

ook op de huisarts. Verder lijken 65-plussers in Brussel en Luik minder een beroep te doen op de huisarts, maar ze zijn wel vaker ingeschreven in een wijkgezondheidscentrum. Bij de ziekenhuiszorg zien we een groter gebruik van de spoedafdeling in Brussel.

Het is niet eenvoudig de oorzaak voor de verschillen tussen de regio's en provincies precies te duiden. Wellicht spelen meerdere factoren een rol, waaronder mogelijk het **verschil in vergrijzingsgraad**. Dit kan bijvoorbeeld mee aan de basis liggen van het hoge aandeel VT-ers in West-Vlaanderen. Het is immers geweten dat zowel de Belgische kust als het platteland sterker vergrijzen (De Decker, et al., 2018). Bovendien is er het hoger armoederisico²⁰ bij ouderen in het algemeen (Hoge Raad van Financiën, 2023) en de niet te verwaarlozen armoedeproblematiek op het platteland (Steunpunt tot Bestrijding van armoede, 2016).

Maar ook **de omvang, de aard en de mate van beschikbaarheid van het zorgaanbod** hebben ongetwijfeld invloed op het zorggebruik, evenals **het aandeel ouderen in een bepaalde regio dat zich in een preciaire situatie bevindt**. In Brussel bijvoorbeeld, waar meerdere ziekenhuizen zijn, is een spoeddienst voor veel inwoners dichtbij en bovendien altijd onmiddellijk bereikbaar ook 's avonds en tijdens het weekend, dit in tegenstelling tot bijvoorbeeld een huisarts. Zoals eerder aangegeven speelt voor kwetsbare groepen soms ook mee dat de zorg, verleend in de spoeddienst, niet onmiddellijk betaald moet worden (Observatorium Gezondheid en Welzijn BXL-Hoofdstad, 2019; Avalosse, Chapelle, & van Sloten, 2015). Zoals gezegd is het aandeel VT-ers in Brussel in onze studiepopulatie de voorbije jaren toegenomen. De aard van het zorgaanbod zorgt ook voor een groter aandeel ouderen dat in Brussel een beroep doet op een woonzorgcentrum. Een van de oorzaken hiervoor is immers onder meer het ontoereikend specifieke aanbod voor personen met bepaalde zorgbehoeften waardoor de opname in een woonzorgcentrum sneller de enig overblijvende optie is (Carbonelle, 2017). Vlaanderen zet dan weer al langer nadrukkelijk in op vermaatschappelijkte zorg wat zich vertaalde in sterke investeringen in thuiszorg en thuiszorgondersteunende diensten (ING & Probis, 2018). Voor Limburg kan het grotere beroep op thuisverpleging dan weer mee beïnvloed zijn door het beperktere aanbod aan residentiële ouderenzorg in vergelijking met de andere Vlaamse provincies (Departement Zorg van de Vlaamse overheid, 2022).

4. Aanbevelingen voor een adequate ouderenzorg en ouderenzorgbeleid

De analyse van het profiel van de CM-leden van 65 jaar en ouder leert dat velen onder hen, zoals verwacht, geconfronteerd worden met chronische aandoeningen. Uit de gezondheidsenquête weten we bovendien dat ze in het dagelijks leven ook kampen met heel wat beperkingen. Ouderen zijn bijgevolg meer dan andere leeftijdsgroepen afhankelijk van zorg en ondersteuning. De CM-cijfers tonen inderdaad aan dat heel wat ouderen in de loop van een kalenderjaar contact hebben met een of meerdere zorgverleners zoals de huisarts, specialist of thuisverpleegkundige. Een groot deel doet ook een beroep op institutionele zorg, onder meer in het ziekenhuis of in een woonzorgcentrum. **De verdere vergrijzing van de bevolking in de komende jaren, plaatst beleidsverantwoordelijken en aanbieders van zorg en ondersteuning dan ook voor de uitdaging om op een adequate manier in te spelen op de verwachte toename in de vraag naar zorg en ondersteuning.**

Hierbij is het belangrijk er rekening mee te houden dat de **groep van 65 jaar en ouder niet homogeen** is. We zagen in onze analyses soms grote **verschillen** in het gezondheidsprofiel en het zorggebruik **volgens leeftijd, geslacht of regio en provincie**. En vooral **de mate van kwetsbaarheid** lijkt een belangrijke rol te spelen in de gezondheidstoestand en het zorggebruik. De meest kwetsbaren verkeren doorgaans in een minder goede gezondheid, doen vaker een beroep op (zware) zorg en hebben een hoger risico op overlijden in de loop van een jaar. Dit is een **belangrijk aandachtspunt voor zowel de beleidsvoering in het algemeen als voor de organisatie van het zorgaanbod door de terreinactoren, met het oog op een adequate zorgverlening op maat van de zorgvrager.**

Op basis van de verschillende vaststellingen in onze analyses, formuleren we hieronder een aantal algemene aanbevelingen rond vier belangrijke thema's.

4.1. Investeer in de eerstelijnszorg

De CM-gegevens bevestigden de bevinding uit de gezondheidsenquête dat de overgrote meerderheid van de ouderen in de loop van een kalenderjaar minstens één contact

met de huisarts heeft. Deze blijft dus een belangrijke plaats innemen in het zorgteam rond een oudere en geniet heel wat vertrouwen. Doordat met het ouder worden het risico op een of meerdere chronische aandoeningen en op functionele en/of cognitieve beperkingen toeneemt, ontstaan soms heel complexe zorgsituaties waar de inzet van meerdere eerstelijnsactoren noodzakelijk is, met naast de huisarts onder meer ook thuisverpleging, apotheker, gezinshulp, kinesitherapie, maatschappelijk werk, enz. **In een vermaatschappelijkte zorg, zowel de wens van de ouderen zelf als van de overheden, spelen eerstelijnsactoren dus een essentiële rol.**

Al deze actoren zullen door de verdere vergrijzing geconfronteerd worden met een toenemende zorgvraag. Het beleid moet hiermee proactief rekening houden bij de verdere programmatie en organisatie van het aanbod. Een bijzonder aandachtspunt hier is de huidige context van krapte op de arbeidsmarkt voor bepaalde profielen. De **investeringen ter versterking van de aantrekkelijkheid en de waardering van eerstelijnsactoren moeten de komende jaren aangehouden worden**. Hierbij denken we onder meer aan het verder versterken van de positie van de huisarts in de eerstelijnszorg, de herwaardering van het beroep van verpleegkundige, het toekennen van specifieke taken aan de apotheker in het ondersteunen van chronische zorgsituaties, het versterken van de diensten maatschappelijk werk, het ondersteunen van het welzijn van zorgverleners, enz. **Er moet ook creatief worden nagedacht over taakdelegatie en over het efficiënt en complementair inzetten van de verschillende profielen professionals in functie van hun opleiding en expertise** (CM, 2024, p. 29).

Deze sterke eerstelijnszorg moet ook kaderen in een model van geïntegreerde zorg waarbij er een naadloze overgang is tussen de verschillende vormen van zorg en ondersteuning op de verschillende zorglijnen en waarbij de persoon met zorgnoden centraal staat (CM, 2024, p. 27).

4.2. Zet kwaliteit van leven centraal

CM hecht veel belang aan de levenskwaliteit en het welzijn van mensen doorheen het ganse leven. Deze levenskwaliteit wordt onder meer beïnvloed door de gezondheid en dit is meer dan alleen niet ziek zijn of geen beperkingen onderkennen. Gezondheid is evenzeer zich goed in zijn vel voelen, zin vinden in wat men doet, een ondersteunend netwerk hebben, voldoende financiële slagkracht hebben, in een aangename omgeving wonen, enz. **Vanuit deze brede visie op gezondheid vraagt CM dan ook een gezondheidsbeleid**

dat vertrekt van de strategie 'gezondheid op alle beleidsdomeinen' ('Health in All Policies') (CM, 2024, pp. 6-7). Voor de preventie van gezondheidsproblemen, het promoten van een gezonde levensstijl, het onder controle houden van een ziekte, het bestrijden van symptomen, het bieden van comfortzorg, praktische hulp en psychologische, sociale en spiritueel-existentiële ondersteuning, enz., zijn zeker initiatieven nodig in het domein welzijn en gezondheid. Maar om gezondheid en levenskwaliteit te garanderen zijn tegelijk initiatieven nodig in andere domeinen als inkomen, huisvesting, vrije tijd, materiële levensomstandigheden, maatschappelijke betrokkenheid, mobiliteit, ruimtelijke ordening, enz.

In het kader van ouderenzorg hanteert de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) het concept **'actief ouder worden'** ('active ageing'), of het optimaliseren van de mogelijkheden voor gezondheid, participatie en veiligheid met het oog op het verbeteren van de levenskwaliteit naarmate mensen ouder worden (Wereldgezondheidsorganisatie, 2002). Ook de WHO hanteert een holistische visie op gezondheid en welzijn en pleit niet alleen voor initiatieven gericht op **gezond ouder worden** en op een **gepaste en kwaliteitsvolle behandeling of ondersteuning** waar nodig. Ouderen moeten vanuit hun ervaring, kennis en talenten **ook een actieve en betekenisvolle rol kunnen spelen in de samenleving**, kansen krijgen voor verdere persoonlijke ontwikkeling, kunnen wonen in een omgeving die voldoende veiligheid en zekerheid biedt, enz., en dit ongeacht hun leeftijd of gezondheidstoestand. Een bijzonder aandachtspunt is het **mentaal welbevinden** en meer algemeen de **zingeving** die door een combinatie van medische en niet-medische factoren onder druk kunnen komen staan. Ouder worden betekent immers geconfronteerd worden met verschillende veranderingen en uitdagingen. Als gevolg van het ouder worden en het optreden van chronische aandoeningen en beperkingen, zijn er de verlieservaringen rond het eigen functioneren. Daarnaast is er de verdunning van het sociaal netwerk door het wegvallen van leeftijdsgenoten. Ouderen lopen dan ook het risico op isolatie en vereenzaming, op een onvoldoende ervaren levenskwaliteit en een levensmoeheid. Het vormt een uitdaging hen te ondersteunen en te versterken in het omgaan met deze veranderingen.

Concrete voorbeelden die willen bijdragen aan de levenskwaliteit, zijn deze van middenveldorganisaties als Okra, Samana, Altéo en Enéo. Zij hebben een divers aanbod aan **laagdrempelige activiteiten** waaraan leden kunnen participeren. Dergelijke middenveldorganisaties bieden mensen ook kansen om zich in te zetten als vrijwilliger

20 https://indicators.be/nl/G10_POV/nl