



## Brussels Studies

La revue scientifique électronique pour les recherches sur Bruxelles / Het elektronisch wetenschappelijk tijdschrift voor onderzoek over Brussel / The e-journal for academic research on Brussels

**Notes de synthèse | 2009**

---

# Gezondheid en levenskwaliteit in Brussel

Synthesenota, SGB nr. 11

*Santé et qualité de vie à Bruxelles*

*Health and quality of life in Brussels*

**Myriam De Spiegelaere, Marie-Christine Closon, Patrick Deboosere et Perrine Humblet**

Traducteur : Ben Winant



### Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/brussels/972>

DOI : 10.4000/brussels.972

ISSN : 2031-0293

### Éditeur

Université Saint-Louis Bruxelles

### Référence électronique

Myriam De Spiegelaere, Marie-Christine Closon, Patrick Deboosere en Perrine Humblet, « Gezondheid en levenskwaliteit in Brussel », *Brussels Studies* [Online], Synthesenota's, Online op 10 février 2009, geraadpleegd op 02 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/brussels/972> ; DOI : 10.4000/brussels.972



Licence CC BY



Synthesenota nr. 11

## Gezondheid en levenskwaliteit in Brussel

M. De Spiegelaere, M.-C. Closon, P. Deboosere, P. Humblet

Vertaling: Ben Winant

• **Myriam De Spiegelaere**, arts, doctor in wetenschappen volksgezondheid, is wetenschappelijk directrice van het Brussels Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel en docente aan de faculteit van geneeskunde van de *Université libre de Bruxelles* (ULB). Haar werkzaamheden omvatten onder meer de opvolging van de gezondheidstoestand van de Brusselaars, de sociale determinanten van de gezondheid en beleidsondersteuning op het gebied van de volksgezondheid. Ze publiceerde *Perinatale gezondheidsindicatoren in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest 1998-2004*, Dossier van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn 2006. Contact : [mdespiegelaere@ccc.irisnet.be](mailto:mdespiegelaere@ccc.irisnet.be), 02/552.01.45

• **Marie-Christine Closon** is hoogleraar Gezondheidseconomie aan de *Université catholique de Louvain* en hoofd van het *Centre en socio-économie de la santé* bij het *Institut de recherche Santé et société*. Contact : [marie-christine.closon@uclouvain.be](mailto:marie-christine.closon@uclouvain.be), 02/764.31.84, 0478/93.62.37

• **Patrick Deboosere**, master in de politieke wetenschappen en doctor in de sociologie, is verbonden aan de onderzoeksgroep Interface Demography van de Vrije Universiteit Brussel. Zijn onderzoek gaat over de evolutie van de huishoudenssamenstelling en de demografie van de gezondheid. Hij werkte mee aan diverse publicaties over de bevolking van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. P. Deboosere et al. (2006), *Mantelzorg, Sociaal-economische enquête 2001*, Monografie nr.1. Contact : [Patrick.Deboosere@vub.ac.be](mailto:Patrick.Deboosere@vub.ac.be), 02/629.21.92

• **Perrine Humblet**, sociologe, doctor in de wetenschappen volksgezondheid, is docente en leidt het departement *Politiques et Systèmes de Santé* van de *Ecole de Santé Publique* van de ULB. Ze is mede-oprichter van het *Centre d'Expertise et de Ressources pour l'Enfance* (CERE). Haar werk handelt hoofdzakelijk over de sociale determinanten van de gezondheid en het kinderbeleid. Ze had mede de leiding over het werk *Recomposer sa vie ailleurs. Recherche-action auprès de familles primo-arrivantes*, L'Harmattan, 2006. Contact : [phumblet@ulb.ac.be](mailto:phumblet@ulb.ac.be), 02/555.40.61

De auteurs wensen de volgende personen van harte te danken voor hun relevante opmerkingen en commentaar op een eerste versie van deze nota: Fred Louckx (VUB), Peter Verduykt (Observatorium voor gezondheid en welzijn) en Murielle Deguerry (Observatorium voor gezondheid en welzijn)

Discussieavond:  
16 februari, 19u45

IHECS  
Stoofstraat, 58-60  
1000 Brussel



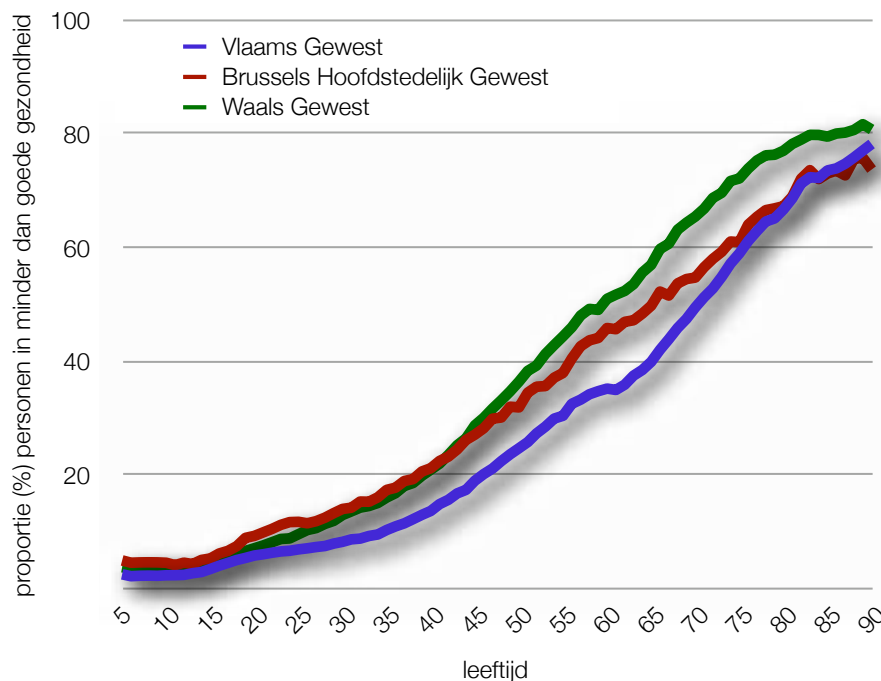
## I. Vaststellingen

### 1. *De jonge Brusselaars verkeren over het algemeen in minder goede gezondheid*

Het aandeel van de bevolking dat zich in minder goede gezondheid voelt, ligt in het Brussels Gewest boven het Belgische gemiddelde. Dat aandeel bedraagt 29,7% in Wallonië, 27,6% in het Brussels Gewest en 22,2% in Vlaanderen.

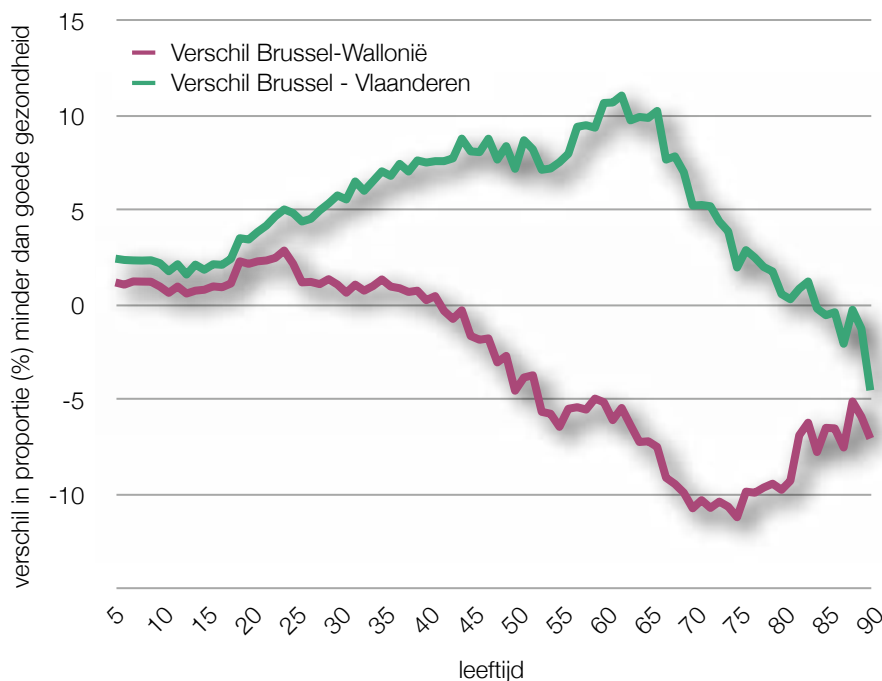
Indien we rekening houden met de leeftijdsstructuur is de toestand in Wallonië en het Brussels Gewest nog slechter dan de bruto cijfers aangeven. Ondanks de jonge samenstelling van de Brusselse bevolking is de potentiële vraag naar gezondheidszorg, gemeten aan de hand van de zelfgerapporteerde gezondheid, 26% hoger dan in Vlaanderen en slechts 8% onder het peil van Wallonië. Het verschil tussen de gewesten onderling kan geïnterpreteerd worden als een gezondheidsdeficit tegenover het gewest met het beste profiel. Het Brussels Gewest vertoont een gezondheidstekort ten opzichte van Vlaanderen voor alle leeftijden onder de 84 jaar (figuur 1). Tussen 24 jaar en 72 jaar zijn er voor elke leeftijd minstens 5% meer Brusselaars die zich in minder goede gezondheid voelen dan hun leeftijdsgenoten in Vlaanderen.

Wat de jongeren van minder dan 40 jaar betreft, is de situatie in Brussel het slechtst. Dit Brussels patroon weerspiegelt de samenstelling van de Brusselse bevolking: een sterke oververtegenwoordiging van migranten met een lage sociaal-economische status bij de jongeren en een oudere, meer welgestelde Belgische bevolking die in de rijkere Brusselse gemeenten woont. Naar de toekomst toe wordt verwacht dat de jongere, minder gezonde leeftijdsgroepen in het Brussels Gewest stilaan zullen doorgroeien naar oudere leeftijden met een toenemende druk op de gezondheidsdiensten tot gevolg.



Figuur 1a. Zelf ervaren gezondheid naar leeftijd en gewest - census 2001

Bron: Deboosere P., *Atlas de la santé et du social*, p 115



Figuur 1b. Verschil in zelfervaren gezondheid naar leeftijd tussen BHG en Vlaanderen

Bron: Deboosere P., *Atlas de la santé et du social*, p 115

## 2. *Het doorslaggevend belang van de sociale omgeving*

Zelfmoord is de grootste oorzaak van het verlies van potentiële levensjaren bij de Brusselse mannen, gevolgd door longkanker en ischemische hartaandoeningen. Bij de Brusselse vrouwen is dat borstkanker, gevolgd door zelfmoord en longkanker. Deze top drie wijst op de grote rol van psychisch lijden, tabaksgebruik, voeding, van stress en sedentair leven en, wat de vrouwen betreft, van factoren in verband met de voortplanting (bijv. vrouwen krijgen hun eerste kind op steeds latere leeftijd) bij vroegtijdige mortaliteit. Al die factoren worden in grote mate bepaald door de sociale omgeving in ruime zin.

Zoals in alle geïndustrialiseerde landen zijn de sociale status, de levenswijzen en de omgeving in ruime zin de determinerende factoren voor de gezondheid van de Brusselse bevolking. Deze factoren zijn nauw met elkaar verweven.

## 3. *Uitgesproken sociale ongelijkheden op het vlak van gezondheid*

Sociale status is de meest doorslaggevende determinant voor de gezondheidstoestand. De grote sociale heterogeniteit eigen aan het Gewest, komt dan ook tot uiting in grote sociale ongelijkheden op het vlak van gezondheid. Die ongelijkheden worden vastgesteld van bij de geboorte en gelden zowel voor de fysieke als de geestelijke gezondheid. Men stelt ook een zeer duidelijke sociale gradiënt vast voor gezondheidsproblemen die steeds vaker de kop opsteken, zoals obesitas, waarmee 31% van de laaggeschoolde vrouwen te kampen heeft tegenover 5% van de vrouwen die een diploma van het hoger onderwijs hebben. Overgewicht wordt een regelrechte uitdaging, gelet op de talrijke medische complicaties (diabetes, hartaandoeningen, kanker) en psychologische problemen die ermee gepaard gaan.

## 4. *Levenswijzen weerspiegelen de diversiteit van de bevolking*

Levenswijzen, zoals voeding, lichaamsbeweging, tabaks- of alcoholgebruik, hebben een grote impact op de gezondheid van de Brusselaars. De levenswijze is niet uitsluitend het gevolg van "vrije" individuele keuzes, maar wordt in grote mate beïnvloed door de leefomstandigheden, de leefomgeving, de economische, psychische en sociale hulpbronnen en het opleidingsniveau. Dat verklaart de sociale ongelijkheden betreffende levenswijzen. Het aandeel zware rokers in de Brusselse bevolking die minstens een diploma van hoger secundair onderwijs heeft, is gedaald tussen 1997 en 2004, maar stijgt echter bij de laagstgeschoolden.

Ook culturele aspecten beïnvloeden de levenswijzen. Het sterftecijfer voor ziekten verbonden aan overmatig alcoholgebruik (6e doodsoorzaak bij mannen jonger dan 65 jaar) schommelt bijvoorbeeld sterk volgens de nationaliteit: na leeftijdsstandaardisering ligt het sterftecijfer 6,3 keer lager voor de Brusselaars van Marokkaanse of Turkse nationaliteit dan voor de Brusselaars van Belgische nationaliteit. Het sterftecijfer bij de niet-Belgen is ook veel lager voor andere doodsoorzaken die gerelateerd zijn aan de levenswijze, zoals borst- en longkanker, zelfmoord enz. De aanwezigheid van migrantengemeenschappen die vaak gezondere voedingsgewoonten hebben meegebracht, verklaart dat de situatie in Brussel voor bepaalde indicatoren gunstiger is, zoals voor borstvoeding of het eten van fruit of vis. Het leven in de stad werkt trouwens minder gezonde levenswijzen in de hand, zoals het eten van kant-en-klarmaaltijden en fastfood.

5. *Kwaliteit van de leefomgeving ongelijk verspreid*

De leefomgeving beïnvloedt eveneens de gezondheid: geluidshinder, vochtigheid, vervuilende stoffen, onveiligheid enz. op negatieve wijze, een aanbod aan ontspanningsplaatsen en ontmoetingsruimten in positieve zin. De kwaliteit van de woonomgeving speelt een belangrijke rol, maar dat is ook zo voor de toename van het autoverkeer in de stad, dat voor veel geluidshinder zorgt, de kwaliteit van de lucht aantast, onveilig is voor de zwakke weggebruikers en de openbare ruimte steeds meer inpalmt.

De ruimtelijke distributie van de positieve omgevingsfactoren komt vrijwel overeen met de ruimtelijke distributie van de meer welgestelde wijken, terwijl de ruimtelijke distributie van de negatieve omgevingsfactoren overeenkomt met de ruimtelijke distributie van de achtergestelde wijken.

6. *Gezondheid moet benaderd worden vanuit het perspectief van de levenscyclus*

De gezondheidstoestand wordt bepaald door een opeenstapeling van positieve en negatieve factoren tijdens het leven, al van in de baarmoeder. De meeste risicofactoren voor de gezondheid hebben een impact op lange termijn en de leefomstandigheden tijdens de kindertijd en de adolescentie bepalen in grote mate de gezondheidstoestand als volwassene. In elke fase van het leven bestaan er evenwel ook specifieke behoeften en de factoren die bijdragen tot een bevredigende levenskwaliteit en gezondheid evolueren met de leeftijd. In de begin- en eindfase van het leven is de gezondheid een zeer delicaat gegeven. Dat wordt hieronder toegelicht.

## II. Vragen-problemen

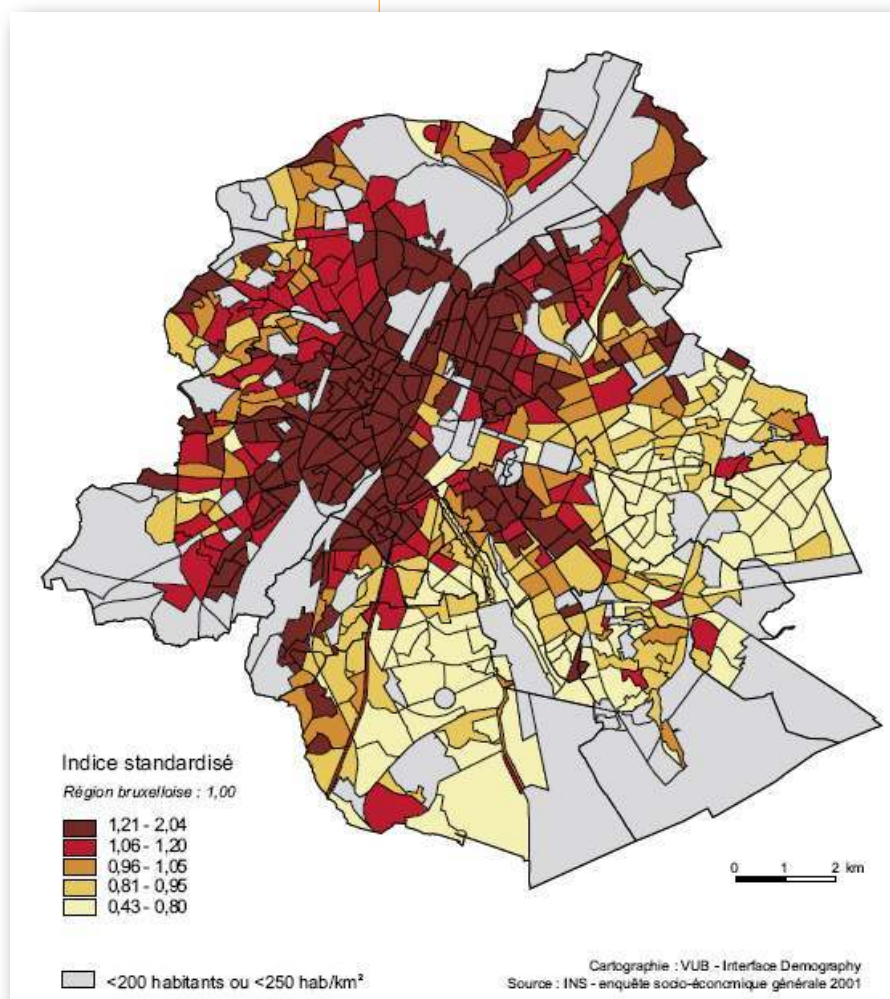
### 1. *Kunnen de grote gezondheidsongelijkheden tussen de Brusselse wijken verminderd worden?*

De gezondheidsverschillen tussen de wijken (zie kaart 1) doet automatisch de vraag rijzen van de invloed van de woonplaats op de gezondheid.

Voor het Brussels Gewest lijken compositie-effecten de belangrijkste rol te spelen in de ongelijkheden tussen de wijken, aangezien na controle voor sociaal-economische factoren vrijwel alle gezondheidsverschillen verdwijnen.

Er kan een selectie-effect optreden in verband met de gezondheid, de gezondheidsverschillen tussen de wijken worden evenwel vooral verklaard door het effect van globale sociale segregatie. Ongelijkheid in gezondheid tussen bevolkingsgroepen is het resultaat van sociale factoren die ongezondheid produceren. Dat we binnen het Gewest een dergelijk grote ongelijkheden tussen wijken kunnen vaststellen, is het gevolg van het feit dat diezelfde sociale factoren verantwoordelijk zijn voor het reguleren van de toegang tot de woningmarkt. Opleidingsniveau, loopbaan en inkomen zijn het toegangsticket tot de betere of de minder goede segmenten van de woningmarkt en ipso facto tot de betere of minder goede wijken. Vandaar dat het Brussels Gewest, zelfs al is dat onderhevig aan intense migratiebewegingen, een standvastig patroon van ongelijkheid in gezondheid blijft reproduceren. Migratie verandert de sociale samenstelling van de wijk niet. De nieuwe inwoners gaan zich selectief vestigen in de stad naar gelang van hun financiële draagkracht.

Dat sluit niet uit dat de onmiddellijke omgeving op haar beurt de gezondheid positief of negatief kan beïnvloeden.



Kaart 1. Zelfgerapporteerde gezondheid gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht

2. *Hoe kan de negatieve impact van de omgeving op de gezondheid worden beperkt?*

De impact op de gezondheid wordt groter door een opeenstapeling van blootstellingen. In de achtergestelde wijken rond het stadscentrum worden de bewoners blootgesteld aan veel lawaai, omdat daar verschillende geluidsbronnen samenkomen (wegverkeer, burenlawaai) en de gebouwen slecht geïsoleerd zijn; de lucht in de gebouwen wordt vervuild door het gecombineerde effect van verschillende bronnen (onaangepaste verwarming, vochtigheid, gebruikte materialen, passief roken, ...) en de gevolgen van die vervuilde binnenlucht worden versterkt doordat de bewoners dicht op elkaar wonen en de ventilatie van de gebouwen veel te wensen overlaat. De levensruimte is beperkt zowel in de woningen als daarbuiten, waar de groene ruimten zeer schaars zijn.

De impact op de gezondheid wordt ook versterkt door de duur van de blootstelling. De meest voorkomende verhuizingen binnen het Gewest gebeuren tussen wijken en woningen van hetzelfde type. Bijgevolg, zelfs al blijven bepaalde personen vrij korte tijd in dezelfde woonomgeving wonen, stapelen ze tijdens hun leven de effecten van hetzelfde type negatieve gezondheidsfactoren op. Deze algemene omgeving verhoogt ook de stress, die al veel hoger is voor de sociaal achtergestelde bevolkingsgroepen die er wonen.

3. *Hoe kan men alle kinderen een gezonde kindertijd bieden?*

In Brussel is de situatie van de kinderen bijzonder. Ze vormen een groter aandeel in de bevolking dan in de rest van het land en de ongelijkheden op het vlak van gezondheid zijn er bijzonder verontrustend.

Alvorens een en ander uit te diepen, herinneren we eraan dat de beschikbare gegevens over de gezondheid van de kinderen ontoereikend zijn. Bij de beoordeling van de gezondheid van kinderen moet rekening worden gehouden met de motorische en fysieke ontwikkeling en met de sociale, emotionele, cognitieve, talige en gedragsaspecten. De beschikbare indicatoren beperken zich doorgaans hoofdzakelijk tot de fysieke gezondheid. Bijvoorbeeld de kindersterfte die 3 keer hoger ligt in Sint-Joost (6,3 per 1 000 geboorten) dan in Sint-Lambrechts-Woluwe (2,1 per 1 000).

Anderzijds worden kinderen vooral benaderd in de hoedanigheid van "toekomstige volwassenen", aangezien hun gezondheidstoestand een van de determinerende factoren is voor de gezondheid van de toekomstige volwassenenbevolking. Kinderen mogen evenwel niet enkel als een toekomstproject worden gezien. Ook zij hebben rechten.

De "subjectieve gezondheid" is de enige beschikbare indicator om zich een beeld te vormen van de gezondheid en het welzijn van het kind "hic et nunc", ondanks bepaalde beperkingen bij het toepassen van deze indicator op kinderen. Ook voor wat deze indicator betreft bestaan er geografische ongelijkheden voor kinderen van 6 tot 12 jaar, met een hoger risico op een slechtere (vaak door een naast familielid) gerapporteerde gezondheid in Sint-Gillis, Sint-Joost en Molenbeek.

De gezondheidsdeterminanten zijn verontrustend: de gunstige opgroeiomstandigheden voor kinderen, namelijk individuele en collectieve omstandigheden waarin kinderen hun kinderjaren beleven en gezond kunnen opgroeien, zijn zeer ongelijk. In



het algemeen woont een derde van de kinderen in een eenoudergezin, meestal bij de moeder, en 17% van de geboorten doet zich voor bij een alleenstaande moeder. Alleenstaande moeders, die zeer talrijk zijn in Brussel, verklaren zich tweemaal meer in slechte gezondheid tussen de leeftijd van 20 en 40 jaar in vergelijking met vrouwen die in een ander huishoudentype leven. Dat blijft natuurlijk niet zonder gevolgen voor de gezondheid van hun kinderen.

28% van de kinderen wordt geboren in een huishouden zonder inkomen uit arbeid. Het grootste aantal kinderen woont in de dichtstbevolkte en armste wijken, waar de woningen kleiner en slecht uitgerust zijn en waar privé- en openbare tuinen het minst talrijk zijn.

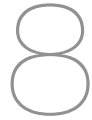
Het aantal kinderen neemt toe en het geboorte- en vruchtbaarheidscijfer liggen veel hoger dan in de overige twee gewesten. Het Brussels Gewest telt ook de meeste kinderen van legale en illegale nieuwkomers. Die groei heeft gevolgen voor de diensten. Zo is de schoolbevolking tussen 1996-97 en 2006-07 met 20 % (+ 6 500 kinderen) aangegroeid in het Franstalig kleuteronderwijs en met 26 % (+ 2 270 kinderen) in het Nederlandstalig kleuteronderwijs. Het grote aantal onlangs gecreëerde opvangplaatsen maakt het enkel mogelijk om de vroegere dekkingsgraad te behouden.

Crèches, scholen en opvangplaatsen buiten de schooluren zijn belangrijke leefomgevingen voor kinderen en hun gezinnen. Ze hangen evenwel af van verschillende beslissingsniveaus en investeringen verschillen van gemeente tot gemeente. Wat de crèches betreft, is er een verhouding van 1 tot 5 tussen de kleinste en de grootste dekkingsgraad in de gemeenten. Er wordt aldus niet voldaan aan een deel van de vraag. Voor kinderen ouder dan 3 jaar dient men in Brussel al één tot twee jaar op voorhand te denken aan hun inschrijving in het kleuteronderwijs. Over dat nieuwe fenomeen en de gevolgen ervan bestaan nog geen studies, maar gewoonlijk zullen deze laatste zelden in het voordeel van gezinnen met een laag opleidingsniveau uitvallen.

We leggen de nadruk op de educatieve milieus, omdat vandaag erkend wordt dat ze verschillende functies vervullen: overdag vormen ze materieel gunstige leefomstandigheden, ze ondersteunen de gezinnen in hun opvoedingstaak, omdat ouders en kinderen kennismaken met andere opvoedkundige praktijken, de ouders nieuwe richtsnoeren krijgen en degenen die met bestaansonzekerheid kampen, kansen krijgen om actiever deel te nemen aan het sociaal leven. Binnen deze perspectieven ontstaan op het terrein verschillende vormen van diensten, of het nu gaat om occasionele, deeltijdse of langetermijnopvang. Die diensten worden erkend in het kader van het welzijnsbeleid en het beleid tot herwaardering van de achtergestelde wijken.

#### 4. Welk beleid voor de Brusselse bejaarden?

De bevolking van het Brussels Gewest heeft een jongere leeftijdsstructuur dan de overige twee gewesten: het aandeel van de 60-plussers is er kleiner dan in de rest van het land en zou in de komende vijftien jaar op hetzelfde peil blijven. Het Brussels Gewest telt daarentegen relatief gezien een groter aantal hoogbejaarden (ouder dan 85 jaar), die meer behoefte aan bijstand en zorg hebben. In de toekomst zou de "vergrijzing binnen de vergrijzing" nog toenemen. In 2050 zal 40% van de 60-plussers ouder dan 80 jaar zijn tegenover de huidige 27%. De behoeften zullen evenwel



niet in hetzelfde tempo toenemen, want de levensverwachting zonder beperkingen stijgt eveneens.

De Brusselse 65-plussers staan er op het vlak van opleiding, sociaal-economisch statuut en gezondheidstoestand thans beter voor dan het Belgische gemiddelde. Op termijn zou die situatie echter omkeren. Degenen die op dit ogenblik tussen 50 en 65 jaar oud zijn, bevinden zich in een minder gunstige situatie dan het nationale gemiddelde voor de voornoemde drie indicatoren. Het aandeel van de migrantenpopulatie in de hoogste leeftijdscategorieën zal in de komende 15 jaar fors stijgen.

De drie gemeenschapscommissies hebben in hun beleid als prioriteit gesteld dat bejaarden zo lang mogelijk in hun eigen woning moeten kunnen blijven wonen om hun levenskwaliteit te verbeteren en de uitgaven beter te controleren.

In een stedelijke omgeving zorgen factoren zoals isolement, zwakkere sociale cohesie, het type woning (woningen met meerdere verdiepingen, vaak zonder lift) en de bestaansonzekerheid ervoor dat bejaarden sneller in een instelling worden opgenomen. Het hoge percentage van de migrantenbevolking leidt er daarentegen toe dat de bejaarden zo lang mogelijk thuis blijven wonen, maar dat zou geleidelijk kunnen veranderen.

In Brussel woont de overgrote meerderheid van de bejaarden in hun eigen woning. Het aandeel van de in een instelling opgenomen bejaarden is evenwel groter dan het Belgische gemiddelde, namelijk 6,3 % (vs 4,9 %) voor de 60-plussers en 22,6 % (vs 22,4 %) voor de 80-plussers. Terzelfder tijd zijn de gemiddelde uitgaven voor thuiszorg in Vlaanderen en Wallonië respectievelijk 2,7 en 2,1 keer hoger dan in Brussel.

Uit Brussels onderzoek blijkt dat het opnamerisico kleiner is bij personen die actief omgaan met het ouder worden. Ze blijven zo lang mogelijk sociaal, cultureel en fysiek actief, denken vrij vroeg aan hun oude dag en passen hun gedrag en leefomgeving navenant aan. Ze bouwen een informeel maar ook een professioneel netwerk voor thuishulp op. Daardoor hoeven ze niet of pas veel later in een instelling opgenomen worden. Die houding is echter pas mogelijk als ze in een gunstige omgeving wonen en het zorg- en dienstenaanbod toereikend is om de (relationele, sociale, medische, verpleegkundige, psychologische...) behoeften van de thuiswonende bejaarden te vervullen. De inventaris van het dienstenaanbod in het Brussels Gewest heeft de vinger op een aantal lacunes gelegd: een tekort aan verpleegkundigen, aan gezinshulpverleners, aan psychologische bijstand en zorg, aan ondersteuning van de mantelverzorgers, aan opvangcentra voor overdag, 's nachts en korte verblijven... Het gebeurt zeer vaak dat het geheel van zorgen elkaar overlappen wegens een gebrek aan coördinatie en voorafgaande evaluatie van de diverse behoeften van de bejaarde. De bejaarden worden nog te veel vanuit medisch standpunt benaderd en te weinig als persoon.

### III. Mogelijke beleidsoplossingen

#### 1. *Een prioriteit maken van het terugdringen van de sociale gezondheidsongelijkheden*

De sociale gezondheidsongelijkheden in het Brussels Gewest moeten bij voorrang worden verminderd om de gezondheid en levenskwaliteit van de Brusselaars te verbeteren. Net als andere gewesten of landen zou het Brussels Gewest (maatschappelijk middenveld en overheden) een echt actieplan kunnen opstellen om de gezondheidskloof te verminderen.

Alleen veelvuldige, transversale en gecoördineerde strategieën kunnen resultaten opleveren. Ze moeten maatregelen bevatten die de ongelijke ontwikkeling van jonge kinderen en de ongelijkheden op het vlak van onderwijs tegengaan, de bestaanszekerheid verhogen en de toegang tot de arbeidsmarkt, tot een toereikende sociale bescherming voor de maatschappelijk zwaksten en tot kwaliteitsvolle gezondheidszorg voor iedereen verbeteren.

Om de sociale gezondheidsverschillen terug te schroeven, moet wellicht ook de sociale gemengdheid worden verbeterd, want dat leidt tot een billijkere herverdeling van de voorzieningen van het Gewest, met inbegrip van de groene ruimten.

#### 2. *Voor alle Brusselaars een leefomgeving die de gezondheid bevordert*

De lichamelijke en geestelijke gezondheid kan worden behouden of verbeterd door maatregelen die het voor iedereen mogelijk maken, ook degenen met een zeer laag inkomen, om over een toereikende en gezonde levensruimte te beschikken, die de veiligheid, gezonde binnenlucht en rust garandeert, alsook de mogelijkheid om kwaliteitsvolle contacten te leggen met de burens.

Bij de inrichting van de openbare ruimte zou men ook rekening moeten houden met gezondheidsdoelstellingen, bijvoorbeeld door lichamelijke activiteit aan te moedigen, het isolement te doorbreken en het harmonieus samenleven te bevorderen.

Het milieubeleid moet rekening houden met de opeenstapeling van blootstellingen aan allerlei hinder van de bevolkingsgroepen die in de meest achtergestelde wijken wonen, bijvoorbeeld op het vlak van geluidshinder.

#### 3. *Een gezamenlijk beleid voor de vroegste kinderjaren*

De beschikbare gegevens over de kinderen zouden moeten volstaan om prioritaire investeringen in een gezamenlijk beleid voor de vroegste kinderjaren te bewerkstelligen.

Structurele economische, sociale, educatieve en culturele beleidsmaatregelen zijn noodzakelijk om het sociaal-economisch statuut van alle gezinnen te verbeteren, maar volstaan niet om de sociale gezondheidsverschillen tijdens de kinderjaren te verminderen. Ze moeten geflankeerd worden door maatregelen die extra aandacht en middelen besteden aan de meer achtergestelde wijken, waar zeer veel kinderen wonen, opdat ze kunnen opgroeien in omstandigheden die hun gezondheid, culturele ontwikkeling en opvoeding bevorderen en waar ze hun behoeften aan ontmoetingen, uitwisselingen en spel kunnen vervullen.

Het ziet ernaar uit dat het huidige kinderkribbenplan zijn doel bereikt, namelijk meer billijkheid tot stand brengen in het gewestelijk beleid voor de opvang van jonge kinderen, aangezien de armste gemeenten, waar het geboortecijfer het hoogst is, voorrang krijgen. Het combineren van specifieke beleidsmaatregelen voor verschillende sociale problemen, zoals het werk van de moeders, armoede, eenoudergezinnen, vrijetijdsinvulling, mishandeling en risicokinderen enz. heeft in Brussel echter haar zwakke punten getoond, wanneer we de resultaten bekijken. De gezinnen zijn vooral op zoek naar algemene middelen en diensten die niet 'probleemgericht' zijn, maar veeleer dienen om hun bekwaamheden, potentieel en capaciteiten te ondersteunen.

De huidige situatie zou kunnen verbeteren als erkend wordt dat alle jonge kinderen een volwaardig recht hebben op een kwaliteitsvolle opvangplaats in het kleuteronderwijs en in de kinderopvangdiensten. Deze diensten maken het mogelijk voor de ouders om uit werken te gaan of opleidingen te volgen, wat een basisvoorwaarde is om de leefomstandigheden van het gezin en de kinderen, maar ook het sociaal statuut van de moeders te verbeteren en alleenstaande moeders uit de armoede te halen. Het is evenzeer noodzakelijk om het belang van niet-economische motieven te erkennen; om het isolement te doorbreken, richtsnoeren te verstrekken, kinderen educatieve kansen te bieden en ervoor te zorgen dat kinderen opvoeden in Brussel een collectieve verantwoordelijkheid wordt.

#### 4. *Ervoor zorgen dat de bejaarde Brusselaars in gunstige omstandigheden thuis kunnen blijven wonen*

Het is van essentieel belang om de plaats en de actieve rol van de bejaarden in de samenleving te valoriseren. Hun deelname aan het maatschappelijk leven is nuttig voor de samenleving, maar zorgt er ook voor dat ze zo lang mogelijk vitaal en zelfredzaam blijven. De bejaarden moeten meester over hun eigen leven blijven.

Daartoe is het belangrijk preventieve strategieën met betrekking tot de leefomgevingen te ontwikkelen om vooruit te lopen op de ouderdomsbepkeringen, ze te vertragen en te begeleiden. Bejaarden moeten ertoe aangemoedigd worden deel te nemen aan het verenigingsleven, aan culturele en sociale activiteiten (financiële haalbaarheid, mobiliteit, thuisactiviteiten...). De wijken en woningen moeten zo aangepast worden dat bejaarden zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen (vervoer, buurtwinkels, veilige trottoirs, uitbreiding van het aanbod aan woningen die aangepast zijn aan bejaarden met een bescheiden inkomen, serviceflats...).

Het is belangrijk om de vroegtijdige screening van geriatrische problemen aan te moedigen via de opleiding van de huisartsen en de voorlichting van de bevolking, zodat er geleidelijk oplossingen kunnen worden ingevoerd.

Bejaarden kunnen slechts thuis blijven wonen, als het aanbod aan diensten voor thuishulp en -zorg groot genoeg is om te voorzien in de behoeften die gepaard gaan met de ouderdomsbepkeringen. Op dit ogenblik is dat aanbod te klein. De informatie over de mogelijke bijstand zou beter gecentraliseerd en onder de betrokken actoren verspreid moeten worden. De coördinatie van de tussenkomsten voor bejaarden moet efficiënter lopen. Het zou mogelijk zijn om grote besparingen te doen en de levenskwaliteit van de bejaarden te verbeteren, indien via een efficiënte coördinatie in nauwe samenwerking met de bejaarden en hun mantelverzorgers een zeer concreet plan van de zorgen, de dienstverlening en de bijstand wordt opgesteld en een begeleider wordt aangewezen die de follow-up van dat plan op zich neemt.

## Referenties

- CERE (2007) *Les conditions d'enfance en Région de Bruxelles-Capitale. Indicateurs relatifs à la petite enfance et aux familles.* ([www.cere-asbl.be](http://www.cere-asbl.be))
- DE SPIEGELAERE, M., DEGUERRY, M., HAELTERMAN, E., LOGGHE, P., WAUTERS, I. (2004) *Gezondheidsindicatoren van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest 2004*, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad.
- DE SPIEGELAERE, M. (2007) «Inégalités sociales, logement et santé», In Cornut P., Bauler T., Zaccàï (eds) *Environnement et inégalités sociales*, Editions de l'Université de Bruxelles.
- DUSART, A.-F. (2007) *Accueil atypique en Communauté française. A la recherche des conditions optimales d'accueil, vers une politique d'accès égal pour tous.* ([www.cere-asbl.be](http://www.cere-asbl.be))
- GOBERT, M., CLOSON, M.-C. (2007) *Personnes âgées en Région Bruxelloise et acteurs du maintien à domicile*, Rapport de recherche, IRSIB.
- HAELTERMAN, E., DE SPIEGELAERE, M., MASUY-STROOBANT, G. (2007) *Perinatale gezondheidsindicatoren in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest 1998-2004*, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad.
- OBSERVATOIRE DE L'ENFANT (2006) «L'accueil de l'enfant à Bruxelles. Grandir à Bruxelles», *Cahiers de l'Observatoire de l'enfant*, n° 17-18 ([www.grandirabruelles.be](http://www.grandirabruelles.be))
- OBSERVATORIUM VOOR GEZONDHEID EN WELZIJN VAN BRUSSEL-HOOFDSTAD (redactie) (2006) *Welzijns- en gezondheidsatlas van Brussel-Hoofdstad*. Brussel, Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.
- OBSERVATORIUM VOOR GEZONDHEID EN WELZIJN VAN BRUSSEL-HOOFDSTAD (redactie) (2007) *Thuiswonen na je 65ste: Atlas van de behoeften en de actoren in Brussel*, Brussel, Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.
- OBSERVATORIUM VOOR GEZONDHEID EN WELZIJN VAN BRUSSEL-HOOFDSTAD (2008) *Brussels Armoederapport 2008*, Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.