennia steeg het budget voor de noodhulp gestaag. Het budget voor de inschakelingsdiensten bleef evenwel beperkt. Met de nieuwe ordonnantie is er een inspanning geleverd om dit onevenwicht weg te werken.

Dankzij de nieuwe ordonnantie worden de dagcentra, de Housing First-projecten en de nabegeleidingsdiensten structureel verankerd binnen een wettelijk kader.

---

<sup>38</sup> Deze tekst is een samenvatting en vertaling van de publicatie: Blancke, B. (2018), *Bruxelles: Nouvelle ordonnance*, Brussel: Bico-federatie.

De ordonnantie zorgt er voor dat alle diensten volgens duidelijke normen functioneren, wat de kwaliteit van de dienstverlening ten goede komt. Het zal bijvoorbeeld niet langer mogelijk zijn om te functioneren zonder erkenning.

De nieuwe ordonnantie hertekent het landschap van de dak- en thuislozensector grondig. Er worden twee nieuwe structuren in het leven geroepen: de 'New Samusocial' en 'Bruss'Help'.

De 'New Samusocial' betreft een re-organisatie van de oude Samusocial. Het heeft een duidelijk gedefinieerde missie. Het moet daklozen opvangen en onderbrengen die via de dispatching van de coördinator van noodhulp- en inschakelingsvoorzieningen worden doorverwezen.

Het moet identificatiegegevens verzamelen en coderen van de ondergebrachte daklozen. Het zal de ondergebrachte daklozen doorverwijzen en begeleiden naar Bruss'Help en het zal deelnemen aan overlegvergaderingen die georganiseerd worden in het kader van de begeleiding van daklozen en van networking.

'Bruss'help' is een nieuwe publiekrechtelijke vzw die zal instaan voor een gecentraliseerde coördinatie van de verschillende diensten en voor de oriëntatie van de dak- en thuislozen naar de meest adequate diensten. Haar missie is niet alleen een betere coördinatie tussen noodhulp- en inschakelingdiensten maar het wil de dak- en thuislozen ook bijstaan in het opnemen van sociale grondrechten.

Het instrument dat hiertoe werd ontworpen is het gedeeld elektronisch sociaal dossier. Concreet legt de ordonnantie aan elke erkende dienst op om een sociaal dossier van de gebruiker aan te leggen. De gegevens die in dit dossier staan zullen door alle diensten kunnen worden geraadpleegd. Het sociaal dossier bestaat enerzijds uit socio-demografische gegevens en anderzijds uit psychosociale en medische gegevens. Het is Bruss'help die dit sociaal dossier centraal beheert en die op basis daarvan de oriëntatie van dak- en thuislozen naar de juiste dienst moet opvolgen. Bruss'help staat bijvoorbeeld in voor de oriëntatie van dak- en thuislozen naar het bevoegde OCMW in Brussel.

Bruss'help zal daarnaast ook instaan voor het verrichten van studies naar dak- en thuisloosheid op basis van statistische gegevens. Tot nu toe werd deze opdracht uitgevoerd door La Strada. La Strada wordt met andere woorden ingekanteld in Bruss'help.

## 6.5 Beleid Commission Communautaire Française (COCOF)

### 6.5.1 Enkele regelgevende kaders

#### *Décret relatif à la cohésion sociale*

Dit decreet van 1/1/2006 organiseert de ondersteuning van projecten uitgevoerd in het kader van het Sociale Cohesie-beleid van de COCOF. De projecten, ontwikkeld onder impuls van de COCOF en in samenwerking met de gemeenten en lokale verenigingen, moeten het samenleven in kwetsbare (kansarme) wijken in Brussel bevorderen. De selectie van deze wijken gebeurde op basis van sociaaleconomische indicatoren en de prioritaire ontwikkelingszones zoals vastgelegd door het Gewestelijk Ontwikkelingsplan. Het gaat om de gemeenten Anderlecht, Oudergem, Brussel-Stad, Etterbeek, Evere, Vorst, Elsene, Jette, Koekelberg, Sint-Jans-Molenbeek, Sint-Gilles, Sint-Joost-ten-Node en Schaarbeek.

Een verdere inschaling op basis van kansarmoede-indicatoren bepaalt de dotatie aan elke gemeente, te verdelen onder lokale projecten. Met de gemeenten wordt een contract afgesloten voor een periode van vijf jaar. Zij zijn ook verantwoordelijk voor lokale coördinatie, opvolging, ondersteuning en evaluatie van de projecten en de organisatie van het overleg tussen alle betrokken projecten van sociale cohesie (CBAI, 2018).

#### *Décret ambulatoire*

Het decreet ambulante diensten<sup>39</sup> van 20/02/2009 had als doel om 12 verschillende sectoren die tot dan apart geregeld werden, onder te brengen in één regelgevend kader. Een ambulante dienst is een erkende structuur, actief op het gebied van sociale actie, gezin of gezondheid en die, via een interdisciplinaire aanpak en in samenwerking met andere sociaal-sanitaire actoren, ondersteuning biedt aan gebruikers in hun leefomgeving, zodat hun kwaliteit van leven verbetert.

---

<sup>39</sup> Décret relatif à l'offre de services ambulatoires dans le domaine de l'action sociale, de la famille et de la santé.

Het decreet regelt de erkennings- en subsidievoorwaarden voor de ambulante sector die ze onderverdeelt in:

- Zes diensten in het domein 'gezondheid': diensten voor geestelijke gezondheid, centra voor verslavingsproblematiek, medische huizen, coördinatiediensten in de thuiszorg, diensten voor palliatieve en langdurige zorg, en teleonthaal.
- Vier diensten in het sociale domein: diensten van algemene sociale actie, diensten voor gezinsplanning, schuldbemiddelingsdiensten, en diensten voor gezinszorg.

### *Décret Bruxellois de promotion de la santé*

Het Gezondheidsbevorderingsdecreet van 18/02/2016 voorziet in de goedkeuring van een vijfjarenplan en het lanceren van oproepen voor aanvragen en oproepen voor projecten op basis van dit plan.

Ongeveer een derde van het budget wordt besteed aan het financieren van ondersteunende diensten, twee derde is bestemd voor de projecten van de actoren. Netwerkfinitanciering vertegenwoordigt 4% van het toegewezen budget.

Het gezondheidsbevorderingsplan bevordert de kruising tussen thematische aanpak en transversale acties. Sommige diensten, actoren en netwerken zullen transversale expertise (communicatie, training, evaluatie, genderissues ...) ontwikkelen, terwijl andere ondersteuning zullen bieden of acties zullen ontwikkelen die verband houden met een afgebakend thema (drugs, soa, beweging, gezonde voeding ...). Eén van de uitdagingen bij de implementatie van dit systeem zal zijn om de algehele samenhang en complementariteit van verschillende logica's te waarborgen (Education Santé, 2018).

### **6.5.2 Lopende hervormingstrajecten<sup>40</sup>**

De recente wetgevende activiteit van de Franse Gemeenschapscommissie (COCOF) toont een significante evolutie in de manier waarop het werkveld in de toekomst door het beleid zal worden aangestuurd. Deze vaststelling is gebaseerd op twee teksten aangepast door het college (decreet sociale cohesie van 13 mei 2004 en decreet gezondheids promotie van 18 februari 2016) en op het hervormingsproject van het decreet voor de ambulante sector (Décret Ambulatoire) gestart op 12 november 2018.

---

<sup>40</sup> Gebaseerd op een niet gepubliceerde nota over recente beleidsontwikkelingen, gevraagd aan de CBCS, november 2018.

## *Gemeenschappelijke elementen en klemtonen*

De teksten en trajecten bevatten een aantal gemeenschappelijke kenmerken die de nieuwe weg weerspiegelt die de COCOF wil inslaan:

- De invoering van planningsinstrumenten die een programmatiekader en de krijtlijnen voor het werkveld zullen vastleggen aan de hand van vooraf bepaalde thema's. Deze actieplannen zullen gelden voor een periode van vijf jaar.
- Gebruik maken van een projectenoproep voor diensten, zodat deze specifieke projecten opleveren die passen in deze thema's. Elk project is daarom uniek (in termen van doelstellingen en personeels- en financiële behoeften) en het onderwerp van onderhandelingen met de administratie.
- Een tendens om de erkenning, zijnde de voorwaarden waaraan een voorziening moet voldoen en voor onbepaalde tijd kan duren, los te koppelen van de financiering die gekoppeld is aan de door de administratie aanvaarde projecten.
- Het opzetten van diensten om de diensten te ondersteunen bij de realisatie van hun projecten, om de goede werking van deze projecten te garanderen, maar ook om een evaluatie uit te voeren van het beleid dat op het terrein wordt gevoerd.
- De introductie van beslissingsondersteunende tools binnen de administratie van COCOF. Deze tools hebben voornamelijk betrekking op het verzamelen van gegevens en activiteitsindicatoren en het opstellen van evaluatiecriteria (voornamelijk kwantitatief). Deze hulpmiddelen moeten, eenmaal opgezet en gevoed door de diensten, de productiewerkzaamheden van de hierboven genoemde actieplannen voeden.
- De invoering van een gestandaardiseerd individueel dossier voor personen met een zorg en ondersteuningsvraag.

## Een paradigmaverschuiving

De beleidsmakers en het werkveld zijn het eens over het feit dat de werkwijze op het terrein - en zodoende ook het regelgevend kader - moet veranderen. Er wordt gepleit voor een meer transversale, gecoördineerde aanpak die tevens gelinkt is aan evaluatie en effectmeting. De vraag is echter hoe dit moet. De instrumenten die door beleidsmakers zijn uitgewerkt laten verschillende dingen zien:

- De wens om de controle terug te nemen over het beleid dat op het werkveld moet worden gevoerd,. Positief is dat prioriteiten gesteld zullen worden voor een periode van vijf jaar wat toelaat om beter in te spelen op veranderingen in het veld.
- De verschuiving van een aanbodgericht, sectoraal beleid naar een vraaggestuurd beleid. Het idee is om tools in te voeren die het mogelijk maken om in te spelen op de behoeften van de bevolking en het aanbod in functie hiervan aan te passen.
- De wens om de COCOF-systemen met elkaar en met de rest van het beschikbare aanbod in de regio te verbinden door overleg met andere gefedereerde operatoren en door het gebruik van bestaande diensten (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, perspective.brussels) of door het creëren van nieuwe ondersteunende diensten. De intentie is om bij te dragen aan een regionaal transversaal beleid.

### 6.5.3 Inclusiedecreet voor personen met een handicap

In januari 2014 werd door het parlement van de COCOF een nieuw decreet goedgekeurd voor personen met een handicap (COCOF, 2014)<sup>41</sup>. Dit decreet luidt een volledig hernieuwde organisatie in van de sector voor personen met een handicap in de Franse Gemeenschap in Brussel en vervangt het voorgaande decreet uit 1999.

De basisgedachte van het decreet is de inclusie van personen met een handicap op alle domeinen van het maatschappelijk leven. Personen met een handicap moeten de mogelijkheid hebben om vrij te kiezen tussen gespecialiseerde voorzieningen voor personen met een handicap enerzijds en diensten die zich richten naar de brede bevolking anderzijds. Elk vorm van uitsluiting en segregatie moet worden tegengegaan. Personen met een handicap moeten het recht hebben om net als iedereen te leven in de samenleving, met de hulp en ondersteuning die ze wensen

---

<sup>41</sup> Décret relatif à l'inclusion de la personne handicapée.

en nodig hebben. Dit principe betreft zowel toegang tot huisvesting, vrijetijdsactiviteiten en onderwijs als gezondheidszorg.

Het decreet regelt de voorwaarden om toegang te krijgen tot diensten en voorzieningen voor personen met een handicap die door het decreet geregeld worden.

Enkel personen met een erkenning door de Phare kunnen beroep doen op de door het decreet erkende diensten: hulp voor inclusie, dagactiviteiten en “lieux de vie”. Naast de leeftijdsgrens (jonger dan 65 jaar) en nationaliteits- of verblijfsvoorwaarden geldt een beperking van minstens 30% van de fysieke capaciteiten en 20% van mentale mogelijkheden.

Het decreet maakt een onderscheid tussen verschillende categorieën van diensten en voorzieningen:

- Hulp bij inclusie (aides à l’inclusion). Dit omvat de individuele tussenkomst in kosten van vervoer of hulpmiddelen, de individuele steunpunten voor technische hulpmiddelen, doventolken, alternatieve communicatie en beroepsopleiding, de collectieve steunpunten voor vorming, belangenbehartiging en toegankelijkheid, de begeleidingsdiensten, de ondersteuningsdiensten voor activiteiten van sociaal nut, diensten voor inclusief onderwijs, en diensten voor inclusieve vrijetijdsbesteding.
- De rubriek dagactiviteiten (activités de jour) omvat zowel maatregelen ter bevordering van de tewerkstelling van personen met een handicap, ondernemingen voor aangepast werk, participatie via groepsactiviteiten, dagactiviteitencentra, en de voorbereiding op beroepsopleiding.
- Lieux de vie: dit zijn de diensten die instaan voor de begeleiding van personen met een handicap in een inclusieve woonvorm waar personen met en zonder handicap samen wonen, in een collectieve aangepaste woning voor personen met een handicap of bij een opvanggezin.

De uitvoering van dit nieuwe decreet volgt zijn weg via de goedkeuring van een serie van uitvoeringsbesluiten sinds eind 2017<sup>42</sup>. Het is nog even wachten op de implementatie van het decreet en de effecten ervan op het terrein. Toch werden bij de goedkeuring al enkele kanttekeningen gemaakt en werd gewezen op mogelijke hindernissen bij de concrete uitvoering (Le guide social, 2014). Een eerste bekommernis heeft betrekking op de financiële middelen die zullen worden

---

<sup>42</sup> Voor een geactualiseerd overzicht, zie: <https://phare.irisnet.be/espace-pro/réglementation/réglementation-applicable-COCOF/>

toegekend: de inclusiegedachte veronderstelt dat de nodige investeringen en ondersteuning kan geboden worden in het 'gewone' maatschappelijk leven (thuis, werk, onderwijs). Dit zijn kosten die verhaald zullen moeten worden op de gespecialiseerde diensten in de sector. Bovendien heeft de decreet geen impact op beleidsdomeinen zoals ambulante diensten of onderwijs. Het risico is reëel dat de personen met een handicap heen en weer zullen slingeren tussen gespecialiseerde diensten die hen richting inclusie duwen en de andere sectoren die niet bereid of in staat zijn om hen op te vangen.

De huidige instellingen (dagcentra, residentiële voorzieningen, buitengewoon onderwijs ...) lopen niet warm voor dit decreet omdat ze er een bedreiging voor hun toekomst in zien. Bernard De Backer benadrukt dit risico in zijn studie (2014): deze gespecialiseerde opvang- en dagcentra veranderen met dit decreet van naam en focus maar zullen niet verdwijnen. Niettemin zullen ook deze voorzieningen mee moeten stappen in een paradigmashift door hun deuren meer open te zetten voor de buitenwereld, rekening houdend met de wensen en mogelijkheden van hun bewoners.

In zijn studie haalt hij ook de multiculturele dimensie aan die de inclusiegedachte mogelijk bemoeilijkt. De ervaring is dat veel ouders met een migratieachtergrond voor hun kind kiezen voor een volledige en gespecialiseerde opvang. De kijk op handicap wordt mee gekleurd door de migratiecontext, door de culturele variabelen, door de cumul van kwetsbaarheden waarmee veel van deze gezinnen geconfronteerd worden. De inclusieparadigma veronderstelt een actieve deelname van de persoon met een handicap aan het gewone maatschappelijk leven en minder ondersteuning door gespecialiseerde voorzieningen. Niet alleen voor mensen met een migratieachtergrond zal dit een uitdaging vormen. Indien het bevorderen van de levenskwaliteit de essentie is van dit inclusiedecreet, zal het belangrijk zijn om de inclusiegedachte ook bij de doelgroep zelf te verinnerlijken aangezien velen van hen al jaren eerder aan de rand van de samenleving en vaak in gemeenschap met andere mensen met een handicap leven. Ook zij zullen hun ambities moeten richten op meer inclusie.



# Deel II: Doelgroepen en sectoren

Welzijn, zorg en gezondheid zijn als begrippen onlosmakelijk met elkaar verbonden. Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) betekent gezondheid “een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijk gebreken.” Deze definitie onderstreept de samenhang met het welbevinden en sociaal welzijn.

Willen we een beeld kunnen schetsen van welzijn en zorg in Brussel, dan kunnen we niet voorbij aan de algemene gezondheidsindicatoren die ons door de gezondheidsenquête 2013 en het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn worden aangereikt.

De uitvoerig in deel I beschreven demografische vooruitzichten zullen er toe leiden dat het aantal mensen dat omwille van ouderdom, ziekte, psychische problemen, armoede of handicap in Brussel nood heeft aan zorg of ondersteuning, nog verder zal toenemen. Enkele vaststellingen en prognoses:

- De algemene groei van de Brusselse bevolking: de bevolking stijgt van 1,2 miljoen inwoners in 2016 tot 1,5 miljoen in 2060, of jaarlijks 7000 bijkomende inwoners tegen 2060. (zie ook grafiek en toelichting p. 7)
- De (gekleurde) vergrijzing: In 2016 telt het Brussels Hoofdstedelijk Gewest één 65-plusser voor 6 personen tussen 18 en 66 jaar. Tegen 2060 zal de verhouding 1 op 4,5 bedragen. Een toenemend aandeel ouderen is van niet Belgische origine.
- Hogere levensverwachting voor personen met een handicap, dankzij betere zorg- en leefomstandigheden en medische en wetenschappelijke ontwikkelingen.
- Eén op vier mensen krijgt vroeg of laat af te rekenen met min of meer ernstige psychische problemen (Geestelijk Gezond Vlaanderen, 2014). Inwoners van grote steden melden meer psychische problemen dan inwoners van landelijke of kleinstedelijke regio's. In Brussel geeft 40% van de bevolking psychische problemen aan (t.o.v. 35% in het Waals Gewest en 29% in Vlaanderen) (Van der Heyden & Charafeddine, 2014).
- In 2013 rapporteerde één op vier Brusselaars (24,9%) een slechte gezondheid. Dit aandeel daalde niet t.o.v. de resultaten uit 1997, dit in tegenstelling tot de andere gewesten waar een substantiële verbetering werd vastgesteld (Van der Heyden & Charafeddine, 2014).

- Het aantal personen met chronische aandoeningen en multi-morbiditeit neemt toe. Bijna een derde van de Brusselaars heeft een chronische aandoening. Dit heeft ook rechtstreekse gevolgen op het dagelijks functioneren en welbevinden alsook op de nood aan zorg en ondersteuning buiten de gezondheidszorg. 40% geeft immers aan belemmerd te zijn in zijn/haar dagelijkse activiteiten (Van der Heyden & Charafeddine, 2014).
- De relatie tussen gezondheid en armoede is manifest: mensen met een lage socio-economische status scoren systematisch slechter op gezondheidsindicatoren zoals chronische aandoeningen en psychisch welbevinden.

De uitdagingen die voor de welzijns- en zorgsector tegenover deze vooruitzichten staan, zijn legio. We geven voor de verschillende doelgroepen en sectoren de belangrijkste cijfers in vraag en aanbod en nieuwe ontwikkelingen meer in detail weer.



# 1 Algemeen Welzijn

## 1.1 Iedereen heeft het wel eens moeilijk

Welzijn staat voor zich goed voelen en welbevinden. Versterken van welzijn vertrekt vanuit de kracht van mensen, het bieden van mogelijkheden om zich te kunnen ontplooiën op verschillende levensdomeinen en het waarborgen van de grondrechten. Maar soms loopt het leven niet zoals je zou willen. Iedereen kampt wel eens met tegenslagen en problemen: een relatie die moeilijk loopt, oplopende schulden, conflicten binnen het gezin, paperassen die niet in orde geraken, geen werk of woning vinden, het allemaal niet meer zien zitten ...

In zo'n situaties is het belangrijk om te kunnen rekenen op hulp en steun. Mensen richten zich daarvoor naar hun directe omgeving, familie of vrienden, maar evengoed kan er hulp nodig zijn van een professional in het zoeken naar antwoorden. Hulp krijgen van familie of vrienden is trouwens minder vanzelfsprekend dan het lijkt. Recent onderzoek naar het steunnetwerk van Brusselaars (Thys, 2018) toont aan dat de meeste Brusselaars maar een klein groepje vrienden hebben waar ze bovendien zelden beroep op doen voor emotionele of materiële hulp. Familie wordt wel vaker aangesproken, maar meer dan de helft heeft geen familie wonen in Brussel. Als men op iemand beroep doet, is dit in eerste instantie het eigen gezin, iets waarop de vele alleenstaanden in Brussel niet kunnen rekenen. De sociaal-economische positie blijkt uitermate bepalend voor de mate waarin het eigen netwerk ondersteunend kan zijn wanneer het moeilijk gaat. Met uitzondering van het eigen gezin, is wederkerigheid daarin cruciaal en een voorwaarde om te kunnen rekenen op steun van zijn omgeving. Iemand zal pas hulp vragen als hij of zij zelf al iets heeft kunnen bieden. Mensen in armoede zijn ook in deze nog slechter af: ze hebben het gevoel dat ze niets kunnen bieden, wat betekent dat ze zelf ook weinig hulp zullen vragen of krijgen. Een laag inkomen en gebrek aan wederkerigheid zijn dan ook de belangrijkste redenen om zelden of nooit een beroep te doen op burens, vrienden, familie of gezin.

## 1.2 Plaats voor de professional

### 1.2.1 Nabijheid- en ontmoetingsdiensten

Wanneer de eigen kracht of deze van het netwerk niet volstaan om de problemen aan te pakken, kunnen beroepskrachten het verschil maken. Door de contacten met professionele hulpverleners kunnen informele netwerken (weer) worden versterkt. Dit is in essentie de inzet van het buurt- en opbouwwerk waar het groepsgericht werken centraal staat. Met een open onthaal, een breed en gevarieerd aanbod aan laagdrempelige activiteiten, vorming en belangenbehartiging wordt een vertrouwde plek gecreëerd voor mensen in maatschappelijk kwetsbare posities waar ze op een informele manier anderen kunnen ontmoeten en samen dingen doen. Deze ingrediënten herkennen we in verschillende type organisaties: de verenigingen waar armen het woord nemen, buurthuizen, geïntegreerde wijkwerkingen, de basiswerkingen van Samenlevingsopbouw, inloophuizen, lokale dienstencentra ... Fijnmazigheid, herkenbaarheid en nabijheid zijn belangrijke sleutels om de lage drempel te verzekeren. In een aantal gevallen zijn deze voorzieningen ook een schakel naar individuele hulpverlening en algemene sociale dienstverlening. Vanuit een vertrouwenspositie kunnen ze mensen toeleiden die niet op eigen kracht de weg vinden of moeilijk de stap kunnen zetten.

Tabel 13: Overzicht nabijheidsdiensten per gemeente<sup>43</sup>

Privaat			Publiek	
GGC	VG	COCOF	OCMW	Gemeente
<b>Anderlecht</b>				
Huurders-unie Kuregem	LDC Cosmos Excelsior LDC Cosmos Vives LDC De Kaai SO Peterbos	Rafael Syndicat locatai-res		SC Bospark SC Busselen- berg SC Moortebeek SC Craps SC Duiven- melkers SC Peterbos SC Wayez
<b>Brussel-Stad</b>				
Het Fonteintje Jamais Sans toit Poverello	Bij ons (VWAWN) HOBO (CAW) De Schutting (CAW) De Buurtwinkel (VWAWN) LDC Forum LDC Het Anker LDC De Harmonie Vrienden van het Huizeke (VWAWN, CAW)	Art 123 Atelier populaire Minimes A.P. Marilles Babbelkot La samaritaine Espace Sociale téléservice Les Biscuits Les Gazelles Nativitas H&R Anneessens H&R Matolles H&R Queais H&R Remparts des Moines La Rencontre L'arbre à Bulles	BH Dansaert BH Krakeel BH Millenium BH Brussel- Oost BH Pijl BH Washuis BH Zinnik BH Zuid	Dienst Senioren Jubelpark  DS Van Artevelde
<b>Brussel-Laken</b>				
Resto du coeur L'autre table	A Place to Live	PICOL	BH Mellery BH Trefpunt BH Willems	DS Leopold DS Lips DS Ronde 58
<b>Brussel-Neder-Over-Heembeek</b>				
	LDC Ado-Icarus		BH Nachtegaal	

<sup>43</sup> Selectie uit [www.sociaal.brussels](http://www.sociaal.brussels) onder zoektermen: Ontspanning en cultuur voor kansarmen / Sociale restaurants / Ontmoetingsruimten voor thuislozen / Plaatsen waar ouderen zich kunnen ontspannen / projecten voor sociale cohesie. Voor de gemeente Watermaal-Bosvoorde werd er geen aanbod gevonden.

Privaat			Publiek	
GGC	VG	COCOF	OCMW	Gemeente
<b>Brussel-Haren</b>				
			BH Haren	
<b>Brussel-Laken</b>				
Resto du coeur L'autre table	A Place to Live	PICOL	BH Mellery BH Trefpunt BH Willems	DS Leopold DS Lips DS Ronde 58
<b>Elsene</b>				
		Centre Sevice Social Boondaal CSS Brugmann CSS resto- social Dynamo Ixelles Remua		Restoclub Boondaal Restoclub Vandenbroeck
<b>Etterbeek</b>				
	Buurtwerk Chambéry	Le Pivot Liberté et Echange	Espace Libellule	
<b>Evere</b>				
	LDC Aksent Evere	Solam Cohesion Sociale	Wijkresaurant	
<b>Ganshoren</b>				
	LDC De Ronde			
<b>Jette</b>				
L'Ange Gardien	LDC Warlandis	Centre Montfort	Viva ! Jette	
<b>Koekelberg</b>				
	Buurtspport Brussel	Vivre à Koekeberg		
<b>Oudergem</b>				
	LDC Zoniënzorg		Sociaal resto Paradijsvogels	Preventiehuis
<b>Schaarbeek</b>				
Maison Biloba huis Pater Baudry Union Locataire SB UL Marbotin UL Quartier Nord Poverello	LDC Aksent Nasci Wijkpartenariaat	Bouillon de cultures Agissons Ensemble Syndicat locataires	Le Chauffoir	

Privaat			Publiek	
GGC	VG	COCOF	OCMW	Gemeente
<b>Sint-Agatha-Berchem</b>				
	LDC Ellips		Sociaal resto Mimosa	
<b>Sint-Gillis</b>				
Een Eigen Dak L'Aire de Rien Resto du Coeur L'Ilot		Aegidium Hispano Belga Solidarité Grand Froid	Point d'appui Wijkantenne	Onze Club Onze Kring
<b>Sint-Jans-Molenbeek</b>				
Sociaal resto Snijboontje Association de locataires	Belmundo LDC Welvaartkapoen LDC Randstad Wijkatelier Foyer	Les uns et les autres sociaal resto La Rue	Ontmoetings- centrum Marie José	
<b>Sint-Joost-ten-Node</b>				
		Theatre Broccoli La Ruelle Maison de la Famille		
<b>Sint-Lambrechts-Woluwe</b>				
Malou senioren			Resto voor senioren	
<b>Sint-Pieters-Woluwe</b>				
	LDC Zoniënzorg	Accueil- rencontre- amitié Le camp de partage		
<b>Ukkel</b>				
	LDC Lotus		Le Chauffoir	Centrum Kriekeput C Neerstalle C Vander- kindere C Wolvendael Zaal 1180
<b>Vorst</b>				
	LDC Miro	Dynamo Forest H&R Bempt		Seniorenclub Bia Boquet SC Divercity SC Marconi
<b>GGC</b>	<b>VG</b>	<b>COCOF</b>	<b>OCMW</b>	<b>Gemeente</b>
<b>18</b>	<b>31</b>	<b>44</b>	<b>24</b>	<b>25</b>

## 1.2.2 Algemene sociale dienstverlening

De algemene sociale dienstverlening omvat zowel publieke als private organisaties die instaan voor de psychosociale hulp- en dienstverlening aan personen van wie de welzijnskansen bedreigd of verminderd worden. De sector bestaat uit:

- de openbare hulpverlening van de gemeentelijke sociale diensten en de sociale diensten van de OCMW's.
- private hulpverlening geboden door de generalistische sociale diensten erkend door de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (centra die voor de eerste sociale opvang zorgen), de Vlaamse Gemeenschap (centra voor algemeen welzijnswerk en diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen) of de Franse Gemeenschapscommissie (centres d'action sociale globale – CASG).

Elk bieden ze een vorm van eerstelijnsdienstverlening die voor iedereen toegankelijk is en die vertrekt vanuit een globale benadering van de persoon. De aard van de dienstverlening is erg breed en uiteenlopend, gaande van financiële hulp, administratieve en materiële ondersteuning, schuldbemiddeling, slachtofferhulp, juridisch advies ...

De website van Sociaal Brussels, de Brusselse databank van diensten in de welzijns- en gezondheidssector, repertorieert onder de benaming 'Algemene sociale dienstverlening' 117 activiteitenplaatsen gespreid over het grondgebied van het Brussels gewest.



Tabel 14: Overzicht algemene sociale diensten volgens erkennende overheid per gemeente<sup>44</sup>

Privaat			Publiek	
GGC	VG	COCOF	OCMW	Gemeente
<b>Anderlecht</b>				
CMW Brabantia-Westland CMW Brabantia - Kuregem	CAW Brussel - Anderlecht DMW Brabantia DMW CM Sint-Michielsbond		SD OCMW SD cel – Kuregem	Dienst Sociale zaken
<b>Brussel-Stad</b>				
Brussel Onthaal - Open Deur Sociale Dienst FSMB-mutualiteit Buurthuis Dansaert Buurthuis Haren Buurthuis Krakeel Buurthuis Mellery Buurthuis Millenium Buurthuis Nachtegaal Buurthuis Noord Oost Buurthuis Washuis Buurthuis Willems Buurthuis Zinnik Buurthuis Zuid	CAW- Brussel centrum CAW Brussel - Noord DMW Sint-Michielsbond DMW Partena DMW Social mutual Brabant	Bruxelles Laique Entr'aide Marolles CSS Mutualité St. Michel Tels Quels Espace social télé service	Sociale Dienst OCMW SD Antenne Anneessens SD Antenne Artesie SD Antenne Begijnhof SD Antenne Marollen SD Antenne Nord-Oost SD Antenne St. Rochus SD Antenne Spiegel SD Antenne Bollen SD Antenne Moorslede SD Antenne Stefania	(cfr Buurthuizen GGC)
<b>Brussel-Laken</b>				
Buurthuis Model Buurthuis Trefpunt S Lips				
<b>Brussel-Neder-Over-Heembeek</b>				
			SD Antenne N-O-H	

<sup>44</sup> Selectie uit [www.sociaal.brussels](http://www.sociaal.brussels): Private algemene sociale dienstverlening (erkende diensten) & uit de sociale kaart: Diensten maatschappelijk werk van het ziekenfonds (DMW) en Centra algemeen welzijnswerk (CAW).

Privaat			Publiek	
GGC	VG	COCOF	OCMW	Gemeente
<b>Brussel-Haren</b>				
	DMW CM Sint-Michielsbond		SD Antenne Haren	
<b>Elsene</b>				
Protestants Sociaal Centrum Sociale Actie Brussel		CASG pour familles CASG - BXL Sud-Est - Boondael CASG - BXL Sud-Est - Brugmann CASG - BXL Sud-Est - Flagey CASG - BXL Sud-Est - Porte de Namur	SD OCMW	Dienst Sociale Zaken
<b>Etterbeek</b>				
	CAW Brussel - Etterbeek	CASG - BXL Sud-Est - Chasse	Sociaal Huis	Dienst Sociale zaken
<b>Evere</b>				
			SD OCMW SD Evere Hoog	Dienst sociale actie
<b>Ganshoren</b>				
			OCMW	Gemeente
<b>Jette</b>				
			OCMW	Gemeente
<b>Koekelberg</b>				
			OCMW	Gemeente
<b>Oudergem</b>				
			OCMW	Gemeente
<b>Schaarbeek</b>				
Sociale Dienst liberale mutualiteit Wijkmaatschappelijk werk	DMW liberale mutualiteit <sup>45</sup>	Espace P	SD OCMW	Stedelijk preventie-programma

<sup>45</sup> Enkel dit DMW staat opgenomen in: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/adressen-van-diensten-maatschappelijk-werk-van-het-ziekenfonds>

Privaat			Publiek	
GGC	VG	COCOF	OCMW	Gemeente
<b>Sint-Agatha-Berchem</b>				
	DMW CM Sint Michielsbond		OCMW	Gemeente
<b>Sint-Gillis</b>				
Sociale dienst SESO Sociale Dienst EH Froidure Sociale Dienst Parochie Sociale Dienst Brailleliga	CAW Brussel	Centrale de soins et aide à domicile Service Social Juif	SD OCMW SD - Point d'appui	Gemeente
<b>Sint-Jans-Molenbeek</b>				
De Groene Poort CMW Partena Mut	CAW Brussel-Molenbeek DMW Partenamut	Solidarité Savoir	SD OCMW SD sector Gosselies SD sector Hoog SD sector Maritiem	Gemeente
<b>Sint-Joost-ten-Node</b>				
			OCMW	Gemeente
<b>Sint-Lambrechts-Woluwe</b>				
		CASG-Wolu-Services	OCMW S-L-W	Sociale actie
<b>Sint-Pieters-Woluwe</b>				
			OCMW S-P-W	Gemeente
<b>Ukkel</b>				
			OCMW Ukkel	Dienst pensioenen Sociale dienst
<b>Vorst</b>				
			OCMW Vorst OCMW Antenne 58	Gemeente
<b>Watermaal-Bosvoorde</b>				
			OCMW W-B	Dienst sociaal leven
<b>GGC</b>	<b>VG</b>	<b>COCOF</b>	<b>OCMW</b>	<b>Gemeente</b>
<b>28</b>	<b>8</b>	<b>16</b>	<b>38</b>	<b>19</b>



De openbare centra voor maatschappelijk welzijn zijn een systeem van publieke maatschappelijke dienstverlening die bescherming biedt aan personen en gezinnen die niet meer beschikken over voldoende middelen om een leven te kunnen leiden dat beantwoordt aan de menselijke waardigheid (bijvoorbeeld door een faillissement, een ziekte, een ontslag, familiale problemen ...).

De 19 Brusselse OCMW's zijn onmiskenbaar de belangrijkste spelers op het vlak van algemene hulp en sociale dienstverlening. Getuige hiervan de 42.000 Brusselaars met een recht op maatschappelijk integratie (leefloon en/of geïndividualiseerd project voor maatschappelijke integratie) omwille van onvoldoende bestaansmiddelen (POD Maatschappelijke Integratie, 2018). Deze sociale bijstand vormt het laatste vangnet van sociale bescherming in ons Belgisch systeem. Naast het toekennen van individuele steun aan personen in moeilijkheden, kunnen de OCMW's tal van andere diensten aanbieden en voorzieningen beheren met een sociaal, curatief of preventief karakter zoals schuldbemiddeling, materiële hulp, sociale restaurants, transitwoningen, hulp aan huis, tussenkomst in kosten van activiteiten, rusthuizen ... Deze vormen van dienstverlening verschillen van OCMW tot OCMW naargelang de noden en behoeften van de gemeente (OCMW info, 2018).

In Vlaanderen wordt de opdracht van algemene sociale dienstverlening ook toevertrouwd aan de Centra voor Algemeen Welzijnswerk en de Diensten Maatschappelijk Werk van de ziekenfondsen.

De centra voor algemeen welzijnswerk bieden een antwoord op vele vragen. De hulp- en dienstverlening in deze centra verstrekt informatie en advies en geeft begeleiding met betrekking tot de meeste levensdomeinen, zowel ambulante als residentiële. Vlaanderen erkent in Brussel één centrum voor algemeen welzijnswerk, het CAW Brussel, dat zich richt tot de brede bevolking en een antwoord biedt op een brede waaier van vragen in uiteenlopende domeinen: relaties en opvoedingsvraagstukken, verslavingsproblematiek en geestelijke gezondheid, administratieve, juridische of financiële moeilijkheden, zingeving en zelfontplooiing, huisvesting of crisisopvang ... Iedereen kan met zijn vraag bij een CAW terecht voor een eerste opvang en onthaal met informatie, advies en praktische hulp, en dit op verschillende manieren: via chat, telefoon, mail of ter plaatse.

Met gedecentraliseerde onthaalpunten in Brussel (d.d. 1/1/2019 heeft het CAW een onthaalpunt in Brussel Centrum, Anderlecht en Etterbeek; in de loop van het jaar worden er nog een aantal andere geopend), en een mobiele equipe wil het CAW Brussel haar dienstverlening zo toegankelijk en laagdrempelig mogelijk maken.

In 2017 bereikte het CAW Brussel 5027 unieke cliënten, iets meer mannen dan vrouwen, waarvan het leeuwendeel in de leeftijdscategorie tussen 26 en 59 jaar (bijna 70%). Ouderen (60-plussers) maken 6% van het cliënteel uit terwijl de groep jongvolwassenen (18-25j) 15% vertegenwoordigt.

De hulpvragen die de aanleiding vormden om contact op te nemen met het CAW zijn, in dalende orde van frequentie:

- vragen van materiële en financiële aard (23%);
- vragen van gerechtelijke en juridische aard (18%);
- vragen in verband met geestelijk welzijn en geestelijke gezondheid (14%);
- administratieve hulp (14%);
- vragen in verband met migratie en integratie, vragen over gezin en opvoeding, de sociale situatie, relaties en seksualiteit, intrafamiliaal geweld, (vermoeden van) handicap, onderwijs, opleiding en tewerkstelling ... zijn minder frequent (tussen 1 en 6%) (CAW, 2018).

Diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen kunnen door eenieder gecontacteerd worden met vragen of problemen rond (langdurige) ziekte, handicap, ouderdom, sociale voordelen, voorzieningen, (thuis)zorgsituaties. Over het Brussels grondgebied liggen negen kantoren van diensten maatschappelijk werk verspreid, waarvan vier verbonden aan de CM Sint-Michielsbond. Drie diensten zijn gelegen in het centrum van Brussel. De DMW's zijn voor wat Brussel betreft de enige gemachtigde indicatiestellers, naast de Vlaamse erkende diensten voor gezinszorg. In tegenstelling tot Vlaanderen hebben de Brusselse OCMW's niet de bevoegdheid om de ernst en de duur van de verminderde zelfredzaamheid vast te stellen in het kader van de Vlaamse Sociale Bescherming.

### 1.2.3 Toegang tot algemene hulpverlening verzekerd?

Bovenstaande tabel gaf een beeld van de algemene toegangspoorten naar zorg en ondersteuning over het Brussels grondgebied. De opdeling per gemeente maakt duidelijk dat deze erg ongelijk verdeeld zijn, met erg weinig aanspreekplaatsen in de zuidoostelijke gemeenten (van Evere tot Vorst) en de noordwestelijke gemeenten en dit over de gemeenschappen heen. We kunnen niet naast het hoog aantal onthaalpunten en sociale diensten kijken in Brussel-Stad. Diensten van de verschillende gemeenschappen zijn ook aanwezig in Anderlecht en Molenbeek, terwijl inwoners van de gemeenten Sint-Joost-ten-Node, Vorst of Koekelberg enkel bij de centrale diensten van OCMW en gemeente kunnen aankloppen.

Mogelijk dient dit beeld genuanceerd te worden met de realiteit op het terrein. Een accuraat overzicht krijgen van de dienstverlening lijkt een haast onmogelijke opdracht: verschillende bronnen werden geraadpleegd, met telkens een ander resultaat. Ter illustratie: de website [www.sociaal.brussels](http://www.sociaal.brussels) laat toe om te selecteren op type voorziening en erkenning en weerhoudt onder de noemer 'CAW en DMW erkend door de Vlaamse Gemeenschap' in totaal 8 ankerplaatsen: verschillende gedecentraliseerde onthaalpunten van CAW Brussel, en 3 DMW's in Brussel-Stad. De website [www.desocialekaart.be](http://www.desocialekaart.be) geeft onder de noemer 'centra algemeen welzijnswerk' ook diensten van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie weer, zonder een selectie te kunnen maken op basis van erkenning. Dit geeft een totaal van 32 locaties. Wat de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen betreft, telt deze databank er negen; de website van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid geeft in haar adressenbestand slechts één DMW voor Brussel.

Naast de territoriale spreiding heeft de mate waarin een dienst gekend is een grote impact op toegankelijkheid. Algemene diensten die veel meer omvatten dan

individuele hulp of ondersteuning – bv. een OCMW of mutualiteit - doen bij de meeste mensen wel een belletje rinkelen.

Een korte stratenquête uitgevoerd bij toevallige voorbijgangers op zes verschillende plaatsen in Brussel<sup>46</sup> bevestigt dit beeld. Bij 96,5% van de respondenten (N=136) die aangaven een dienst te kennen, zijn deze van de mutualiteit de meest gekende. 38,0% van de respondenten (N=52) gaf aan ooit gebruik gemaakt te hebben van de mutualiteit. 90,1% van de respondenten (N=127) kent het OCMW. 14,6% van de respondenten (N= 20) gaf aan ooit het OCMW gebruikt te hebben. 55,3% respondenten (N=78) gaven aan het CAW te kennen. 10,9% van de respondenten (N=15) gaf aan de diensten van het CAW al gebruikt te hebben (De Donder, 2018).

Het ‘weten dat het bestaat’, ook al doet men er (nog) geen beroep op, is een belangrijke opstap voor een gerichtere zoektocht op het moment dat hulp of ondersteuning nodig is. Breed toegankelijke hulpverlening en de strijd tegen onderbescherming veronderstelt ook een proactieve benadering van mensen in hun ondersteuningsnaden, en dit vanuit een generalistisch en holistisch perspectief. Dit is de inzet van het geïntegreerd breed onthaal (GBO), een aspect van het Vlaams Lokaal Sociaal Beleid dat - voor Brussel - een samenwerkingsverband beoogt tussen de Vlaams erkende centra algemeen welzijnswerk en de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen. Idealiter wordt ook de verbinding gemaakt met de OCMW's en sociale diensten van de andere gemeenschappen om tot een brede sokkel van diensten te komen die zich vanuit een gezamenlijke visie en geïntegreerde aanpak verenigen in de strijd tegen onderbescherming en toekenning van grondrechten. Een Brusselse variant van de Vlaamse rechtenverkenner<sup>47</sup> zou daarbij een nuttig instrument kunnen zijn. Deze databank biedt een overzicht van sociale rechten, premies en andere voordelen op het vlak van onderwijs, arbeid, wonen, welzijn, energie ... in functie van kwetsbare groepen (ouderen, chronisch zieken, personen met een handicap, werkzoekenden ...), woonplaats en overheid (federale, Vlaamse, provinciale en lokale overheid).

---

<sup>46</sup> Muntpunt, de Regenboogschool in Sint-Jans-Molenbeek, school Regenboogje in Etterbeek, het onthaal van CAW, de markt in Jette, GC De Kriekelaar in Schaarbeek.

<sup>47</sup> <https://www.rechtenverkenner.be/Pages/Home.aspx>

### 1.3 Het niet opnemen van sociale rechten en onderbescherming

Het niet opnemen van rechten is een centraal thema in het denken over de toegankelijkheid van de sociale dienstverlening en de gezondheidszorg. Bonnet (2002) argumenteert dat ‘de non-take up van rechten’ (le non-recours) en ‘het niet hebben van toegang’ (le non-accès) eigenlijk verwante begrippen zijn. Zijn voorkeur gaat uit naar het gebruik van het begrip ‘niet hebben van toegang’ (le non-accès). Het begrip ‘de non take-up van rechten’ legt immers het accent op het falen van diegene die eigenlijk een bepaald recht heeft, maar dit niet kan doen gelden. Het verwijt de gebruiker als het ware een gebrek aan pro-activiteit. Het begrip ‘niet-hebben van toegang’ daarentegen is volgens hem een stuk objectiever en focust op de louter objectieve vaststelling dat bepaalde burgers geen toegang hebben tot bepaalde rechten die hen niettemin toekomen. Het niet-hebben van toegang tot sociale dienstverlening leidt tot wat men een situatie van sociale onderbescherming noemt.

Het fenomeen van “de niet-toegang” tot rechten is per definitie erg moeilijk te kwantificeren. Het veronderstelt cijfers over het aantal burgers dat potentieel in aanmerking komen voor een bepaalde dienstverlening. In Brussel is er evenwel ongeacht de verleende diensten een groot tekort aan ramingen van het potentieel aantal Brusselaars dat in aanmerking komt. Het Observatorium voor Welzijn en Gezondheid van Brussel-Hoofdstad besteedde in 2016 een themanummer aan de non-take up of het niet hebben van toegang tot sociale dienstverlening. Het rapport maakt een eerste globale en verkennende balans voor het Brusselse hoofdstedelijke gewest. Het analyseert ten eerste via welke mechanismen Brusselaars in situaties van sociale onderbescherming terecht kunnen komen. Ten tweede focust het op de mechanismen van onderbescherming die gelden naargelang de verschillende sociale grondrechten. Tenslotte zoomt het nog in op de lessen die kunnen worden getrokken uit de analyse van wat zij het socio-administratief parcours van Brusselaars noemen. Niet alleen het Observatorium maar ook Le Forum besteedde de afgelopen jaren aandacht aan dit thema. Tijdens de week van 20 oktober 2017 organiseerde Le Forum een “Laboratoire de l’intervention sociale”. Gedurende de week kwamen meer dan 40 experts uit België en Frankrijk samen om hun kennis te delen over het thema: “de toegang tot sociale dienstverlening en de gezondheidszorg voor de meest maatschappelijk kwetsbare populaties in Brussel” hetgeen leidde tot het opstellen van 20 actiepunten. We vatten enkele centrale vaststellingen uit deze twee studies samen.



In beide studies wordt er in belangrijke mate verwezen naar de institutionele obstakels die kunnen leiden tot een situatie van sociale onderbescherming.

- De administratieve en juridische procedures zijn complexer geworden. Er worden steeds meer voorwaarden gesteld om toegang te krijgen tot de fundamentele sociale grondrechten of om die te behouden. De wetgeving die een impact heeft op de rechten, de voorzieningen en de kennis hierover is alsmear complexer geworden.
- Verder verwijst Le Forum naar materiële obstakels zoals de geografische afstand die moet worden afgelegd, de openingsuren en de wachtrijen bijvoorbeeld.
- Het Observatorium heeft het over obstakels verbonden aan communicatie-modaliteiten. Zo is soms de termijn om informatie te krijgen of een afspraak te maken een stuk langer dan de termijn om een aanvraag te doen.
- Le Forum verwijst naar de besparingslogica in organisaties en de druk op de 'rentabiliteit' en 'het halen van cijfers', die hoe langer hoe meer ingang vindt in vele sociale instellingen.
- Zowel Le Forum als het Observatorium wijzen ook op een relationele dimensie verbonden aan de 'non-take up'. Een recht niet aanvragen is vaak het gevolg van een negatieve ervaring van de persoon met de instellingen van de sociale zekerheid. Er wordt gesproken over de vernedering die met sommige aanvraagprocedures gepaard gaat. Anderzijds zijn er ook personen die zich niet kunnen verzoenen met het statuut van uitkeringsgerechtigde. Het is voor sommigen onaanvaardbaar of het gaat gepaard met schuldgevoelens.

Naast de institutionele obstakels vermeldt het Observatorium ook nog obstakels die te maken hebben met individuele kenmerken: de kennis van Frans of Nederlands, fysieke en mentale gezondheid, scholingsgraad, het beheersen van het administratieve en juridische jargon, het beschikbare inkomen, nationaliteit, enzovoort. Tot slot verwijzen ze nog naar de zogeheten 'onschuldige' feiten zoals het niet ontvangen van een brief, administratieve fouten, attest dat ontbreekt ...

Een pro-actieve dienstverlening is aangewezen. Een slimmere digitalisering van automatische rechtentoekenning zou zaken eenvoudiger kunnen maken (Oosterlinck, 2018). Samenlevingsopbouw bouwt het idee van de geïntegreerde basisvoorziening uit in de strijd tegen onderbescherming.

## 1.4 Uitdagingen voor de sociaal werker van morgen

In mei 2018 vond de Vlaamse sociaalwerkconferentie plaats. Een duizendtal sociaal werkers, onderzoekers, beleidsmakers uit Vlaanderen en Brussel tekende present. Het eindrapport 'Sterk Sociaal werk' brengt de krachtlijnen in beeld (Vandekinderen, Roose, Raeymaeckers, & Hermans, 2018).

Het doel was het sociaal werk sterker te maken in een context waar volgens de auteurs snelle maatschappelijke veranderingen optreden, waar een aantal sociale rechten onder druk staan en de vermarkting in het domein van het sociaal werk zijn intrede doet. Het kadert ook in een context waar een aantal fundamentele beleidswijzigingen doorgevoerd wordt en waar meer nadruk komt te liggen op het lokale niveau en op informele zorg en vrijwilligerswerk en waar tegelijkertijd het sociaal werk geperst wordt in cijfers, targets en bureaucratische modellen.

Via een voortraject dat uitmondde in de conferentie werd het mensenrechtenperspectief gelanceerd als essentieel onderdeel van de definitie van sociaal werk. Hubeau en andere sociaal wetenschappers pleiten daarom voor de erkenning van het sociaal werk als 'sociaal rechtvaardigheidsberoep' met mensenrechten als belangrijk referentiekader om zaken te realiseren. Ook Minister Vandeurzen formuleerde naar aanleiding van deze conferentie vanuit zijn beleid 5 belangrijke uitdagingen voor het sociaal werk:

1. Omgaan met marktwerking.
2. Omgaan met vermaatschappelijking.
3. Zich inbedden in de context van superdiversiteit.
4. Het tegengaan van de sociale onderbescherming.
5. Omgaan met het thema veiligheid.

Uit het proces met de verschillende actoren werden uiteindelijk de volgende 5 krachtlijnen van het sociaal werk gedetecteerd en beschreven:

1. Het sociaal werk heeft als opdracht 'politiserend werken'. Zo omschrijft het sociaal werk zich als een democratische praktijk. Dat wil zeggen dat een sociaal werker:
  - een waarborgfunctie heeft voor de rechten van de cliënt o.a. door methodieken als outreach en proactief werken.
  - de focus legt op de collectieve verantwoordelijkheid van maatschappelijke problemen en niet op de individuele schuld van de cliënt.
  - aan beleidsbeïnvloeding doet en waar nodig tegenspraak organiseert.
2. Het sociaal werk heeft als doelstelling laagdrempelig en nabij te werken. Het 'nabij' staan bij de leefwereld van de mensen betekent ook dat men samen zoekt naar een goede verhouding tussen die leefwereld en de systeemwereld van diensten en maatschappelijke instellingen. Om grondrechten te kunnen realiseren moet je fysiek en relationeel aanwezig zijn via basiswerkingen.
3. Essentieel aan sociaal werk is dat procesmatig werken een voorwaarde is om tot resultaat te komen. Deze proceslogica hoeft niet in tegenstrijd te zijn met resultaat, maar sociaal werk zet resultaatslogica niet voorop. Het betekent wel samen met mensen op zoek gaan naar oplossingen voor maatschappelijke problemen. Het is voor de auteurs van het eindrapport duidelijk dat er nieuwe modellen moeten worden gezocht voor de beschrijving en rapportering van de impact van de sociale interventies die beter aangeven of en hoe deze werken.
4. Sociaal werk is generalistisch. De laatste decennia is de spanning tussen generalisme en specialisme groter. Er wordt geworsteld met deze generalistische identiteit binnen de welzijnssector. Ten aanzien van andere zorgprofessies zoals psychiaters, verpleegkundigen ... is deze rol niet gemakkelijk. Toch is men er in de bevragingen van de sociaal werkconferentie absoluut van overtuigd dat het sociaal werk deze generalistische identiteit moet opeisen. Dit is bijvoorbeeld nodig om de signaalfunctie ten gronde te kunnen waarmaken of voldoende aandacht te hebben voor de brede context en verschillende levensdomeinen van de gebruiker.

5. Het sociaal werk heeft als doel verbindend werken.
- a. Verbinding en empowerment. De empowerment-benadering binnen het sociaal werk is gelaagd: enerzijds wordt er ingezet op het krachtiger maken van individuen in hun positie, maar anderzijds betekent het ook het ‘machtiger’ maken van groepen in kwetsbare situaties om maatschappelijke verandering mee te bewerkstelligen (Van Regenmortel, 2012). Dat betekent dat de persoon verbonden wordt met zijn omgeving én de maatschappij ook aangesproken wordt om zijn verantwoordelijkheid te nemen. Empowerment en autonomie dreigen vandaag te veel begrepen te worden in de nauwe definities van individuele responsabilisering.
  - b. Verbinding in de vermaatschappelijking van de zorg. Door de vermaatschappelijking van de zorg verandert ook de rol van de professional waarbij onder andere de vraag naar verbinding tussen overheid en individu aan de orde is. De centrale vraag bij vermaatschappelijking van de zorg is volgens de auteurs hoe de overheid de solidariteitskwesitie ziet wanneer collectieve, gedeelde zorg verschuift naar zorg in eigen netwerk. Zij zien hierin een herpositionering van de sociaal werker. Bij vermaatschappelijking van de zorg gaat de professional meer ‘indirect’ helpen; hij of zij legt verbindingen met buurt, netwerk, overheid ...
  - c. De sociaal werker heeft een uitermate belangrijke opdracht in verbindend werken in de context van superdiversiteit. Sociaal werk, aldus de bekende socioloog Richard Sennet, heeft een lange traditie van dialogisch werken, dit is essentieel wanneer groepen in de samenleving conflicterende visies hebben. Professionals spelen een essentiële rol in het evenwicht tussen ruimte laten en ruimte delen, constructief omgaan met conflicten, en het vertalen en het leren kennen van elkaars context.
  - d. Tot slot legt de sociaal werker in zijn beroep de verbinding tussen de leefwereld van de cliënt en de maatschappelijke instituties.

## 2 Psychische kwetsbaarheid

### 2.1 Een begrip dat veel ladingen dekt

In heel het land is er een opvallende stijging van (het aantal meldingen van) psychische problemen. Een derde van de Belgische bevolking meldt stress, spanning, verdriet, zorgen en slaapproblemen. Eén op de tien mensen kampt met een angststoornis en 15% heeft depressieve gevoelens.

Uit bovenstaande omgevingsanalyse bleek dat inwoners van steden meer psychische problemen melden dan niet-stedelijke inwoners. (40% van de Brusselaars ouder dan 15 jaar geeft aan te kampen te hebben met psychische problemen (t.o.v. 35% in Wallonië en 29% in Vlaanderen). 37,1% van de Brusselaars rapporteert depressie of angstaanvallen (Gisle, 2014). Volgens het actieplan geestelijke gezondheid begint 75% van de psychische problemen onder de leeftijd van 25 jaar en is de helft van de stoornissen reeds aanwezig op 14 jaar.

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) wijst er op dat er zeker niet altijd sprake is van ernstige mentale aandoeningen. Vaak gaat het om milde of matige problemen: moeilijke momenten in het leven die gepaard gaan met gevoelens van angst, depressie of burn-out. Indien men niet ingrijpt kunnen ze evolueren naar langdurig psychisch lijden dat steeds moeilijker te behandelen is (KCE, 2016).

De verscheidenheid en gelaagdheid van psychische kwetsbaarheid wordt goed geïllustreerd in de “Livres Noir de la Santé Mentale à Bruxelles” uitgegeven door de FAMGB in maart 2018, waarin een 50-tal Brusselse huisartsen getuigt over de mentale gezondheidsproblemen van hun patiënten. De huisartsen benadrukken dat de meeste van de psychische klachten niet zozeer zijn ontstaan uit een ziektebeeld, maar veeleer uit de zogenaamde keten van ‘live events’ en de levensstress die dat met zich meebrengt. De oorzaken van dit stijgend psychisch onwelzijn zijn uiteenlopend: de grotere flexibilisering en werkdruk op de werkvloer geven aanleiding tot burn-out, (ook bij welzijnswerkers en zorgverstrekkers!), mensen in armoede en werkloosheid ervaren een sterk gevoel van zelfwaardevermindering (meer dan de helft van laagopgeleiden rapporteert psychisch onwelzijn) (Welzijnsbarometer, 2017<sup>48</sup>), mantelzorgers hebben nood aan praktische en psychologische ondersteuning ... Ook (alcohol)verslaving is een

---

<sup>48</sup> De volledige referentie voor dit document is: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad, 2017. We hebben dit omwille van de lengte ingekort naar Welzijnsbarometer 2017.

onderschat probleem. Slechts 15% van alcoholisme wordt ook effectief zo gediagnosticeerd. Slechts 8% wordt behandeld (Mistiaen, et al., 2015). Er is een enorm stigma om hierrond te werken.

Het al dan niet bestaan van een ondersteunend netwerk en de connectie met de omgeving en ruimere samenleving, kunnen het verschil maken, terwijl het uiteenvallen van sociale banden een belangrijk obstakel vormt om aan de mentale gezondheid te werken. Veel mensen die met mentale moeilijkheden kampen, zijn ook sociaaleconomisch kwetsbaar en zouden baat hebben bij een betere samenwerking en wisselwerking tussen sociale en psychologische hulpverlening.



## 2.2 Veelheid aan diensten en ondersteuningsvormen

De gids 'Naar een betere geestelijke gezondheidszorg' stelde in 2010 voor Brussel het volgende: "In het algemeen is het Brussels Gewest vergeleken met de andere gewesten, gekenmerkt door een kleiner aanbod binnen de psychiatrie en de thuiszorg, een belangrijker aanbod op het vlak van de ziekenhuisgeneeskunde en een gevarieerd en adequaat ambulant aanbod met een belangrijk aandeel vanuit de verenigingswereld." (Psy107, 2010) Het relatief beperkt aantal psychiatrische ziekenhuisbedden heeft er toe bijgedragen dat er in de loop van de voorbije decennia een belangrijke expertise en ervaring werd ontwikkeld rond het bieden van langdurige zorg in een ambulant kader (HERMESplus, 2018).

Mensen die kampen met psychische kwetsbaarheden of problemen kunnen door verschillende instanties en organisaties worden geholpen en ondersteund. Het huidige aanbod aan psychologische zorg is echter complex, voldoet niet aan de behoeften en is slecht gekend bij het grote publiek. Ook huisartsen stellen vast dat de drempel naar de geestelijke gezondheidszorg nog hoog is, dat psychotherapie nog weinig toegankelijk is voor de meeste groepen in onze samenleving en dat mensen met een hogere opleiding gemakkelijker de weg vinden naar psychologen, therapeuten en psychiatrische hulp (FAMGB, 2018). De Gezondheidsenquête (Drieskens, 2015) bevestigt de vaststelling dat het raadplegen van een psycholo(o)g(e) of een psychotherapeut(e) nog niet goed ingeburgerd is. Slechts 7% van de Brusselse bevolking deed in de 12 maanden voorafgaand aan het interview een beroep op een dergelijke hulpverlener. Hiermee scoort Brussel wel hoger dan het Belgische gemiddelde van 5%. Mensen van middelbare leeftijd en de hoogst opgeleiden raadplegen het meest een psycholo(o)g(e) of een psychotherapeut(e). Omgekeerd doen laagopgeleiden aanzienlijk minder, en ouderen nauwelijks beroep op psychologische hulp terwijl ze meer met psychische problemen te maken krijgen. Ter illustratie: bijna 40% van de 75-plussers maakt gebruik van psychotrope geneesmiddelen (Gisle, 2014) maar slechts 1,47% deed recent een beroep op psychologische hulp of psychotherapie (Drieskens, 2015). Van de psychologen of psychotherapeuten die in 2013 in Brussel werden geraadpleegd, werkten drie op vier in een privépraktijk of ziekenhuis. In de andere gevallen ging het om een centrum voor geestelijke gezondheidszorg (CGG) (Drieskens, 2015).

Naast de (zelfstandige) psychologen en therapeuten benoemt HERMESplus, het netwerk van geestelijke gezondheidszorg in Brussel, nog verschillende functies en diensten in de zorg voor mensen met psychische problemen<sup>49</sup>:

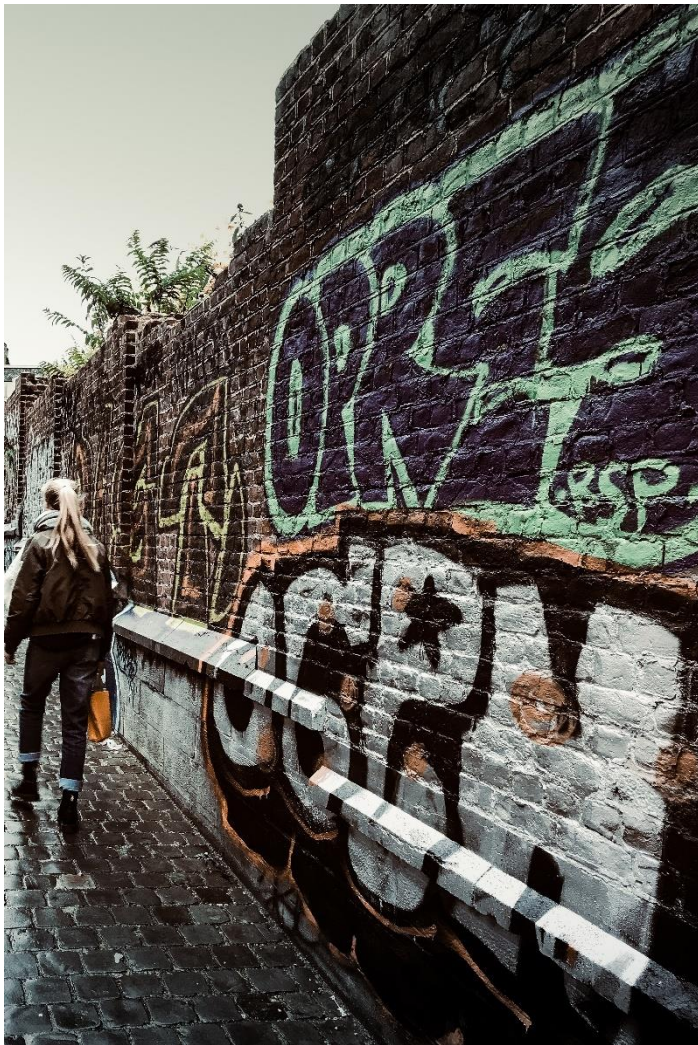
- De hulpverleners in de eerste lijn (huisartsen, CAW, onthaalhuizen, thuiszorgdiensten, sociale diensten ... ) spelen een belangrijke rol in preventie, oriëntering en vroegdetectie.
- Een brede waaier aan welzijnsorganisaties dragen bij tot rehabilitatie, herstel en sociale inclusie door het aanbieden van activiteiten en ontmoeting, laagdrempelige contactmogelijkheden, jobcoaching ... Inclusie, activering en tegengaan van isolement, al dan niet buiten een therapeutisch kader, is hier de belangrijkste doelstelling.
- De centra geestelijke gezondheidszorg bieden ook langdurige ambulante zorg voor mensen met een psychiatrische aandoening die thuis verblijven. Het aanbod aan ambulante psychiatrische zorg is echter te weinig beschikbaar. Meer inzetten op gemeenschapsgerichte zorg, mobiele teams en inzetten van eerstelijnspsychologen op verschillende locaties kan deze lacunes helpen verbeteren (HERMESplus, 2018). Ook de huisartsen onderstrepen dat begeleiding ('travail d'accompagnement') soms betere resultaten oplevert dan een medische opvolging of behandeling.
- Wanneer ambulante zorg onvoldoende mogelijkheden of garantie biedt, kan intensieve residentiële behandeling aangewezen zijn. Het betreft zowel psychiatrische ziekenhuizen (PZ), als psychiatrische afdelingen van het algemeen ziekenhuis (PAAZ). Sommige van deze partners bieden –indien nodig– op korte termijn de mogelijkheid tot opname. De algemene en psychiatrische ziekenhuizen hebben samen 1445 bedden (cijfers 2014), omgerekend 124 per 100.000 inwoners. Dit is aanzienlijk minder dan in Vlaanderen waar 151 bedden per 100.000 inwoners geteld worden (MLOZ, 2014). Het verhoudingsgewijs lager aantal psychiatrische bedden is in tegenstrijd met de hogere incidentie van psychische problematieken die eigen is aan de grootstad. Bovendien is 30% van deze patiënten in de Brusselse voorzieningen niet afkomstig uit Brussel (Kornreich, et al., 2018).

---

<sup>49</sup> [www.hermesplus.be](http://www.hermesplus.be)



- Gespecialiseerde woonvormen zoals psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT) en beschut wonen bieden gepaste begeleiding en omkadering aan mensen met langdurige en gestabiliseerde psychische problemen, buiten een ziekenhuisomgeving. In 2014 telde Brussel 506 plaatsen beschut wonen en 257 PVT. Ook hiermee scoort Brussel verhoudingsgewijs lager dan Vlaanderen. Het tekort aan opvangplaatsen voor mensen met psychiatrische problemen laat zich voelen door hun opname in woonzorgcentra voor ouderen of niet-erkende opvanginitiatieven.



Tabel 15: Overzicht aanbod voorzieningen voor mensen met psychische problemen per gemeente ( sociaal.brussels)

	Ontmoetingsruimten voor personen met psychische stoornissen	Gezondheidsgerelateerde sociale hulp door gespecialiseerde sociale diensten	Diensten voor geestelijke gezondheidszorg	Dagcentra voor volwassenen / kinderen of jongeren met psychische stoornissen	Residentiele voorzieningen voor volwassenen / kinderen en jongeren met psychische stoornissen	Psychiatrische spoedgevallen	Initiatieven beschut wonen	Psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT)
Anderlecht		1	2	5	1	2	1	
Brussel	4	6	7	2	1	4	5	
Elsene	1	1	7	2			2	1
Etterbeek		1	2	1		1	1	
Evere			1					
Ganshoren				1			2	1
Jette	2		1	2		1	2	
Koekelberg				1				
Oudergem			1					
Schaarbeek	3	2	4	3	1		4	1
Sint-Agatha-Berchem								1
Sint-Gillis		1	2				1	
Sint-Jans-Molenbeek		2	2			1		
Sint-Joosten-Node			2	2				
Sint-Lambrechts-Woluwe			2	3	1	1		
Sint-Pieters-Woluwe			1	1				
Ukkel			2	5	3	1	2	
Vorst			2					
Watermaal-Bosvoorde			1					
<b>TOTAAL</b>	<b>10</b>	<b>14</b>	<b>39</b>	<b>28</b>	<b>7</b>	<b>11</b>	<b>20</b>	<b>4</b>

Tabel 16: Overzicht aanbod voorzieningen voor mensen met psychische voorzieningen per erkennende overheid ( sociaal.brussels)

	Ontmoetingsruimten voor personen met psychische stoornissen	Gezondheidsgerelateerde sociale hulp door gespecialiseerde sociale diensten	Diensten voor geestelijke gezondheidszorg	Dagcentra voor volwassenen / kinderen of jongeren met psychische stoornissen	Residentiele voorzieningen voor volwassenen / kinderen en jongeren met psychische stoornissen	Psychiatrische spoedgevallen	Initiatieven beschut wonen	Psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT)
<b>TOTAAL</b>	<b>10</b>	<b>14</b>	<b>39</b>	<b>28</b>	<b>7</b>	<b>11</b>	<b>20</b>	<b>4</b>
Erkenning VG <sup>50</sup> (NL)	1	5	4	2	0	1	2	0
Erkenning GGC (FR+NL)	3	5	6	12	2	8	17	4
Erkenning COCOF (FR)	6	4	29	14	5	2	1	0

<sup>50</sup> Vlaamse Gemeenschap.

## 2.3 Ontwikkelingen en uitdagingen in de toekomst

Van het tegengaan van psychisch onwelzijn tot de zorg voor psychiatrische patiënten: het scala aan uitdagingen in Brussel is groot.

De huisartsen benadrukken de rol die is weggelegd voor de welzijnssector in het ondersteunen van mensen met een psychische kwetsbaarheid en dit op verschillende niveaus: het versterken van het netwerk rondom de persoon, het bieden van contextgerichte zorg en ondersteuning. Daarbij hoort ook het meewerken aan de destigmatisering en de paradigmashift om mensen met een psychische aandoening zoals depressie, psychotische aandoeningen en verslavingen aanvaard en ondersteund te laten zijn door de bewoners in buurt of stad. Samenhuisprojecten, kleinschalige woonvoorzieningen maar ook aanspreekpunten en eerstelijnspsychologen in de buurt kunnen dit versterken en de drempel naar de geestelijke gezondheidszorg verlagen.

Gezien de omvang van de psychische problematiek, bepleit het KCE een betere toegang tot geestelijke gezondheidszorg via een model op twee niveaus (2016): in de eerste lijn - breed toegankelijk en zonder voorschrift of criteria open voor iedereen - zijn eerstelijnspsychologen rechtstreeks benaderbaar in huisartsenpraktijken, centra algemeen welzijnswerk, centra voor leerlingenbegeleiding ... Mensen kunnen er tot maximum vijf sessies terugbetaald krijgen. Zo nodig worden ze doorverwezen naar de tweede lijn, ingebed binnen de centra geestelijke gezondheidszorg. Daar bevindt zich de meer gespecialiseerde zorg waarin ook psychiaters geïntegreerd zijn. Particuliere psychologen en therapeuten kunnen verder buiten dit samenwerkingsmodel opereren, zij het zonder terugbetaling. Het KCE is overtuigd dat de invoering van dit vereenvoudigd model een belangrijke meerwaarde zou betekenen voor de bevolking. De invoering er van is echter nog niet voor morgen: de bevoegdheidsverdeling van de geestelijke gezondheidssector over de federale en de gemeenschapsoverheden vormt een belangrijke struikelblok.

Intussen is de terugbetaling van kortlopend psychologisch consult in het vooruitzicht gesteld. Vanaf maart 2019 kunnen volwassenen met veelvoorkomende psychische problemen zoals angststoornissen, depressie of alcoholproblemen een terugbetaling krijgen voor een bezoek aan de psycholoog (De Block, 2018). De terugbetaling geldt voor vijf sessies (een intake en vier sessies) bij een eerstelijnspsychoog op doorverwijzing en voorschrift van een huisarts. De sessies kunnen eenmalig verlengd worden met nog eens vier sessies indien de huisarts dit adviseert en voorschrijft. Hiermee wordt de drempel naar psychologische zorg voor heel wat mensen aanzienlijk verlaagd. Evenwel blijft dit

beperkt tot consult op doorverwijzing door een arts én zijn 65-plussers van deze terugbetaling uitgesloten, terwijl er ook bij deze groep een grote nood is aan psychologische ondersteuning (Lesaffer, 2018).

Wat de meer gespecialiseerde en dringende zorg voor mensen met psychische problemen betreft, blijft het Brussels aanbod achterop hinken en kampen met een tekort. Als gevolg van een kleiner aantal psychiatrische bedden in Brussel wordt al jaren een filter systeem toegepast bij noodsituaties om in te schatten of de vraag naar opname voor observatie gerechtvaardigd zijn. Dit heeft onvermijdelijk als gevolg dat sommige patiënten die zich in een onrustwekkende situatie bevinden, naar huis worden gestuurd in plaats van opgenomen te worden in het ziekenhuis.

De mobiele teams die ontwikkeld werden in uitvoering van de Artikel 107<sup>51</sup> zouden hierop een afdoend alternatief moeten vormen. Deze hervorming is echter gebaseerd op een budgetneutraal principe. Het personeel dat nodig is voor de mobiele teams kan dus alleen komen door het sluiten of 'bevrozen' van ziekenhuisbedden. Dit vormt geen onoverkomelijke problemen in Vlaanderen, maar is in Brussel veel moeilijker gezien het relatief tekort aan psychiatrische bedden. De regio heeft momenteel zeer beperkte middelen voor de mobiele teams. De sector pleit dan ook voor meer financiële middelen voor de ontwikkeling van mobiele teams en voor de ondersteuning van psychiatrische noodsituaties (Kornreich, et al., 2018).

---

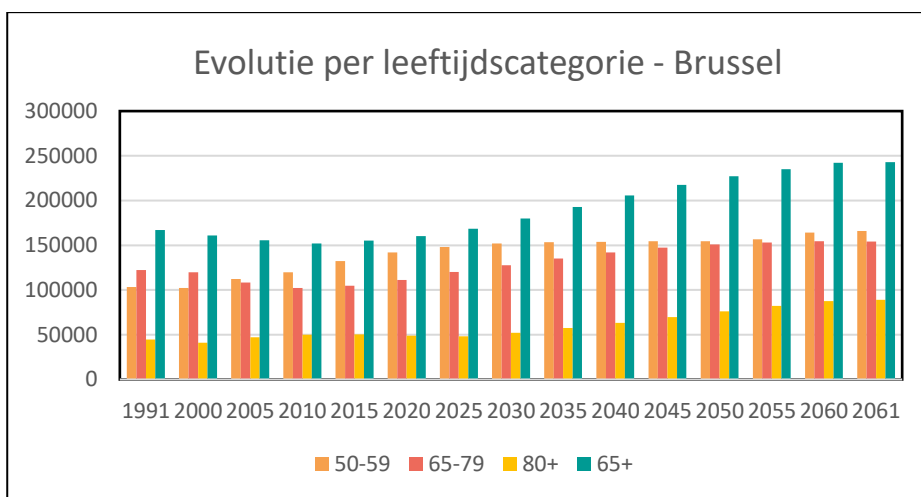
<sup>51</sup> psy107.be

## 3 Ouderen en ouderenzorg

### 3.1 Ouderenpopulatie in Brussel

De demografische evoluties (zie deel I) toonden het al aan: hoewel de vergrijzing trager verloopt dan in Vlaanderen, neemt ook in Brussel het aantal ouderen de komende jaren en decennia toe.

*Figuur 8: Evolutie aantal 50+ per leeftijdscategorie in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (: 1991-2016: waarnemingen, ADS; 2017-2061: vooruitzichten, FPB en ADS + eigen verwerking)*



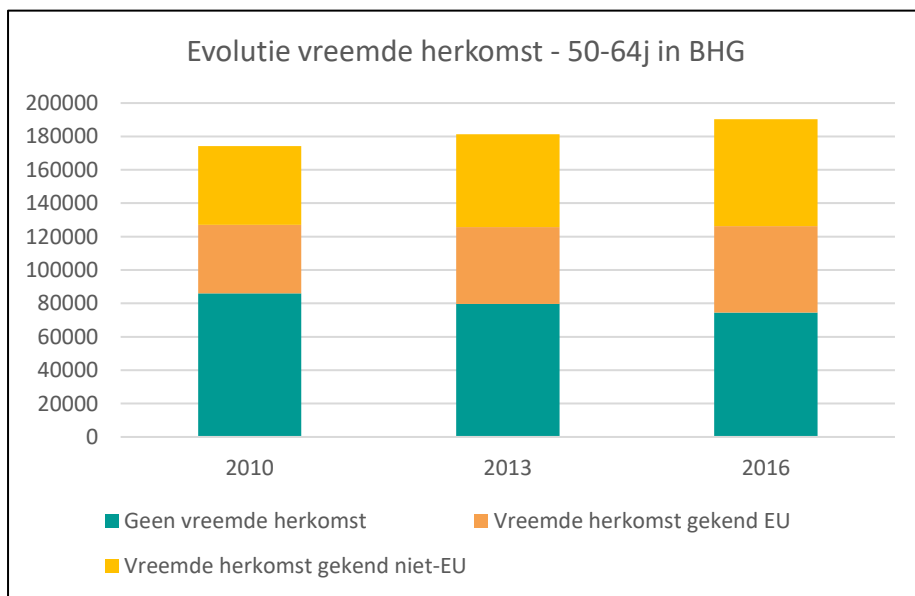
Uiteraard draagt de hogere levensverwachting hiertoe bij, maar de stijging is in de eerste plaats toe te schrijven aan een aankomende groep van jongsenioren, veelal met een migratieachtergrond. Toch houdt ook de vergrijzing binnen de vergrijzing in Brussel stand: in 2015 had één op drie ouderen (33%) de leeftijd van 80 jaar. Dit cijfer ligt iets hoger dan het Vlaams gemiddelde (30%), maar blijft de komende decennia relatief stabiel, terwijl het aandeel 80-plussers in Vlaanderen stijgt naar meer dan 40% in 2050. De zorgnoden van deze groep zijn uiteraard manifester dan deze van jongere ouderen.

Beperkingen in het dagelijks leven, gezondheidsproblemen, psychische onwelzijn, zorgafhankelijkheid en sociaal isolement nemen toe met de leeftijd, met een versneld risico bij groepen met zwakke sociaaleconomische status. Een belangrijk gedeelte van de 65-plussers wordt getroffen door armoede en dat gaat de laatste jaren in stijgende lijn: in 2016 geniet 11,3% van de 65-plussers een inkomensgarantie voor ouderen (IGO), in 2018 is dat al 11,8%. In Vlaanderen en

Antwerpen is dat in 2016 respectievelijk 4,5% en 7,7% en in 2018 4,0% en 8,1% (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, 2016). 30% van de ouderen heeft ook Recht op een Verhoogde tegemoetkoming voor geneeskundige Verzorging (RVV)<sup>52</sup> (BISA, 2014).

De kansarmoede onder ouderen nam overigens sterk toe tussen 2005 en 2015, een trend die vooralsnog niet lijkt te keren. De vertraagde vergrijzing en stijgende kansarmoede bij Brusselse ouderen is in hoofdzaak toe te schrijven aan de effecten van migratie en het stijgende aandeel ouderen uit etnisch-culturele minderheidsgroepen. Het aandeel ouderen van vreemde herkomst<sup>53</sup> in Brussel evolueerde van 28% in 2010 naar 34% in 2016 (Kruispuntbank Sociale Zekerheid, 2016), met telkens een gelijk aandeel ouderen met EU en niet-EU herkomst. De Marokkaanse gemeenschap vormt hierbinnen de grootse groep, gevolgd door senioren afkomstig uit Zuid-Europa (Lodewijckx, 2013<sup>54</sup>).

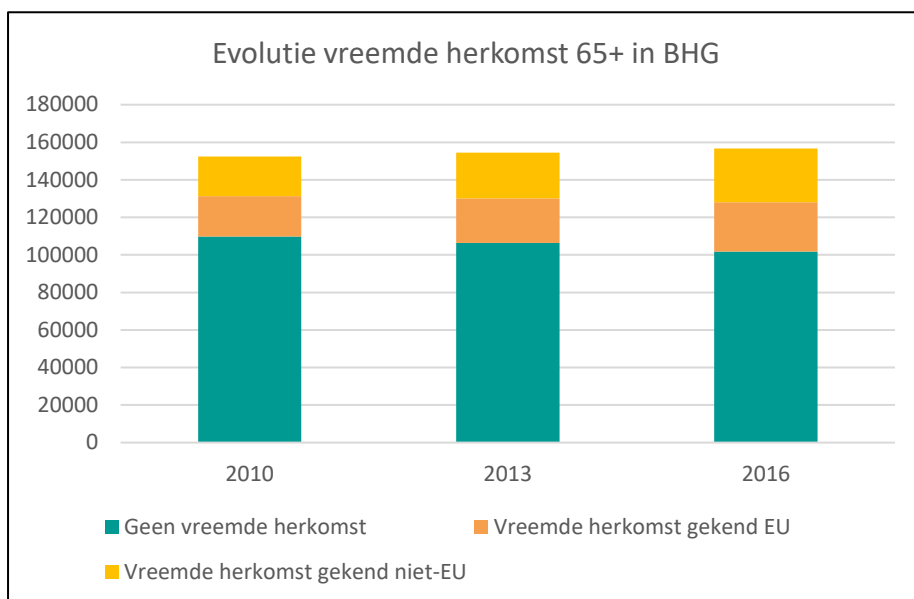
*Figuur 9 & 10: Evolutie ouderen van vreemde herkomst in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (Kruispuntbank Sociale Zekerheid, 2016).*



<sup>52</sup> Wie een laag inkomen heeft, kan in aanmerking komen voor een speciaal statuut bij het ziekenfonds waardoor je minder moet betalen voor geneeskundige verzorging. Dit voorkeurtarief heet verhoogde tegemoetkoming. Dit aandeel van 30% omvat de rechthebbende op een IGO en andere ouderen met een bruto jaarlijks gezinsinkomen lager dan € 19.105,58.

<sup>53</sup> Vreemde herkomst wordt gedefinieerd als: elke inwoner waarvan de huidige of eerste nationaliteit niet-Belgisch of de eerste nationaliteit van vader of moeder niet-Belgisch is.

<sup>54</sup> Er zijn hier geen geactualiseerde cijfers van.



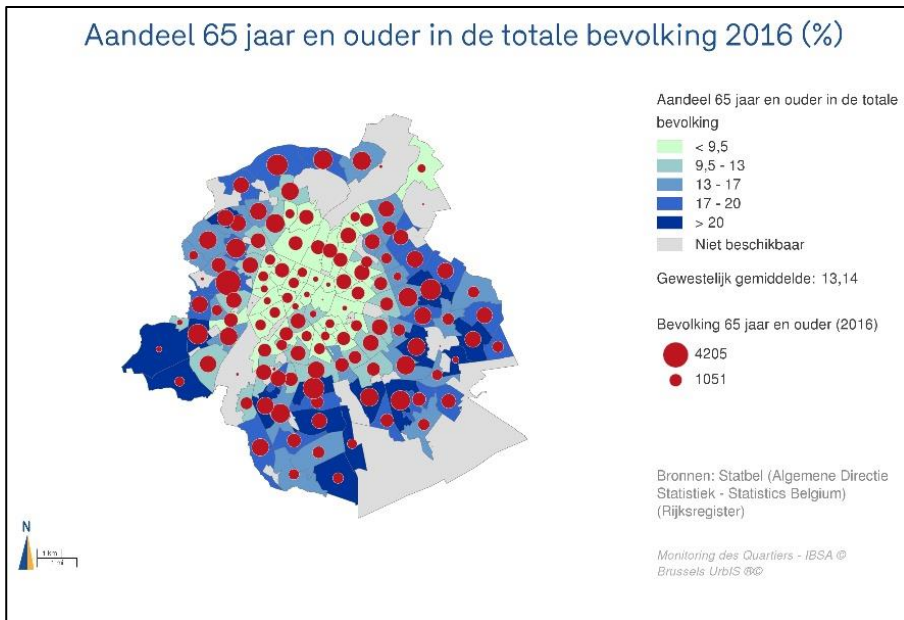
De aankomende generatie ouderen, nu 50- tot 65-jarigen, is uitgesproken divers en niet enkel afkomstig van traditionele migratielanden zoals Marokko, of Turkije (Vanmechelen, 2016). In 2016 had 55% van de Brusselaars tussen 50 en 64 jaar een buitenlandse origine (Kruispuntbank Sociale Zekerheid, 2016), 30% een niet-EU achtergrond. Het aandeel met niet-EU herkomst neemt t.o.v. de voorgaande jaren verder toe. Het is belangrijk te onderstrepen dat ouderen uit etnisch-culturele minderheidsgroepen, in het bijzonder uit niet-westerse landen, zich veel vaker dan Belgische ouderen in een ongunstige socio-economische situatie of positie bevinden en meer en op vroegere leeftijd kampen met gezondheidsproblemen.

Deze evolutie zal zich gaandeweg ook laten voelen in de ruimtelijke spreiding. In 2016 kende Brussel een 'jonge' eerste kroon (minder dan 9% ouderen) in en rond het centrum en een 'oude' perifere kroon (tot meer dan 20% ouderen) in de gemeenten aan de buitenrand van het gewest.

De groei van de ouderenbevolking zal echter een gedeeltelijke omkering teweeg brengen en leiden tot een daling van ouderen in de zuidoostelijke gemeenten en een sterkere aanwezigheid in de dichtbevolkte gemeenten van de eerste kroon.



Figuur 11: Aandeel 65-jarigen en ouder in de totale bevolking 2016 (Wijkmonitoring, 2017)



Meer dan elders zijn Brusselse ouderen aangewezen op de private huurmarkt, wat hun financiële draagkracht ten aanzien van eigenaars of sociale huurders sterk verzwakt. Het percentage huurders is hoger in de gemeenten in het centrum, het noorden en het westen van het gewest. Dit zijn eveneens de gemeenten met in het algemeen een bevolking met een lager socio-economisch niveau (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, 2016). Naast lage inkomens en preciaire huisvesting leiden ook een wegvallend sociaal netwerk tot een verzwakte sociaaleconomische situatie. Zowel Belgische ouderen die vervreemd raken van hun eigen buurt als allochtone ouderen die geen aansluiting vinden bij ons zorgsysteem, zijn daarom kwetsbaar.

Veel ouderen maken zich ongerust over hun oude dag, vooral over hun financiële draagkracht en de betaalbaarheid van zorg. De wanverhouding tussen de (kleine) pensioenen en de (hoge) kost van wonen en zorg is een weerkerend thema tijdens gesprekken met ouderen. Op een financieel comfortabele manier oud worden is een belangrijke, zo niet de belangrijkste bekommernis van 60-plussers (Koning Boudewijnstichting, 2017).

Er zijn verschillende manieren voor ouderen om zich voor te bereiden en om te gaan met de problemen die zich stellen bij het ouder worden. De oudere kan actief blijven in zijn/haar omgeving en zich geleidelijk aanpassen, bvb. door een verhuis in de buurt of aanpassing van de woning, of door beroep te doen op informele en formele hulp. Op deze manier behoudt de oudere zijn sociaal netwerk, komt geleidelijk een informeel en formeel netwerk van hulp tot stand en is de oudere beter gewapend om thuis te blijven wonen (Verté, 2016).

De oudere die zijn veroudering als een louter persoonlijke gebeurtenis ondergaat, zonder voldoende gebruik te hebben gemaakt van informele of professionele hulp, zal bij een incident (een val, hospitalisatie, burn-out van zijn omgeving) sneller 'institutionaliseren', zonder gebruik te hebben gemaakt van de vele thuiszorgdiensten.

Onderzoek van de Koning Boudewijnstichting bevestigt: ouderen die kunnen rekenen op sociale steun lijken beter gewapend en kijken minder op tegen het ouder worden dan wie minder sociale steun ervaart. Sociaal geïsoleerde ouderen lopen het meeste risico op problemen wanneer ze zorgbehoevend worden; dit risico wordt kleiner voor personen die zich voorbereiden op hun oude dag en die ingebed zijn in een sociaal netwerk. De weerbaarheid verhoogt wanneer ouderen nog betekenisvol kunnen zijn en het gevoel krijgen er nog toe te doen. Toch wordt dit potentieel nog onvoldoende gemobiliseerd als bron van ondersteuning voor anderen én als hefboom voor meer welbevinden en kwaliteit van leven.

### 3.2 Erkende thuiszorgdiensten en ouderenvoorzieningen in Brussel

In onderstaande tabel geven we een overzicht van de initiatieven die door de drie Gemeenschappen - Vlaamse Gemeenschap (VG), Franse Gemeenschapscommissie (COCOF) en Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC) worden erkend en gesubsidieerd in de thuiszorg en residentiële zorg voor ouderen. Deze cijfers moeten met enig voorbehoud worden gelezen en zijn voornamelijk indicatief en illustratief bedoeld, aangezien de erkenningskaders en registratiewijze die door de overheden wordt gehanteerd niet steeds gelijklopend is.



Tabel 16: Evolutie aanbod werkvormen en diensten in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (De Donder, et al., 2012 & Eigen verwerking<sup>55</sup>).

Aanbod erkende werkvormen en diensten	Situatie 2011			Situatie 2017		
	VG	COCOF	GGC	VG	COCOF	GGC
Gezinszorg	134.296*	864.567**	265.400**	141.852*	871.597**	286.648**
Lokale dienstencentra (activiteitscentra)	18	6	42	19	(14)***	(44)***
Dagverzorgingscentra	2	1	6	3 (45pl)	0	8 (135 pl)
Dagcentra / collectieve dagopvang	1	2	0	1 (10pl)	6 (145pl)	3 (55pl)
Nachtopvang	0	0	0	0		Nachtoppas thuis
Rusthuizen – woonzorgcentra	2	48	109	8	0	148
Rusthuisbedden-wooneenheden WZC	197	3.811	10.960	865		15.661
Serviceflats (1of 2 p.)	32	0	1387	63	1.579	
Herstelverblijf buiten ziekenhuizen			(20)	1 (35 pl.)		n.b.
Kortverblijfbedden	0	10	12 (+50)	13 pl.		45

\* = aantal gepresteerde uren

\*\* = toegewezen urencontingent

\*\*\* resultaat zoekterm: 'plaatsen waar ouderen zich kunnen ontspannen' op Sociaal Brussels

<sup>55</sup> Cijfers opgevraagd bij Vlaamse Overheid, Home Info, Fédération des Services Bruxellois d'Aide à Domicile asbl, sociaal.brussels, Service public francophone bruxellois, Diensten van het verenigd college Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.

De sector van de huisvestingsvoorzieningen voor ouderen (rusthuizen en serviceflats) heeft in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest afgelopen 20 jaar ingrijpende wijzigingen ondergaan (BISA, 2018).

Het aantal kleine voorzieningen (van 2 tot 50 bedden) is gedaald van 140 in 1997 tot 35 in 2017. Drie op vier kleine structuren zijn dus verdwenen terwijl steeds meer grotere voorzieningen (meer dan 100 bedden) hun deuren hebben geopend. Dit is het resultaat van aanzienlijke investeringen van de privésector die vandaag met een aandeel van 55% ruimschoots de bovenhand heeft in het residentieel aanbod (woonzorgcentrum/rusthuis en assistentiewoning/serviceflats) naar ouderen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. De afbouw van de kleinere voorzieningen en de verandering in schaalgrootte heeft tot 2011 geleid tot een vermindering van het aantal plaatsen, maar sindsdien is er een kentering en een stijgende trend waarneembaar. Het aantal plaatsen voor rusthuis en serviceflats samen klopte af op 17.672 op 31 december 2007 en 18.177 op 31 december 2017.

Verder stelt Home-Info vast dat er door de komst van grotere groepen en nieuwe rusthuizen een tendens is tot afbouw van de serviceflats. De dagprijs per bed of flat stijgt jaar na jaar en veel pensioenen zijn absoluut niet meer toereikend om de kosten te dragen. Overigens neemt de leeftijd toe waarop ouderen de keuze maken om te verhuizen naar een woonzorgcentrum of rusthuis en zijn de rusthuisbewoners steeds meer zorgbehoevend (Home-info, 2018).

### 3.3 Verschuiving van residentiële naar buurtgerichte zorg

De toename van de ouderenpopulatie heeft onvermijdelijk gevolgen voor de nood aan zorg en ondersteuning. Met de leeftijd stijgt ook de kans op een mindere gezondheid, op verlies aan contacten, op verminderde mobiliteit en op functionele beperkingen. Meer dan een kwart van de 65-plussers heeft het moeilijk om één of meerdere dagelijkse activiteiten uit te voeren of kan dit zelfs helemaal niet (Demarest, 2014). De relatie leeftijd en ziekte is heel uitgesproken wat betreft dementie. Dementie treft 8,7% van de vrouwen tussen 75 en 79 jaar, een aandeel dat verder stijgt naar 15% tussen 80 en 84 jaar, tot 45% eenmaal de leeftijd van 90 is bereikt. De ziekte treft vandaag bijna 12.000 vrouwen en 7.250 mannen ouder dan 60 jaar (Koning Boudewijnstichting, 2018).

Bij laaggeschoolde ouderen ligt het percentage personen met beperkingen steeds hoger dan bij hooggeschoolden. Recent onderzoek van UGent bevestigt: migranten van de eerste generatie voelen zich minder gezond, waarbij laag inkomen en opleidingsniveau zwaarder doorwegen dan culturele achtergrond (Van Roy, et al., 2018). De verkleuring en verarming van de Brusselse ouderenpopulatie zijn dan ook de meest uitdagende ontwikkelingen voor de Brusselse ouderenzorg.

De gangbare idee en vaststelling is dat mensen zolang mogelijk thuis willen wonen en niet overwegen om naar een rusthuis of woonzorgcentrum te gaan zolang ze niet (zwaar) zorgbehoevend zijn. Toch zijn er in Brussel, in vergelijking met Vlaanderen en Wallonië, meer Brusselse ouderen in een residentiële voorziening én verblijven er verhoudingsgewijs meer mensen met een lichte vorm van afhankelijkheid die weinig hulp nodig hebben (Carbonnelle, 2017). De dekingsgraad aan woonvoorzieningen in een Brussels rusthuis (ROB/RVT) bedroeg in 2016 10,2 bedden per 100 65-plussers en 20,3 bedden per 100 75-plussers, tegenover 5 bedden per 100 65-plussers in Vlaanderen en 7 in Wallonië. De profielen van lichte afhankelijkheid (O- & A-profiel bewoners) zijn in het Brussels Gewest daarenboven oververtegenwoordigd (38 %) ten opzichte van Vlaanderen (24 %) en Wallonië (34 %) (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, 2016). Het gaat om bewoners met een zogenaamde O- of A-score op de KATZ-schaal, wat betekent dat ze weinig tot geen hulp nodig hebben bij dagelijkse activiteiten zoals zich wassen, kleden, verplaatsen, eten, toiletbezoek ... Deze afhankelijkheidsgraad zegt uiteraard niets over eventuele nood aan bvb. psychosociale hulp die deze bewoners nodig zouden kunnen hebben.

Voor de relatieve oververtegenwoordiging van lage zorgprofielen in Brusselse rusthuizen worden verschillende hypothesen aangereikt: de sociaal-financieel kwetsbare situatie van Brusselse ouderen, de hoge huurprijzen, het isolement maar ook de aanwezigheid van groepen mensen die geen opvang vinden in andere structuren voor mensen met een handicap of geestelijke gezondheidsproblemen. Een recente kwalitatieve studie (Carbonnelle, 2017) bracht verschillende typologieën in beeld:

- Hoewel een minderheid, is er een kleine groep ouderen die anticipeert en bewust kiest voor een rusthuis of woonzorgcentrum om 'onafhankelijk te blijven': ze zijn nog volledig zelfstandig en willen dit behouden zonder beroep te willen of kunnen doen op familie of naasten.

- Anderen kiezen voor een opname uit voorzorg of veiligheidsoverwegingen, bijvoorbeeld omdat dagelijkse activiteiten wat moeizamer worden en ze zich onzeker beginnen voelen.
- Verder zijn er ouderen die door hun gezondheidssituatie kwetsbaar zijn geworden en genoodzaakt om hun huis achter te laten en voor een veiligere omgeving te kiezen.
- Een categorie bewoners – veelal mannen die vaak nog vrij ‘jong’ zijn (ongeveer 60 jaar), heeft er totaal niet voor gekozen om in een rusthuis te wonen, maar kwam er terecht om sociale redenen door een cumul van problemen i.v.m. woonst, financiën, gezondheid...
- Bij de jongere rusthuisbewoners vinden we ook mensen met een psychische/psychiatrische problematiek of handicap, komende van andere instellingen die hen niet (meer) kunnen helpen of van thuis, bijvoorbeeld na het overlijden van hun ouders.
- De opname in een ziekenhuis, bvb. na een val of voor een ingreep, is veelal het beslissend moment waarop tot verhuis naar een rusthuis wordt besloten, op aandringen van artsen of familie of door de sociale diensten. Alleen wonen, cognitieve problemen maar ook het gebrek aan adequate opvangmogelijkheden of huisvestingsproblemen zijn daarbij vaak beslissend.

Op zich is de opname van deze bewoners niet in tegenstrijd met de huidige regelgeving: de tweetalige rusthuizen erkend door de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC) - d.i. 95% van het Brussels aanbod - zijn gericht op mensen vanaf 60 jaar, ook valide, en kunnen tot 5% jongere bewoners opvangen. De Vlaamse erkende woonzorgcentra (5% van het aanbod) zijn bedoeld voor bewoners vanaf 65 jaar, waarbij voor vervroegde opname een afwijking tot maximum 10% van de bewoners kan worden toegestaan.

Niettemin wordt zowel in het Vlaams woonzorgbeleid als bij de Brusselse beleidsmaker steeds meer gesproken van het centraal zetten van de gebruiker en wordt de nadruk gelegd op keuzemogelijkheid en eigen regie. Dit waarmaken veronderstelt dat er ook voldoende alternatieven zijn tussen het zelfstandig en autonoom thuis wonen enerzijds, en de overstap naar een residentiële voorziening wanneer de omstandigheden er om vragen, en dit vanuit een holistische benadering waarbij het welzijn, het wonen en de zorg van (oudere) personen met een ondersteuningsnood onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn.

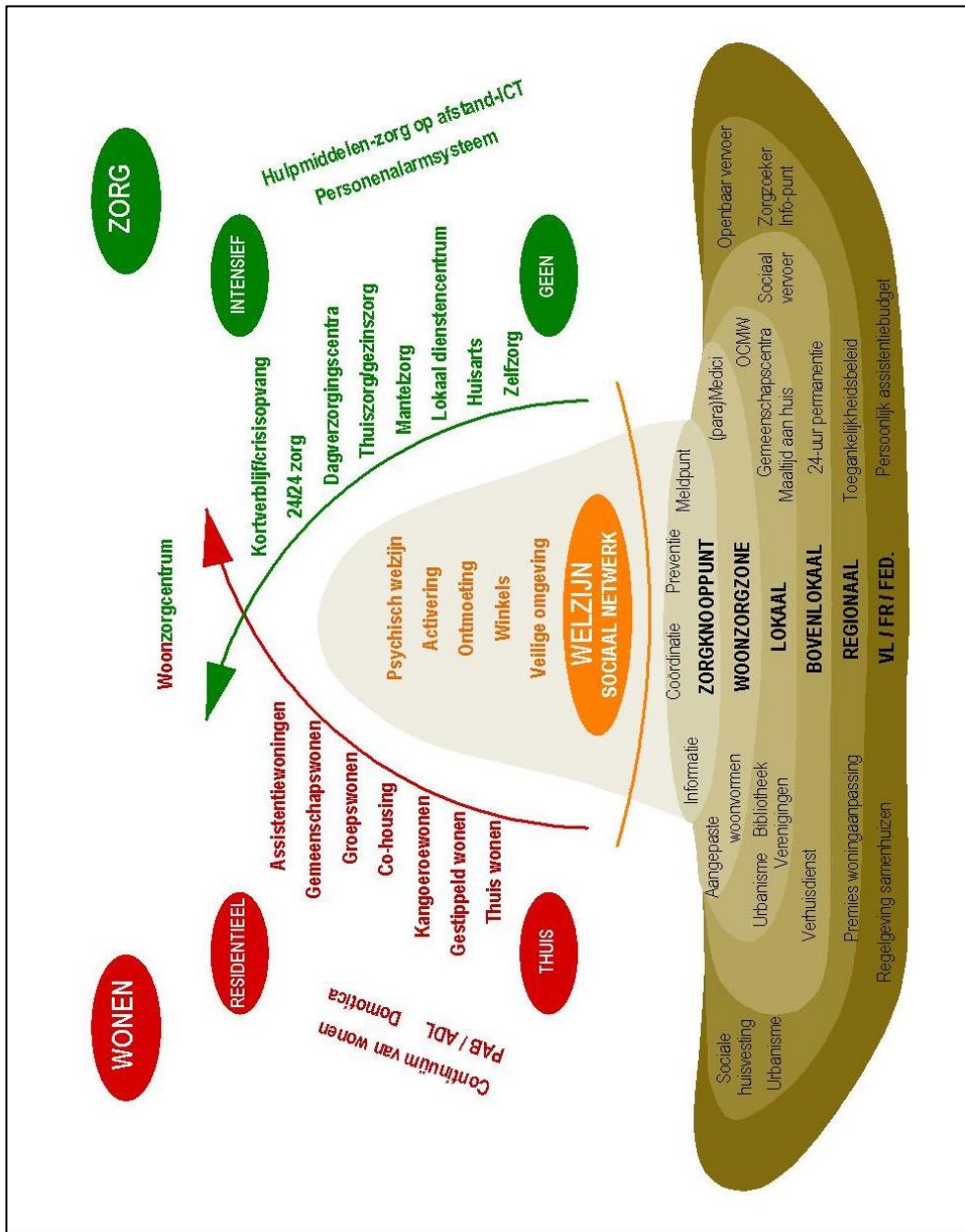
Deze gedachte wordt weergegeven in het Sombromodel waarin enerzijds de relatie tussen welzijn, wonen en zorg duidelijk wordt, maar ook hoe dit een

wisselwerking vergt op territoriale en bevoegdheidsniveaus tussen de meest nabije buurtschakels, de supra lokale voorzieningen, het Brussel gewest en de regelgeving tot op het Vlaams en federale niveau.





Figuur 11: Sombromodel



De vaststelling dat er in Brussel een overaanbod is aan rusthuisbedden, meer in het bijzonder ROB-bedden voor lage zorgprofielen, zette de GGC er toe aan om op termijn een striktere programmering te ontwikkelen, met als eerste stap het instellen van een moratorium: minstens tot 2020 worden geen nieuwe vergunningen toegekend voor ingebruikname en exploitatie van rusthuisbedden (ROB en RVT). Om het aanbod beter op de behoeften af te stemmen, krijgen de instellingen de mogelijkheid om ROB-bedden om te zetten naar RVT-bedden of bedden voor kortverblijf. Verder stelt de GGC in haar regeerakkoord (GGC, 2014) dat het wil inzetten op alternatieven voor het rusthuis om te beantwoorden aan de grote vraag van ouderen om zo lang als mogelijk thuis te blijven wonen: invoering van een dagverzorgingscentrum per gemeente, seniorenalarm, nieuwe plaatsen voor kortverblijf, gegroepeerd wonen, gemeenschapshuizen, service-residenties en opvang van personen met dementie.

Met deze beleidsopties wordt ingespeeld op de behoeften aan een grotere variatie in het zorg- en woonaanbod voor ouderen.

Dit is een belangrijke evolutie. Toch is het daarbij ook essentieel om de transitie te maken van cure naar meer care, met ander woorden: niet enkel curatief en probleemoplossend handelen maar meer de nadruk leggen op het wel-zijn en waarborgen van levenskwaliteit en zingeving.

De projecten buurtgerichte zorg die door de GGC ondersteund worden, spelen daar precies op in. Het doel van deze projecten is de levenskwaliteit en het welzijn van ouderen en personen met verminderde zelfredzaamheid verbeteren, met aandacht voor zelfstandig blijven wonen. De aanpak is gebaseerd op een territoriale en trapsgewijze benadering van de zorg en ondersteuning met de inzet van mantelzorgers en informele zorgverleners, het netwerk van actoren in de buurt, de gemeentelijke diensten, zorgverstrekkers en sociale diensten en ten slotte de tweedelijnsdiensten en residentiële zorg. Drie projecten krijgen de kans om in de periode 2018-2021 acties te ontwikkelen waarbij op buurtniveau een geïntegreerd organisatiemodel wordt uitgetest dat zich toespitst op een vroegtijdige, globale, geïntegreerde en multidisciplinaire aanpak, de ontwikkeling van een lokaal buurtzorgnetwerk, de bekendmaking van het aanbod en het stimuleren van een kwaliteitsvolle leefomgeving voor thuiswonende oudere.

Interessant is dat zowel hier als voor de pilootprojecten geïntegreerde zorg voor chronische patiënten (Chronic-Care) en de hervorming van de Vlaamse Eerstelijns in Brussel gekozen werd voor een benadering waarin buurtgerichte zorg en de wisselwerking tussen (medische) zorg en sociaal werk centraal staan. De uitdaging zal erin bestaan om deze intenties en transities concreet vorm te geven en te laten samen sporen in een coherente zorg en ondersteuning waarbij de kwetsbare oudere centraal staat.

Eerder al onderschreven het kabinet van Vlaams minister van Welzijn en de VGC de speerpunten uit het Masterplan Woonzorg Brussel 2014 – 2020 als richtinggevend voor het toekomstgericht woonzorgbeleid in Brussel. Enkele kernbegrippen hierin zijn het buurt- en wijkgericht werken en de uitbouw van zorgzame wijken, de ondersteuning van mantelzorg en uitbouw van respijtzorg, het inzetten van vrijwilligers, de ondersteuning van intersectorale projecten binnen een wijk. De Vlaamse overheid engageerde zich om, binnen het kader van het Vlaamse woonzorgbeleid en de contouren van de beschikbare budgetten, prioriteit te geven aan de regio Brussel voor de uitbreiding van lokale dienstencentra, oppashulp, gezinszorg, toewijzing VIPA middelen, .... met het oog op de uitbouw van een Vlaams zorg- en ondersteuningsaanbod in de hoofdstad Brussel. Bijzondere aandacht dient daarbij te gaan naar de specifieke behoeften van allochtone ouderen.

## 4 Personen met een beperking

### 4.1 Definitie en cijfers

Een uniforme wijze om naar handicap te kijken, bestaat niet. Afhankelijk waar je de vraag stelt, krijg je een andere set van voorwaarden en criteria, vragenlijsten, arbitraire scores en verklaringsmodellen waaruit een persoon zijn (dis)functioneren wordt bekeken. In de meeste gevallen staan de medische en economische aspecten van handicap centraal. Er wordt gesproken in termen van tekorten, deficits en loonverlies die via bepaalde maatregelen kunnen worden verminderd. Dit model wordt het medische model genoemd (GRIP, 2018).

Het VN-verdrag inzake de rechten voor personen met een handicap (2006) tracht een paradigmashift te introduceren van een medisch model naar een sociaal mensenrechtenmodel. De VN omschrijft personen met een handicap als “personen met langdurige fysieke, mentale, intellectuele, of zintuigelijke beperkingen die hen in wisselwerking met diverse drempels kunnen beletten volledig, effectief en op voet van gelijkheid met anderen te participeren in de samenleving”.

Naast het vinden van een eenvormige definitie is het ook moeilijk om universele cijfergegevens te vinden over handicap in België en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Er zijn officiële statistieken van diverse (overheids)agentschappen maar ook statistieken van subjectieve beoordelingen door burgers. Beide kunnen een benadering geven van de actuele situatie in Brussel. De Gezondheidsenquête (Van der Heyden, 2014) geeft weer hoeveel personen tussen 15 en 65 jaar een langdurige aandoening of handicap rapporteerden (subjectieve beoordeling). In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest hebben 30,5% van de respondenten een langdurige aandoening. Dit percentage is lichtjes hoger bij vrouwen dan bij mannen. Ter vergelijking in het Vlaams Gewest rapporteert 27,2% van de bevroegden een langdurige aandoening.

Het hebben van een langdurige aandoening is een interessant gegeven, maar zegt niets over de impact van de aandoening op het functioneren. De Gezondheidsenquête heeft dit ook bevraagd en kwam tot volgende gegevens:

*Vergelijking 17: Aandeel van de personen met een (gerapporteerde) langdurige aandoening die door de aandoening beperkingen ervaren (Van der Heyden, 2014).*

	<b>Brussels Hoofdstedelijk Gewest</b>	<b>Vlaanderen</b>	<b>België</b>
Beperking door aandoening	66,5%	69,5%	69%
Ernstige beperking door aandoening	24,2%	14,9%	17,4%

Tegenover deze subjectieve cijfers staan er ook officiële statistieken betreffende invaliditeit en handicap. Een mogelijke indicator is het invaliditeitscijfer<sup>56</sup>. In 2015 was 7,3% van de beroepsactieve bevolking in het Brussels Gewest invalide. In Vlaanderen is dit 7,4% en in Wallonië 10,1% (Mazina, et al., 2016). Het RIZIV beschouwt iemand als invalide persoon zodra hij, omwille van een lichamelijk letsel, langer dan 1 jaar arbeidsongeschikt is. Via een uitkering verzekert het RIZIV ook een inkomen tijdens de arbeidsongeschiktheid.

De groep personen met een handicap is ruimer en verzamelt alle personen met een lichamelijke, verstandelijke, psychische of sociale beperking. Een handicap kan aangeboren zijn of verworven.

- Een cijfer dat het aantal personen met een beperking kan benaderen is dat van de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid, Directie-Generaal Personen met een handicap. In Brussel ging dit over 4,5%, en in Vlaanderen over 5% van de bevolking (zie pagina 33).
- Ook de verhoogde kinderbijslag voor kinderen met een aandoening geeft een schatting. In Brussel heeft 1,92% van de kinderen een aandoening, in Vlaanderen 2,41% (zie pagina 34).

---

<sup>56</sup> Dit cijfer wordt berekend op basis van de beroepsactieve bevolking. Dit zijn personen tussen 20 tot en met 64 jaar. In 2015 was 61,8% (730.254 personen) van de Brusselse bevolking beroepsactief.

Personen met een handicap kunnen een aanvraag doen voor gespecialiseerde zorg en ondersteuning of persoonlijke assistentie. In Brussel kunnen zij hiervoor een erkenning vragen bij:

- Het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH).
- De Personne Handicapée Autonomie Recherché (Phare).
- De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC).

Een erkenning bij deze agentschappen geeft toegang tot de hulp- en dienstverlening van organisaties en voorzieningen die erkend zijn door het desbetreffend agentschap. Bij gebrek aan voldoende middelen moeten personen met een handicap zich laten registreren op een wachtlijst in afwachting van een toekenning van zorg en ondersteuning of een budget. Je kan een VAPH-erkenning niet inzetten bij een organisatie van de Phare en omgekeerd. Dit maakt dat de keuze die je maakt bij de aanvraag tot erkenning zeer bepalend is voor het verdere zorg- en ondersteuningstraject. Bij de GGC kan je wel met een Phare- en VAPH-erkenning terecht.



Vergelijking 18: Aantal meerderjarige personen wachtende op zorg en ondersteuning (VAPH (2018), Phare (2018)).

<b>Aantal meerderjarige personen met een handicap met een erkenning, wachtende op (gepaste) zorg en ondersteuning.</b>		
	<b>Brussels Hoofdstedelijk Gewest</b>	<b>Vlaams Gewest</b>
VAPH	104	14.327
Phare	227	n.v.t.
GGC	ongekend	n.v.t.
<b>Totaal</b>	<b>331</b>	<b>14.327</b>
Aantal personen per 10.000 inwoners <sup>57</sup>	3,58	27,13

De cijfers in bovenstaande tabel vereisen enige duiding. Het VAPH heeft in 2016 een omslag gemaakt van instellingsfinanciering naar persoonsvolgende financiering. Deze ommekeer ging ook gepaard met een nieuwe manier van registreren. Een aanvraag tot een persoonsvolgend budget werd niet meer geregistreerd via het type zorgvraag (zoals voorheen via de Centrale Registratie Zorgvragen) maar wel aan de hand van dringendheid. De Phare werkt op zijn beurt niet met een centrale registratie van aanvragen. De wachtlijsten worden beheerd door de individuele instellingen en organisaties. Phare houdt enkel een lijst bij van personen met een zware zorgnood (La liste des personnes handicapées de Grande Dépendance). Dit zorgt dus voor een lichte onderschatting van de cijfers in de tabel.

Toch valt het op dat er beduidend minder volwassenen met een handicap in Brussel op een wachtlijst staan voor gespecialiseerde zorg en ondersteuning (3,58 per 10.000 inwoners) in vergelijking met Vlaanderen (27,13 per 10.000 inwoners). Een accuratere vergelijking kan worden gemaakt door enkel te kijken naar de cijfers van het VAPH die we bekijken vanuit de 30%-norm. De 30%-norm stelt dat de Vlaamse Gemeenschap zich voor 30% van de Brusselse bevolking engageert. In bevolkingsaantallen zou dit gaan over 277.151 inwoners ouder dan 18 jaar in 2018. Als we daar de wachtlijst van 104 personen bijnemen dan bekomen we 3,75 personen per 10.000 inwoners die op de wachtlijst van het VAPH staan. Dat is 7 keer lager dan in het Vlaamse Gewest.

---

<sup>57</sup> Dit cijfer werd berekend op basis van het aantal +18 jarigen. In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest gaat dit over 923.837 inwoners, in het Vlaams Gewest over 5.281.360 (BISA, 2018).

De gerapporteerde cijfergegevens geven een paradox weer in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

- Enerzijds zijn er meer personen in Brussel dan in Vlaanderen die een aandoening met ernstige beperking rapporteren.
- Anderzijds zijn er minder personen erkend als persoon met een handicap in Brussel zowel voor meerderjarigen als minderjarigen (cijfers FOD, invaliditeitscijfers, cijfers verhoogde kinderbijslag).

We moeten ons dus afvragen waarom mensen met ernstige aandoeningen zich in Brussel niet laten registreren als persoon met een handicap. Dit wordt des te belangrijker wanneer we naar een automatische rechtentoekenning evolueren.

## 4.2 Gespecialiseerd aanbod zorg en ondersteuning

Het hebben van een functiebeperking zorgt er voor dat personen met een handicap vaak beroep moeten doen op zorg en ondersteuning. Hiervoor kunnen zij terecht bij verschillende diensten zoals de centra algemeen welzijnswerk, gezins- en thuiszorg, centra geestelijke gezondheidszorg...

Wanneer er meer intensieve en gespecialiseerde ondersteuning en zorg nodig is, moeten personen met een handicap zich laten erkennen bij het VAPH, de Phare of de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC). Deze overheidsinstantie geeft mits gunstige evaluatie toegang tot niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning zoals een dagcentrum, een tehuis, begeleid wonen of een persoonlijk assistent.

Het steunpunt sociale planning (Provincie Vlaams-Brabant) heeft in 2014 een overzicht gepubliceerd van de capaciteit van de Brusselse zorgvoorzieningen voor personen met een handicap in vergelijking met het aanbod in Vlaams-Brabant (De Maesschalck, De Rijck & Heylen, 2014). We hanteren deze cijfers omdat het één van de laatste momentopnames was vóór de introductie van de persoonsvolgende financiering waarbij het VAPH zijn oude erkenningsvormen heeft vervangen door de algemene erkenning “vergunde zorgaanbieder”.



Tabel 18: Aanbod VAPH, Phare, GGC (De Maesschalck, De Rijck & Heylen, (2014) en Phare (2018)).

Erkende plaatsen in	Brussels Hoofdstedelijk Gewest				Vlaams-Brabant
	VAPH	Phare	GGC	Totaal Brussel	
Dagcentra	32	628	180	840	427
Semi-internaten	83	1314	/	1397	246
Tehuis niet werkenden	38	420	127	585	1337
Internaat en OBC <sup>58</sup>	117	480	/	597	838
Begeleid Wonen	109	?	66	175	676
Beschermd wonen	32	/	/	32	190
Geïntegreerd wonen	11	/	/	11	15

Een eerste blik op deze cijfers toont aan dat de zorg en ondersteuning voor minderjarige personen met een handicap vrij goed is uitgebouwd. Er is in Brussel een groot aanbod van (semi-)internaten erkend door de Phare.

De Phare en GGC hebben ook een groot aanbod in hun dagcentra. Op deze dagcentra na laat het Brusselse aanbod voor volwassenen met een handicap in vergelijking met Vlaams-Brabant te wensen over. Vlaams-Brabant, dat qua inwonersaantal vergelijkbaar is met het Brussels Gewest, scoort over de hele lijn sterker met een groot aanbod aan plaatsen in tehuizen niet-werkenden en begeleid wonen.

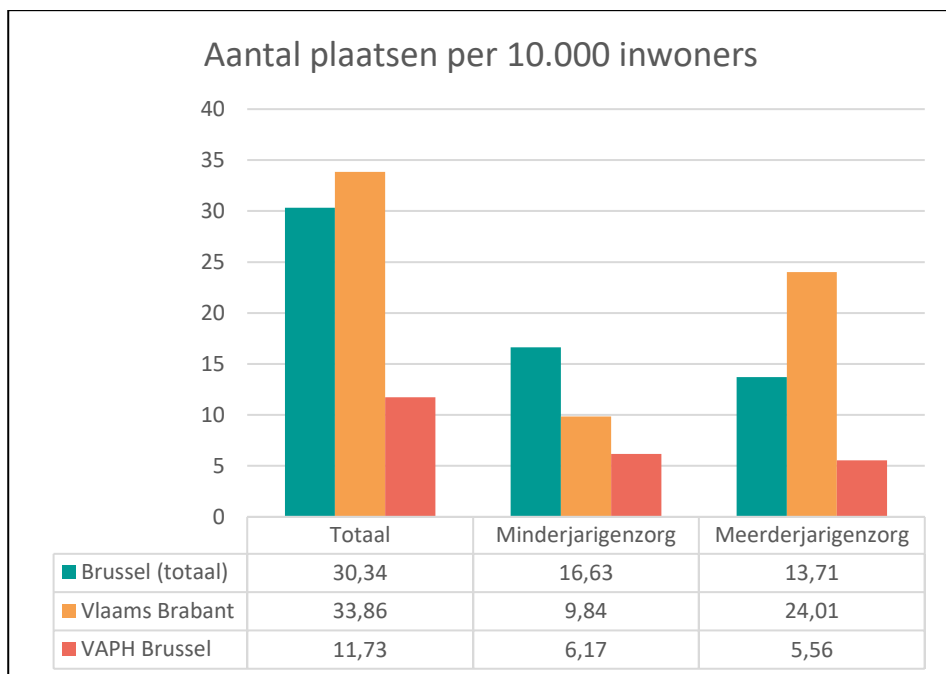
Gemiddeld zijn er in Brussel 11,73 Vlaamse plaatsen per 10.000 inwoners<sup>59</sup> beschikbaar tegenover 33,86 plaatsen in Vlaams-Brabant (De Maesschalck, De Rijck & Heylen, (2014) en Phare (2018)) en 42 plaatsen in Vlaanderen (BROG, 2014). Brussel haalt niet eens een derde van het Vlaamse gemiddelde. Het aanbod voor minderjarigen ligt in Brussel hoger (16,63) dan in Vlaams-Brabant (9,84) omwille van het grote aanbod van de Phare. Daarenboven hebben de Heemschool en Kasterlinden ook een niet erkende (semi-)internaatwerking die niet zijn opgenomen in de cijfers. Voor meerderjarigen zien we dat Brussel bijna de helft minder plaatsen beschikbaar heeft in vergelijking met Vlaams-Brabant. Deze kloof wordt nog groter als er enkel wordt gekeken naar het aanbod van het VAPH.

<sup>58</sup> Observatie- en behandelingscentra.

<sup>59</sup> Gerekend aan 30% van de Brusselse populatie.

Deze historische zorgachterstand is al jaren een probleem voor het Vlaams erkende aanbod voor volwassenen met een handicap ondanks de vele inspanningen van het beleid en partners in het werkveld.

*Vergelijking 20: Aanbod VAPH, Phare, GGC per 10.000 inwoners (De Maesschalck, De Rijck & Heylen, (2014) en Phare (2018)).*



Het lage aanbod in combinatie met het laag aantal personen met een erkende handicap zorgt in Brussel voor een hiaat in het dienstenaanbod voor deze doelgroep. Veel personen met een handicap vinden hun weg niet naar het VAPH of de Phare en kunnen dus ook geen beroep doen op gespecialiseerde zorg en ondersteuning. Tegelijkertijd hebben deze personen wel een aanzienlijke zorgnood die moet worden ingevuld. Van Dooren en Blockerije (2008) zijn in hun situatieanalyse op zoek gegaan naar deze doelgroep. Zij kwamen tot de vaststelling dat:

- minstens 600 personen met een vermoeden van handicap, jonger dan 65 jaar in een Brussels woonzorgcentrum/rusthuis verblijven.
- ondanks de diversiteit in Brussel er in de gespecialiseerde residentiele voorzieningen een lage instroom is van personen met een handicap met een migratieachtergrond.
- naar schatting 30% van de cliënten van de Brusselse opvangtehuizen voor dak- en thuislozen een verstandelijke beperking heeft.
- de overgang tussen de gehandicaptenzorg voor minderjarigen en meerderjarigen stroef verloopt. Veel jongvolwassenen haken af en krijgen geen begeleiding meer.

## 4.3 Persoonsvolgende financiering in Brussel

### 4.3.1 Een regio van historische zorgachterstand

Sinds 1 januari 2017 heeft het VAPH de omslag gemaakt naar de persoonsvolgende financiering als hefboom om burgers de regie over hun eigen zorg- en ondersteuningstraject te geven. Deze keuze heeft als gevolg dat er wordt afgestapt van een instellingsfinanciering. Dit heeft enkele gevolgen voor de Brusselaars met een beperking en de Brusselse VAPH-voorzieningen.

De persoon met een beperking moet bij de aanvraag van zijn erkenning de expliciete keuze maken tussen het VAPH of Phare (of GGC). Deze keuze gaat nu verder dan enkel taal. Personen en hun netwerk moeten nu ook een keuze maken voor een zeer verschillend zorgsysteem.

De verdeling van de budgetten tussen de provincies in het uitbreidingsbeleid gebeurde voor de introductie van de persoonsvolgende financiering op volgende wijze. Er was een voorafname van 10% voor het wegwerken van de historische achterstand in de provincie Antwerpen, in het arrondissement Halle-Vilvoorde en in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Deze verdeling gebeurde op basis van bevolkingsaantallen. De resterende middelen werden voor 80% verdeeld volgens het bevolkingscijfer (en in Brussel 30% van de bevolking). De overige 20% werd verdeeld volgens het aantal geregistreerde dringende zorgvragen per provincie (actieve zorgvragen). Daardoor werd de historische zorgachterstand beetje bij beetje weggewerkt. Sinds de invoering van de persoonsvolgende financiering wordt er geen rekening meer gehouden met het wegwerken van deze historische zorgachterstand.

De VAPH-erkende voorzieningen worden niet meer erkend en gefinancierd op basis van hun expertise en zorgaanbod. Ze heten nu allen ‘vergunde zorgaanbieders’ en mogen in essentie een aanbod organiseren voor alle personen met een beperking. Voorzieningen worden geacht sociaal ondernemend te zijn en vraag en aanbod te matchen, om zo duurzaam financieel gezond te blijven. Veel organisaties zijn nog zoekend hoe zij dit kunnen doen en ondervinden in deze transitiefase een toenemende druk omwille van de onzekere financieringsstroom. Meer dan ooit zullen zorgorganisaties zich moeten positioneren in een markt. Ook al gaat het niet om commerciële activiteiten met winst als doel, toch zal het voor deze voorzieningen belangrijk zijn om gebruikers als cliënten aan te trekken en zullen ze zich mogelijk sterker als concurrenten tegenover elkaar positioneren. Dit zal een weerslag hebben op de welzijnssector van de toekomst, zeker in een gewest zoals Brussel waar het aantal persoonsvolgende budgetten (PVB) zeer laag is (zie onderstaande tabel). Hoe kunnen Brusselse VAPH-erkende organisaties floreren of financieel gezond blijven als het aantal personen met een persoonsvolgend budget zo laag blijft? Vooral voorzieningen met een zeer specifiek aanbod (bijvoorbeeld een zorgunit voor personen met een niet-aangeboren hersenletsel) voelen de impact van de persoonsvolgende financiering (PVF) sterk.

In het oude zorglandschap was het aanbod per regio strikt afgestemd. Voorgespecialiseerde zorgvormen hadden zorgvragers vaak geen keuze en moesten ze soms ver reizen om zorg en ondersteuning te vinden. In het nieuwe systeem van PVF mag iedere vergunde zorgaanbieder aanbieden wat hij wil. Personen met een zeer specifieke zorgnood kiezen daarom meer en meer om hun ondersteuning te zoeken in de buurt van hun netwerk waardoor de gespecialiseerde voorzieningen met lege plaatsen blijven zitten in hun zeer specifieke infrastructuur.

Vergelijking 19: Aantal personen met een PVB of Basisondersteuningsbudget (BOB) in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en Vlaanderen (VAPH (2018), Vandeurzen (2018))

	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	Vlaanderen
Aantal meerderjarige personen met een PVB	328	23.851
Aantal PVB per 10.000 inwoners <sup>60</sup>	11,83 <sup>61</sup>	45,16
Aantal personen met een BOB <sup>62</sup>	995	13.158
Aantal BOB per 10.000 inwoners	27,67 <sup>63</sup>	20,07

Bovenstaande tabel geeft nog een interessante observatie. Het aantal personen met een Basisondersteuningsbudget (BOB) ligt relatief hoger in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest dan in Vlaanderen. Een basisondersteuningsbudget is een vast bedrag van €300 per maand dat wordt betaald via de Vlaamse Sociale Bescherming. Om aanspraak te maken op een BOB moet een persoon een erkenning handicap hebben van het VAPH of van de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid, Directie-Generaal Personen met een handicap. Een BOB wordt daarbij toegekend aan bepaalde groepen die volgens vooraf bepaalde criteria voldoen aan de voorwaarden. Dit kan gezien worden als een variant van een automatische rechtentoekenning, je moet het in de meeste gevallen niet zelf aanvragen. Dit kan verklaren waarom het BOB in Brussel goed scoort.

Het aanvragen van een persoonsvolgend budget is daarentegen een complexe procedure. Een persoon met een handicap die dit wil aanvragen moet daarvoor een ondersteuningsplan opmaken. Dit kan hij zelf doen of hij kan zich daarbij laten begeleiden door diensten zoals bijvoorbeeld een Dienst Ondersteuningsplan (DOP) of de Dienst Maatschappelijk Werk (DMW) van de mutualiteiten. Na deze eerste stap moet de persoon een verslag laten opmaken door een Multidisciplinair Team (MDT). Als deze stappen zijn doorlopen zal het VAPH (indien zij positief beslissen) deze persoon een budgetcategorie toekennen en hem plaatsen op de wachtlijst. Om een persoonsvolgend budget aan te vragen moet de betrokkene zich dus een paar keer aanmelden bij diverse diensten. Al deze diensten moeten de diverse aanmeldingen ook verwerken, wat resulteert in een flessenhals op de

---

<sup>60</sup> Dit cijfer werd berekend op basis van het aantal +18 jarigen. In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest gaat dit over 923.837 inwoners, in het Vlaams Gewest over 5.281.360 (BISA, 2018).

<sup>61</sup> Gerekend aan 30% van het aantal +18 jarigen van de Brusselse populatie.

<sup>62</sup> Basisondersteuningsbudget.

<sup>63</sup> Gerekend aan 30% van de Brusselse populatie.

wachtlĳst. Personen met een handicap worden op een wachtlĳst geplaatst bij o.a. DOP's en MDT's om uiteindelijk op een wachtlĳst voor een persoonsvolgend budget te staan.

#### 4.4 Andere interpretatie van (de Brusselse) noodsituaties

De wachtlĳsten voor het verkrijgen van een persoonsvolgend budget voor mensen met een beperking zijn lang en het duurt vaak jaren vooraleer men een budget ter beschikking krijgt. Voor bepaalde dringende situaties heeft de Vlaamse overheid een regeling uitgewerkt waardoor mensen sneller een budget kunnen krijgen. Zo is er het protocol 'noodsituatie en de maatschappelijke noodzaak'.

*Vergelijking 20: Aantal personen met een PVB na automatische toekenning in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en Vlaanderen (VAPH, 2018).*

Toekenningen PVB 2018	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	Vlaanderen
Aantal personen met een PVB na automatische toekenning	5	349
Aantal personen met een PVB die op wachtlĳst stonden	0	157

In Brussel hebben 5 personen een persoonsvolgend budget na automatische toekenning (noodsituatie en maatschappelijke noodzaak) ontvangen. Per 10.000 inwoners<sup>64</sup> gaat dit over 0,18<sup>65</sup> personen. Dit aantal ligt 3,67 keer lager dan in Vlaanderen (0,66 per 10.000 inwoners).

Het protocol noodsituatie kan aangevraagd worden wanneer de mantelzorgaar waarmee de persoon met een beperking samenwoont, plots wegvalt. Vaak is dat een partner of een familielid. Als de noodsituatie door het VAPH wordt goedgekeurd, krijgt de persoon meteen een budget ter beschikking waarmee hij of zij direct opvang en begeleiding kan bekomen. De criteria wegvallen van het netwerk en onvoorzienbare omstandigheden, worden zeer strikt toegepast. In Brussel komen hulpverleners vaak situaties tegen die zij als een noodsituatie ervaren maar die niet binnen de criteria van het VAPH passen. Vaak gaat het om mensen die alleen in Brussel wonen en geen netwerk hebben. In zulke gevallen

---

<sup>64</sup> Dit cijfer werd berekend op basis van het aantal +18 jarigen. In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest gaat dit over 923.837 inwoners, in het Vlaams Gewest over 5.281.360 (BISA, 2018).

<sup>65</sup> Gerekend aan 30% van de Brusselse populatie.

kan er ook geen netwerk onvoorzienbaar wegvallen en komen deze personen dus niet in aanmerking voor een persoonsvolgend budget na noodsituatie.

Van maatschappelijke noodzaak wordt er gesproken als er sprake is van ernstige fysieke, psychische of emotionele verwaarlozing of (seksueel) misbruik van de mantelzorger ten aanzien van de persoon met een beperking of omgekeerd. De maatschappelijke noodzaak wordt pas bekeken in de laatste fase van de lange aanvraagprocedure voor een persoonsvolgend budget. Als de maatschappelijke noodzaak toegekend wordt dan krijgt de persoon meteen een budget ter beschikking en komt hij niet op de wachtlijst. Dat de maatschappelijke noodzaak niet rechtstreeks aangevraagd kan worden, is één probleem. Een groter probleem voor Brusselaars is dat hier de relatie met de mantelzorger centraal staat. Veel Brusselaars met een beperking hebben geen mantelzorgers (meer), maar zitten wel in een schrijnende en bedreigende situatie. Doordat deze Brusselaars geen beroep kunnen doen op de maatschappelijke noodzaak blijven sociaal onverantwoorde situaties bestaan.

Onderzoek van Thys (2018) bij vijf verschillende groepen toont aan dat de helft tot 85 procent van de bevraagde Brusselaars geen familie in Brussel heeft. Als een hulpvrager op iemand een beroep doet, is dit in eerste instantie in het eigen gezin. Voor de grote meerderheid van bevroegden zijn burecontacten zeer schaars, vrienden worden zelden lastig gevallen met een hulpvraag en familieleden wonen vaak niet in Brussel. In de mate dat men soms hulp of ondersteuning kan vragen, gebeurt dit vooral in het eigen gezin. Veel mensen zijn echter alleenstaand.

Mensen in armoede kunnen nog minder dan andere Brusselaars bij iemand terecht. Hoe lager op de sociale ladder, hoe minder iemand terecht kan bij burens, vrienden, familie of gezin. Wie financieel weinig te bieden heeft, heeft minder sociale contacten en kan die ook moeilijker onderhouden: eens trakteren of iemand uitnodigen zit er bijvoorbeeld niet in. Vermaatschappelijking van de zorg wringt met de realiteit van mensen in armoede. De verwachting dat deze mensen voor hun zorg- en hulpvragen terecht kunnen bij hun familie of gezin, is niet of nauwelijks realistisch.

## 4.5 Rechtstreeks Toegankelijke Hulp en generalistisch werken als toekomstmodel?

Vergunde zorgaanbieders<sup>66</sup> in Brussel worden dus geconfronteerd met dubbele uitdagingen. Enerzijds is er de beperkte capaciteit aan gespecialiseerde zorg en ondersteuning. Anderzijds is er het lage aantal personen met een persoonsvolgend budget en een beperkt aantal Brusselaars die wachten op een persoonsvolgend budget. Deze realiteit heeft Brusselse partners altijd uitgedaagd om hun dienstverlening en aanbod continu aan te passen. Zo kiezen vergunde zorgaanbieders in Brussel er meer en meer voor om in te zetten op een meer genormaliseerd, inclusiever en laagdrempeliger aanbod. Ze werken daarvoor samen met andere welzijnspartners zoals het CAW, onthaalhuizen in de dak- en thuislozensector, kinderdagverblijven (De Smaele en Vermeulen, 2017).

De vergunde zorgaanbieders kunnen deze dienstverlening aanbieden via het systeem van Rechtstreeks Toegankelijke Hulp (RTH). Via dit systeem krijgt een vergunde zorgaanbieder middelen toegekend van het VAPH om handicap specifieke zorg en ondersteuning te bieden aan personen met een vermoeden van handicap. Het woord “vermoeden” is daarin essentieel. De persoon moet dus geen erkenning ‘handicap’ hebben, of aanvragen.

Vergunde zorgaanbieders moeten geen complexe aanvraagprocedures doorlopen. RTH kan dus snel en flexibel worden toegepast. Via deze vorm van hulpverlening kunnen veel personen worden bereikt en ondersteund. In 2017 werden er ongeveer 399 personen begeleid in het Brussels Hoofdstedelijke Gewest via RTH (BROG, 2018). Dat is bijna 4 keer meer dan dat er personen zijn die wachten op een persoonsvolgend budget. Dit toont aan dat er via RTH een volledig nieuwe doelgroep wordt bereikt die tot voorheen geen toegang had tot handicap specifieke zorg en ondersteuning. Via RTH kunnen er meer personen worden ondersteund in de omgeving waar zij verblijven, een verhuis naar een voorziening is daarbij niet noodzakelijk.

---

<sup>66</sup> VAPH-erkende organisaties.



## 5 Dak- en thuisloosheid

### 5.1 Een waaier aan precare leefsituaties

Dakloosheid omvat verschillende types of gradaties. Feantsa<sup>67</sup> stelde in 2005 de zogeheten ETHOS-typologie op. Deze bestaat uit 4 conceptuele categorieën: dakloosheid, thuisloosheid, instabiele huisvesting en ontoereikende huisvesting. De typologie onderscheidt 13 operationele categorieën.



---

<sup>67</sup> FEANTSA=European Federation of National Associations Working with the Homeless AISBL

Figuur 12: de Ethos-typologie (FEANTSA, 2005)

		Operationele Categorie		Leefsituatie		Definitie	
Conceptuele categorie	Dakloos	1	Mensen zonder vaste verblijfplaats	1.1	Openbare ruimte of open lucht	Leven op straat en in openbare ruimte, zonder vaste verblijfplaats	
		2	Mensen in noodopvang	2.1	Nachtopvang	Mensen zonder vaste verblijfplaats die gebruik maken van de nachtopvang, laagdrempelige opvang	
	Thuisloos	3	Mensen in opvang voor thuislozen	3.1	Passantenverblijf	Opvang voor kortdurend verblijf	
				3.2	Tijdelijke huisvesting		
				3.3	Huisvesting als overbruggingsperiode		
		4	Mensen in vrouwenopvang	4.1	Blijf-van-mijn-lif huizen vrouwenopvang	Opvang voor vrouwen die slachtoffer zijn van huiselijk geweld, bedoeld voor kortdurend verblijf	
		5	Mensen in opvang voor asielzoekers en immigranten	5.1	Tijdelijke opvang /	Immigranten in Asielzoekerscentra of tijdelijke opvang door hun verblijfstatus	
				5.2	Asielzoekerscentrum Pension voor seizoenarbeiders		
		6	Mensen die binnenkort uit een instelling komen	6.1	Penitentiaire inrichting	Geen huisvesting beschikbaar vóór vrijlating	
	6.2			Medische instellingen (incl. afkickcentra, psychiatrische ziekenhuizen ...)	Blijven langer door gebrek aan huisvesting		
6.3					Jeugdinstellingen	Geen geïdentificeerde huisvesting (bijvoorbeeld door 18e verjaardag)	
7	Mensen die langdurig hulp krijgen (vanwege dakloosheid)	7.1	Woonzorg voor oudere daklozen	Langdurige verblijfplaats voor mensen die dakloos geweest zijn (meestal langer dan een jaar)			
7.2	Begeleid wonen voor mensen die dakloos zijn geweest						

Instabiele huisvesting	8	Mensen met een instabiele huisvesting	8.1	Tijdelijk bij familie of vrienden	Leven in tijdelijk conventionele huisvesting (niet uit vrije keuze)
			8.2	Zonder standaard huurcontract	Gebruiken van een woning zonder standaard huurcontract (niet kraken)
			8.3	Illegale bezetting van land	Bezetten van land zonder wettelijke rechten
Ontoereikende huisvesting	9	Mensen die hun huis uit worden gezet	9.1	Uitgevoerd dwangbevel (huurhuis)	Wanneer procedures voor huisuitzetting in gang gezet zijn.
			9.2	Terugname bevel (koophuis)	Wanneer de hypotheekverstrekker het huis in beslag mag nemen
	10	Mensen die leven onder dreiging van huiselijk geweld	10.1	Gemeld bij politie	Wanneer de politie actie onderneemt om veiligheid voor slachtoffers van huiselijk geweld te garanderen
Ontoereikende huisvesting	11	Mensen in tijdelijke / niet conventionele woningen	11.1	Camper / caravan	Niet bedoeld als standaard woonplaats
			11.2	Niet conventionele woonruimte	Tijdelijke schuilplaats (kraken)
			11.3	Tijdelijke aard	Roma, zigeuners woonwagenaanbesteders
Ontoereikende huisvesting	12	Mensen in ongeschikte huisvesting	12.1	Woning ongeschikt voor bewoning	Woonruimte die door landelijke wetgeving ongeschikt is verklaard voor bewoning
	13	Mensen die wonen in een extreem overbevolkt gebied	13.1	Hoogste nationale norm van overbevolking	Bepaald als het overschrijden van de nationale dichtheidsnorm voor oppervlakte of bruikbare kamers

## 5.2 Het aantal dak- en thuislozen in Brussel: een zorgwekkende stijging

Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest wordt zoals vele andere Europese grote steden de afgelopen decennia geconfronteerd met een stijging van het aantal dak- en thuislozen. Dit is voor Brusselaars zichtbaar en tastbaar in het straatbeeld. Om dit ook hard te maken, organiseert La Strada - de ondersteuningsstructuur van de Brusselse dak- en thuislozensector - sinds 2008 tweejaarlijks de daklozentelling in opdracht van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.

We bespreken hier de resultaten van de 4<sup>de</sup> editie van de telling (Mondelaers, 2017). De 5<sup>de</sup> editie vond plaats op 5 november 2018. De resultaten hiervan zullen in het voorjaar van 2019 worden bekend gemaakt. De 4<sup>de</sup> editie bestond uitzonderlijk uit 2 tellingen: één voor de georganiseerde winteropvang op 7 november 2016 en één tijdens de winteropvang, op 6 maart 2017. De telling van 7 november 2016 moet een vergelijking toelaten met de voorgaande edities en dus de evolutie over de tijd van het aantal dak- en thuislozen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest verder in kaart brengen. De telling van 6 maart 2017 is bedoeld om een vergelijking te kunnen maken tussen de situatie voor en de situatie tijdens het in voege zijn van het Brusselse 'winterplan'. Een centrale vraag hier is of het winterplan een afdoend antwoord biedt op de noden van de Brusselse dak- en thuislozen.

Tijdens de nacht van 7 november 2016 werden in totaal 3386 personen geteld. 35% daarvan (of 1185) zijn 'daklozen' zoals gedefinieerd volgens de ETHOS-typologie. 20,9% van deze 1185 'daklozen' bevinden zich in de Brusselse openbare ruimte, de overige 14% verblijft in de nood- en crisisopvang. 25% van de 3386 getelde personen zijn thuislozen die in een onthaalhuis verblijven (846) en 39,5% tenslotte zijn mensen die in 'ontoereikende huisvesting' verblijven (1337) zoals niet-erkende opvangstructuren, kraakpanden en onderhandelde bezettingen.

Op basis van de opeenvolgende dak- en thuislozentellingen (2008, 2010, 2014 en 2016) concludeert La Strada dat het aantal dak- en thuislozen steeds sneller toeneemt. Het totaal aantal personen dat in 2016 werd geteld staat gelijk aan een stijging van 30% t.o.v. de telling in november 2014. In vergelijking met de eerste editie in 2008 gaat het zelfs om een stijging van 96%. Er waren in 2016 opvallend meer mensen die overnachtten in de openbare ruimte (categorie 1 van de ETHOS-typologie). La Strada telde op 7 november 2016 707 daklozen 'op straat', waaronder 24 kinderen. Dit is een stijging van 72% t.o.v. de eerste telling in 2008.

De telling van 2016 gaf ook een belangrijke evolutie aan voor wat de geografische spreiding betreft. In 2016 bevond een groter aandeel van de 'daklozen op straat' zich op een plek buiten de Vijfhoek in vergelijking met de voorgaande edities. Ook binnen de Vijfhoek is er een verschuiving op te merken van het centrum van Brussel-Stad (de omgeving van de Beurs) naar de rest van de Vijfhoek en lijken de 3 treinstations zich steeds meer af te sluiten voor het daklozenpubliek.

Bovendien kunnen steeds meer mensen niet terecht in de erkende structuren omwille van hun verblijfsstatuut, gender, complexe problematieken of een opeenstapeling ervan. Bijna 40% van de personen die werden geteld op 7 november 2016 was aangewezen op alternatieve opvangstructuren of woonvormen. Zo werden 587 mensen gesignaleerd in kraakpanden, waaronder 90 kinderen. In vergelijking met 2014 betreft dit een stijging van 39%. 275 mensen verbleven in de nacht van de telling 2016 in een onderhandelde bezetting (waarvan 23% of 63 kinderen). Een onderhandelde bezetting is de bezetting van een leegstaand pand waarbij met de eigenaar, buurt en politie afspraken zijn gemaakt over de bezetting. Ook hier gaat het om een forse stijging van 42% t.o.v. de telling in 2014.

Tijdens de nacht van 6 maart 2017 worden er 4.094 dak- en thuislozen geteld. Deze telling vond zoals gezegd plaats tijdens het winterplan, dat tijdens de winter van 2016-2017 1.350 extra plaatsen voorzag in de crisis- en noodopvang. Dit extra aantal plaatsen weerspiegelt zich in de resultaten van deze telling. Terwijl op 7 november 2016 (voor het winterplan) 14% van het totaal aantal getelde personen zich in de noodopvang bevonden, is dat op 6 maart 2017 35,5%.

Toch lijken die plaatsen in de nood- en crisisopvang niet te gaan naar mensen die anders op straat zouden verblijven, want dat aantal ligt niet zoveel lager dan voor het winterplan. Die nacht werden er immers toch nog 511 mensen geteld in de openbare ruimte (waaronder 11 kinderen). Een mogelijke verklaring die La Strada formuleert is dat aan het gebruik van de noodopvang tijdens het winterplan, een situatie van verborgen thuisloosheid is voorafgegaan, waarbij mensen elders (bij familie of vrienden) werden opgevangen.

Ter volledigheid vermelden we nog dat er op 6 maart 2017 864 mensen of 21% van de daklozen in de onthaalhuizen verbleven en 31% in alternatieve, niet erkende opvangstructuren of woonvormen.

### 5.3 Het profiel van de Brusselse dak- en thuisloze

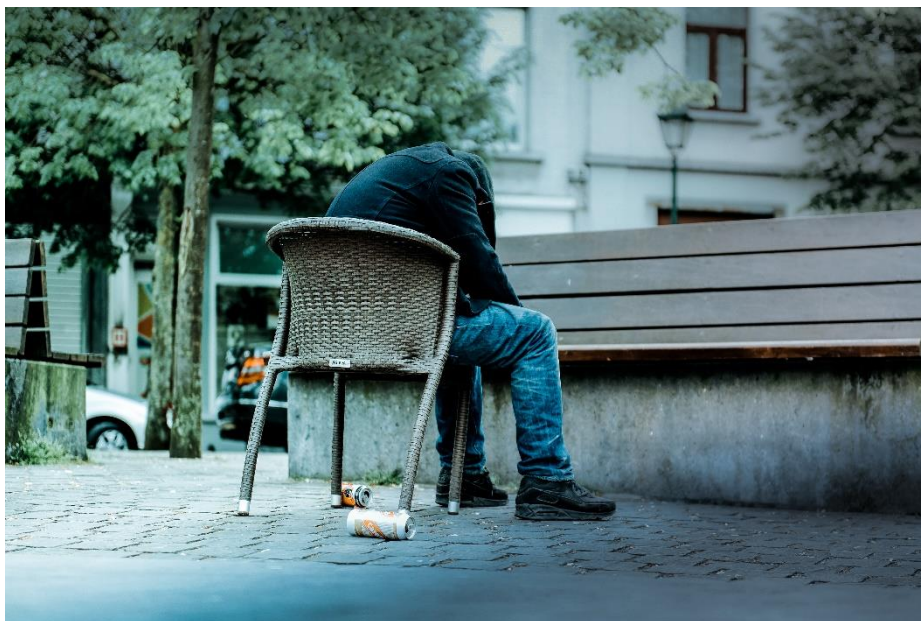
De tellingen van La Strada maken in belangrijke mate abstractie van de persoonskenmerken van de personen die ze telt. Wel brengt ze het geslacht van de personen in kaart en wordt er aandacht besteed aan het aandeel kinderen. Van de 3386 personen die op 7 november 2016 werden geteld, waren er 18% of 609 minderjarigen (waarvan het geslacht niet in kaart werd gebracht). 53% waren volwassen mannen en 23% volwassen vrouwen. Van 6% is het geslacht onbekend en 0,1% was transgender. Van de 707 'daklozen in de openbare ruimte' waren er 60% mannen, 7% waren vrouwen, 3% kinderen en van 30% kon het geslacht niet worden geïdentificeerd (omdat ze bijvoorbeeld onder een deken lagen) (Mondelaers, 2017).

De telling van 6 maart 2017 toont aan dat tijdens het winterplan het aandeel mannen een stuk hoger ligt. Van de 4094 personen die werden geteld, waren er 60% mannen. In de openbare ruimte loopt het percentage mannen op tot 65% en in de winternoodopvang tot 80%. Alarmerend is dat er tijdens deze telling ook 653 kinderen werden geteld, waarvan 249 die in een situatie van dakloosheid leven (11 daarvan verbleven in de openbare ruimte, 171 in de structurele crisis- en noodopvang, 67 in de winteropvang). De andere kinderen verbleven in een onthaaltehuis of in een situatie van ontoereikende huisvesting. Vanuit Europees vergelijkend perspectief vormt de aanwezigheid van kinderen op straat en in de noodopvang in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest een uitzondering op de regel. Dit zou een alarmsignaal moeten zijn voor de verschillende overheden die actief zijn op het Brusselse territorium.

Over het profiel van de Brusselse dak- en thuislozen is niet veel onderzoek gedaan. Dit is niet verwonderlijk. Zoals gezegd gaat het over een hele waaier aan verschillende preciaire leefsituaties. Het gaat om mannen en vrouwen, alleenstaanden en koppels zonder of mét kinderen.

De oorzaken van dak- en thuisloosheid zijn ook heel uiteenlopend (Blancke, 2018). Deze kunnen individueel zijn, maar ook institutioneel of structureel. Iemand kan dakloos worden na een scheiding of een conflict in het gezin, maar ook na het verlaten van een instelling of simpelweg omdat hij of zij de huur niet meer kan betalen en hij of zij uit huis wordt gezet. Vaak gaat het over personen die worden geconfronteerd met een multi-problematiek; een combinatie van verschillende problematieken waarvan de ene de andere beïnvloedt zodat men in een spiraal van armoede terechtkomt.

De dak- en thuislozensector is een ‘negatieve’ sector (Thys & De Smaele, 2019). Het is vaak een laatste vangnet voor mensen. Mensen komen er niet zelden in terecht omdat ze worden geconfronteerd met uitsluitingsmechanismen die gelden in andere sectoren. Het niet beschikken over een rijksregisternummer bijvoorbeeld maakt dat men niet terecht kan in de sector van personen met een handicap, evenmin in de sector van de geestelijke gezondheid ... Een verslavingsproblematiek vormt ook een belangrijk obstakel om toegang te krijgen tot andere sectoren.



Het verlaten van een instelling vormt een belangrijk risicomoment om in de dak- of thuisloosheid terecht te komen (Gemeenschappelijk Daklozenfront, 2018). Ex-gedetineerden bijvoorbeeld worden blootgesteld aan een hoog risico om geen woning te kunnen vinden, huren of behouden. Dit heeft onder andere te maken met het feit dat ze niet onmiddellijk na het verlaten van de gevangenis kunnen beschikken over een leefloon en vaak sociaal en familiaal geïsoleerd zijn. Jongeren die een jeugdzorginstelling verlaten worden vaak aan hun lot overgelaten. Ze kennen hun rechten als meerderjarige vaak onvoldoende en zijn niet op de hoogte van de bestaande diensten wat het risico op dak- en thuisloosheid verhoogt. Andere risicofactoren zijn: uithuiszetting, het niet verlengen van een huurcontract, conflicten en gebroken gezin en een situatie van illegaal verblijf.

La Strada beschrijft het profiel van een mannelijk en vrouwelijk bewoner van een onthaalhuis (slechts één van de verschillende categorieën van de ethos-typologie).

Tabel 14: Profiel van vrouw en man opgevangen in een onthaalhuis (Blancke, 2018).

Profiel van vrouw en man opgevangen in een onthaalhuis
<b>Het typische profiel van een vrouw die opgevangen wordt:</b>
Zij is Belg en verbleef in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest voor de opvang; Ze is tussen de 18 en de 35 jaar oud (de mediaan is 31); Ze is alleenstaand, met of zonder kinderen; Ze woonde voor de opvang in een centrum voor dringend onthaal of in een privé-woning; Haar verblijfsduur wordt door de jaren heen steeds langer; Ze wordt doorverwezen door een breed spectrum aan diensten.
<b>Het typische profiel van een man die opgevangen wordt:</b>
Hij is Belg en verbleef in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest voor de opvang; Hij is tussen de 26 en 45 jaar oud (mediaan is 39); Hij is zowel voor als tijdens het verblijf alleenstaand, zelden met kinderen; Hij blijft langer dan voorheen in de opvang; De kans is groter dat hij op straat heeft geleefd vooraleer hij wordt opgevangen; Hij heeft zelf contact opgenomen met het onthaalhuis.

We merken op dat een onderzoeksdesign dat zicht wil krijgen op de persoonskenmerken van de personen die in een onthaalhuis verblijven vrij ‘rechttoe-rechtaan’ is. Veel moeilijker is het om bijvoorbeeld het profiel in kaart te brengen van mensen die thuisloos zijn maar die niet in contact komen met de officiële structuren van de dak- en thuislozensector. Deze personen worden vaak ‘verborgen daklozen’ genoemd. Het zijn bijvoorbeeld personen die verblijven bij familie of vrienden. Een dergelijke leefsituatie gaat gepaard met welzijnsrisico’s. La Strada argumenteert dat er aanwijzingen zijn dat het aantal verborgen daklozen de afgelopen jaren fors is gestegen en dat er dringend meer onderzoek naar zou moeten gebeuren (Mondelaers, 2017).



## 5.4 Evolutie van het aantal dak- en thuislozen en het aanbod

De opeenvolgende dak- en thuislozentellingen van La Strada wijzen op een trend waarbij het aantal mensen geteld in preciaire situaties als gevolg van een gebrek aan correcte, betaalbare woningen steeds sneller toeneemt.

Het aantal plaatsen in de erkende opvangstructuren, uitgezonderd de noodopvang, blijft daarentegen min of meer stabiel terwijl het aantal getelde mensen in diezelfde periode bijna verdubbelde. Waar in 2008 45% van de getelde mensen werden opgevangen in een erkende opvangstructuur is dit in 2016 slechts 25%. Tegelijk nemen het aantal alternatieve opvangstructuren toe, zoals de niet-erkende opvangstructuren of de zogeheten NEOS en de opvang georganiseerd in de schoot van geloofsgemeenschappen. Ook de preciaire huisvesting zoals de kraakpanden en de onderhandelde bezettingen nemen toe.

De resultaten van de tellingen van La Strada geven aan dat er naast noodopvang vooral moet worden geïnvesteerd in langetermijnoplossingen voor een uitstroom uit dak- en thuisloosheid.

De Brusselse dak- en thuislozensector speelt snel in op de veranderende behoeften van het dak- en thuislozenpubliek in Brussel. Zo nam de sector de afgelopen jaren verschillende nieuwe initiatieven. Er ontstonden projecten Housing First, nieuwe dagcentra, nieuwe opvanghuizen bijvoorbeeld voor vrouwen met kinderen, projecten van nabegeleiding en ook 'woonspotters' die actief op zoek gaan naar betaalbare woningen om dak- of thuislozen op een duurzame manier te kunnen huisvesten.

De telling van La Strada van november 2016 weerspiegelt de effecten van deze nieuwe initiatieven (Mondelaers, 2017). Ze telt bijvoorbeeld 60 mensen die worden begeleid in een project van Housing First. In 2014 waren dit er slechts 21. De sociale verhuurkantoren (SVK) zijn de belangrijkste partner om dit type van begeleiding mogelijk te maken. Slechts een minderheid vindt een woning op de private huurmarkt of een sociale woning.

Gezien de snelle evoluties op het terrein, was er een nieuw wettelijk kader nodig in Brussel. Een nieuwe ordonnantie van de noodhulp aan en de inschakeling van daklozen kwam tot stand op initiatief van de bevoegde ministers van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (Blancke, 2018). Deze herstructureert de sector grondig en werd eind mei 2018 in het parlement gestemd. Het verleent een erkenning voor projecten en diensten die al enkele jaren bestaan zoals bijvoorbeeld de Housing First projecten. De nieuwe

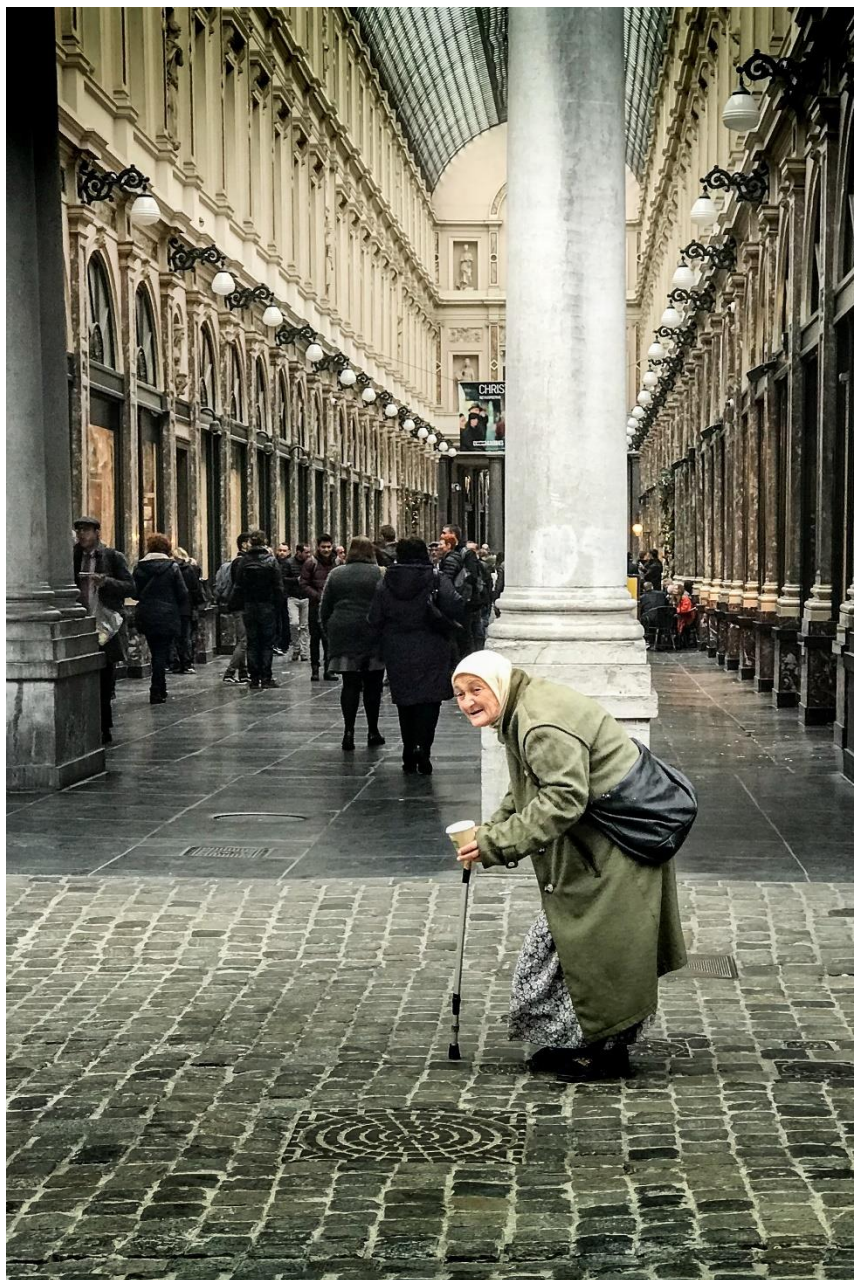
ordonnantie gaat ook gepaard met een reële stijging van het budget. Het creëert verder twee publiekrechtelijke vzw's: de 'New Samusocial' en 'Bruss'help'. Bruss'help moet instaan voor de coördinatie van zowel de noodhulp- als de inschakelingsdiensten. Het moet daarnaast ook het publiek naar de juiste dienst oriënteren en hen ondersteunen in het opnemen van hun rechten. Er werd daartoe een nieuw instrument in het leven geroepen: het gedeelde elektronische sociaal dossier. Tenslotte neemt Bruss'help ook het vroegere La Strada op en zal het dus verder onderzoek verrichten naar de problematiek van de dak- en thuisloosheid in Brussel.

De Brusselse sector dak- en thuisloosheid erkent dat het nieuwe wettelijk kader een aantal verbeteringen inhoudt ten aanzien van de vroegere situatie. Er is bijvoorbeeld een belangrijke inspanning gedaan om het historisch onevenwicht in het budget voor de noodopvang en dat voor de inschakeling af te zwakken. Bovendien worden nieuwe initiatieven zoals Housing First-projecten nu gesubsidieerd. Niettemin blijft de sector een aantal tekorten aankaarten. Het budget voor de noodopvang is bijvoorbeeld nog altijd velen keren hoger dan het budget voor de inschakeling. Feantsa, de Europese federatie van nationale organisaties die werken met thuislozen, wijst erop dat een belangrijke stap in de strijd tegen de dak- en thuisloosheid precies het afbouwen van de noodopvang is (Thys & De Smaele, 2019). De directeur van een opvanghuis voor vrouwen, argumenteert dat Bruss'help meer zou moeten inzetten op de uitstroom uit de dak- en thuislozensector. In plaats van het publiek te oriënteren naar de juiste dienst binnen de sector zou het de mensen nog meer moeten ondersteunen in het vinden van een uitweg (Thys & De Smaele, 2019). De Bico-federatie vindt dat de nieuwe ordonnantie gepaard had moeten gaan met een actief Brussels woonbeleid. Het gebrek aan betaalbare woningen in Brussel blijft immers één van de belangrijkste obstakels in de strijd tegen dak- en thuisloosheid. 'Droit à un toit'<sup>68</sup> wijst erop dat er meer dan 30.000 woningen leeg staan in Brussel, terwijl er 4000 mensen dak- of thuisloos zijn. Het ijvert voor betaalbare huurwoningen en onderstreept dat dak- en thuisloosheid eigenlijk geen complex probleem is zoals vaak wordt beweerd. "Er is niets eenvoudiger dan het creëren van woningen, het renoveren van sociale woningen, het opeisen van leegstaande woningen en het ondersteunen van alternatieve woonvormen", zo schrijven ze in hun laatste communicatie. De sector werkt op dit ogenblik onder leiding van La Strada aan een witboek voor de thuislozenzorg met aanbevelingen van de sector. Ze richtte hiertoe vier werkgroepen op: 'de link tussen urgentie & inschakeling', 'preventie',

---

<sup>68</sup> 'Droit à un toit' is een Brusselse actiegroep.

'migratie' en 'toegang tot en creatie van woningen'. De uitkomst van dit proces zal worden gepresenteerd in het voorjaar 2019.



## 6 Een geval apart: informele en niet-erkende zorg

Voorgaande hoofdstukken van dit rapport maken duidelijk dat in het brede domein van welzijn en zorg een ruim aanbod aan erkende en gereguleerde diensten en voorzieningen bestaat met professionele hulp- en zorgverleners. Naast dit formele aanbod wordt een aanzienlijk deel van de zorg en ondersteuning verleend in de informele sfeer en de niet officiële sfeer.

### 6.1 Mantelzorg, onzichtbare zorg

Het wordt nog te vaak vergeten, maar het grootste volume aan zorg en ondersteuning wordt onbetaald en spontaan gegeven door mensen uit de onmiddellijke omgeving. Dat ook in Brussel veel kinderen, familieleden, vrienden en burens klaar staan om hun naaste te helpen staat dan ook buiten kijf. Mantelzorg is alomtegenwoordig maar vaak onzichtbaar. Het is een vorm van informele zorg naast zelfzorg, vrijwilligerszorg, burenhulp, buddywerking of pleegzorg (Bronselaer, Demeyer, Vandezande & Vanden Boer, 2018) en wordt in het Vlaams mantelzorgplan omschreven als: “een mantelzorger is de natuurlijke persoon die vanuit een sociale en emotionele band één of meer personen met verminderd zelfzorgvermogen niet beroepshalve maar meer dan occasioneel helpt en ondersteunt in het dagelijkse leven.”

Omwille van uiteenlopende definities die bij ramingen worden gebruikt, valt hun aantal moeilijk correct te becijferen. Specifiek voor Brussel is er nog geen grootschalig onderzoek verricht, terwijl de Brusselse situatie in Europese of Vlaamse studies dan weer onderbelicht blijft. Een uitzondering hierop is de Gezondheidsenquête van 2013. Daarin wordt vastgesteld dat 9% van de Belgen ouder dan 15 jaar, “minstens eenmaal per week informele zorg levert aan één of meerdere personen met langdurige ziekten, chronische aandoeningen of handicaps”. In het Brussels Gewest is het percentage mantelzorgers volgens deze enquête met 18% meer dan dubbel zo hoog als het percentage in het Vlaams Gewest (8%). De organisatie Aidants Proches Bruxelles spreekt van 210.000 mantelzorgers in Brussel (2018).

Eind 2012 kreeg het Huis voor Gezondheid de opdracht van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie om een kleinschalig onderzoek te verrichten naar de Brusselse mantelzorgers (wie zijn ze, waar zijn ze en wat zijn hun noden) en dit i.s.m. Aidants Proches, de partner langs Franstalige kant voor dit project. Hieruit werden twee prioritaire problemen vastgesteld:

1) Brusselse mantelzorgers herkennen zich niet als mantelzorger en lopen bijgevolg de bestaande ondersteuning mis.

Zorg dragen voor iemand uit zijn omgeving verloopt in vele gevallen geleidelijk, ongepland en onbewust. Dit maakt dat veel mantelzorgers zich niet als dusdanig herkennen of benoemen. Meer nog dan anderen identificeren mensen in armoede en met een migratieachtergrond zich moeilijker als mantelzorger. Lotgenotencontacten, respijtzorg of woningaanpassing staan soms ver van de dagelijkse beleving van deze kwetsbare doelgroepen. Het zijn ook deze doelgroepen die door de professionele (thuis)zorg minder bereikt en geholpen worden (Berdai, 2018), terwijl de zorgkracht van hun persoonlijke netwerk vaak niet zo sterk is (Thys & Vermeulen, 2018). Ook op financiële steun hoeven ze niet te rekenen: enkel de gemeente Etterbeek kent sinds kort een symbolische mantelzorgpremie van 100€/jaar toe en heeft hiervoor een totaal budget van 4000 € ter beschikking. In het kader van de Vlaamse Sociale bescherming waren er in 2017 slechts 2008 Brusselse dossiers voor mantel-en thuiszorg (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2018).

Toch hebben ook deze mantelzorgers zeker nood aan gepaste ondersteuning om draaglast en draagkracht in balans te houden. Alleen zal de weg er naar toe intenser en tijdrovender zijn. Outreaching, vertrouwen scheppen, waken over toegankelijkheid en betaalbaarheid, generalistisch werken van onderuit en het betrekken van sociale en welzijnssectoren zijn daarin onmisbare componenten. Een bijzonder kwetsbare groep zijn de jonge mantelzorgers, zeker wanneer de zorg plaatsvindt in een context van armoede, verslavings- of psychische problematiek, migratieachtergrond of eenoudergezinnen (Vandeurzen, 2017).

2) Er is nood aan afstemming tussen de verschillende actoren die mantelzorgers en hun zorgbehoevenden kunnen ondersteunen in Brussel. Het aanbod is momenteel zeer versnipperd.

In Vlaanderen zijn sinds jaren zes mantelzorgverenigingen<sup>69</sup> erkend die de opdracht hebben om ook de Brusselse mantelzorgers te ondersteunen en hun belangen te behartigen. Hun beperkte slagkracht en dito kennis van de Brusselse context had als gevolg dat er weinig gerichte acties in Brussel werden opgezet en zeer weinig mantelzorgers bereikt werden. Om de krachten wat te bundelen en te stroomlijnen is sinds 2013 een Stuurgroep Mantelzorg Brussel actief en verenigden de mantelzorgverenigingen hun Brussel-specifieke acties onder een

---

<sup>69</sup> Verenigingen voor gebruikers en mantelzorgers.

gezamenlijke noemer M-OK. Ook op Vlaams niveau was er nood aan meer coherentie en werd in 2018 het Vlaams Expertisepunt Mantelzorg opgericht.

Het feit dat mantelzorgers zich niet als dusdanig herkennen, maakt het erg moeilijk om hen rechtstreeks te benaderen met informatie of sensibiliseringsmateriaal. Samen met de Franstalige zusterorganisatie Aidants Proches Bruxelles werd een tweetalige folder “Ben ik mantelzorger?” opgesteld en breed verspreid onder de zorgverstrekkers. De overtuiging is immers dat de zorgprofessional zelf het beste sensibiliseringskanaal is. Er is een grote rol weggelegd voor de professionals in welzijn en zorg om actief oog te hebben voor de mantelzorgers, als actor en partner in de zorg enerzijds, maar ook als potentiële zorgvrager wanneer de belasting te groot dreigt te worden. Toch werd duidelijk uit een korte bevraging van zorgverstrekkers door de Stuurgroep Mantelzorg Brussel in 2017 dat er op dat vlak nog een weg te gaan is. Nog te weinig zijn zorgaanbieders, thuiszorgorganisaties, welzijnswerkers,... er zich van bewust dat zij zelf aan zet zijn om familieleden en naasten te betrekken, te vragen hoe het men hen gaat, rekening te houden met hun expertise en hun noden als mantelzorger en samen te zoeken naar haalbare oplossingen.

De zorgverstrekkers vragen hiervoor op hun beurt zelf wat ondersteuning: meer tijd, een beter zicht op wie de mantelzorger(s) zijn, een duidelijke visie over mantelzorgondersteuning binnen de eigen organisatie, informatie over diensten en voorzieningen voor mantelzorgers, hun rechten en plichten of over hulpmiddelen, woningaanpassing, alternatieve woonvormen ... De Stuurgroep Mantelzorg Brussel ontwikkelde daarom in 2018 drie vormingsmodules en startte met een olijsting te maken van alle Nederlandstalige voorzieningen voor mantelzorgers in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

## 6.2 De grijze zone in de zorgarbeid

De vraag naar zorg en hulp van zorgbehoevenden in een thuissituatie neemt sterk toe en overstijgt het aanbod van de reguliere thuiszorgdiensten én de capaciteiten van mantelzorgers. Op het kruispunt van formele en informele zorg bestaat nog een waaier van diensten en tewerkstellingsstatuten in de zorg die de lacunes in het aanbod moet helpen dichten en vervolledigen: bijvoorbeeld vrijwilligers die na het bereiken van een plafond voor fiscale aftrekbaarheid van onkostenvergoedingen hun werk toch informeel verder zetten, of inwonende buitenlandse verzorgers die in de marge van de wettelijkheid opereren, gezelschapsdames die de uren tussen mantelzorg en formele thuiszorg overbruggen en 24/7 zorg aan huis mogelijk maken, of oneigenlijk gebruik van dienstencheques om zorg te verlenen aan ouderen (Dispa & Goris, 2016). Transnationale banden worden aangeboord om de ontoegankelijkheid van de zorg voor mensen met migratie-achtergrond te overbruggen, waarbij o.a. dames uit landen van herkomst gevraagd worden om de zorg op te nemen voor een zieke, oudere weduwnaar onder de vorm van een huwelijk (Berdai en De Donder, 2018).

De facto zijn tal van ouderen, langdurig zieken, mensen met een beperking en hun mantelzorgers aangewezen op deze 'grijze zone' in de zorg. De voornaamste motivaties van ouderen om hier beroep op te doen zijn: zo lang mogelijk thuis blijven wonen, een rusthuisopname ten alle prijze vermijden, de mantelzorgers ontlasten en permanente goede zorg garanderen. Ook o.a. inspraak in de eigen verzorging en het gebrek aan alternatieven om thuis te kunnen blijven wonen worden als beweegredenen aangehaald (Hoens, 2016).

Deze varianten van informele, 'grijze' zorg, variërend van sporadisch en gefragmenteerd, tot permanent en continu, van creatief en goedbedoeld tot malafide en uitbuiting, van goedkoop tot uiterst kostelijk ... zijn onderbelicht, weinig bestudeerd en delicaat om aan te snijden. Toch willen we het hier aanhalen, niet met de bedoeling om te stigmatiseren of problematiseren, wel om er op te wijzen dat ook reguliere voorzieningen en beleid meer oog zouden moeten hebben op deze onzichtbare realiteit in het kader van vergrijzing en de zoektocht naar 'zorg op maat' en kostenefficiëntie. Ook in de Brusselse context vindt dit grijze zorgsegment ontegensprekelijk zijn weg.

Het aspect zorgmigratie neemt hierin een bijzondere plaats. In haar thesis wijst Sylvia Hoens op de recente opkomst in West-Europa van 'migrant care workers' om aan de nood aan langdurige thuiszorg te voldoen. Naast de reguliere zorginstellingen wordt een aanzienlijk deel van deze migranten tewerkgesteld als 'inwonende zorgmigrant': iemand uit het buitenland die bij de

oudere/zorgbehoevende inwoont en zorgt voor de persoonlijke verzorging, het huishouden en de begeleiding bij allerlei activiteiten (Hoens, 2016). Zowel ouderen die zelf een migratieachtergrond hebben als Belgische ouderen beroepen zich op zorgmigranten om aan hun behoefte aan 24/7 thuiszorg op maat te voldoen. De aanstelling gebeurt zowel met een contractuele tewerkstelling via organisaties die de zorgmigratie regelen, als clandestien, via mond-tot-mondreclame en contacten bij vrienden en kennissen. Migranten zonder wettig verblijf nemen vaak deze jobs in de informele sector op. Vooral zij lopen gevaar om uitgebuit te worden (Ella, 2015).

Een beleid dat steeds meer uitgaat van zorg op maat en het zelfzorgend vermogen van ouderen en hulpbehoevenden, moet er over waken dat het zorgmigratie en zwart werk in de zorg niet in de hand werkt. Dit is een waarschuwing waar onze noorderburen ons in vooraf gaan. Zij stellen vast dat ook steeds meer zorgmigranten, vaak uit Midden- en Oost-Europa, bij hulpbehoevende Nederlandse ouderen komen inwonen (van de Maat, van Bochove & Da Roit, 2014). Ook in Italië, Duitsland en Spanje is dit al een wijdverspreid fenomeen.

### 6.3 Niet erkende opvanginitiatieven

Tot slot zijn er de niet-erkende opvangstructuren die een bijzonder kwetsbaar publiek huisvesten dat vaak tussen de mazen van het net valt: sociaal kwetsbaren, niet ziek genoeg voor een opname in psychiatrisch ziekenhuis, te jong voor het rusthuis, te ontregeld voor beschut wonen ... Heel vaak gaat het om mensen die verschillende problematieken cumuleren zoals dakloosheid, verslaving, gevangenisverleden, handicap, mentale problemen ... Deze commerciële opvanghuizen zijn vaak de enige waar dit publiek zijn toevlucht vindt (Alter Echos, 2016).

Het onderzoeksrapport over de rusthuisbewoners met een laag zorgprofiel (O&A) in de Brusselse rusthuizen, wees op een soms 'oneigenlijk' gebruik van bepaalde zorgstructuren, waarbij de gezondheidssector en de sociale sector als communicerende vaten werken: het beleid dat aan de ene kant wordt gevoerd, heeft onvermijdelijk gevolgen voor de andere sector. Het tekort aan aangepaste woonstructuren voor mensen die psychisch of sociaal te kwetsbaar zijn om autonoom te leven bijvoorbeeld, verhoogt de druk bij de rusthuizen om dit publiek op te vangen. Als zij weigeren, dan blijven enkel nog de niet erkende woonstructuren over. De afbouw van psychiatrische ziekenhuisbedden en de strengere kwaliteitsnormen in de rusthuizen heeft wellicht bijgedragen tot een verdere groei van niet-erkende structuren. Hoewel de politiek er liever niets mee te maken heeft, komen ze min of meer tegemoet aan een reëel tekort in het



Brusselse sociaal beleid (Carbonnelle, 2017). Al mogen deze structuren niet allemaal over dezelfde kam worden geschoren, ze roepen onvermijdelijk ethische vragen en verdeelde reacties op in de sector: moeten ze gesloten of gereguleerd worden (Alter Echos, 2016)?

# Omgevingsanalyse Deel III:

## Trends en tendensen

### 1 Maatschappij

#### 1.1 Burgers aan zet

De burger roert zich. Burgers staan meer stil bij hun eigen levenswijze en de impact die zij wensen te hebben op diverse domeinen: mobiliteit, vrije tijd, voedselconsumptie, woonvormen en hun zorg- en ondersteuningstraject.

Veel burgers nemen het heft in eigen handen en proberen samenlevings- of andere problemen binnen hun straat, wijk of buurt collectief op te lossen. Sociale media lijken dit proces te faciliteren en maken dat elkaar inspireren en oproepen tot participatie en sociale actie makkelijker wordt. Dit vertaalt zich ook in de toenemende activiteiten in de ruleconomie, in buurtinitiatieven, solidaire netwerken, coöperatieven, co-housingprojecten, spaargroepen ... Het zijn tal van dynamieken en ontwikkelingen die vallen onder het begrip 'burgerinitiatief' of 'burgercollectief' en zich ontplooiën vanuit verschillende drijfveren: samenhorigheid, ontevredenheid, ondernemingszin, sociale bewogenheid ... (De Wakkere Burger, 2018).

Het begrip 'burgerinitiatief' of 'burgercollectief' is niet gemakkelijk te definiëren. We volgen de omschrijving van Noy en Holemans (2016) die een aantal criteria vooropstellen:

- Het collectief is structureel en doet dus meer dan een eenmalige actie.
- Het is gestart vanuit burgers, en dus niet vanuit overheid of markt.
- Burgers hebben inspraak in de vorm, de organisatie en de toekomst van het collectief.
- De burgers participeren ook aan de uitvoering van de dienst of de productie van het goed.

Deze burgerinitiatieven en burgercollectieven zijn de laatste jaren zichtbaarder geworden. Maar staat de burger ook aan het roer in welzijn en zorg? Welke burgerinitiatieven zijn er actief op vlak van welzijn en zorg? Er ontstaan netwerken van onderlinge hulp en ondersteuning, al dan niet ondersteund door digitale platformen of apps. Denk bijvoorbeeld aan burgercollectieven die actief zijn rond mensen zonder wettig verblijf en transmigranten. Andere burgers verzamelen zich rond het thema 'schone lucht' (Van Gyes, Szekér en Laoukili, 2018). Verder zien we burgerinitiatieven rond leefbaarheid en wonen.

Daarnaast ontwikkelen zich ook initiatieven en strategieën die minder mediageniek of zichtbaar zijn: mensen die om uiteenlopende redenen buiten het formele/reguliere (zorg)circuit staan, zoeken alternatieve manieren om de opvang van zieken en ouderen te organiseren of mensen binnen hun gemeenschap te helpen. Zij vullen een nood in die door de formele zorg niet wordt opgepikt. Hoewel deze vormen van zelforganisatie soms getuigen van veel creativiteit en vindingrijkheid worden ze niet noodzakelijk positief onthaald door de professionele hulpverleners.

Maar er beweegt wat aan de kant van de welzijnsorganisaties en overheden: meer en meer wordt er gezocht naar coöperatieve modellen met burgers en naar verbindingen met burgercollectieven. Hoe groot de impact is van burgerinitiatieven of -collectieven, en of ze een motor kunnen zijn tot verandering, zal de volgende jaren duidelijk worden.

## 1.2 Digitalisering

Volgens Jo Caudron en Dado Van Peteghem (2018), zitten we in de derde digitaliseringsgolf. Burgers omarmen nieuwe digitale evoluties om te participeren aan het maatschappelijke leven en om hun leven te organiseren. Denk hierbij maar aan sociale media en diverse apps om het leven te vergemakkelijken en verbinding te zoeken met elkaar. Dit manifesteert zich sterk bij de millennials (geboren tussen 1980 en 1995) die met de digitale evolutie zijn opgegroeid en een steeds groter aandeel in de arbeidsmarkt opnemen ter vervanging van de babyboomers.

Tegelijkertijd gaat het hard met de technologische innovaties en de robotisering. De i-watch of fitbit kan verschillende gezondheidsaspecten monitoren, de zelfrijdende auto is volop in ontwikkeling, de zorgrobot Zora wordt her en der ingeschakeld in woonzorgcentra en revalidatiecentra, de Blue Assist-app helpt mensen die moeite hebben om een simpele zorgvraag te stellen, robotchirurgie vindt ingang in onze ziekenhuizen ... Een veelheid aan toepassingen dient zich aan, en dat zal met de artificiële intelligentie enkel toenemen. Het gebruik van

algoritmen geeft enorme mogelijkheden. Zo werd in Nederland door zorgverzekeraars tijdelijk gewerkt met een privé-robotrechter, die oordeelde over schuld of onschuld op basis van algoritmen. Een ander bedrijf bouwt technologie die voorspelt of een jongere zijn schoolloopbaan zal afmaken, zodat preventief kan worden ingegrepen voor er sprake is van schooluitval. In de 19<sup>de</sup> eeuw namen machines de fysieke kracht van de mens over, sinds het begin van de 21<sup>ste</sup> eeuw nemen machines ons denkvermogen over (Steyaert, 2018).

Deze digitaliseringsevoluties dagen ons uit om na te denken over kwesties zoals werk, privacy, ethiek en de digitale kloof.

De snelheid waarmee maatschappelijke groepen zich al dan niet de digitalisering eigen maken is erg ongelijk verdeeld. Er is een groot verschil merkbaar in internetgebruik volgens opleidingsniveau, activiteitsstatus, leeftijd en geslacht (zie p47). De steeds groter wordende groep ouderen heeft het er nog steeds moeilijk mee, maar vindt stilaan aansluiting via sociale mediakanalen, terwijl de aanstormende groep digital natives alsmaar groter wordt. Jongeren in de steden hebben veel potentieel om hun digitale vaardigheden ooit te verzilveren.



Toch zien we ook een nieuwe kloof ontstaan. Deze focust op communicatievaardigheden en inzicht. In de enorme stroom van informatie moet de gebruiker zijn weg vinden, moet hij beslissingen kunnen nemen, moet hij fake news van good news kunnen onderscheiden ... In een digitale wereld met minder en minder hard copy-documenten (bv. facturen) moet je bij de pinken zijn en administratieve vaardigheden ontwikkelen.

Op de arbeidsmarkt en ook in de organisatie van de zorg verwacht men dat robotisering en intelligente technologie de bestaande manier van werken drastisch zal veranderen. Apps beloven eenzaamheid op te lossen en ingenieurs breken het hoofd over slimme systemen in de zorg. Er is discussie over welke vaart dit zal lopen. Sommigen voorspellen een sneltreinvaart, anderen zien het gematigder. We kunnen ons best voorbereiden op de keuzes en ethische dilemma's die deze (r)evolutie met zich zal meebrengen.

De digitalisering heeft ook gevolgen voor de sociaal-cultureel werker van (vandaag en) morgen. Hugo Callens (2011) beschrijft de rol van sociaal-cultureel werk in de digitale samenleving als volgt: "Sociaal-cultureel werk vervult, in een continu spanningsveld tussen culturele en maatschappelijke vernieuwing enerzijds en aanpassing, continuïteit en integratie anderzijds, verschillende rollen in de samenleving: een integratierol, een laboratoriumrol en een kritische rol. Het online gebeuren is een nieuwe 'arena' waarbinnen die rollen opgenomen worden. De integratierol houdt in dat mensen ondersteund worden bij het verwerven van een plaats in de samenleving en het sociaal weefsel, bij het zich inschakelen in de normen, waarden en eisen van de samenleving".

Specifiek toegepast op de digitale samenleving betekent dit bijvoorbeeld (Callens, 2011):

- Gemeenschapseducatie: mensen via vorming inleiden in het competent en kritisch online participeren.
- Cultuurconsumptie: mensen toeleiden naar en begeleiden in het lezen en interpreteren van multimediale cultuuruitingen.
- Empowerment: mensen versterken in het bewust gebruik van multimediatoepassingen.
- Ingroeiend leren: kennis, vaardigheden en attitudes aanleren om om te gaan met de nieuwe media.

De laboratoriumrol van het sociaal-cultureel werk ligt in het aanbieden van ruimtes waar met alternatieven mag geëxperimenteerd worden en waar het dominante maatschappelijke discours in vraag kan gesteld worden. Dat kan onder meer het volgende inhouden (Callens, 2011):

- **Gemeenschapsvormgeving:** acties en campagnes gericht op het veranderen van de samenleving, zowel online als in real life cultuurproductie: ertoe bijdragen dat nog meer personen 'hun eigen ding kunnen doen', meer e-cultuur kunnen maken.
- **Sociale veranderingsstrategie:** bijdragen tot maatschappelijke verandering in de richting van een duurzame, vreedzame en solidaire samenleving, door gebruik te maken van online tools enerzijds, en door het werken aan een duurzame en democratische online wereld anderzijds.
- **Bevrijdend leren:** reële en virtuele ruimtes aanbieden waarbinnen mensen kunnen experimenteren, vieren en uitproberen.

Tussen beide rollen in situeert zich de kritische rol. Tegenover de aanpassingslogica achter de integratierol staat hier het zich vrijmaken van de dominante maatschappelijke verhalen en het ontwikkelen van een eigen of een maatschappelijk alternatief verhaal. Dat kan inhouden (Callens, 2011):

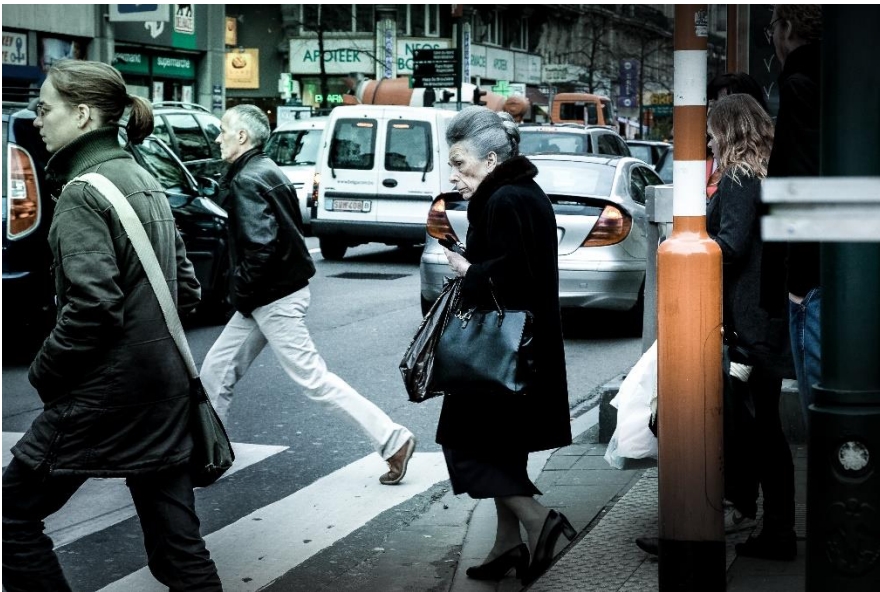
- **Gemeenschap-vormen:** deelname aan online-communities stimuleren, ondersteunen, zelf groepen oprichten.
- **Cultuurkritiek:** principes en mechanismen van de digitale samenleving kritisch bevragen.
- **Engagement-strategie:** personen betrekken bij en versterken in het deelnemen en deelhebben aan online communities.
- **Bevrijdend leren:** nadenken over het eigen gebruik, het leven in en met de digitale wereld stimuleren op basis van eigen ervaringen, in relatie tot de geldende principes en mechanismen.

### 1.3 Druk, druk, druk

Een bewustere levensstijl staat hoog op de agenda van de hedendaagse werkende mens. Het vormt een ware uitdaging om een gezonde werk-privébalans te behouden.

Door een hoge prestatiedruk, individuele verantwoordelijkheid voor je levenskeuzes (en falen!) en drukte in de vrije tijd leunt onze energiebalans tegen zijn grenzen aan. Soms geraakt deze uit evenwicht. Tegenstrijdige beleidsopties hebben dat nog verscherpt: het verhogen van de pensioenleeftijd en de keuze voor de vermaatschappelijking van de zorg, sporen niet echt samen.

Inzake zorg wordt door de overheid meer en meer verwacht dat het netwerk van de zorgbehoevende deze rol ook mee opneemt. Het is een verwachting die botst met de realiteit dat mensen steeds langer moeten werken. Vooral mantelzorgers ervaren een sterke druk. Zij trachten een gezonde balans te bewaren tussen hun professionele leven, hun eigen ontwikkeling, en de mantelzorgnoden van hun netwerk (kinderen, zorgbehoevende ouders en kleinkinderen). Zorg in de samenleving en zorg door de samenleving worden hier soms verward.



## 1.4 Behoeft e aan houvast

De samenleving is ingrijpend geglobaliseerd. Digitale evoluties, multimedia, migratiebewegingen en toegenomen mobiliteit doen grenzen vervagen. We worden permanent van buitenaf gevoed en geprikkeld. Dit werkt stimulerend en inspirerend. Maar het confronteert burgers ook met complexe maatschappelijke vraagstukken zoals 'wat met de EU', het radicaliseringsvraagstuk, migratie, veiligheid ... Thema's waar geen eenduidige visie of standpunt over is en die veel emoties en tegenstrijdige meningen losmaken. Het gevoel leeft dat er tegenwoordig geen consensus bestaat over ons samenlevingsmodel. Het tempo van de veranderingen, de intensiteit en complexiteit van de uitdagingen zorgt ook voor een tegenbeweging en hang naar meer houvast, die zich uit in het opwaarderen van de eigen omgeving en kleinschaligheid (zoals buurtinitiatieven), maar ook in een behoudsgezinde reflex, zich terugplooiën op de eigen vertrouwde gemeenschap en weerstand tegen veranderingen (De Rynck, 2017). Interne houvast wordt tegenwoordig ook meer gezocht in nieuwe vormen van spiritualiteit en zingeving zoals yoga, mindfulness, acceptance and commitment therapy ...

## 1.5 Meritocratie en het individuele schuldmodel

In het maatschappelijk discours neemt het gedachtengoed van de meritocratie een steeds voornamere plaats in. In een meritocratie bepaalt alleen je individuele verdienste je maatschappelijke positie. Wie succesvol is, heeft dat aan eigen talent en inspanning te danken en krijgt veel status en inkomen. Wie dom is en lui, eindigt onderaan. Het meritocratische ideaal wordt tegenwoordig breed omarmd. Volgens de verdedigers ervan is het rechtvaardig dat individuen naarmate ze extra 'geven' aan de samenleving daarvoor extra worden beloond met status, macht en inkomen. Maar – zo stellen critici - de meritocratie gaat voorbij aan de ongelijke start van mensen – niet iedereen heeft bij de geboorte dezelfde kansen. Het is een aanslag op het zelfrespect van de 'verliezers', een aanslag op de solidariteit van de winnaars, een aanslag op het gevoel van zekerheid van ons allen, en zij leidt tot een mateloze meet- en vergelijkingscultuur (Tonkens & Swierstra, 2013).

Daarmee sluit het discours nauw aan bij het individuele schuldmodel. Je falen heb je te wijten aan je eigen individuele keuzes, of omdat je te lui bent om te werken of door foute beslissingen. Collectieve verantwoordelijkheid verdwijnt uit beeld en solidariteit komt onder druk.



## 2 Werkveld

### 2.1 Commercialisering en ondernemerschap

Zorg als winstgevende activiteit is vooral in de ouderenzorg een gekende realiteit. Het aandeel commerciële rusthuizen in Brussel bedraagt 62% en is beduidend hoger dan in Vlaanderen (14,6%). Toch is dit groot aandeel commerciële organisaties in de Brusselse residentiële ouderenzorg niet nieuw. Brussel kent al sinds jaren heel wat kleinere privé-rusthuizen. Vele hiervan hebben afgelopen jaren de deuren moeten sluiten (te weinig rendabel, niet meer voldoen aan de normen ...) en worden opgeslokt door grote commerciële groepen die de vergrijzing als een interessante groeiemarkt beschouwen (Hertogen, 2014).

Ook in andere sectoren van zorg en welzijn duikt het vraagstuk over de commercialisering op. Het kwam uitgesproken in het nieuws naar aanleiding van de tendering van daklozenopvang in Antwerpen, de toewijzing van de uitbating van het forensisch-psychiatrisch centrum voor gedetineerden in Gent en social impact bonds (Verleisdonk, 2017) waarbij publiek-private samenwerkingen ontstaan die impact in het sociale domein claimen.

De persoonsvolgende financiering geeft de commercialisering een extra incentive. Cliënten shoppen en doen dat zeer prijsbewust: wat wil ik in mijn zorg- en ondersteuningspakket en wat niet? Wie biedt mij dat in een goede prijs-kwaliteit-verhouding? De sector personen met een handicap heeft een systeemswitche ondergaan. De architectuur van de organisaties moest worden aangepast en de ondernemingsrisico's werden groter (Delaruelle & Claeys, 2018). De andere sectoren zullen er in de toekomst evenmin aan ontsnappen.

Ben Suykens, Bram Verschuere & Filip De Rynck (2016) onderzochten bestaand onderzoeksmateriaal naar organisaties die zich op het snijpunt van hulpverlening en markt bevinden (sociale kruideniers, 'tendering' door overheid van zorgorganisaties ...). Ze vinden geen resultaten dat een evolutie richting markt een betere zorg- of hulpverlening zou doen ontstaan. Ze stellen daarentegen wel zeer veel bezorgdheid vast bij hulpverleners en het middenveld over de risico's van vermarkting. Het water tussen de verschillende standpunten van de voor- en tegenstanders is diep. In hun conclusies pleiten de onderzoekers vooral voor zeer goede beheerscontracten zodat de overheid een instrument in handen heeft om de kwaliteit van de zorg te monitoren. Goede objectieve en subjectieve indicatoren, die onderhandeld kunnen worden met cliënt en middenveld, zijn volgens de auteurs daarbij belangrijk.

## 2.2 Schaalvergroting

Schaalvergroting is enerzijds een antwoord van de zorgsector op de vermarkting. Door de krachten te bundelen ontstaan grote sociale ondernemingen in zorg, welzijn en gezondheid. Ze starten vaak vanuit een bepaalde sector, maar verruimen al snel hun werkveld intersectoraal. Ze passen dezelfde managementprincipes toe als commerciële ondernemingen. Sommige sociale ondernemingen stellen honderden mensen te werk.

Ook de overheid stelde de voorbije decennia telkens weer de vraag naar schaalvergroting. De centra voor geestelijke gezondheidszorg, de CAW's, de ziekenhuizen, de scholen, de werkingen kansarme jeugd, de ondersteuningsorganisaties ... ze werden allemaal aangezet tot fusie of gelijkaardige samenwerkingsmodellen. Het moest de oorspronkelijke organisaties sterker maken door de kwetsbaarheid die gepaard gaat met de kleinschaligheid van organisaties te verminderen, door expertise samen te brengen, kostenefficiënter te werken en bepaalde specialistische opdrachten of digitaliseringsprocessen te kunnen incorporeren.

De schaalvergroting komt zonder twijfel de efficiëntie op organisatieniveau ten goede, maar heeft ook valkuilen. Het risico bestaat dat bij het management de voeling met de praktijk wegdeemstert en men meer met eigen gewin bezig is dan met de cliënt. Schaalvergroting doet vaak afbreuk aan de kleinschaligheid en een goede spreiding van de voorzieningen. Zij die erin slagen om hun werk met cliënten kleinschalig en autonoom te organiseren, maken meer kans uit te blinken in een kwaliteitsvolle cliëntgerichte aanpak. Een goed territoriaal gespreid cliëntgericht aanbod van diensten binnen een grootschalige organisatiestructuur staat garant voor goede resultaten.

Ondanks deze schaalvergrotingstendens zien we een verdere versnippering van het aanbod. Tijdens de update-actie van de sociale kaart 2017 constateerden we een toename van zo'n 500 nieuwe initiatieven. Burgers kunnen in Brussel bij een divers aanbod aan organisaties en voorzieningen terecht. Toch vinden ze niet altijd een antwoord op hun vragen omdat zij niet voldoen aan bepaalde voorwaarden (taal, erkenning, verblijfsvoorwaarden ...), of niet de correcte organisatie vinden. Het Brussels aanbod is gevarieerd maar niet samenhangend. Een bezorgdheid die regelmatig naar voren komt is: "wie heeft nog het overzicht, en bij wie kunnen we hiervoor terecht?" (Bogaerts & Goris, 2014).

## 2.3 Middenveld onder druk

Het middenveld heeft drie historisch gegroeide rollen. Er is de politieke rol, die focust op het nastreven van maatschappelijke verandering, waarbij nu en dan systeemkritiek onvermijdelijk is. Het middenveld heeft ook een gemeenschapsvormende rol, die streeft naar verbinding, participatie en emancipatie. Het aanbieden van dienstverlening is een derde functie van het middenveld. Deze dienstverlenende rol speelt in op het lenigen van de maatschappelijke noden van mensen (CSI Flanders, 2018).

De laatste jaren staat de politieke en de dienstverlenende rol onder druk. Beleidsmakers zijn minder dan voorheen overtuigd dat kritiek op bepaalde beslissingen het beleid sterker kan maken. Ze hebben de kennis en de expertise van het middenveld minder nodig omdat het overheidsapparaat vaak zelf de nodige specialisatie in huis heeft of dit uitbesteedt aan allerhande adviesbureaus. Komt daarbij de overtuiging van de overheid dat alles onmiddellijk nut moet hebben. Subsidies zijn enkel verantwoord als een organisatie direct meetbare output genereert. Twee maatschappelijke evoluties versterken dit. De globalisering en de daarmee verbonden verschuivende beslissingscentra maakt dat de politiek en het middenveld minder macht hebben, wat het onderling vertrouwen niet ten goede komt. Daarnaast heeft het middenveld te maken met een grotere kloof met de burger. Burgers - en de millennials nog uitgesprokener dan de vorige generaties - zijn zich niet meer bewust dat ze haast dagelijks in contact komen met een sterk ontwikkeld middenveld. Professionalisering, institutionalisering en ontzuiling hebben er toe bijgedragen dat ook bij burgers het vertrouwen afbrokkelt. Taken die vandaag door het middenveld worden uitgevoerd, kunnen morgen door de markt worden overgenomen. Het middenveld riskeert op deze wijze door bepaalde (beleids)mensen te worden afgedaan als een wereldvreemde, overgesubsidieerde club. Het is duidelijk dat niets nog vanzelfsprekend is en alles in vraag kan worden gesteld, ook de activiteiten die vroeger als een kerntaak beschouwd werden. Aan het middenveld zelf om daar antwoorden op te vinden en de kritiek te ontkrachten. Vertrouwen kan herwonnen worden door zich te herpositioneren tegenover de overheid en de markt. Elke organisatie is genoodzaakt te bekijken op welke wijze ze het verschil kan maken op de thema's waarop ze werkt, en dit zowel in relatie met de overheid als met de burger (Jacobs & Verbist, 2014).

Wellicht gaat het middenveld de komende jaren nog een aantal verschuivingen door. Een aantal auteurs uit verschillende hoeken, zoals de Vlaams Bouwmeester Leo Vandebroek, dringen erop aan om uit de dichotomie 'bottom up' of 'top down' te stappen. Zij pleiten voor coöperatieve modellen waarbij burger,

overheid, bedrijven en middenveld gaan samenwerken. “The next big thing will be a lot of small things” lezen we in hun toekomstverkenning (Team Vlaams Bouwmeester, 2018).

Dit alles heeft gevolgen voor de rol en de taak van de beroepskracht in het middenveld. Middenveldorganisaties worden nu en dan betrokken bij het ontwikkelen, uitdenken en uitrollen als partner van het beleid, waardoor hun rol als belangenbehartiger van bepaalde groepen, en als kritische tegenstem in het gedrang komt. De kloof met de burger kan dan weer worden verkleind door op een goede manier gebruik te maken van nieuwe communicatiekanalen. Deze hebben heel wat potentieel voor het mobiliseren van burgers en het creëren van een draagvlak voor sociale acties. Ze vereisen van de beroepskracht specifieke competenties om deze nieuwe media op een professionele manier te gebruiken in het werk.

Onder invloed van Nieuw Publiek Management zijn er ook indicaties van een deprofessionalisering van sociaal werk. De focus op het efficiënter maken van werk kan leiden tot het opdelen van taken in verschillende deeltaken. Veel gespecialiseerde kennis wordt uitgeschreven in procedures en regeltjes en volgens gestandaardiseerde werkwijzen toegepast. Hierdoor worden sommige taken van de beroepskracht aanzienlijk eenvoudiger en maakt het mogelijk dat verscheidene van deze taken ook door andere werknemers of vrijwilligers uitgevoerd worden. Enkel voor bepaalde, zeer specifieke (deel)taken, lijkt de expertise van de beroepskracht nog noodzakelijk te zijn (Szekér & Gyes, 2017).

## 2.4 Samenwerken

Geen enkele organisatie staat in een zorg- en ondersteuningslandschap op zich. Er zijn andere welzijns- en zorgvoorzieningen die vóór jouw organisatie met de cliënt aan de slag zijn gegaan, er zijn er die erna de cliënt een aanbod reiken, en nog andere werken simultaan. Netwerken is cruciaal geworden. Niet alleen met burgers en cliënten, maar ook met informele netwerken, andere professionals en beroepsgroepen binnen en buiten de eigen sector, moet meer worden samengewerkt. De hulpverlener wordt netwerker en verbindingsfiguur.

Een moderne organisatie moet zich veel meer dan vroeger in een continuüm van dienst- en zorgverlening plaatsen. Onderlinge verbanden staan centraal en worden gevoed door onderling overleg, goede samenwerkingsafspraken, cliëntgerichte benadering of complementair aanbod. Vanuit de vaststelling dat het alleen niet (meer) lukt, wordt gestreefd naar allianties, netwerken of partnerschappen vanuit een gemeenschappelijk belang.

Het mantra ‘samenwerken, samenwerken, samenwerken’ luidt steeds meer op alle overlegfora waar welzijns-, zorg- en gezondheidsactoren elkaar kruisen. Ook de overheid kiest steeds vaker voor samenwerking in zorg en ondersteuning om versnippering tegen te gaan en de beschikbare middelen zo doelmatig mogelijk in te zetten: federaal zijn er de chronic care projecten, in Vlaanderen de eerstelijnszones en het geïntegreerd breed onthaal, integrale jeugdhulp, perspectief 2020 ...

Samenwerken mag nooit een doel op zich zijn, maar een middel om een meerwaarde te creëren die afzonderlijk niet kan bereikt wordt. Dit gemeenschappelijk belang is de drijfveer (De Smaele & Vermeulen, 2017). Toch is samenwerken allesbehalve eenvoudig. Het veronderstelt mature organisaties die weten waar ze goed in zijn, inzien waarin ze kunnen verbeteren, aangeven wat hun grenzen zijn, durven erkennen waar anderen beter in zijn en erkennen waar ze hen nodig hebben.

Een spanningsveld dat daarbij optreedt is dat competitie en samenwerken dicht bij elkaar liggen (Verharen, 2016), zeker in een ‘markt’ waar voorzieningen steeds meer als concurrenten tegenover elkaar staan in de strijd om (project)middelen en cliënteel (bijvoorbeeld in het kader van persoonsvolgende financiering). In het bewustzijn van eigen kennis en kunde ontstaat de competitie met de andere, met het risico de ander als een tegenstander te zien. Een samenwerking die streeft naar een win-win-situatie en geen verliezers achterlaat, behoudt het best haar balans. Deze wederkerigheid komt niet vanzelf maar vraagt onderhandelingsvaardigheden en een dialogische samenwerking tussen een diversiteit aan partijen (Cools & Raeymaeckers, 2017).

## 2.5 Nieuwe (context) hulpverlener

De aanpak van zorg en ondersteuning slingert continue tussen enerzijds een specifieke en specialistische en anderzijds een holistische wijze. In de waaier aan disciplines en werkvormen blijft de cliënt regelmatig op zijn honger zitten. De zorg en ondersteuning is niet flexibel genoeg, De cliënt voelt zich te weinig betrokken en/of krijgt het gevoel dat er van alles boven zijn hoofd wordt beslist.

Tegelijkertijd is er de ontwikkeling van de vermaatschappelijking van de zorg. Het principe is simpel: personen met een ondersteuningsnood moeten gestimuleerd worden in hun krachten en talenten en ondersteund worden waar nodig, zodat zij optimaal kunnen (blijven) participeren aan het maatschappelijk leven. Voor deze ondersteuning wordt er niet meer enkel gekeken naar de professionele

hulpverleners maar eerst naar de draagkracht van het informele netwerk: burens, familieleden, vrienden ...

Deze beleidsontwikkeling klinkt zeer logisch, maar de praktische toepassing ervan toont aan dat vermaatschappelijking geen evidentie is. Onderzoek van het Kenniscentrum Welzijn, Wonen, Zorg wijst uit dat Brusselaars niet vaak hulp aan hun naasten vragen. Mensen zijn pas geneigd hulp en ondersteuning te vragen als zij die eerst zelf hebben kunnen bieden. De zorgkracht van informele netwerken wordt bepaald door sociaaleconomische factoren, meer dan door demografische. Mensen in armoede kunnen dus nog minder dan andere Brusselaars bij iemand terecht. Contact met professionele hulp versterkt het informele zorgnetwerk van de cliënt. Informele zorgverstrekkers ervaren eveneens nood aan professionele ondersteuners om hen te coachen, om mee de zorg te dragen ... Denk bijvoorbeeld aan de ontwikkeling van buurtgerichte zorgnetwerken en de procesbegeleiding die hierbij vanuit professionele hoek wordt geboden (Thys, 2018).

Er wordt veel verwacht van de hulpverlener 3.0. De hulpverlener van morgen wordt uitgedaagd om cliënten op velerlei vlakken in zijn/haar leven te kunnen ondersteunen; dit vraagt een hulp- of zorgverlener met een brede set aan vaardigheden en expertise. Het is daarbij belangrijk om een goede balans te bewaren tussen een specifieke en generalistische aanpak. De hulp-, dienst- of zorgverlener zal naar de volledige mens in zijn psychisch, fysisch en sociaal welzijn kijken. Hij zal volop en krachtgericht inzetten op het versterken van het netwerk van de cliënt en verbindend werken over de hokjes en organisaties heen. Goede afspraken tussen verschillende organisaties of hulp-, dienst- en zorgverstrekkers zijn daarbij noodzakelijk. De hulpverlener 3.0 werkt verbindend zowel naar zijn cliënt, zijn collega's en het werkveld. Hij is bereid zijn expertise ter beschikking te stellen van zijn collega's, zodat deze de cliënt nog beter kunnen ondersteunen.

De hulpverlener 3.0 wordt vooral een coach en een mens onder de mensen. Hij laat de oplossing uit de cliënt komen en heeft respect voor diens autonomie. Hij staat in een vernieuwde relatie tot de informele zorgverstrekker. De mantelzorger, de buurtbewoner en de vrijwilliger komen sterker in het vizier en de formele hulp-, dienst- of zorgverstrekker benadert hen als mededragers van oplossingen.

In de meest precare situaties, wanneer hij ernstige noden detecteert maar er bij de cliënt absoluut geen bereidheid is deze te remediëren, kan de hulpverlener 3.0 kiezen voor bemoeizorg. De hulpverlener 3.0 kan functioneren in een context waarin constant transities op beleidsniveau doorgaan: nieuwe regelgeving, fusies

en schaalvergroting, systeemveranderingen, staatshervormingen; en hij kan met de stijgende diversiteit en complexiteit om.

Tot slot wordt de hulpverlener uitgedaagd om meer te denken als sociaal ondernemer in een vermarkte omgeving waardoor beleidsbeslissingen, zoals bvb. de persoonsvolgende financiering, concurrentie tussen zorginstellingen groter wordt.

## 2.6 Cliënt is koning?

Werk maken van meer zorg op maat. Hoe lang zou deze intentie al ingeschreven staan in de toekomstvisie op betere zorg? Dit citaat uit 1996 is alvast sprekend: “Het is gemeengoed geworden om bij de verlening van allerlei diensten de klant een centrale positie te geven. Slogans zoals ‘de klant is koning’ of ‘zorg op maat’ zijn duidelijke expressies van deze gedachte” (Vijver, 1996). De auteur kadert het startpunt van deze tendens al veel vroeger, in de 18<sup>de</sup> eeuw met het verlichtingsdenken. Het geloof in de wetenschap en techniek heeft de mentaliteit van de Westerse cultuur uitermate bepaald: geluk en gezondheid zijn maakbaar.



Anno 2018 geldt deze vaststelling nog steeds en evolueren we meer dan ooit naar een samenleving waarin instant behoeftebevrediging, flexibiliteit en diensten 'on demand' de orde van de dag bepalen, denk maar aan 24/7 maaltijd- en pakjesleveringen, 'nu bestellen, straks aan huis gebracht'.

De 'consument' neemt steeds meer het heft in handen. Daarbij staat niet meer zozeer de dienst of het product centraal, maar wel de beleving die de gebruiker daarbij voelt (Conxion, 2019).

De paradigmashift naar emotie en vertrouwen in de zorgverlening, zelfsturing en regie bij de cliënt daagt de welzijns- en zorgsector steeds meer uit. Daarbij dringen zich ook enkele ethische afwegingen op:

- Uiteraard vinden we het niet meer oké als ouderen al om 18.00 uur in bed worden gestopt, of pleiten we er voor dat personen met een handicap ook 's avonds laat naar het theater moeten kunnen gaan, maar hoever reikt de flexibiliteit die we verwachten van de medewerkers en zorgprofessionals? Geven we ruimte voor meer zelfregie en zorg op maat door meer (slecht betaalde en ondergewaardeerde) flexijobs in de zorgsector te introduceren om aan 'zorg on demand' te kunnen voldoen?
- Wat ook met de keuzevrijheid van de gebruiker? De getuigenissen van mensen die afhankelijk zijn van zorg in de thuiszorgsituatie wijzen meer dan eens op het ongenoegen over het feit dat ze niet kunnen bepalen wie ze wel of niet toelaten in hun meest intieme leefomgeving. Omgekeerd wijzen zorgorganisaties op de ontoelaatbare en soms discriminerende houding van gebruikers en patiënten.
- Iedereen heeft het recht te leven zoals hij wil. Maar kunnen mensen wel vrij hun keuzes realiseren? Is de gebruiker ook altijd deskundig genoeg en voldoende geïnformeerd om te kunnen bepalen welke dienst of ondersteuning hij of zij nodig heeft? En past deze keuze ook in het breder perspectief van contextgerichte zorg waarin niet alleen de gebruiker maar ook zijn netwerk en de hulpverleners mededragers zijn van oplossingen?
- De individuele consument-mentaliteit is typisch voor de westerse wereld, maar is daarom niet vanzelfsprekend voor iedereen. In welke mate zal en kan de sector, in de context van toenemende diversiteit en internationalisering van de Brusselse samenleving, echt tegemoet komen aan de wensen van de gebruikers?



## 3 Beleid

### 3.1 Voetballen op een hockeyveld

Er zijn in Vlaanderen verschillende nieuwe regelgevingen in de maak die ook hun toepassing moeten vinden in de Brusselse context: het woonzorgdecreet, de hervorming van de eerstelijnszorg, de Vlaamse Sociale Bescherming, het Lokaal Sociaal beleid met het geïntegreerd breed onthaal ... Steeds stelt zich de vraag hoe deze hun toepassing kunnen vinden in de Brusselse context. De intenties zijn er om rekening te houden met de socio-demografische en institutionele context die Brussel eigen is en de toepassing via specifieke maatregelen te verzekeren. Toch geeft de overheid zich noch onvoldoende rekenschap van de draagwijdte van deze fundamentele verschillen. De relatie met lokale besturen, de positionering van het Vlaamse aanbod tegenover dit van de andere Gemeenschappen, de kennis die bij hulpverleners verwacht wordt over een complexiteit aan regels en structuren, de grote inspanningen die nodig zijn om kwetsbare groepen te informeren en bereiken, het omgaan met een diversiteit aan talen en culturen, niet alleen bij gebruikers maar ook tussen organisaties erkend door verschillende Gemeenschappen ... zijn hiervan maar enkele voorbeelden.

Bepaalde stedelijke aspecten zoals de toenemende diversiteit in de samenleving zijn natuurlijk niet eigen aan Brussel alleen, maar de cumul van bijzonderheden en de institutionele context zijn dit wel. Daar wordt bij de Vlaamse en andere beleidsmakers weinig rekening mee gehouden. Wat in Vlaanderen kan, moet in Brussel ook. Nochtans staat in veel Vlaamse decreten een Brusselparagraaf, die de mogelijkheid van specifieke regelgeving voor Brussel voorziet. In de uitvoeringsbesluiten blijft dit meestal dode letter. Het argument van het gelijkheidsbeginsel en een gebrek aan grondige kennis van de Brusselse realiteit mondt uit in gelijkkluidende toepassingsregels in Brussel. Dit versterkt de indruk bij het Vlaams-Brusselse werkveld dat dezelfde spelregels moeten gevolgd worden op een ander speelveld. Voetballen op een hockeyveld dus ...

Het Brussels werkveld is een gelaagd speelveld waar verschillende overheden en gemeenschappen naast elkaar bewegen, elkaar hier en daar kruisen, ontmoeten en samenwerken. De autonomie van elke overheid leidt er toe dat beleidskeuzes worden gemaakt en richtingen worden gekozen die niet noodzakelijk gelijklopen, tegenstrijdig kunnen zijn en mogelijks zelf botsen: de keuze tussen een instellingsfinanciering versus een persoonsvolgend model van financiering, is hier een voorbeeld van. De zesde staatshervorming heeft het constitutioneel kader waarin het welzijnsbeleid voor Brussel zich situeert niet vergemakkelijkt,

integendeel. Deze hervorming vertrekt vanuit een politiek communautair denken. De vertaalslag naar concreet beleid vergt steeds meer spitstechnologie. Juridisch-technische antwoorden worden alsmaar ingewikkelder met het gevaar steeds verder weg te drijven van het adagium 'de cliënt/burger centraal'. Een vlotte implementatie van Vlaamse regelgeving wordt haast onmogelijk. Brusselse organisaties hebben moeilijkheden om hun opdracht volledig conform de regelgeving uit te voeren.

Het belang van overleg en afstemming om botsende systemen te vermijden is meer dan ooit aan de orde, in het bijzonder in uitvoering van de zesde staatshervorming. Mede aangewakkerd door bottom-up dynamiek, stellen we vast dat de verschillende overheden op sommige beleidsthema's ook gelijkaardige keuzes maken, bijvoorbeeld aangaande buurtgerichte zorg, intersectorale samenwerking, de reorganisatie van de (gezondheids)zorg op de eerste lijn ... Toenadering omtrent deze thema's en het streven naar compatibiliteit in de regelgeving zou de burger sterk ten goede komen. Het kan een startsignaal zijn voor een gemeenschappelijke Brusselse welzijnsvisie over de Gemeenschappen heen. Het opstellen van een allesomvattend Vlaams 'Brussels welzijns- en zorgdecreet' dat volop aansluiting vindt bij de realiteit van de Brusselaar en rekening houdt met de institutionele context waarin het beleid moet worden uitgevoerd, kan een aanzet tot duurzame oplossing zijn; zo dient er niet telkens naar ad hoc-antwoorden worden gezocht.

### 3.2 Integrale zorg en ondersteuning

Het bieden van integrale zorg en ondersteuning is de nieuwe visie van de Vlaamse overheid voor het welzijns- en zorgbeleid naar 2050 toe. Deze visie zet sterk in op preventieve actie en de mobilisering van verbindende krachten in de samenleving. Het concept van integrale zorg en ondersteuning ent zich op het WHO-cirkelmodel. De vermaatschappelijking van de zorg maakt hier integraal deel van uit: het is een verschuiving binnen de zorg waarbij ernaar gestreefd wordt om mensen met beperkingen (van lichamelijke, verstandelijke of psychische aard), chronisch zieken, kwetsbare ouderen, jongeren met gedrags- en emotionele problemen, mensen die in armoede leven ... met al hun mogelijkheden en kwetsbaarheden een eigen zinvolle plek in de samenleving te laten innemen, hen daarbij waar nodig te ondersteunen en de zorg zoveel mogelijk geïntegreerd in de gemeenschap te laten verlopen (SAR WVG, 2012). Zelfzorg, informele zorg (mantelzorg, wijk- en buurtzorg) en formele zorg (van de professionele eerstelijnszorg en -ondersteuning tot de gespecialiseerde zorg en ondersteuning) situeren zich op een continuüm van zorg en ondersteuning, waarbij wederzijdse communicatie en samenwerking zeer belangrijk zijn.

De professionele zorg en ondersteuning (welzijnsberoepen, zorgberoepen, gezondheidsberoepen) treedt ondersteunend en aanvullend op ten aanzien van het sociaal netwerk en de eigen kracht van mensen (SAR WVG, 2015). Dit concept wordt uitgebouwd volgens de principes van maatschappelijk verantwoorde zorg: kwaliteit, performantie, toegankelijkheid, sociale rechtvaardigheid en relevantie zijn daarin kernbegrippen.

Alle nieuwe beleidslijnen (persoonsvolgende financiering, eerstelijnszorg, herwerking woonzorg, geïntegreerd breed onthaal ...) worden aan dit nieuwe grote verhaal van integrale zorg en ondersteuning opgehangen (Vlaamse regering, 2016). Dat is een ongelooflijke sterkte.

### 3.3 Financiering

‘Meer doen met minder middelen’, ‘een overheid die zich terugtrekt’ het zijn twee voorbeelden uit een ontelbare reeks van uitspraken wanneer het gaat over de financiering van welzijn en zorg. Doorheen al deze opinies en geruchten zijn er wel enkele opvallende trends en tendensen merkbaar betreffende de financieringsstromen.

#### 3.3.1 Projectfinanciering

Een eerste trend die wordt opgemerkt is dat extra financiering voornamelijk mogelijk is voor innovatief en projectmatig werk. Er moeten meer dan ooit (ver)nieuwe(nde) antwoorden worden gevonden op uitdagingen. En deze moeten veelal binnen een termijn van één tot drie jaar verankerd worden zonder bijkomende structurele financiering. De balans innoveren–continueren helt over. Voor de versterking van het reguliere aanbod is er weinig extra financiering voorhanden tenzij voor het wegwerken van historische zorgachterstand of voor extra opdrachten. Het moet catchy en trendy zijn en iets waar de bevoegde beleidsverantwoordelijke kan mee uitpakken.

#### 3.3.2 Niet indexering

De overheid koos de voorbije periode uitgesproken voor een systeem van enveloppefinanciering. Dat biedt meer mogelijkheden aan de organisaties om hun manier van werken en prioriteiten te bepalen. Terecht. Maar ook uit een enveloppe moeten werknemers betaald worden, die o.w.v. de in de paritaire comités afgesproken anciënniteitsbepaling en de indexoverschrijding jaarlijks duurder worden.

De werkingsuitgaven stijgen evenzeer. Een jaarlijkse indexering van de subsidie-enveloppe is het minste wat van een overheid verwacht mag worden. Het tegendeel is waar: het is een tendens geworden dat de indexering de laatste jaren niet of slechts ten dele (bvb. alleen voor de personeelskosten) wordt toegepast. Dit is afbouw van dienstverlening.

### 3.3.3 Klaverbladfinanciering

Organisaties redden het niet meer met enkel overheidsfinanciering. Sterker zelfs, overheden eisen steeds vaker cofinanciering uit niet overheidsbronnen. En dit op een moment dat giftenwerving bij bedrijven, serviceclubs, congregaties of particulieren moeizamer loopt dan voorheen.

De klaverbladfinanciering is zo een model dat wordt gebruikt om de diversificatie van inkomstbronnen te regelen. Een overheid stelt dat een project/werking maar voor een bepaald percentage door hen gefinancierd zal worden. De andere inkomsten moeten van twee of drie andere inkomstbronnen komen.

Organisaties moeten op zoek naar diverse inkomstenstromen: cliëntenbijdragen vragen, zelf commerciële activiteiten ontwikkelen, diensten verkopen, crowdfunding opzetten, giften werven. De vrees terug te keren naar de periode van het organiseren van eetfestijnen, wafelverkoop, en andere evenementen om financieel rond te komen, leeft in de sector. De zoektocht naar geld weegt en de tijd en energie die dat opslokt, kan niet aan cliënten besteed worden.

### 3.3.4 Ongelijke vergoeding voor gelijke zorgen

De financiering van de overheid is niet aangepast aan de zorg- en ondersteuningsnoden van de cliënt, integendeel, de zorg- en ondersteuningsnoden worden ingevuld als er financiering is. Denk aan de beperking van het aantal toegestane zorgbudgetten of aan de opdeling tussen ROB- en RVT-woongelegenheden ook al zitten op beide kamers mensen met een identieke zorgnood. Dat doet afbreuk aan het gelijkheidsbeginsel van de burgers, wat onverdedigbaar is.

Er zijn verschillende voorbeelden van een ongelijke vergoeding voor gelijke zorgen. Bijvoorbeeld een persoon die op zijn 64<sup>ste</sup> getroffen wordt door een cerebrovasculaire aandoening en hierdoor zwaarzorgbehoevend wordt. Als deze persoon vóór zijn 65<sup>ste</sup> verjaardag alle aanvraagprocedures bij het Vlaams agentschap voor personen met een handicap regelt, kan hij aanspraak maken op een persoonsvolgend budget. Als deze persoon beslist om na zijn 65<sup>ste</sup> verjaardag deze stap te zetten dan is een persoonsvolgend budget voor personen met een handicap geen optie meer. Hij zal dan moeten terugvallen op het persoonsvolgend budget binnen de ouderenzorg (een combinatie van zorgbudgetten en zorgtickets van de Vlaamse Sociale Bescherming).

Een ander voorbeeld betreft de wachtlijsten voor personen met een handicap. Bij de aanvraag voor een persoonsvolgend budget wordt er altijd gekeken naar het netwerk van een persoon. Zo kan het zijn dat personen met een (sterk) netwerk een kleiner budget worden toegekend dan personen zonder een netwerk. Het hebben van een netwerk (ondanks een zware zorgvraag) wordt hier dus afgestraft. Mochten deze twee personen toch een evenredig budget krijgen dan zal de persoon met een netwerk sowieso lager op de wachtlijst komen te staan dan de persoon zonder een netwerk.

Door een schaarste aan middelen wordt er nog steeds gewerkt met verdeelsleutels, prioriteiten en arbitraire regels, wat een ongelijke vergoeding voor gelijke zorgen in de hand werkt.

## Lijst van gebruikte afkortingen

- BBRoW	Brusselse Bond voor het Recht op Wonen
- BOB	Basisondersteuningsbudget
- BH	Buurthuis
- BHG	Brussels Hoofdstedelijk Gewest
- BISA	Brussels Instituut voor Statistiek en Analyse
- BROG	Brussels Regionaal Overleg Gehandicaptenzorg
- CASG	Centre d'action sociale globale
- CAW	Centrum voor algemeen welzijnswerk
- CGG	Centrum geestelijke gezondheidszorg
- CMW	Centrum voor maatschappelijk werk
- COCOF	Commission communautaire française
- CSS	Centre de service social
- DMW	Diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen
- DOP	Dienst ondersteuningsplan
- FAMGB	Fédération des Associations des Médecins Généralistes de Bruxelles
- FOD	Federale overheidsdienst
- GACB	Gemengde Ambtelijke Commissie Brussel
- GAW	Groep van assistentiewoningen
- GBO	Geïntegreerd breed onthaal
- GGC	Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie
- GPDO	Gewestelijk Plan voor Duurzame Ontwikkeling
- H&R	Habitat et Rénovation
- IGO	Inkomensgarantie voor ouderen
- KBS	Koning Boudewijnstichting
- KCE	Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
- LDC	Lokaal dienstencentrum
- LEZ	Lage emissiezone
- LSB	Lokaal sociaal beleid
- MDT	Multidisciplinair team
- NEOS	Niet-erkende opvangstructuren
- OCMW	Openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn
- PAAZ	Psychiatrische afdelingen van het algemeen ziekenhuis
- PHARE	Personne Handicapée Autonomie Recherchée
- PVB	Persoonsvolgend budget
- PVT	Psychiatrisch verzorgingstehuis
- PZ	Psychiatrische ziekenhuizen
- RIZIV	Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
- RTH	Rechtstreeks toegankelijke hulp
- ROB	Rustoord voor bejaarden
- RVT	Rust- en verzorgingstehuis

- RVV                   Recht op verhoogde tegemoetkoming voor  
                              geneeskundige verzorging
- SC                    Sociaal centrum
- SD                    Sociale dienst
- TB:                   Taalbarometer
- THAB                 Tegemoetkoming Hulp aan Bejaarden
- UL                    Union des locataires
- VAPH                 Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap
- VG                    Vlaamse Gemeenschap
- VGC                  Vlaamse Gemeenschapscommissie
- VIPA                 Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden  
                              Aangelegenheden
- VIVEL                Vlaams Instituut Voor de Eerste Lijn
- VSB                   Vlaamse sociale bescherming
- VWAWN               Vereniging waar armen het woord nemen
- WHO                  World Health Organisation  
                              (Wereldgezondheidsorganisatie)

# Bibliografie

## **Deel I: Sociodemografische ontwikkelingen**

### **Demografische ontwikkelingen**

- BISA (2018). *Bevolking: Huishoudens*. Geraadpleegd op 21 november 2018 via <http://bisa.brussels/themas/bevolking>.
- BISA (2018). *Bevolking: Jaarlijkse evolutie*. Geraadpleegd op 17 oktober 2018 via <http://bisa.brussels/themas/bevolking>.
- BISA (2018). *Bevolking: Loop van de bevolking*. Geraadpleegd op 20 november 2018 via <http://bisa.brussels/themas/bevolking>.
- BISA (2018). *Bevolking: Nationaliteiten*. Geraadpleegd op 20 november 2018 via <http://bisa.brussels/themas/bevolking>.
- BISA. Dehabie, X., Hermia, J-P., Laine, B., Romain, A. (2016). *Bevolkingsprojecties 2015-2025 voor de Brusselse gemeenten, Cahiers van het BISA, nr 6*. Geraadpleegd op 17 oktober 2018 via [http://bisa.brussels/bestanden/publicaties/cahiers-van-het-bisa/cahiers\\_bisa\\_n\\_6\\_oktober\\_2016](http://bisa.brussels/bestanden/publicaties/cahiers-van-het-bisa/cahiers_bisa_n_6_oktober_2016).
- BISA. Hermia, J-P., Sierens A. (2017). *Belgen en vreemdelingen in het Brussels Gewest, van bij hun geboorte tot de dag van vandaag, Focus van het BISA, nr. 20*.
- BRUZZ (2018). *Aantal migranten Maximiliaanpark blijft stabiel*. Geraadpleegd op 23 juli 2018 via <https://www.bruzz.be/samenleving/aantal-migranten-maximiliaanpark-blijft-stabiel-2018-07-12>.
- Coördinatie van mensen zonder papieren in België (2018). *Een enquête en een lijst met aanbevelingen om onze levensomstandigheden op gemeentelijk niveau te verbeteren*. Geraadpleegd op 27 november 2018 via <https://sanspapiers.be/een-enquete-en-een-lijst-met-aanbevelingen-om-onze-levensomstandigheden-op-gemeentelijk-niveau-te-verbeteren/?lang=nl>.
- de Maesschalck, F., De Rijck, T., Heylen, V. (2015) *Over de grens: sociaal-ruimtelijke relaties tussen Brussel en Vlaams-Brabant*, Brussels Studies
- Federaal Planbureau en Algemene Directie Statistiek (2018). *Demografische vooruitzichten 2017-2020, Bevolking en huishoudens*. Geraadpleegd op 21 november 2018 via <https://www.plan.be/publications/publication-1752-nl-demografische+vooruitzichten+2017+2070+bevolking+en+huishoudens>.
- Hertogen, J. (2018). *Asielvragers in het Wachtregister Asiel per gemeente*. Geraadpleegd op 26 november 2018 via <http://www.npdata.be/BuG/384-Wachtregister-Asiel/Wachtregister-Asiel.htm>.
- International Organisation for Migration (2018). *Global migration indicators*. Geraadpleegd op 23 november 2018 via [https://publications.iom.int/system/files/pdf/global\\_migration\\_indicators\\_2018.pdf](https://publications.iom.int/system/files/pdf/global_migration_indicators_2018.pdf).



- Janssens, R. (2018). *Meertaligheid als opdracht. Een analyse van de Brusselse taalsituatie op basis van de taalbarometer 4*. Brussel: VUBPRESS.
- Lodewijckx, E., Deboosere, P. (2008). *LIPRO: een classificatie van huishoudens*. Geraadpleegd op 20 juli via <https://www.vlaanderen.be/nl/publicaties/detail/een-classificatie-van-huishoudens>.
- Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad (2018). *Welzijnsbarometer 2018*. Brussel: Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.
- Schockaert, I., Morissens, A., Cincinnato, S., Nicaise, I. (2012). *Armoede tussen de plooiën: aanvullingen en correcties op EU-SILC voor verborgen groepen armen*. Leuven: KU Leuven, HIVA.
- Stad in cijfers (2018). *Rapport Demografie: Postzone Antwerpen Centrum (2000)*. Geraadpleegd op 20 juli 2018 via <https://stadincijfers.antwerpen.be/databank>.
- Statbel (2018). *Migratiesaldo van 44.536 personen in 2017*. Geraadpleegd op 23 juli 2018 via <https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/migraties>.
- Statistiek Vlaanderen (2018). *Lokale Inburgerings- en Integratiemonitor (LIIM)*. Geraadpleegd op 23 november 2018 via <https://www.statistiekvlaanderen.be/monitor-lokale-inburgering-en-integratie>.
- Statistiek Vlaanderen (2018). *Vlaamse gemeentelijke demografische vooruitzichten 2018-2035*. Geraadpleegd op 17 oktober 2018 via <https://www.statistiekvlaanderen.be/vlaamse-gemeentelijke-demografische-vooruitzichten--2018-2035>.
- Wijkmonitoring (2016). *Bevolkingsdichtheid 2016 (inw/km<sup>2</sup>)*. Geraadpleegd op 23 juli 2018 via <https://wijkmonitoring.brussels>.
- Withaecx, S., Schrooten, M., Geldof, D., Lavant, M. (2015). *Migranten zijn vaker transmigranten. Nieuwe uitdaging voor sociale professionals*. Geraadpleegd op 27 november 2018 via <https://sociaal.net/achtergrond/migranten-zijn-vaker-transmigranten/>.

## **Economische ontwikkelingen**

- Actiris (2017). *Activiteitsgraad, werkgelegenheidsgraad en werkloosheidsgraad*. Geraadpleegd op 29 oktober 2018 via <http://www.actiris.be/Portals/36/Documents/NL/Activiteitsgraad.%20werkzaamheidsgraad%20en%20werkloosheidsgraad.pdf>.
- Actiris (2017). *De arbeidsmarkt in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, 2017*.
- BISA (2017). *Onderwijs: Schoolloopbaan*. Geraadpleegd op 6 november 2018 via <http://bisa.brussels/themas/onderwijs>.
- BISA (2018). *De Brusselse bevolking, de hoogst gediplomeerde van België*. Geraadpleegd op 6 november 2018 via <http://bisa.brussels/publicaties/titels/in-de-kijker/februari-2018-de-brusselse-bevolking-de-hoogst-gediplomeerde-van-belgie#.XEb0L1xKiUk>.

- BISA. Gangji, A., Michiels P. F., Romain, A. (2017). *Brussel in 10 cijfers, Focus van het BISA, nr. 18.*
- De Graeve, P-J., Fournier, F., Decoster, D-P., Pannecoucke, I., Lahaye, W., Van Rossem, R. (2017). *Onderzoek naar stedelijk armoedebeleid.*
- De Spiegelaere, M., Racape, J., Sow, M. (2017). *Wat betekenen armoede en migratie voor de gezondheid van baby's?*
- FAMIFED (2016). *Een overzicht per entiteit van de kinderbijslag voor kinderen met een aandoening.*
- Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid, Directiegeneraal Personen met een handicap (2017). *Aantal personen met een erkende handicap.* Geraadpleegd op 25 juli 2018 via <https://provincies.incijfers.be>.
- Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid, Directiegeneraal Personen met een handicap (2017). *Aantal personen met IT en/of IVT.* Geraadpleegd op 25 juli 2018 via <https://provincies.incijfers.be>.
- Federale Pensioendienst (2017). *Jaarlijkse statistiek van de uitkeringsgerechtigden 2017.*
- FOD Economie – Statistics Belgium (2015). *Inkomens 2015 - Antwerpen Centrum (2000).* Geraadpleegd op 23 juli 2018 via <https://stadincijfers.antwerpen.be/databank>.
- FOD Economie – Statistics Belgium (2015). *Inkomens en uitgaven van de huishoudens. Fiscale statistiek van de inkomens.* Geraadpleegd op 23 juli 2018 via [www.bisa.brussels](http://www.bisa.brussels).
- Loeckx, S., Oosterlynck, S., Kesteloot, C. (2014). *Wat met Brussel.* Leuven: Lannoo.
- Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad (2017). *Welzijnsbarometer 2017.* Brussel: Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.
- Provincie in cijfers (2016). *Aantal personen met een verhoogde tegemoetkoming, Vlaanderen, Brussels Hoofdstedelijk Gewest.* Geraadpleegd op 24 juli 2018 via <https://provincies.incijfers.be>.
- Provincie in cijfers (2017). *Aantal personen met een leefloon, equivalent leefloon %-age van de bevolking, Vlaanderen, Antwerpen, Brussels Hoofdstedelijk Gewest.* Geraadpleegd op 24 juli 2018 via <https://provincies.incijfers.be>.
- Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting (2018). *Feiten en cijfers.* Geraadpleegd op 6 december 2018 via <http://www.armoedebestrijding.be/cijfers.htm>.
- Steunpunt werk (2016). *Cijfers.* Geraadpleegd op 29 oktober 2018 via [https://www.steunpuntwerk.be/cijfers?field\\_collectie\\_tid=All&field\\_indicat\\_or\\_tid=516&items\\_per\\_page=50](https://www.steunpuntwerk.be/cijfers?field_collectie_tid=All&field_indicat_or_tid=516&items_per_page=50).
- Wijkmonitoring (2015). *Gemiddeld inkomen per aangifte (inkomensklassen) 2015 (€).* Geraadpleegd op 23 juli 2018 via <https://wijkmonitoring.brussels>.

## Sociaal-culturele ontwikkelingen

- Belgisch Staatsblad (2005). *Wet betreffende de rechten van vrijwilligers*. Geraadpleegd op 5 december 2018 via [http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=nl&la=N&table\\_name=wet&cn=2005070359](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&table_name=wet&cn=2005070359).
- Belgisch Staatsblad (2018). *Wet betreffende de economische relance en de versterking van de sociale cohesie*. Geraadpleegd op 5 december 2018 via [http://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2018/07/26\\_1.pdf#Page17](http://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2018/07/26_1.pdf#Page17).
- Bral, L., Pauwel, G. (2017). *Verenigingen en vrijwilligerswerk: hardnekkige fenomenen*. Mondelinge presentatie op Studiedag '20 jaar peilen in Vlaanderen'. Leuven, 31 januari 2017. Geraadpleegd op 5 december 2018 via <https://www.statistiekvlaanderen.be/sites/default/files/atoms/files/20jaar-scv-survey-bral-pauwels.pdf>
- Carton, A., Pickery, J., Verlet, D. (2017). *20 jaar peilen in Vlaanderen! : de survey sociaal-culturele verschuivingen in Vlaanderen*.
- Demunter, L, Claes, E., Smits, D., Van Puyenbroeck, J. (2012). *Het vrijwilligerswerk in het Brussels hoofdstedelijk gewest. Onderzoek in opdracht van de Vlaamse Gemeenschapscommissie*.
- Horizontaal Overleg Vrijwilligerswerk (2017). *Vrijwilligerswerk: cijfers, omgeving en SWOT-analyse*. Geraadpleegd op 5 december 2018 via [https://www.deverenigdeverenigingen.be/images/20170714\\_cijfers-omgeving-SWOT-vrijwilligerswerk.pdf](https://www.deverenigdeverenigingen.be/images/20170714_cijfers-omgeving-SWOT-vrijwilligerswerk.pdf).
- Koning Boudewijnstichting (2015). *Het vrijwilligerswerk in België. Kerncijfers*. Geraadpleegd op 5 december 2018 via <https://www.kbs-frb.be/nl/Virtual-Library/2015/20151019DS>.
- Nolf, E., Vermeulen, S. (2017). *Kotosa*. Cahier 2, juli 2017. Kenniscentrum WWZ.
- Roumans, M. (2009). *Allochtonen en vrijwilligerswerk: een onderzoek naar de mogelijke motieven en hinderpalen om een engagement op te nemen in een Nederlandstalige organisatie*.
- Schrooten, M., Thys, R., Nolf, E. (2017). Hoofdstuk 6 – Zelforganisaties in het Brusselse lokaal sociaal beleid. In Raeymaeckers, P., Noël, C., Boost, D., Vermeiren, C., Coene, J., Van Dam, S. (Red.), *Tijd voor sociaal beleid Armoedebestrijding op lokaal niveau. Armoede en sociale uitsluiting jaarboek 2017* (pp 119-135). Leuven: Acco.
- Smits, W. (2015) Sociaal-cultureel werk. In Lievens, J., Siongers, J., Waeye, H. (Red.), *Participatie in Vlaanderen I. Basisgegevens van de Participatiesurvey 2014* (pp 165-196). Leuven: Acco.
- Van Gyes, G., Szekér, L., Laoukili, F. (2018), *Panorama van het lokale middenveld in Vlaanderen*. Geraadpleegd op 5 december 2018 via <https://middenveldinnovatie.be/sites/default/files/2018-08/Nota%20%20-%20Panorama%20van%20het%20lokaal%20middenveld.pdf>
- Vlaamse Gemeenschapscommissie (2015). *Brussel in cijfers. Omgevingsanalyse opgesteld door de Meet- en Weetcel van de VGC*.

## Digitale ontwikkelingen

- Degryse, B. (2017) *Zorgdomotica: een stand van zaken ivm onderzoek naar de integratie in de zorg*. Geraadpleegd op 20 december 2018 via [https://zorgalliantie.com/wp-content/uploads/downloads/564e3e26972dd\\_Domotica%20dementie%20proeftuin%2020mei15%20c.pdf](https://zorgalliantie.com/wp-content/uploads/downloads/564e3e26972dd_Domotica%20dementie%20proeftuin%2020mei15%20c.pdf).
- Hootsuite & We are social (2018). *Global digital report 2018*. Geraadpleegd op 20 december 2018 via <https://digitalreport.wearesocial.com/>.
- ING (2017). *De digitale transformatie in de zorg*. Geraadpleegd op 20 december 2018 via <https://www.ing.be/nl/business/my-business/innovation/hospitals-transformation>
- ING (2017). *Digitalisering in de GGZ. Een nieuwe mindset voor een betere zorg*. Geraadpleegd op 20 december 2018 via <https://www.str8.nl/digitalisering-in-de-ggz/pdf/Digitalisering-in-de-GGZ.pdf>.
- Mariën, I., Baelden, D. (2015). *8 profielen van digitale ongelijkheden*. iMinds-SMIT, Vrije Universiteit Brussel.
- Online Hulpverlening (2018). *Over e-mental health*. Geraadpleegd op 19 december 2018 via <https://www.online-hulpverlening.be/ementalhealth.html>.
- Statbel (2017). *ICT en internetgebruik bij huishoudens met minstens één persoon tussen 16 en 74 jaar*. Geraadpleegd op 26 juli 2018 via <https://bestat.statbel.fgov.be/bestat/>
- Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting (2017). *Is er werkelijk een digitale kloof?* Geraadpleegd op 26 juli 2018 via [www.armoedebestrijding.be/cijfers\\_digitale\\_kloof.htm](http://www.armoedebestrijding.be/cijfers_digitale_kloof.htm)
- Teleonthaal (2018). *Meer onlinehulpverlening via groter en mobieler chataanbod én een vernieuwde website*. Geraadpleegd op 19 december 2018 via <https://www.tele-onthaal.be/pers/meer-onlinehulpverlening-via-groter-en-mobieler-chataanbod-en-een-vernieuwde-website>
- VIVES (2017). *Programmavids zorgtechnologie. Bachelor in de Zorgtechnologie. Verkorte Studieroutes Zorgtechnologie Training Faculty*.

## Wonen en leefomgeving

- BBRoW: Brusselse Bond voor het Recht op Wonen (2017), *Sociale huisvesting, kroniek van een decennium voor bijna niets*.
- BISA (2016). *Ruimtelijke ordening en vastgoed: Sociale woningen*. Geraadpleegd op 12 december 2018 via <http://bisa.brussels/themas/ruimtelijke-ordening-en-vastgoed/ruimtelijke-ordening-en-vastgoed#.XDYEu1xKiUk>
- Brussel Mobiliteit (2018). *Projecten*. Geraadpleegd op 12 december 2018 via <https://mobilite-mobiliteit.brussels/nl/projecten>

- Census (2011). *Door de eigenaar bewoonde woningen*. Geraadpleegd op 12 december 2018 via [http://census2011.fgov.be/data/fresult/buildingsownerliving\\_nl.html](http://census2011.fgov.be/data/fresult/buildingsownerliving_nl.html)
- Dessouroux, C., Bensliman, R., Bernard, N., De Laet, S., Demonty, F., Marissal, P., Surkyn, J. (2016). *Huisvesting in Brussel: diagnose en uitdagingen*, Brussels Studies [Online], Synthesenota's, nr 99, Online op 06 juni 2016, geraadpleegd op 09 januari 2019 via <http://journals.openedition.org/brussels/1352>
- De Smet, A., Schoonjans, Y., Pak, B., Serroen, F. (2018). *Wonen in de tussentijd. Experimenten rond tijdelijke huisvesting in Brussel*. Geraadpleegd op 12 december 2018 via [https://samenlevingsopbouwbrussel.be/wp-content/uploads/2018/05/R37\\_14\\_WONEN-IN-DE-TUSSENTIJD.pdf](https://samenlevingsopbouwbrussel.be/wp-content/uploads/2018/05/R37_14_WONEN-IN-DE-TUSSENTIJD.pdf)
- Leefmilieu Brussel (2017). *Natuurplan 2017*. Geraadpleegd op 12 december 2018 via <https://leefmilieu.brussels/natuurplan2017>
- Perspective.Brussels (2018). *Stadsprojecten*. Geraadpleegd op 12 december 2018 via <http://perspective.brussels/nl/stadsprojecten>
- Perspective.Brussels (2018). *Se soigner dans la ville. Zorg in de stad – Studiedag*. Geraadpleegd op 12 december 2018 via <http://perspective.brussels/nl/studies-en-observatoria/gezondheid-en-welzijn/se-soigner-dans-la-ville-zorg-de-stad-studiedag>
- Statbel (2018). *Sinds 1995 is het aantal gebouwen in België met 13,5% gestegen*. Geraadpleegd op 12 december 2018 via <https://statbel.fgov.be/nl/themas/bouwen-wonen/gebouwenpark>
- Wijkmonitoring (2012). *Aandeel van de bevolking in de nabijheid van groene ruimten*. Geraadpleegd op 12 december 2018 via <https://wijkmonitoring.brussels/maps/statistieken-milieu-brussel/groene-ruimtes-brussels-gewest/Aandeel-bevolking-nabijheid-groene-ruimte/1/2012/>

## **Politieke context en beleidsontwikkelingen**

- Agentschap Zorg en Gezondheid (2014). *Vlaams Zorgfonds. Jaarverslag 2013*. Geraadpleegd op 8 januari 2019 via <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Jaarverslag%20Vlaams%20Zorgfonds%202013.pdf>
- Agentschap Zorg en Gezondheid (2017). *Een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn. Beleidsvisie*. Geraadpleegd op 18 december 2018 via <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/CELZ%20beleidstekst%20he rvorming%20eerstelijnszorg.pdf>
- Agentschap Zorg en Gezondheid (2018). *Agentschap Vlaamse Sociale Bescherming, jaarverslag 2017*. Geraadpleegd op 8 januari 2019 via [http://www.vlaamsesocialebescherming.be/sites/default/files/atoms/files/Jaarverslag%20VSB%202017\\_0.pdf](http://www.vlaamsesocialebescherming.be/sites/default/files/atoms/files/Jaarverslag%20VSB%202017_0.pdf)

- Agentschap Zorg en Gezondheid (2018). *Decreet legt fundament voor geestelijke gezondheidszorg van de toekomst*. Geraadpleegd op 15 december 2018 via <https://www.zorg-en-gezondheid.be/decreeet-legt-fundament-voor-geestelijke-gezondheidszorg-van-de-toekomst>
- Agentschap Zorg en Gezondheid (2018). *De residentiële ouderenzorg in de Vlaamse sociale bescherming*. Geraadpleegd op 9 januari 2019 via <https://www.zorg-en-gezondheid.be/vlaamse-sociale-bescherming/ouderenzorg>.
- Be.brussels (2018). *De gewestelijke bevoegdheden*. Geraadpleegd op 14 december 2018 via <https://be.brussels/over-het-gewest/de-gewestelijke-bevoegdheden>.
- Blancke, B. (2018). *Bruxelles: Nouvelle ordonnance, Brussel: Bico-federatie*.
- Bourgeois, G., Vandeurzen, J., Borsus, W., Greoli, A., Paasch, O., Antoniadis, A., Vervoort, R., Smet, P., Fremault, C., Vanhengel, G., Gosuin, D. (2018). *Samenwerkingsakkoord tussen de Vlaamse Gemeenschap, het Waalse Gewest, de Franse Gemeenschap, de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, de Franse Gemeenschapscommissie en de Duitstalige Gemeenschap betreffende de financiering van zorg bij gebruik van zorgvoorzieningen over de grenzen van de deelstaat*.
- CBAI (2018). *Cohésion sociale: de quoi parle-t-on ?* Geraadpleegd op 13 december 2018 via <http://www.cbai.be/page/66/>
- Chaltin, K, Mares, A. (2014). *De Brusselnorm*.
- COCOF (2014). *Décret relatif à l'inclusion de la personne handicapée*.
- Derieuw, S. (2018). *De Vlaamse Sociale Bescherming*. Mondelinge presentatie op Informatiemomenten 23 januari en 25 januari 2018. Geraadpleegd op 9 januari 2019 via <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Situering%20Vlaamse%20Sociale%20Bescherming%20door%20Sandra%20Derieuw.pdf>
- De Backer, B. (2014). *L'inclusion de la personne handicapée en région de Bruxelles-Capitale*. Conseil bruxellois de coordination sociopolitique.
- De Brouwer, H., Verté, D., Dumont, D., De Blander, R., Mahieu, C., Vandenbroucke, A., Slautsky, E., De Spiegelaere, M, De Greef, V. (2016). *Naar een Brusselse Zelfstandigheidsverzekering, Eindrapport*. Brussels Studies Institute – CoCom.
- De Cock (2017). *De zesde staatshervorming. Brussel als gemeenschap*. Geraadpleegd op 14 december 2018 via [http://www.brulocalis.brussels/documents/File/6e-reforme/nbb\\_100\\_1\\_subsidies.pdf](http://www.brulocalis.brussels/documents/File/6e-reforme/nbb_100_1_subsidies.pdf).
- Education Santé (2018). *Le nouveau dispositif de promotion de la santé à Bruxelles*. Geraadpleegd op 4 december 2018 via <http://educationsante.be/article/le-nouveau-dispositif-de-promotion-de-la-sante-a-bruxelles/>
- Huis voor Gezondheid (2018). *Huis voor Gezondheid, Actieplan 2019*.
- Le guide social (2014). *Le décret inclusion : entre utopie et réalité sur le terrain*. Geraadpleegd op 14 december 2018 via

<https://pro.guidesocial.be/articles/dossiers-a-la-une/le-decret-inclusion-entre-utopie-et-realite-sur-le-terrain.html>

- Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (2014). *Beleidsverklaring van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie*. Geraadpleegd op 9 januari 2019 via <https://be.brussels/files/nl/over-het-gewest/de-gewestelijke-bevoegdheden/regeerakkoord-ggc>
- Gemengde Ambtelijke Commissie Brussel (2018). *Gemengde Ambtelijke Commissie Brussel. Rapport 2017*.
- Iriscare (2019). *Brusselse verzekeringsinstellingen*. Geraadpleegd op 9 januari 2019 via <http://www.iriscare.brussels/nl/professionals/info-voor-de-professionals/de-brusselse-verzekeringsinstellingen/>
- Iriscare (2018). *Persbericht – Iriscare: wat verandert er op 1 januari 2019 voor de burgers?* Geraadpleegd op 21 december 2018 via <http://www.iriscare.brussels/nl/2018/12/19/persbericht-iriscare-wat-verandert-er-op-1-januari-2019-voor-de-burgers/>
- Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad (2018). *Armoedetoets zorgverzekering*. Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. Brussel 2017.
- Persyn, P. (2017). *Vlaamse Sociale Bescherming – Zorgvragen*. Geraadpleegd op 9 januari 2019 via <http://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1340131>
- Vandeurzen (2018). *Voorontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid. Memorie van toelichting*.
- Van Herck, P. (2016). *Persoonsvolgende financiering. We staan nog maar aan het begin van het verhaal*. Geraadpleegd op 19 december 2018 via <https://sociaal.net/achtergrond/persoonsvolgende-financiering/>.
- Vlaamse Codex (2014). *Decreet houdende de persoonsvolgende financiering voor personen met een handicap en tot hervorming van de wijze van financiering van de zorg en de ondersteuning voor personen met een handicap*.
- Vlaamse Codex (2018). *Decreet houdende de Vlaamse sociale bescherming*.
- Vlaamse Sociale Bescherming (2019). *Vlaamse Sociale Bescherming*. Geraadpleegd op 8 januari 2019 via <http://www.vlaamsesocialebescherming.be/>
- Vlaamse Zorgverzekering (2003). *Het Vlaams Zorgfonds. Jaarverslag 2001 – 2002*. Geraadpleegd op 8 januari 2019 via <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/jaarverslag%20Vlaams%20Zorgfonds%202002.pdf>
- Vlaamse Zorgverzekering (2004). *Het Vlaams Zorgfonds. Jaarverslag 2003*. Geraadpleegd op 8 januari 2019 via <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/jaarverslag%20Vlaams%20Zorgfonds%202003.pdf>
- Vlaamse Zorgverzekering (2005). *Het Vlaams Zorgfonds. Jaarverslag 2004*. Geraadpleegd op 8 januari 2019 via <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/jaarverslag%20Vlaams%20Zorgfonds%202004.pdf>
- Vlaamse Zorgverzekering (2006). *Het Vlaams Zorgfonds. Jaarverslag 2005*. Geraadpleegd op 8 januari 2019 via <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/jaarverslag%20Vlaams%20Zorgfonds%202005.pdf>

[gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Jaarverslag%20Vlaams%20Zorgfonds%202005.pdf](https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Jaarverslag%20Vlaams%20Zorgfonds%202005.pdf)

- Vlaamse Zorgverzekering (2008). *Jaarverslag 2007*. Geraadpleegd op 8 januari 2019 via <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Jaarverslag%20Vlaams%20Zorgfonds%202007.pdf>
- Vlaamse Zorgverzekering (2009). *Jaarverslag 2008*. Geraadpleegd op 8 januari 2019 via <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Jaarverslag%20Vlaams%20Zorgfonds%202008.pdf>
- Vlaamse Zorgverzekering (2011). *Jaarverslag 2010*. Geraadpleegd op 8 januari 2019 via <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Jaarverslag%20Vlaams%20Zorgfonds%202010.pdf>
- Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (2012). *Vlaams Zorgfonds IV Arp, Jaarverslag 2011*. Geraadpleegd op 8 januari 2019 via <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Jaarverslag%20Vlaams%20Zorgfonds%202011.pdf>
- Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (2013). *Vlaams Zorgfonds IV Arp, Jaarverslag 2012*. Geraadpleegd op 8 januari 2019 via <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Jaarverslag%20Vlaams%20Zorgfonds%202012.pdf>
- Vlaanderen (2018). *Vlaamse overheid. Vlaamse bevoegdheden*. Geraadpleegd op 14 december 2018 via <https://www.vlaanderen.be/nl/vlaamse-overheid/organisatie-van-de-vlaamse-overheid/vlaamse-bevoegdheden>.

## **Deel II: Doelgroepen en sectoren**

### **Blik op Welzijn en Zorg**

- Geestelijk Gezond Vlaanderen (2014). *Feiten en cijfers*. Geraadpleegd op 15 september via <https://www.geestelijkgezondvlaanderen.be/feiten-cijfers>
- Van der Heyden J, Charafeddine R. (ed.) (2014) *Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: Gezondheid en Welzijn. Samenvatting van de onderzoeksresultaten*. D/2014/2505/52 – intern referentienummer: PHS Report 2014-030.

### **Algemeen Welzijn**

- Bonnet, P. (2002). *Le concept d'accessibilité et d'accès aux soins*. Dossier de DEA GEOS. Université Paul Valéry, Montpellier.
- CAW Brussel (2018). *Jaarmagazine van CAW-Brussel 2017*. Geraadpleegd op 15 oktober 2018 via <https://www.caw.be/voor-professionals/downloads/magazine/anno-17-jaarmagazine-van-caw-brussel/>



- De Donder, L. (2018). *Toegangspoorten welzijn: bevraging Brusselaars*. VUB.
- Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad (2017) *Inzichten in non take-up van de sociale rechten en in sociale onderbescherming in het Brussels Gewest, Thematisch katern van het Armoederapport van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest 2016*. Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie: Brussel.
- OCMW info (2018). *OCMW-info-CPAS*. Geraadpleegd op 28 november 2018 via <http://www.ocmw-info-cpas.be/>
- Oosterlinck, S. (2018). *Technologie is niet de essentie van smart*. Geraadpleegd op 15 oktober 2018 via <https://bnk.tijd.be/smart-cities/technologie-is-essentie-smart/>
- POD Maatschappelijke Integratie (2018). *Barometer voor maatschappelijke integratie*. Geraadpleegd op 15 oktober 2018 via <https://stat.mi-is.be/nl/>
- Thys, R. (2018) *De zorgkracht van persoonlijke netwerken. Een onderzoek naar de aanwezigheid van ondersteuning en zorg in het sociaal netwerk van vijf groepen Brusselaars*, Kenniscentrum WWZ en Inclusief Brussel.
- Vandekinderen, C., Roose, R., Raeymaeckers, P., Hermans, K. (2018). *Sterk Sociaal Werk. Eindrapport*. Sociaal Werk conferentie.

## Psychische kwetsbaarheid

- Drieskens, S. (2015). *Contacten met paramedische zorgverstrekkers*. In: Drieskens S, Gisle L (ed.). *Gezondheidsenquête 2013. Rapport 3: Gebruik van gezondheids- en welzijnsdiensten*. WIV-ISP, Brussel, 2015.
- De Block (2018). *Psychologische zorg terugbetaald voor 120.000 patiënten*. Geraadpleegd op 14 november 2018 via <https://www.maggiedeblock.be/psychologische-zorg-terugbetaald-voor-120-000-patienten/>
- FAMGB : Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Bruxelles (2018). *Livre Noir de la Santé Mentale à Bruxelles*.
- Gisle L. (2014). *Geestelijke gezondheid*. In: Van der Heyden J, Charafeddine R (ed.). *Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: Gezondheid en Welzijn*. WIV-ISP, Brussel, 2014.
- HERMESplus (2018). *Langdurige psychiatrische zorg vanuit een gemeenschapsgericht zorgmodel*. Geraadpleegd op 14 november 2018 via [http://hermesplus.be/wp-content/uploads/2018/05/Functie\\_2B\\_NL.pdf](http://hermesplus.be/wp-content/uploads/2018/05/Functie_2B_NL.pdf)
- HERMESplus (2018). *Mobiele crisiszorg: TANDEMplus (functie 2A)*. Geraadpleegd op 14 november 2018 via <https://hermesplus.be/functies/functie-2a/>.
- KCE: Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (2016). *Naar een terugbetaling van psychologische zorg ?* Geraadpleegd op 14 november 2018 via <https://kce.fgov.be/nl/naar-een-terugbetaling-van-psychologische-zorg>
- Kornreich, C., Loas, G., Snacken, J., Constant E. (2018). *Psychiatrie: améliorer la prise en charge des patients à Bruxelles*. Geraadpleegd op 14 november

2018 via <https://plus.lesoir.be/145851/article/2018-03-17/psychiatrie-amieliorer-la-prise-en-charge-des-patients-bruxelles>

- Lesaffer, P. (2018). *Ouderenraad niet te spreken over “discriminatie”*. “Iedereen” krijgt psycholoog terugbetaald... behalve 65-plussers: “Discriminatie”. Geraadpleegd op 14 november 2018 via [https://www.nieuwsblad.be/cnt/dmf20180717\\_03617276?hkey=&utm\\_source=nieuwsblad&utm\\_medium=newsletter&utm\\_campaign=lunchnieuwsbrief&adh\\_i=9a06ba7eb65973d40138183458206b48&imai=041d8c17-87a7-455d-aaf5-d90d060c1d9c&M\\_BT=22707405466](https://www.nieuwsblad.be/cnt/dmf20180717_03617276?hkey=&utm_source=nieuwsblad&utm_medium=newsletter&utm_campaign=lunchnieuwsbrief&adh_i=9a06ba7eb65973d40138183458206b48&imai=041d8c17-87a7-455d-aaf5-d90d060c1d9c&M_BT=22707405466)
- Mistiaen P., Kohn L., Mambourg F., Ketterer F., Tiedtke C., Lambrechts M-C., Godderis L., Vanmeerbeek M., Eyssen M., Paulus D. (2015). *Reduction of the treatment gap for problematic alcohol use in Belgium*. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). KCE Reports 258. D/2015/10.273/116.
- MLOZ (2014). *Hospitalisaties in de psychiatrie: te veel en te lang?* Geraadpleegd op 14 november 2018 via <https://www.mloz.be/nl/content/hospitalisaties-de-psychiatrie-te-veel-en-te-lang>
- Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad (2017). *Welzijnsbarometer 2017*. Brussel: Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.
- Psy107 (2010). *Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en netwerken – Brussel*.

## **Ouderen en ouderenzorg**

- BISA (2014). *Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest in cijfers. Mini-Bru 2014*.
- BISA (2018). *Huisvestingsvoorzieningen voor ouderen in Brussel: kleine structuren verdwijnen en maken plaats voor grote*. Geraadpleegd op 14 oktober 2018 via <http://bisa.brussels/publicaties/titels/in-de-kijker/juli-2018-huisvestingsvoorzieningen-voor-ouderen-in-brussel-kleine-structuren-verdwijnen-en-maken-plaats-voor-grote#>
- Carboneille, S. (2017). *De profielen van de bewoners O en A\* in rusthuizen voor bejaarden (ROB) in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Trajecten, oriënteringslogica, opvang en alternatieven*.
- Demarest S. (2014) Langdurige functionele beperkingen. In: Van der Heyden J, Charafeddine R (ed.). *Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: Gezondheid en Welzijn*. WIV-ISP, Brussel, 2014
- De Donder, L., Verté, E., Teugels, H., Glorieux, M., Bernard, M, Vanmechelen, O., Smetcoren, A. S., Persyn, P., Verté, D. (2012). *Programmatie-studie Brussel. Onderzoek naar het opzetten van de programmatie inzake structuren voor het thuishouden en huisvesten van ouderen*.
- Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (2014). *Beleidsverklaring van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie*.

- Geraadpleegd op 9 januari 2019 via <https://be.brussels/files-nl/over-het-gewest/de-gewestelijke-bevoegdheden/regeerakkoord-ggc>
- Home-info (2018). *Jaarverslag 2017*.
  - Koning Boudewijnstichting (2017). *ZOOM: Levenskeuzes van 60-plussers*. Geraadpleegd op 14 oktober 2018 via <https://www.kbs-frb.be/nl/Activities/Publications/2017/20170924ND>
  - Koning Boudewijnstichting (2018). *Ik blijf wie ik was. Tien jaar samen werken aan een dementievriendelijke samenleving*. Geraadpleegd op 14 oktober 2018 via <https://www.kbs-frb.be/nl/Activities/Publications/2018/20180502PP>
  - Kruispuntbank Sociale Zekerheid (2016). *Het Datawarehouse*. Geraadpleegd op 28 november 2018 via [https://dwh-live.bcscs.fgov.be/nl/dwh/dwh\\_page/content/websites/datawarehouse/data/online-statistieken.html](https://dwh-live.bcscs.fgov.be/nl/dwh/dwh_page/content/websites/datawarehouse/data/online-statistieken.html)
  - Lodewijckx E. (2013). *Ouderen van vreemde herkomst in Vlaanderen en Brussel*, bijdrage voor ENIEC-conferentie (2013), niet gepubliceerd.
  - Observatorium voor Gezondheid en Welzijn (2016). *Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, 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, Nota van het Observatorium, 3*. Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, Brussel.
  - Vanmechelen O. (2016). *Facts & Figures superdiversiteit van de Brusselse (ouderen)bevolking*, BWN, Dossier Cultuursensitieve zorg in Brussel.
  - Van Roy, K., Vyncke, V., Piccardi, C., De Maesschalck, S., Willems, S. (2018). *Diversiteit in gezondheid en gezondheidszorggebruik: analyse van de data uit de Belgische gezondheidsenquête*. Gent ; Brussel: Universiteit Gent. Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg ; Kom op tegen Kanker.
  - Verté D. (2016). *Buurtgerichte hulp en zorg te Brussel*, Niet gepubliceerd rapport opgesteld i.o.v. GGC.
  - Wijkmonitoring (2017). *Aandeel 65 jaar en ouder in de totale bevolking 2016 (%)*. Geraadpleegd op 14 oktober 2018 via <http://wijkmonitoring.brussels/>

### **Personen met een beperking**

- BISA (2018). *Bevolking: Jaarlijkse evolutie*. Geraadpleegd op 7 december 2018 via [www.bisa.brussels](http://www.bisa.brussels)
- BISA (2018). *Bevolking: Leeftijdsstructuur*. Geraadpleegd op 7 december 2018 via [www.bisa.brussels](http://www.bisa.brussels)
- BROG: Brussels Regionaal Overleg Gehandicaptenzorg (2014). *Aandachtspunten en aanbevelingen van het BROG betreffende personen met een handicap. In het kader van het Vlaamse regeerakkoord en het VGC-bestuursakkoord 2014-2019*.
- De Maesschalck, F., De Rijck, T., Heylen, V. (2014). *Dossier Wisselwerking Vlaams Brabant en Brussel*. Steunpunt Sociale Planning.

- De Smaele, K., Vermeulen, S. (2017). *Samenwerken werkt*. Cahier 3, november 2017. Kenniscentrum WWZ.
- GRIP (2018). *Ja zeggen, ja doen. Een reisgids voor parlementsleden en beleidsmakers bij de implementatie van het VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap*.
- Mazina, D., Hercot, D., Englert, M., Verduyckt, P., Deguerry, M. (2016). *Gezondheidsindicatoren van het Brussels Gewest – Invaliditeit in het Brussels Gewest*. Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel-Hoofdstad? Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. Brussel
- Phare (2018). *Coordonnees utiles juillet 2018*.
- Phare (2018). *Rapport d'activité 2017*.
- Thys, R. (2018) *De zorgkracht van persoonlijke netwerken. Een onderzoek naar de aanwezigheid van ondersteuning en zorg in het sociaal netwerk van vijf groepen Brusselaars*, Kenniscentrum WWZ en Inclusief Brussel.
- Van Dooren, L., Blockerije C. (2008). *Personen met een handicap in het Brusselse hoofdstedelijke gewest: een situatieanalyse*.
- VAPH (2018, maart): *Afstemmingsoverleg maart 2018*. Mondelinge presentatie op het Brussels Regionaal Overleg Gehandicaptenzorg, Brussel. Geraadpleegd op 07 december 2018 via:  
<http://www.vaph.be/vlafo/view/nl/13001542-Prezentaties+maart+2018.html>
- VAPH (2018, maart): *Afstemmingsoverleg juni 2018*. Mondelinge presentatie op het Brussels Regionaal Overleg Gehandicaptenzorg, Brussel. Geraadpleegd op 07 december 2018 via:  
<http://www.vaph.be/vlafo/view/nl/13237117-Prezentaties+juni+2018.html>
- Verenigde Naties (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Optional Protocol*.
- Vandeurzen (2018). *Basisondersteuningsbudget (BOB) Brussel - Vrijwillige aansluiting*. Schriftelijke vraag van Chris Janssens, Brussel.
- Van der Heyden J. (2014). *Chronische aandoeningen*. In: Van der Heyden J, Charafeddine R (ed.). *Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: Gezondheid en Welzijn*. WIV-ISP, Brussel, 2014.

### **Dak- en thuisloosheid**

- Blancke, B. (2018). *Vorming ordonnantie GGC 2018*, Brussel: Bico-federatie.
- Blancke, B. (2018). *Bruxelles: Nouvelle ordonnance*, Brussel: Bico-federatie.
- FEANTSA (2005). *ETHOS – Europese Typologie van dakloosheid en sociale uitsluiting*. Geraadpleegd op 14 december 2018 via  
[https://www.feantsa.org/download/nl\\_1313787036796784442.pdf](https://www.feantsa.org/download/nl_1313787036796784442.pdf)
- Gemeenschappelijk Daklozenfront (2018), *Preventie van dakloosheid. Opportuniteiten moeten we benutten!*, Brussel: Gemeenschappelijk Daklozenfront.

- Mondelaers, N. (2017). *Telling van dak- en thuislozen in het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest, vierde en dubbele editie: 7 november 2016 en 6 maart 2017*, Brussel: La Strada, pp 128.
- Thys, R., De Smaele, K. (nog te verschijnen 2019). *Intersectorale samenwerking ter preventie van dak- en thuisloosheid*, Brussel: Kenniscentrum WWZ.

### **Een geval apart: informele en niet-erkende zorg**

- Alter Echos (2016). *Foyer pirates, un business en eau trouble*. Geraadpleegd op 7 januari 2019 via <https://www.alterechos.be/foyers-pirates-un-business-en-eau-trouble/>
- Aidants Proches Bruxelles (2018). *Les aidants proches sont plus de 211.000 à Bruxelles*. Geraadpleegd op 7 januari 2019 via <https://www.aidantsproches.brussels/>
- Agentschap Zorg en Gezondheid (2018). *Agentschap Vlaamse Sociale Bescherming, jaarverslag 2017*. Geraadpleegd op 8 januari 2019 via [http://www.vlaamsoesocialebescherming.be/sites/default/files/atoms/files/Jaarverslag%20VSB%202017\\_0.pdf](http://www.vlaamsoesocialebescherming.be/sites/default/files/atoms/files/Jaarverslag%20VSB%202017_0.pdf)
- Berdai, S. (2018). *Respect. Daarmee begint alles*. Geraadpleegd op 7 januari 2019 via <https://zorgwijzermagazine.be/diversiteit/respect-daarmee-begint-alles/>
- Berdai, S., De Donder L., (2018) *Invisible realities: caring for older Moroccan migrants with dementia in Belgium*. Uit: *Dementia*, 0(0)1-17, 2018
- Bronselaer, J., Demeyer, B., Vandezande, V., Vanden Boer, L. (2018). *Wat weten we (niet) over informele zorg in Vlaanderen? Voorstel voor het dichten van de cijfer- en kennislacunes*. Departement Welzijn, Volksgezondheid & Gezin.
- Carbonnelle, S. (2017). *De profielen van de bewoners O en A\* in rusthuizen voor bejaarden (ROB) in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Trajecten, oriënteringslogica, opvang en alternatieven*.
- Dispa, M. F., Goris, R. (2016). *Ouderen thuis: een continuüm aan zorg. Verkennende nota*. KBS, 2016. Onuitgegeven draft.
- Ella (2015). *Gender, zorg & migratie*. Geraadpleegd op 7 januari 2019 via <https://www.expo.be/sites/default/files/atoms/files/ella-dossier%20Gender%2C%20zorg%20%26%20migratie%20%282015%29.pdf>
- Hoens, S. (2016). *Betaalbare thuiszorg, 24 op 24, bestaat dat echt? Een verkennend onderzoek naar ouderen met een inwonende zorgmigrant*. VUB, Agogische Wetenschappen; 2015-2016.
- Thys, R., Vermeulen, S. (2018). *Zorgkracht in persoonlijke netwerken van Brusselaars*. Cahier 5, juni 2018. Kenniscentrum WWZ, 2018.
- Vandeurzen (2017). *Nabije zorg in een warm Vlaanderen, Vlaams mantelzorgplan 2016 – 2020*. Geraadpleegd op 7 januari 2019 via

<https://www.vlaanderen.be/nl/publicaties/detail/nabij-zorg-in-een-warm-vlaanderen-vlaams-mantelzorgplan-2016-2020>

- van de Maat, J. W., van Bochove, M., Da Roit, B. (2014). *Inwonende zorgmigranten, een nieuwe trend?*

## **Deel III: Trends en Tendensen**

### **Maatschappij**

- De Rynck (2017). *Maatschappelijke trends en het cultureel erfgoed in Vlaanderen*.
- Callens, H. (2011). *Sociaal Cultureel Werk in de digitale samenleving*. Socius
- Caudron, J., Van Peteghem D., (2018) *Digital transformation, Bereid je organisatie voor op de toekomst*. Lannoo Campus & Van Duuren Management
- De wakkere burger (2018). *Overzicht Initiatieven*. Geraadpleegd op 16 november 2018 via <https://www.dewakkereburger.be/nl/burgervuur/initiatieven>
- Noy, F., Holemans, D. (2016). *Burgercollectieven in kaart gebracht*. Transitie. OIKOS nr 78.
- Steyaert, J., (2018) *Zorgen robots voor een nieuwe kloof?* Geraadpleegd op 16 november 2018 via <https://sociaal.net/achtergrond/zorgen-robots-voor-een-nieuwe-digitale-kloof/>
- Tonkens, E., Swierstra, T. (2013). *De meritocratie is meedogenloos*. *Opinie*. Trouw. Geraadpleegd op 16 november 2018 via <https://www.trouw.nl/opinie/de-meritocratie-is-meedogenloos~a6c7b560/>.
- Van Gyes, G., Szekeér, L., Laoukili, F. (2018), *Panorama van het lokale middenveld in Vlaanderen*. Geraadpleegd op 16 november 2018 via <https://middenveldinnovatie.be/sites/default/files/2018-08/Nota%202%20-%20Panorama%20van%20het%20lokaal%20middenveld.pdf>.

### **Werkveld**

- Bogaerts, N., Goris, P. (2014). *Vlaanderen weet valkuilen van schaalvergroting in zorg en welzijn wél te omzeilen*. Sociale Vraagstukken, 2014.
- Conxion, (2019). *Trendrapport 2019, digitale transformatie 2.0*. Conxion
- Cools, P., Raeymaeckers, P. (2017). *Samenwerken vanuit verschil. De meerwaarde van buurtwerk*. Geraadpleegd op 7 oktober 2018 via <https://sociaal.net/achtergrond/samenwerken-vanuit-verschil/>
- CSI Flanders (2018). *Conferentie: De staat van het lokaal middenveld in Vlaanderen*. Geraadpleegd op 14 oktober 2018 via <https://www.middenveldinnovatie.be/leerplatform/conferentie-de-staat-van-het-lokaal-middenveld-vlaanderen-30-augustus-ppts-beschikbaar>

- Delaruelle, H., Claeys L. (2018). *Vier misverstanden over voorzieningen voor personen met een handicap*. Geraadpleegd op 11 oktober 2018 via <https://sociaal.net/opinie/vier-misverstanden-over-voorzieningen-voor-personen-met-een-handicap/>.
- De Smaele, K., Vermeulen, S. (2017). *Samenwerken werkt*. Cahier 3, november 2017. Kenniscentrum WWZ.
- Jacobs, D., Verbist, D. (2014). *De positie van het middenveld is en blijft complex*, Samenlevingsopbouw. Geraadpleegd op 14 oktober 2018 via <http://www.samenlevingsopbouw.be/e-dossiers/politieke-en-middenveld/de-positie-van-het-middenveld-is-en-blijft-complex>
- Hertogen, J. (2014). *Grootspraak van commerciële bejaardenhomes, hun aandeel daalt*. Geraadpleegd op 11 oktober 2018 via <http://www.npdata.be/BuG/213-Bejaardenhomes/>.
- Suykens, B., Verschuere, B., De Rynck, F. (2016). *Zorgt vermarkting voor betere hulpverlening? Drie voorwaarden: contract, contract, contract*. Geraadpleegd op 16 oktober 2018 via <https://www.middenveldinnovatie.be/sites/default/files/2016-11/Analysestuk%20vermarkting.pdf>
- Szekér, L., Gyes, G. (2017). *Professionals in het middenveld onder druk*, Spotlightpaper 3. CSI Flanders.
- Team Vlaamse Bouwmeester (2018). *De lage landen 2020-2100. Een toekomstverkenning*. Departement Omgeving. Team Vlaamse Bouwmeesters
- Thys, R. (2018) *De zorgkracht van persoonlijke netwerken. Een onderzoek naar de aanwezigheid van ondersteuning en zorg in het sociaal netwerk van vijf groepen Brusselaars*, Kenniscentrum WWZ en Inclusief Brussel.
- Verharen, L. (2016). *Welzijn en gezondheid moeten samenwerken*. Geraadpleegd op 7 oktober 2018 via <https://sociaal.net/analyse-xl/gezond-sociaal-werk/>
- Verleisdonk, Y. (2017). *Social Impact Bonds: een mirakeloplossing?* MVO Vlaanderen. Geraadpleegd op 11 oktober 2018 via <https://www.mvovlaanderen.be/inspiratie/social-impact-bonds-een-mirakeloplossing>.
- Vijver, H. (1996). *Ethiek van de gastvrijheid*. Gorcum B.V., Koninklijke van

## **Beleid**

- SAR WVG (2012). *Visienota Integrale zorg en ondersteuning in Vlaanderen Brussel*.
- SAR WVG (2015). *Visienota Nieuw professionalisme in zorg en ondersteuning als opgave voor de toekomst. Een oriënterend kader*.
- Vlaamse regering (2016). *Conceptnota "Visie 2050: een langetermijnstrategie voor Vlaanderen"*.