

Bestel uw gratis
abonnement op
www.weliswaar.be

Adreswijziging?
Vermeld uw
abonnementnummer

Dossier Wetenschappelijk onderzoek 2007

Gecoördineerde zorg biedt voordelen

Zorg voor het kind: redden ouders het nog?

Op zoek naar roes: drugs in Vlaanderen

Wat begint
met een schreeuw,
mag nooit
in stilte eindigen.

Stop huiselijk geweld.
Praat erover.

Bel naar **Tele-Onthaal op 106** of surf naar www.caw.be.



Versterkt welzijn

12 tot 15 procent van de
Europese vrouwen ouder dan
16 wordt het slachtoffer van
huiselijk geweld in hun relatie.

Nog meer vrouwen blijven
lijden onder fysiek en seksueel
geweld van hun ex-partner.

**Het wordt tijd om een
uitweg te vinden!**

Vlaamse overheid



**Stop huiselijk
geweld**
tegen vrouwen



COUNCIL OF EUROPE
CONSEIL DE L'EUROPE

www.coe.int/stopviolence

Wetenschappelijk onderzoek 2007

Naar jaarlijkse gewoonte publiceert Weliswaar een kleine selectie onderzoeken die het afgelopen jaar zijn uitgevoerd. Stuk voor stuk behandelen ze belangwekkende gezondheids- of welzijns-kwesties. Het enthousiasme waarmee de diverse onderzoekers hun werk naar ons stuurden en het succes van de onderzoeksedities bewijzen dat er behoefte is aan een forum waar die onderzoeken een breed publiek bereiken. Nogal wat mensen uit het 'veld', al of niet aan de top van een organisatie, voorziening of instelling, doen met nieuwe wetenschappelijke bevindingen hun praktisch voordeel op de werkvloer. Maar ook de 'gewone' lezer kan nieuwe kennis opdoen. Meer dan een signalement van deze onderzoeken beogen we echter niet. Voor de volledige rapporten verwijzen we door via het infoblokje onderaan de artikels.

Voor deze editie konden we opnieuw beroep doen op het Kenniscentrum WVG van het gelijknamige Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin dat de onderzoeken op deze domeinen coördineert.

Ook de onderzoekers van wie we de werken samengevat of bewerkt hebben danken we van harte voor de bereidwilligheid. Zij moeten het immers aanvaarden dat hun vaak diepgravende en omvangrijke rapporten herleid worden tot een vulgariserende samenvatting van twee à drie velletjes.

In dit nummer past het om even de aandacht te vestigen op een nieuw initiatief. Voor de periode 2007-2011 werd een steunpunt voor beleidsrelevant onderzoek opgericht. Dit steunpunt is een consortium dat de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin met wetenschappelijk onderzoek moet ondersteunen bij een efficiënt en integraal beleid. In dit Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin verenigen onderzoekers uit drie Vlaamse universiteiten (KULeuven, UGent, VUB) en een Vlaamse hogeschool (Katholieke Hogeschool Kempen) hun expertise. Naast zijn meerjarenprogramma zal het SWVG ook ad-hoconderzoek vragen beantwoorden via kortdurende projecten en zal het de dialoog met het beleid en met de praktijkvelden onderhouden via communicatieforums, een nieuwsbrief en een website (www.steunpuntwvg.be).

De nieuwe Weliswaar

Tijd voor vernieuwing, vonden we. Vanaf februari, het eerste nummer van volgend jaar, vindt u Weliswaar in een volledig nieuw kleedje terug. Het zal even wennen worden, want niet alle rubrieken overleven of zullen op dezelfde plaats staan, de lay-out wordt flink aangepakt en de mix van magazine met website wordt verder ontwikkeld. Tot dan wensen we u nog veel kritisch leesgenot in deze speciale editie van de Weliswaar à l'ancienne, en alvast veel geluk in het nieuwe jaar.

Nico Krols

foto's | Stephan Vanfleteren
professor | Filip Vekemans
realisatie | Nico Krols - Weliswaar® 2007



Inhoud

Dossier: onderzoek 2007

- | De plannen maken de zorg 4
Gecoördineerde zorg biedt voordelen
- | Patiënten zonder grenzen 7
Gezondheid en gezondheidszorg bij allochtonen
- | Iedereen aan het werk 10
De arbeidsmarktsituatie van mensen met een handicap
- | Eerste hulp bij zelfstandig wonen 12
Brusselse bejaarden blijven thuis
- | Zorgen voor kinderen in Vlaanderen 14
Redden ouders het nog?
- | Welkom in de keuzefamilie 16
Het sociale netwerk van de holebi
- | Recidiverende jongeren
Sommige ezels stoten zich aan dezelfde steen 18
- | Op zoek naar roes 20
Drugs in Vlaanderen: een stand van zaken

bewerkingen en teksten |

Nico Krols | Liesbeth Van Braeckel | Ria Goris

Weliswaar – welzijns- en gezondheidsmagazine voor Vlaanderen – richt zich tot iedereen die bij het welzijns- en gezondheidswerk betrokken is. Weliswaar is een sociaal vakblad dat bericht over de wetenschap, het beleid en het vele harde werk in de zachte sector. Weliswaar is een uitgave van de Vlaamse overheid.

www.weliswaar.be



Door een samenloop van omstandigheden neemt het aantal complexe zorgsituaties in onze samenleving toe. Die complexiteit vergroot het risico op fragmentatie van de zorg. Lokaal gecoördineerde zorg zou een oplossing kunnen bieden.

De plannen maken de zorg

In drie landen met een verschillend zorgstelsel (USA, Canada en Italië) werd de lokaal gecoördineerde zorg uitgetest. De verschillende studies kwamen tot hetzelfde resultaat: coördinatie van de zorg genereert een betere zorg. Soms liggen de kosten hoger, maar meestal is de ingreep kostenneutraal. Opvallend is dat gecoördineerde zorg soms aanleiding geeft tot meer ziekenhuisopnamen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat door een betere coördinatie onbekende noden worden gedetecteerd.

Bij een experiment in opdracht van de federale overheid werd duidelijk dat voor de meeste disciplines en diensten zorgcoördinatie meerwaarde oplevert. De eigen werking, de onderlinge samenwerking en de kwaliteit van de zorg voor de patiënt hebben er baat bij. Over het functioneren van Samenwerkingsinitiatieven in de thuiszorg (SIT's) werd zowel op Vlaams als federaal niveau al studiewerk verricht. Een federaal onderzoek toont aan dat er nood is aan een betere kennis van de behoeftes van ouderen in hun thuismilieu. Over die behoeftes weten we vandaag te weinig. We moeten betere administratieve en wetenschappelijke gegevens verzamelen. De lokale dienstencentra kunnen een nuttige aanvulling zijn op de SIT's. Een opvallend onderzoeksresultaat is dat slechts 9% van de zestigjarige zorgbehoevende thuiswonende burgers in SIT-verband verzorgd worden. Een studie in opdracht van de Vlaamse Gezondheidsraad stelde vast dat 19,1% van de zwaar zorgbehoevende patiënten geen zorgplan heeft.

Uit een federale studie bleek dan weer dat de verschillende partners in de thuiszorg aangeven dat een goed gecoördineerde thuiszorg noodzakelijk is. Men is het er wel niet over eens wie er moet coördineren. Er zijn drie mogelijkheden: de centrale verzorger als case manager, een case manager in de thuiszorg of een team als meldpunt/coördinator.

Op het eerste zicht is het duidelijk dat complexe zorgsituaties een zorgplan vereisen, maar er is ook een aantal problemen. Ten eerste is men het niet eens over de exacte inhoud van een zorgplan. Ten tweede is er weinig uniformiteit tussen de verschillende regio's wat betreft de informatieoverdracht van de eerste naar de tweede lijn. Elke regio hanteert een ander zorgplandocument. Ten derde is het niet onomstotelijk aangetoond dat het hantieren van een zorgplan een concrete meerwaarde heeft voor de kwaliteit van de zorg. Een Europese studie over multidisciplinaire, multiprofessionele en gecoördineerde zorg toonde aan dat er sterke argumenten om aan te nemen dat geleverde zorg beter is. Maar de Europese studie bracht wel onvoldoende bewijzen aan voor

interventieregio's (regio met een SIT) en controleregio's (waar geen SIT bestaat).

Zorgoverleg is nuttig en waardevol

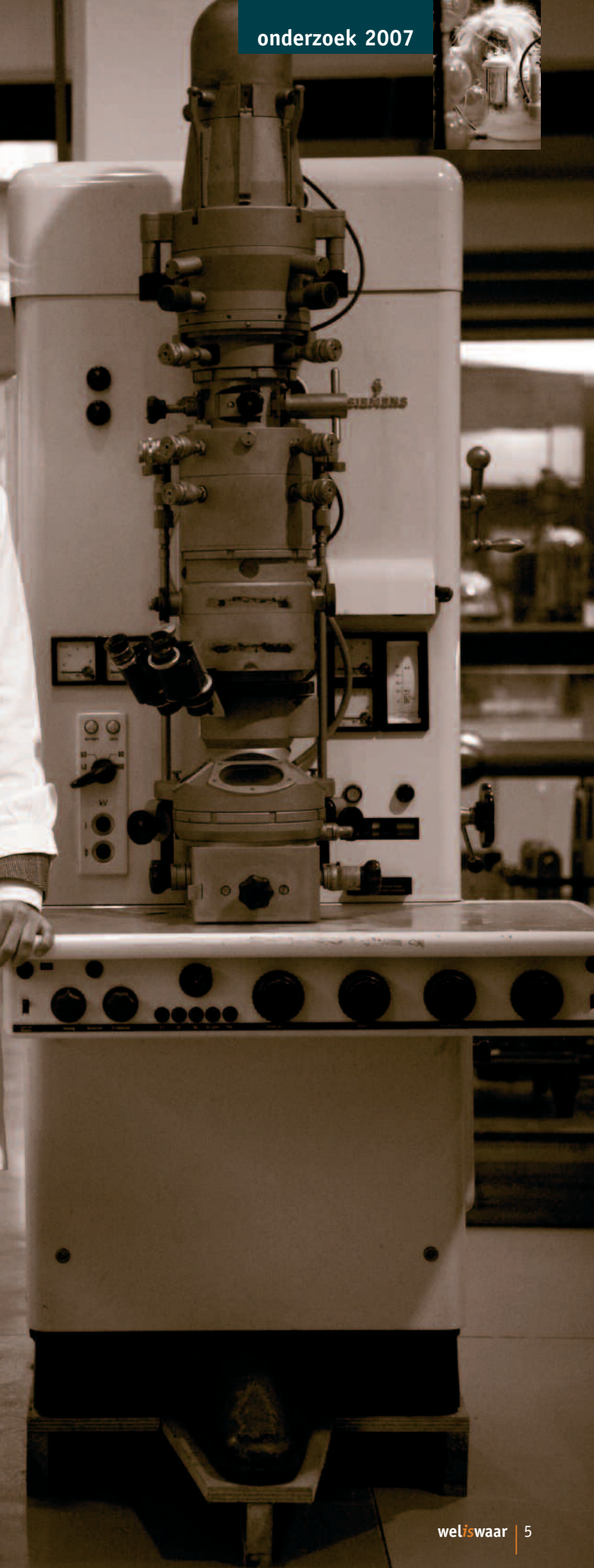
Een literatuurstudie bracht de kern van het zorgplan aan het licht: een zorgplan moet de zorgdoelen en de daaraan gekoppelde taakafspraken formuleren. In de literatuur zijn onvoldoende argumenten te vinden die wijzen op een positief effect bij het hanteren van zorgplannen. Kwaliteitszorg is echter een complex begrip. En tevredenheid is slechts een beperkt aspect ervan. De driehoek gevormd door structuur, proces en uitkomst zijn belangrijker voor de totaliteit van de kwaliteitszorg. Een goed begrip van de componenten van de Vlaamse definitie van kwaliteit veronderstelt dat je hen bekijkt vanuit een

Gecoördineerde zorg biedt voordelen

een positieve impact op overleving, levenskwaliteit en kosteneffectiviteit van de zorg.

Jan De Lepeleire van het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde stelde zich in zijn onderzoek de vraag of coördinatie van zorg, door middel van het hanteren van zorgplannen, een grotere kwaliteit van zorg biedt. Om deze hypothese te onderzoeken, formuleerde hij twee onderzoeksvragen. Kan coördinatie van zorg geoperationaliseerd worden door zorgplannen? En levert coördinatie van zorg, geoperationaliseerd in zorgplannen, een betere kwaliteit van zorg? Dit werd nagegaan aan de hand van een literatuurstudie, observatie van SIT's en interviews met zorgverstrekkers. Er werd gewerkt met

andere invalshoek. De onderzochte SIT's zijn op het eerste zicht redelijk gelijklopend georganiseerd. Bij nader toezien blijkt dat de verschillende SIT's toch een heel andere dynamiek volgen. Factoren als de historische context, het ontbreken van bepaalde disciplines en de grote variatie aan betrokken diensten liggen aan de basis van die verschillen. Uit de bevraging van de zorgverstrekkers blijkt dat ze tevreden zijn, maar dat er toch ook nog een aantal zaken voor verbetering vatbaar is. Er is nood aan minder administratie, een eenvormige regelgeving, duidelijke zorgplannen en de informatisering van de zorgplannen. Zorgverstrekkers die ervaring hebben met zorgplannen zien een veel betere kwaliteit van zorg door teams.



Analyse van zorgplannen leert dat zorgdoelen niet worden geformuleerd. Alle verplichtingen van de Vlaamse en federale overheid worden geïncorporeerd in de modelzorgplannen.

Zorgverstrekkers die ervaring hebben met thuiszorgdossiers begrijpen het nut en de

Gele Kruis een van de ingangspoorten van het onderzoek was. Ondanks het feit dat er zware administratieve eisen zijn voor de SIT's, bleken er weinig consistente gegevens over de zorgverstrekkers te bestaan, wat het onderzoek erg bemoeilijkte. In sommige regio's konden de mantelzorgers

een goede schaalgrootte cruciaal. De financiering is ontoereikend – zeker in vergelijking met andere systemen in de thuiszorg. Het financieringssysteem moet open en transparant zijn en niet gekoppeld aan het aantal zorgplannen, wel aan de processen die ontwikkeld worden. De studie geeft ook een aantal adviezen over het proces. Als er normen zouden geformuleerd zijn voor een zorgplan, dan beveelt De Lepeleire aan die aan te passen. Het document moet expliciet de zorgdoelen vermelden, mét de daaraan gekoppelde taakafspraken. Best wordt er ook een standaardformulier gebruikt dat digitaal beschikbaar is. Een zorgplan moet er ook voor zorgen dat gegevens adequaat verzameld kunnen worden. Wat zorgoverleg betreft, is er nood aan het ontwikkelen van een kwaliteitsvol stramien voor de inhoud en indicatie voor multidisciplinaire teams. Zorg voor kwaliteit veronderstelt een continu proces waar op basis van een adequate evaluatie en beoordeling de zorg wordt bijgesteld. Er moet ook meer aandacht komen voor de veiligheid van de patiënt.

Het is niet het eerste onderzoek naar dit onderwerp. Als er gekeken wordt naar de conclusies en aanbevelingen van gelijkaardige onderzoeken, zijn deze erg gelijklopend. Eerder dan op te roepen tot een vervolgonderzoek, geeft De Lepeleire dan ook het advies om de thuiszorg te herorganiseren in het belang van de patiënten en hun verzorgers.

Als zorgplannen tot overleg leiden, is er een verbetering van de kwaliteit van de zorg.

waarde van zorgoverleg. Het zorgplan zorgt voor betere communicatie, leidt tot het formuleren van zorgdoelen, tot een betere evaluatie en een betere opvolging van de patiënt. Mantelzorgers voelen geen vermindering van de door hen ervaren zorgbelasting, maar zijn beter op de hoogte van de situatie en het bestaan van het zorgplan. Onbekend is onbemand: zorgverleners zonder ervaring met teams en zorgplannen zien grotere moeilijkheden in het gebruik van een zorgplan en een team. De zorgverstrekkers met ervaring zien positieve effecten voor de patiënt.

De studie van De Lepeleire heeft een aantal beperkingen. Zo wordt er geen duidelijk beeld gegeven van de toegankelijkheid van de zorg. Er wordt geen beoordeling gegeven van complexe zorgvragen die niet tot een zorgplan hebben geleid, die zichzelf hebben opgelost of zijn vastgelopen zonder tussenkomst van de SIT of een andere dienst. Het feit dat patiënten in de controleregio meer tevreden zijn over de samenwerking geeft aan dat het niet hanteren van een zorgplan niet noodzakelijk aanleiding geeft tot een slechte kwaliteit. In sommige regio's spelen zuilgebonden organisaties een belangrijke rol. Gecoördineerde zorg via organisaties die met elkaar verwant zijn, werkt goed en heeft een positief effect op de samenwerking.

Eerder onderzoek maakte melding van 9% zorgbehoevende thuiswonende zestigplussers die verzorgd worden via een SIT. De studie van De Lepeleire schat hun aantal op 27%. Hoe het ook zij, in beide gevallen wordt er slechts een minderheid bereikt via een SIT. In de bevraging zijn bijzonder weinig zelfstandige verpleegkundigen opgenomen, onder andere omdat het Wit-

en hun patiënten ook niet bereikt worden. Er kunnen ook geen harde aanwijzingen gegeven worden met betrekking tot doelmatigheid en doeltreffendheid (twee belangrijke componenten van kwaliteit) omdat de studie economische aspecten niet behandelt.

Betere zorg? Ja, maar...

Levert coördinatie van zorg, geoperationaaliseerd in zorgplannen, een betere kwaliteit van zorg? Het antwoord op die vraag is niet eenduidig positief. Als zorgplannen aanleiding geven tot concreet zorgoverleg is er een verbetering van de kwaliteit van de zorg merkbaar. Maar dit is sterk afhankelijk van de omstandigheden waarin het overleg plaatsvindt. De studie bevat geen bewijzen voor een verbetering van de zorg voor de patiënt en mantelzorgers. De structuren en middelen die door de overheid worden ondersteund geven geen waterdichte garantie voor een kwaliteitsvolle zorg voor alle burgers.

De studie geeft adviezen voor elk onderdeel van de driehoek structuur, proces, uitkomst. Wat de structuren betreft is er nood aan een coherent ontslagmanagement vanuit ziekenhuizen, met goede afspraken tussen het ontslagmanagement (federale bevoegdheid) en de thuiszorg (Vlaamse bevoegdheid). Regelgeving moet ruimte laten voor lokale dynamiek en bepaalde beroepsgroepen moeten nauwer betrokken worden bij de thuiszorg. Een neutrale en competente zorgbemiddelaar is van wezenlijk belang. Het OCMW kan hier een belangrijke rol spelen. Een uniek aanspreekpunt voor de eerste lijn en thuiszorg is een belangrijke voorwaarde om de uitdagingen van de toekomst aan te kunnen. Bij het hertekenen van het landschap is

Jan De Lepeleire, Sabine Van Houdt, Bert Aertgeerts, Frank Buntinx | *Het effect van een multidisciplinair zorgplan in de thuiszorg* | Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde KULeuven, Leuven, 2007, ISBN 978 90 75828 17 7

Patiënten zonder grenzen

In België heeft iedereen met een legaal verblijfsstatuut recht op een gelijke toegang tot de gezondheidszorg. Die gezondheidszorg voor iedereen is een basisprincipe in het gezondheidsbeleid van de overheid. Toch blijkt uit de praktijk dat niet iedereen op een gelijke manier gebruikmaakt of gebruik kan maken van de gezondheidsvoorzieningen.

Verschillende factoren bepalen mee de toegang tot het zorgaanbod: op de hoogte zijn van het aanbod van de voorzieningen, een zorgvraag kunnen formuleren en de nodige financiële middelen hebben. Door de jaren heen zijn er al verschillende studies over de gezondheid van de Belgen uitgevoerd. Maar over de toegang tot en het gebruik van gezondheidsvoorzieningen bij allochtonen is weinig geweten. Door migratiestromen en hogere vruchtbaarheidscijfers vormen allochtonen een steeds grotere groep van onze bevolking.

Bepaalde auteurs stellen dat de gezondheid van allochtonen er minder goed aan toe is dan die van de autochtone Belgen, anderen beweren dan weer precies het tegendeel. De allochtone bevolking in België is een heel gediversifieerde groep, met veel verschillen in gezondheidstoestand. Oorzaken hiervan zijn verschillen in levensstijl en voedingsgewoonten, de economische positie en culturele factoren. Ook de regio van herkomst en het profiel van de bevolkingsgroepen spelen een rol. Het rapport van *Ina Lodewyckx*, *Katia Levecque* en *Steven Van den Eede* voor het Steunpunt Gelijkekansenbeleid geeft een overzicht van de gezondheidssituatie van de autochtonen en allochtonen in Vlaanderen. Daarnaast brachten ze de toegankelijkheid van verschillende voorzieningen voor beide groepen wordt in kaart. Aan de hand van analyses van de nationale gezondheidsenquêtes van 1997, 2001 en 2004 geeft het rapport een overzicht van de gezondheidstoestand, de toegang tot de

voorzieningen en het gebruik van deze voorzieningen door verschillende bevolkingsgroepen in Vlaanderen. Het voordeel van de nationale gezondheidsenquêtes is dat ze de toestand weergeven vanuit het standpunt van de persoon zelf en dat ze informeren over de hele bevolking. Dit geeft een vollediger beeld dan patiëntenstudies, omdat ook mensen die zelden een beroep doen op gezondheidsdiensten in de enquête vertegenwoordigd zijn.

Marokkanen hebben volgens de eigen perceptie de slechtste gezondheid: zo'n 30% zegt geen goede gezondheid te hebben. Een minder goede perceptie van de eigen gezondheid gaat vaak gepaard met een werkelijk slechtere gezondheid of een ongezonde levensstijl. Op enkele gezondheidsvlakken scoren Turkse en Marokkaanse migranten dan wel weer beter dan andere migrantengemeenschappen. Turkse en Marokkaanse migranten maken

Gezondheid en gezondheidszorg bij allochtonen

Een nadeel van de nationale gezondheidsenquêtes is dat ze gebruikmaken van verschillende internationale schalen waarvan de validiteit en betrouwbaarheid voor (vooral niet-westerse) migranten niet is vastgesteld. Een andere beperking is dat mensen van Turkse en Marokkaanse afkomst in één categorie worden ondergebracht, terwijl er duidelijke verschillen zijn die invloed kunnen hebben op de gezondheid.

Perceptie van de eigen gezondheid en gezondheidsstatus

De perceptie van de eigen gezondheid verschilt aanzienlijk naargelang de regio van herkomst. Mensen afkomstig uit Turkije en Marokko hebben de minst goede indruk van hun eigen gezondheid. Zowat één op drie ondervraagden uit die groep geeft aan dat zijn gezondheid niet als 'goed' kan omschreven worden. Turken en

ook minder gebruik van preventieve gezondheidszorg, zoals inentingen tegen griep en controles van bloedsuikerspiegel, cholesterol en bloeddruk. Diabetes komt bij Turken en Marokkanen twee maal meer voor dan bij Europeanen. Wat cholesterol en bloeddruk betreft, scoren deze groepen beter dan autochtonen. 37 à 39% van de Europeanen krijgt een negatieve diagnose bij cholesterolmetingen, tegenover 27% bij Turken en Marokkanen. Bij de Europese autochtone bevolking heeft zowat één op vier mensen een te hoge bloeddruk, bij Turken en Marokkanen is dit maar één op vijf. Ook bij het vroegtijdig laten opsporen van borstkanker en baarmoederhalskanker zijn ze ondervertegenwoordigd.

De mentale gezondheid van Turken en Marokkanen is iets minder goed dan die van Europeanen. Bij de Europeanen heeft één op vier last van psychologische *distress*, en één op acht zou een mentale

stoornis hebben. Bij Turken en Marokkanen heeft één op drie last van psychologische *distress* en een vierde een mentale stoornis. Ze rapporteren voornamelijk meer ernstige depressieve klachten (één op vier), somatische klachten (één op drie) en ernstige angstklachten (één op acht).

Naast de fysieke en mentale gezondheid wordt ook de sociale gezondheid onderscheiden. Op een directe manier kan die bijdragen tot een betere bescherming tegen ziekte. De integratie in een sociaal netwerk bevredigt immers de behoefte aan affectie en sociaal contact. Het maakt mensen beter bestand tegen stress en tegen de mogelijke gevolgen van stress op de gezondheid. Zowel Europeanen als Turken en Marokkanen zijn tevreden over hun sociale contacten. Turken en Marokkanen zijn wel minder vaak lid van een vereniging: meer dan de helft neemt geen deel aan het verenigingsleven. Eén op twintig Europeanen antwoordt ontkenkend op de vraag of ze iemand hebben die om hen geeft of op hen gesteld is. Bij

voorzieningen. In een aantal landen is er immers amper een netwerk van huisartsen en gaan mensen op consultatie in een ziekenhuis voor algemene gezondheidsproblemen. Allochtonen die niet van Turkije of Marokko afkomstig zijn, hebben minder dan de andere bevolkingsgroepen een vaste huisarts. Ook gaan niet-Europese migranten minder naar de huisarts dan andere bevolkingsgroepen.

Het percentage Turkse en Marokkaanse migranten met een vaste huisarts ligt ongeveer even hoog als bij de Belgische bevolking. Turken en Marokkanen doen wel minder een beroep op de huisarts. Dit hangt mogelijk samen met het feit dat ze meer gebruikmaken van spoeddiensten. Wanneer ze gezondheidsklachten hebben, wachten ze ook langer dan autochtonen om een beroep te doen op de huisarts. Ze gaan ook minder (snel) naar een specialist, een tandarts of een paramedische zorgverstrekker (logopedist, ergotherapeut, kinesitherapeut). Daarentegen hebben ze wel meer contact met diëtisten en psychologen. Dit is waarschijnlijk te ver-

Wat het gebruik van medicatie betreft, nemen alle bevolkingsgroepen behalve de Turkse en Marokkaanse populatie vooral voorgeschreven geneesmiddelen. Turken en Marokkanen gebruiken ongeveer evenveel voorgeschreven als niet-voorgeschre-



ven medicatie. Het budget is een belangrijke struikelblok: bijna 25% van de Turkse en Marokkaanse migranten verklaart ooit gezondheidszorg uitgesteld te hebben door geldtekort. Bij de autochtone Belgen was dit nog geen 5%.

Het verhaal achter de verschillen

Handicaps en chronische ziektes komen minder vaak voor bij migranten. Waarschijnlijk is dit te verklaren door het feit dat vooral gezonde mensen migreren.

Hoewel Turken en Marokkanen gemiddeld het hoogste aantal gezinsleden hebben, heeft bijna één op vijf het gevoel dat niemand van hen houdt.

Turken en Marokkanen zijn de resultaten op deze vraag erg verrassend: hoewel ze gemiddeld het hoogste aantal gezinsleden hebben, heeft bijna één op vijf het gevoel dat niemand van hen houdt.

Op het vlak van curatieve zorg en medische consumptie zijn er ook verschillen tussen de bevolkingsgroepen. De niet-Europese populatie doet meer beroep op spoeddiensten dan de autochtone bevolking. In de Health Interview Survey 2001-2004 verklaren 18 op 100 autochtonen dat ze het afgelopen jaar een beroep gedaan hebben op een spoeddienst. Bij de Turken en Marokkanen lag dit cijfer iets hoger: 22 op 100. Dit is mogelijk te verklaren door het feit dat Turken en Marokkanen een andere visie hebben op de gezondheids-

klaren door het vaker voorkomen van overgewicht, diabetes en mentale gezondheidsproblemen in deze bevolkingsgroep. Waarom Turken en Marokkanen minder gebruikmaken van de conventionele gezondheidszorg is niet op te maken uit de gezondheidsenquête. Uit ander onderzoek is wel gebleken dat ze frequent een beroep doen op een traditionele, vaak religieuze geneesheer voor psychische en somatische klachten, maar ook voor sociale en relationele problemen. Als ze zich dus wenden tot alternatieve geneeswijzen, dan kiezen ze andere alternatieve geneeswijzen dan autochtonen. Ongeveer één op tien autochtonen maakt gebruik van alternatieve geneeswijzen zoals homeopathie, osteopathie of acupunctuur.



Langs de andere kant ervaren migranten wel meer mentale gezondheidsproblemen. Hun sociaaleconomische situatie is minder gunstig. Ze hebben over het algemeen een lager opleidingsniveau en een lager inkomen. Meer dan de helft van hen leeft zelfs

De onderzoekers formuleren twee suggesties voor het beleid. Het aanbod aan gezondheidsvoorzieningen in België is erg complex. Niet enkel autochtonen ervaren deze complexiteit, vooral de etnisch-culturele minderheidsgroepen en zeker de



onder de armoedegrens. Deze factoren hebben niet enkel impact op de gezondheidsstatus, maar ook op de toegang tot de gezondheidszorg. Sociaal-culturele opvattingen van allochtonen verschillen ook van die van autochtonen. Deze bepalen mee hoe gezondheidsklachten worden ervaren en hoe ze worden geuit. Leef- en eetgewoonten spelen ook een belangrijke rol. Het is belangrijk ze te herkennen om het risico op misverstanden en communicatieproblemen bij de hulpverlening te verkleinen.

nieuwkomers in deze groepen kampen ermee. Informatie verstrekken moet een belangrijke eerste stap zijn in een beleid dat ongelijkheden in de gezondheidssector aanpakt. Voor een goed beleid is er ook meer kennis en inzicht nodig. De focus moet verscherpt worden, zodat de diversiteit in de groep allochtonen meer aan bod kan komen. En dan gaat het niet enkel om verschillen in de regio van herkomst, maar ook om de diversiteit op het vlak van *gender* en de sociaaleconomische positie.

Katia Levecque, Ina Lodewyckx, Steven Van den Eede en Chris Timmerman | *Gezondheid en gezondheidszorg bij allochtonen in Vlaanderen* | Antwerpen, Steunpunt Gelijkekansenbeleid, 2006, 129 p. ISBN 978-90-77271-34-6 www.steunpuntgelijkekansenbeleid.be

De laatste jaren is veel onderzoek verricht naar handicaps bij de bevolking op werkzame leeftijd.

Ook de deelname aan het arbeidsproces van mensen met een handicap is onderzocht.

Erik Samoy van het departement Werk en Sociale Economie brengt in zijn studie Handicap en arbeid informatie over de arbeidsmarkt en mensen met een handicap samen.

Iedereen aan het werk

De gegevens zijn soms moeilijk te interpreteren en te vergelijken. Dit heeft voor een deel te maken met de definitie van begrippen. Een arbeidshandicap kan omschreven worden als 'elk langdurig en belangrijk probleem van deelname aan het arbeidsleven dat te wijten is aan het samenspel tussen functiestoornissen van mentale, psychische, lichamelijke of zintuiglijke aard, beperkingen bij het uitvoeren van activiteiten en persoonlijke en externe factoren'. Deze definitie is gebaseerd op het decreet van 7 mei 2004 ter oprichting van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH). De theoretische definitie kan op verschillende manieren geoperationaliseerd worden, afhankelijk van de context.

Het is moeilijk te achterhalen hoeveel mensen met een handicap er zijn. Ze worden niet ingeschreven in een centraal register. Resultaten van verschillende enquêtes geven sterk verschillende resultaten. Samoy hield in de context van zijn onderzoek enkel rekening met de resultaten voor de werkzame bevolking (vijftien tot vierenzestig jaar). De omvangrijkste en meest betrouwbare enquête die Samoy in aanmerking nam, geeft aan dat er 16% mensen met een handicap of langdurige ziekte zijn en 12,3% met beperkingen. Zo'n 64% van de werkzame bevolking heeft een job. Gemiddeld is de werkzaamheidsgraad van mensen met een handicap 30% lager dan bij de gemiddelde bevolking. Bij lichte beperkingen is het verschil maar 22%, maar bij zware beperkingen loopt het op tot 44%. Van de volledige groep mensen met een functiebeperking is de helft inactief. Bij zware functiebeperkingen is tweederde niet aan het werk.

Volgens eerder onderzoek zijn er in Vlaanderen zo'n 200.000 werkende arbeidsgehandicapten. Zij vertegenwoordigen zo'n

7,5% van de werkende bevolking. Slechts 10% van de werkende arbeidsgehandicapten is terug te vinden via de administratie van loonkostensubsidies, beschutte werkplaatsen of sociale werkplaatsen. De overgrote meerderheid maakt dus geen gebruik van deze categoriale voorzieningen.

Het arbeidsmarktbeleid voor mensen met een handicap

Het arbeidsmarktbeleid kan opgedeeld worden in passief en actief beleid. Passief beleid zorgt ervoor dat mensen die (tijdelijk) niet zelf voor hun inkomen kunnen

handelen. Dat kan door beroepsrevalidatie of -opleiding, loonkostensubsidies of een aanpassing van de werkplek. Door aan vervangende sturing te doen kan de overheid arbeidsplaatsen scheppen voor gehandicapten, bijvoorbeeld in beschutte of sociale werkplaatsen.

Traditionele maatregelen zoals revalidatie, assessment en screening, trajectbegeleiding en beroepsopleiding hebben heel wat ontwikkelingen doorgemaakt. Het trajectwerkingsmodel ontstond in de jaren tachtig en is gaandeweg opgenomen in de

De arbeidsmarkt-situatie van mensen met een handicap

zorgen een vervangend inkomen krijgen. Het actieve beleid daarentegen is er op gericht mensen (opnieuw) te laten participeren op de arbeidsmarkt. De studie van Samoy bespreekt het actieve beleid; het passieve beleid wordt slechts in de marge behandeld. In het actieve beleid zijn er verschillende soorten sturing mogelijk. Bij regulerende sturing wordt gebruik gemaakt van instrumenten die ingrijpen op de verhoudingen tussen de verschillende actoren op de arbeidsmarkt. De verhoudingen worden gestuurd door 'geboden en verboden', 'materiële en immateriële prikkels' en 'procedures'. Compenserende sturing zorgt ervoor dat de actoren op de arbeidsmarkt in staat gesteld worden om op de door de overheid gewenste manier te

dagelijkse werking van de VDAB. De trajectwerking voor personen met een handicap kreeg vorm in een apart kader: de ATB-diensten (arbeidstrajectbegeleiding), gesubsidieerd door het VAPH. Vanaf 2001 werden deze diensten ingebed in de Lokale Werkwinkels. In 2005 werden door de ATB-diensten 9.961 trajecten begeleid. De belangrijkste instanties die instaan voor een assessment van personen met een handicap zijn de Centra voor Gespecialiseerde Voorlichting bij Beroepskeuze. Er zijn zeventien door het VAPH erkende centra. In 2004 bedroeg het aantal cliënten van deze centra iets meer dan 5.000. Beroepsopleiding kan een andere eerste stap naar werk zijn. De eerste beroepsopleidingscentra ontstonden in de jaren



zestig. Tot in de jaren negentig waren er verschillende formules voor gespecialiseerde opleiding van gehandicapten, maar midden jaren negentig werd alles gegroepeerd rond twaalf door het VAPH erkende beroepsopleidingscentra (CBO).

In Vlaanderen zijn er twee soorten loonkostensubsidies voor werkgevers die werknemers met een arbeidshandicap in dienst nemen. Enerzijds is er een tegemoetkoming in het kader van de CAO-26, die al sinds het eind van de jaren zeventig wordt toegekend. Anderzijds is er de recente Vlaamse Inschakelingspremie (VIP). Beide zijn enkel van toepassing in de private sector. Deze subsidies worden in 70% van de gevallen toegekend voor arbeiders, 30% van de subsidies worden besteed aan de loonkosten en sociale lasten van bedienden. Vier vijfde van de volledige groep is enkelvoudig gehandicapt. Een vijfde heeft een meervoudige handicap. Gehandicapten met een loonsubsidie werken voornamelijk in kleinere bedrijven. Eén op tien werkt in een bedrijf met meer dan 500 werknemers. Om een tegemoetkoming te krijgen voor de aanpassing van arbeidspost en -gereedschap, moet de werkgever aantonen dat de aanpassing niet courant of gebruikelijk is in die beroepstak, maar wel noodzakelijk voor de uitoefening van het beroep. Ook moet de persoon met een handicap gedurende een minimumperiode in dienst blijven. Voorbeelden zijn aanpassingen aan het bureelmeubilair, de bedrijfswagen, machines, sanitair of de telefooncentrale. Tegemoetkomingen voor aanpassing van het arbeidsgereedschap kunnen toegekend worden voor aangepaste computerklavieren, bureaustoelen, een brailleleesregel of software voor beeldvergroting. In 2005 waren er 15 aanpassingen aan de arbeidspost en 185 aan arbeidsgereedschap, samen goed voor 822.000 euro.

In België kennen we al sinds de jaren zestig beschutte werkplaatsen. In het eerste kwartaal van 2006 waren er 15.076 personen aan de slag in 68 beschutte werkplaatsen. De groep personen met een mentale handicap is duidelijk de grootste groep. Samen met de zwakbegaafden gaat het om drie vierde van de werknemers. Ook fysieke stoornissen, chronische ziektes en psychische stoornissen zijn heel frequent. Er zijn ook personen met een handicap tewerkgesteld in Sociale Werkplaatsen. In 2005 waren er 104 sociale werkplaatsen, met 2.200 voltijds equivalente doelgroepmedewerkers. In het geheel van maatregelen neemt beschutte tewerkstelling nog steeds een dominante plaats in. Over de

jaren heen slorpt ze vier vijfde van de uitgaven op en bedient ze de grootste groep personen met een handicap.

Nieuwe instrumenten, nieuw bestuur

In de vijftien jaar die verstreken zijn sinds het Rijksfonds werd gesplitst en de bevoegdheden werden overgedragen aan het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, en recent aan de VDAB, is er dus heel wat veranderd.

De beschutte werkplaatsen hebben altijd een belangrijke plaats ingenomen in het beleid. Daarnaast kreeg de tewerkstelling op de reguliere arbeidsmarkt een aantal jaren geleden weer meer aandacht na een periode van hoge werkloosheid. De aanpak verschilt wel van vroeger. Door overreding probeert men werkgevers tot acties aan te zetten in het kader van een globaal diversiteitsbeleid dat niet beperkt is tot arbeidsgehandicapten. De instrumenten van compenserende sturing zijn vernieuwd: integratie van de diverse elementen in de trajectwerking, versterking van de oriënteringsfunctie, herschikking van de beroepsopleidingen en de introductie van een Vlaamse Inschakelingspremie. De toeleiding en de beroepsopleiding wordt gefinancierd met middelen van het ESF (Europees Sociaal Fonds) en van het VESOC (Vlaams Economisch Sociaal Overlegcomité). Er is een nieuwe wet en een Vlaams decreet die discriminatie moeten uitbannen en de gelijke kansen bevorderen.

Ook bestuurlijk is er veel vernieuwing. BBB (Beter Bestuurlijk Beleid) werd aangegrepen om over te stappen op een inclusief beleid. Het hele instrumentarium van compenserende sturing werd overgedragen aan de VDAB. Dit opent nieuwe mogelijkheden, maar houdt ook gevaren in. De categorie arbeidsgehandicapten zou verdund kunnen worden en uit het zicht verdwijnen. Maar de kans dat dit gebeurt, is klein. De gespecialiseerde instrumenten, diensten en voorzieningen zijn immers niet verdwenen. Ze worden vernieuwd en in een ander kader ingezet. Dit kader ligt dicht bij de arbeidsmarkt dan het vroegere kader van het Vlaams Fonds. De inpassing van het instrumentarium in de VDAB is ook al een aantal jaren aan de gang, voornamelijk door het inschakelen van ATB in de werkwinkels en door het veralgemeend gebruik van een gezamenlijk cliëntvolgsysteem. In 2007 werd de regelgeving gedeeltelijk bijgesteld op basis van een gemeenschappelijke visie op de toekomst, zoals uiteengezet in de *Conceptnota trajectwerking personen met een arbeidshandicap* (VDAB, 2006).

In de loop van 2008 zal de regelgeving in verband met loonkostensubsidies herbekeken worden.

Het passieve arbeidsmarktbeleid kwam slechts zijdelings aan bod in dit onderzoek. Toch wil Samoy aangeven dat het performanter maken van deze instrumenten ook zeker kan helpen bij het opschrijven van de arbeidsdeelname van personen met een handicap.

Erik Samoy | *Handicap en arbeid: overzicht van tien jaar ontwikkelingen* | Update december 2006. Het rapport wordt in de loop van 2008 opnieuw geüpdatet. Het rapport kan gedownload worden op www.vaph.be (Kenniscentrum: onderzoeksprojecten: tewerkstelling.)

De Gemeenschappelijke
Gemeenschapscommissie,
de Vlaamse
Gemeenschapscommissie en de
Franse Gemeenschapscommissie
zijn samen verantwoordelijk voor
het welzijn en de gezondheid van
de inwoners van onze hoofdstad.
Samen werkten ze aan de atlas
Thuiswonen in Brussel na je 65ste.
Het doel van de atlas is na te gaan
in welke mate het aanbod en het
gebruik ervan afgestemd zijn op
de behoeften en de vraag van de
Brusselse thuiswonende ouderen.

Eerste hulp bij zelfstandig wonen

op basis van de scholingsgraad en het al dan niet eigenaar zijn van de woning. In het centrum van de stad is het aandeel ouderen relatief laag, met uitzondering van een paar wijken. Toch wonen er veel ouderen in de achtergestelde wijken van onder andere Molenbeek en Schaarbeek. In het zuidoosten van het gewest wonen eerder gegoede ouderen. In het westen ligt de financiële kwetsbaarheid boven het gemiddelde. Er is ook een groeiende diversiteit in de etnische samenstelling van de oudere bevolkingsgroep.

gezondheidszorg. Een derde categorie behelst de ondersteuning van activiteiten in het dagelijkse leven. Hieronder valt een breed scala aan diensten: informatie en hulp op administratief en sociaal vlak, hulp bij de dagelijkse taken, levering van boodschappen en maaltijden, vervoer, aanpassingen van de woning, toezicht, slachtofferhulp en het uitlenen van hulpmiddelen. Een grote groep actoren staat in voor die diensten, vooral voor informatie en hulp op administratief en sociaal vlak en voor de bedeling van maaltijden. Een vier-

Vanaf de leeftijd van 85 leven heel wat ouderen in een rustoord voor bejaarden (ROB) of een rust- en verzorgingstehuis (RVT). Tussen 75 en 79 jaar leeft 95% van de ouderen thuis. Tussen 85 en 89 jaar is dat 74%; tussen 90 en 94 jaar daalt het percentage tot 55% en na 95 jaar is slechts 19% nog thuis. De bevolkingsstructuur van het Brusselse gewest is jonger dan die van de andere gewesten. Desondanks telt het gewest het hoogste aantal hoogbejaarden (85 jaar of ouder).

Als je kijkt naar de sociale omstandigheden en de gezondheid van de leeftijdsgroep die binnen vijf jaar tot de vijftenzestigplussers behoren, dan is het duidelijk dat het Brusselse Gewest zijn bevoorrechte positie verliest. Toekomstige ouderen zullen zich vaak in een positie bevinden die minder goed is dan het gemiddelde. Volgens de socio-economische enquête van 2001 is 20% van de Brusselse bevolking van 60 jaar en ouder ernstig beperkt in zijn dagelijkse activiteiten door chronische aandoeningen of handicaps.

Het gemiddelde pensioen van de Brusselaar bedraagt 1.140 euro bruto per maand. Dit gemiddelde verbergt natuurlijk grote onderlinge verschillen. Alleenstaande ouderen die niet over een eigen woning beschikken zijn financieel het meest kwetsbaar. Er werd een indicator voor financiële kwetsbaarheid opgesteld

Brusselse bejaarden blijven thuis

Een uitgebreid aanbod

Het leeuwendeel van de atlas behelst een inventaris van het aanbod van gezondheids- en welzijnsdiensten die het mogelijk maken dat Brusselse ouderen zolang mogelijk thuis kunnen blijven wonen. Het aanbod werd beoordeeld op basis van vierentwintig mogelijke behoeften van ouderen, niet op basis van het dienstenaanbod van de verschillende overheden. De atlas verzamelt dus alle mogelijkheden, ongeacht de overheid of private instelling die de dienstverlening financiert.

De behoeften zijn ingedeeld in vijf categorieën. Een eerste categorie vormen de relationele en sociale behoeften. Het is de verzameling actoren die sociale en culturele activiteiten organiseert, vakanties aanbiedt, voor ontmoetingsruimtes of gezelschap in huis zorgt. De tweede categorie bevat de (para-)medische verzorging en omvat algemene geneeskunde, thuisverpleging, kinesitherapie, ergotherapie, hygiënische verzorging en geestelijke

de categorie bevat de opvang buitenshuis. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen dagopvang, kortopvang en nachtopvang. Slechts elf diensten organiseren dagopvang. Eveneens elf organisaties zorgen voor kortopvang. Opvallend is dat niemand nachtopvang aanbiedt. De laatste categorie die in kaart wordt gebracht, is de ondersteuning van mantelzorgers. Het aanbod wordt georganiseerd door 404 heel verschillende actoren. Voor alle bestudeerde behoeften kan in elke Brusselse gemeenten op minstens één voorziening een beroep worden gedaan, uitgezonderd voor nachtopvang, die helemaal niet georganiseerd wordt.

Om te bepalen of het aanbod afgestemd is op de behoeften en de vraag, ontbreekt er cruciale informatie. De Gezondheidsenquête maakt het wel mogelijk bepaalde aspecten in beeld te brengen. Om het thuiswonen van ouderen te bevorderen, zijn er actoren nodig die inspelen op de leefomgeving. Het is belangrijk zo goed



mogelijk te anticiperen op de beperkingen die tijdens het verouderingsproces optreden.

De ontevredenheid over sociale contacten neemt toe met de leeftijd. Er bestaat een uitgebreid aanbod aan vrijetijdsactiviteiten in Brussel. In 2001 was 80% van Brusselse zestigplussers tevreden over het aanbod. Toch zegt 58% van de vijfenzestigplussers dat ze het voorbije jaar aan geen enkele activiteit van een vereniging hebben deelgenomen. Het werkveld signaleert veel niet ingevulde behoeften. Er zijn meerdere hinderpalen: gebrekkige informatie, problemen inzake mobiliteit, finan-

beroop op thuishulpdiensten. Ook voor ouderen die geen informele hulp hebben, chronisch ziek zijn of een ziekenhuisopname achter de rug hebben, ligt thuishulp meer voor de hand. Thuishulp kan uitkomst bieden, maar de vraag is groter dan het aanbod. 16% van de vijfenzestigplussers in Brussel nam in 2003 contact op met een thuisverpleegkundige. Dat is minder dan in Vlaanderen en Wallonië. Ook hier is het aanbod onvoldoende om de vraag op te vangen. Mantelzorg vult de formele zorg aan. In 2001 verklaarde 9% van de Brusselaars mantelzorg te verstrekken. Ondanks het stedelijke karakter, heeft het

eren. Momenteel zijn de scholingsgraad, de socio-economische kenmerken en gezondheidskenmerken van de Brusselse ouderen beter dan het landelijke gemiddelde. De groep die echter binnen vijf à tien jaar bij de vijfenzestigplussers zal behoren, scoort op vlak van gezondheid minder goed dan gemiddeld. Het is dus niet onwaarschijnlijk dat de vraag naar zorgdiensten in de komende jaren zal toenemen.

Ondanks het huidige uitgebreide, gevarieerde en goed gespreide aanbod worden verschillende behoeften nog onvoldoende beantwoord. Voor sommige behoeften moet de toegankelijkheid van de dienstverlening worden verbeterd. Over het algemeen kan de coördinatie tussen de diensten nog verbeterd worden. Wanneer verschillende zorgverstrekkers een bejaarde verzorgen, is er nood aan één iemand die de zorg coördineert. Dat kan een huisarts zijn, een maatschappelijk werker of een mantelzorger. Ook moet er voldoende respect zijn voor de autonomie van de oudere zodra de zorgbehoefte toeneemt. Verlies van onafhankelijkheid hoeft niet gepaard te gaan met verlies van autonomie. De keuzevrijheid is hierbij een belangrijk aspect, maar lijkt vooral voor mensen met geringe financiële mogelijkheden beperkt.

De vraag naar zorgdiensten in Brussel zal de komende jaren toenemen.

ciële beperkingen. Het gebrek aan afstemming kan ook verklaard worden door de heel diverse noden en verwachtingen. Die zijn dan weer te wijten aan de grote sociale en culturele heterogeniteit en aan de leeftijdsverschillen.

Ook de fysieke leefomgeving is belangrijk. Een aangepaste inrichting van de woning kan het thuiswonen bevorderen. De woon-situatie van Brusselse ouderen varieert van ruime villa's tot kleine kamers zonder comfort of lift. Naast de woning maken het openbaar vervoer, buurtwinkels en ook voetpaden deel uit van de leefomgeving. Ook hier varieert de appreciatie sterk van buurt tot buurt. Er zijn diensten die boodschappen aan huis leveren. Mobiliteit blijft een belangrijk probleem: het transportaanbod is beperkt. Meer dan negen op tien ouderen hebben een vaste huisarts. Maar er moeten nog meer inspanningen geleverd worden zodat ook Brusselaars jonger dan zeventig een vaste huisarts hebben. Bij deze groep ligt het percentage aanzienlijk lager.

Als het niet meer alleen lukt...

Als de aanpassing van de woning en leefomgeving niet meer volstaat, is hulp van derden nodig. Verschillende factoren bepalen of mensen gebruik maken van diensten voor thuishulp. Vrouwen, oudere en armerre bejaarden maken vaker gebruik van deze diensten. Ook geïsoleerde ouderen of mensen die vooral contact hebben met burens en vrienden doen makkelijker een

Brussels Gewest evenveel mantelzorgers als de rest van het land. Het profiel van de mantelzorg verschilt wel. Er wordt in Brussel minder hulp geboden aan het eigen gezin en de eigen familie, maar meer aan vrienden, burens en kennissen. Er zijn diensten die mantelzorgers ondersteunen. Die worden erg geapprecieerd, maar kunnen de behoefte aan ondersteuning niet dekken.

Meer dan één op vier Brusselse vijfenzestigplussers geeft aan psychologische moeilijkheden te hebben. Dat is meer dan in de rest van het land. In 2004 had minder dan 1% van de Brusselse ouderen contact met een Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg. Niet alle voorzieningen zijn voor elke oudere toegankelijk. Het aanbod is soms beperkt tot mensen van een bepaalde gemeente of tot ouderen met een laag inkomen. Thuiszorg kan een grote hap uit het budget nemen. Ook voor mensen uit de middenklasse, die vaak niet kunnen genieten van verminderde tarieven, kan huishoudelijke of verpleegkundige hulp onbetaalbaar worden.

De komende vijftien jaar zal het aantal Brusselse ouderen niet of nauwelijks toenemen. Het lijkt aangewezen om in die periode de nodige maatregelen te treffen om de daaropvolgende vergrijzing op te vangen. De samenstelling van de groep Brusselse ouderen zal echter veranderen. Rekening houdend met de huidige Brusselse bevolking is het waarschijnlijk dat de gezondheid niet positief zal evolu-

Atlas: Thuiswonen in Brussel na je 65ste | Meer info en bestellen:
Nahima Aouassar: tel. 02-552 01 89
| naouassar@ggc.irisnet.be
Je kan de atlas downloaden op de website van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn:
www.observatbru.be

Werken en kinderen opvoeden. De meeste ouders combineren beide taken. Maar "het combinatiemodel dat Vlaanderen in het hart draagt, blijkt voor velen een hindernissenkoers", schrijven onderzoekers van het Centrum voor Sociaal Beleid Herman Deleeck van de Universiteit Antwerpen.

Zorgen voor kinderen in Vlaanderen



In opdracht van Inge Vervotte, voormalig Minister van Welzijn, en in samenwerking met Kind en Gezin en het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap organiseerde een team van de Universiteit Antwerpen een enquête bij ongeveer 3.000 Vlaamse gezinnen. Hoeveel verdienen de gezinnen? Hoe regelen en verdelen ze de zorg? Welke opvang kiezen ouders en wat mag dat kosten? En, ten slotte, zitten de kinderen goed in hun vel? De antwoorden op die vragen vormden de basis van het boek *Zorgen voor kinderen in Vlaanderen: een dagelijkse evenwichtsoefening?*

Geldtekort

Van meet af aan was het onderzoek er op gericht om een algemeen representatieve

groep Vlaamse gezinnen te vergelijken met een steekproef kansarme gezinnen en gezinnen met een kind met een handicap. Bij het tewerkstellingsstatuut van de ouders vallen meteen grote verschillen tussen deze groepen op. Terwijl het percentage tweeverdieners in de algemene groep hoog ligt (68% bij gezinnen met kinderen tussen drie en vijftien jaar, tot zelfs 79% bij gezinnen waarvan het jongste kind nog geen drie is), werken beide ouders in nauwelijks meer dan de helft van de gezinnen met een kind met een handicap. Bij kansarme gezinnen ligt dat cijfer nog lager: daar werken beide ouders in ongeveer een op vijf gezinnen. Bij de kansarme gezinnen zorgt dit voor een beduidend kleiner gezinsbudget. In gezin-

nen met een kind met een handicap valt dit mee. Als niet allebei de ouders aan de slag zijn, kan vaak één van de ouders wel voor behoorlijke inkomsten zorgen, aangevuld door een vervanginkomen. Statistieken over het huren en kopen van woningen bevestigen dit beeld: de Vlaming heeft wel degelijk een baksteen in de maag en de meeste gezinnen slagen er in huiseigenaar te worden. Ook hier is er een afwijkende score voor kansarme gezinnen. Gezinnen met een kind met een handicap lopen dus een iets groter armoederisico dan gemiddeld, kansarme gezinnen vier maal zoveel. Bijna de helft van de laatste gezinnen geeft aan moeilijk of zeer moeilijk rond te komen, tegenover slechts één op tien in de algemene groep, en één



op vijf gezinnen met een kind met een handicap.

Vijf zorgstrategieën

Dat de overgrote meerderheid van de Vlaamse ouderparen met zijn tweeën gaat werken, heeft gevolgen voor de opvang. Zowat 70% van de gezinnen met kinderen jonger dan drie heeft opvang nodig voor hun kroost. Onthaalmoeders scoren met 35% het hoogst in de opvangtopdrie, meteen gevolgd door gesubsidieerde kinderdagverblijven (25%) en grootouders (21%). Ongeveer een kwart van de ouders puzzelt verschillende formules in elkaar: deels de onthaalmoeder en deels de grootouders bijvoorbeeld. Naarmate de kinderen ouder worden, daalt het gebruik van formele opvang gestaag, maar het puzzelen blijft legio, zeker bij drie- tot vijfjarigen. De onderzoekers onderscheiden vijf zorgtypes of -strategieën: hoofdzakelijk formele opvang, hoofdzakelijk informele opvang (familie, vrienden), geen opvang door flexibele arbeid (met ouders die elkaar zoveel mogelijk afwisselen), geen opvang want het kind zorgt voor zichzelf, en geen opvang want één ouder werkt niet. Maar waarom kiezen gezinnen voor deze of gene zorgstrategie? De sleutel ligt bij de tewerk-

maakt vaker gebruik van informele opvang dan wie een partner heeft met vaste werkuren. Kansarme gezinnen doen minder dan gemiddeld beroep op opvang, omdat één van de ouders vaak niet buitenshuis werkt.

Zorgenkinderen

Hoe goed voelen kinderen zich in hun vel? Beïnvloedt het gezinstype de mate van geluk? De onderzoekers keken naar de schoolprestaties van de kinderen, hun bijzondere behoeften en hun probleemgedrag. Het besluit: zowat één op tien kinderen tussen nul en vijftien jaar oud heeft bijzondere behoeften, waarbij jongens duidelijk kwetsbaarder zijn dan meisjes. Dat komt overeen met de algemene Vlaamse realiteit.

Om de risicofactoren uit te lichten, vergeleken de onderzoekers het welbevinden van kinderen van hooggeschoolde moeders die werken en met een partner samenwonen, met de situatie van kinderen van laag- of gemiddeld geschoolde, werkloze en alleenstaande moeders. De verschillen zijn frappant. In de tweede groep heeft 43% een schoolse achterstand opgelopen tegenover slechts 5% in de eerste groep. Qua sociaal gedrag, ervaart 33% van de ouders uit de tweede groep minstens een

relaties vaker dan gemiddeld uit elkaar spatten, de broertjes of zusjes van het kind met een handicap hebben ook nog eens driemaal vaker dan in andere gezinnen bijzondere behoeften of problemen. De ene zorg genereert blijkbaar de andere.

De prijs van een gezinsbeleid

De overheid wilde de kostprijs kennen van de verschillende zorgstrategieën? Geen eenvoudige klus. Welke geldwaarde zet je tegenover de drie of vier uren dat je 's ochtends en 's avonds in de weer bent voor je kroost? De onderzoekers berekenden dat formele opvang de Vlaamse gezinnen met een kind onder de drie jaar gemiddeld 175 euro per maand kost, vóór belastingsaf trek. Maar omdat slechts 54% van de gezinnen formele opvang gebruikt, mag je dit bedrag zowat verdubbelen voor wie voltijds beroep doet op kinderopvang. Wanneer de kinderen ouder dan drie zijn kosten ze gemiddeld 45 euro per maand aan formele opvang. Slechts een vijfde van de ouders doet hierop beroep, zodat de rekening voor hen natuurlijk hoger ligt. Als je de inspanningen van ouders op dezelfde manier zou belonen als die van een betaalde kinderverzorgster, zou je aan 17,5 euro per uur uitkomen. De bezoekers concluderen dat dienstencheques beschikbaar stellen voor kinderopvang de thuisopvang door de ouders benadert. Maar die piste zou de overheid verschrikkelijk duur komen te staan. Ook aan de uitbreiding van onthaalgezinnen hangt een gepeperd prijskaartje, want dit vraagt om een verbetering van het statuut van deze gezinnen. Uitsluitend focussen op kinderdagverblijven, garandeert kwaliteit tegen een redelijke kostprijs, maar dreigt de keuzevrijheid van ouders in te perken. Wat moet je dan doen als je als overheid de dagelijkse heksentoe van werkende ouders makkelijker wil maken? Stimuleer stelsels met een vierdaagse werkweek, suggereren de onderzoekers. En verhoog de vergoeding voor ouderschapsverlof, zodat iedere ouder die tijdelijk voor zijn kind wil zorgen, zich dat kan permitteren. En ten slotte: meer en betere zorg is nodig voor kansarme gezinnen en gezinnen met een kind met handicap. Liever geen hokjesdenken, maar graag een integrale aanpak.

Redden ouders het nog?

stelling van de moeder: voltijds werken gaat samen met formele opvang, deeltijds werk en werk op atypische uren met informele opvang of geen opvang. Alleenstaande ouders kiezen vaker voor informele opvang of geen opvang. Voor hen is het vaak alles of niets: ofwel voltijds werken of, als dat niet lukt, een beroep doen op een werkloosheidsuitkering. Eén deeltijds inkomen brengt nu eenmaal niet voldoende brood op de plank, tenzij een alimentatie voor een behoorlijke aanvulling zorgt.

Het valt op dat moeders in gezinnen van tweeverdieners met jonge kinderen vaak overschakelen op deeltijds werk zodra de kinderen de kleuterleeftijd bereikt hebben. Deze algemene tendens zet zich minder door bij hoogopgeleide moeders: zij blijven vaker voltijds werken en doen daarom veel beroep op opvang. Wie een partner heeft met flexibele werkuren,

kind als problematisch, tegenover slechts 3% uit de eerste groep. De moraal van het verhaal: om goed functionerende kinderen op te voeden kan je maar beter zorgen dat je een goed diploma behaalt, werk hebt en bij je partner blijft.

De realiteit is natuurlijk altijd complexer, maar de ene factor beïnvloedt de andere wel: alleenstaande ouders zitten vaker dan gemiddeld op de armoedegrens. Wie voor alle taken alleen moet instaan, elke euro in twee moet bijten en vaak 'nee' moet zeggen op een verzoek van een kind, krijgt het moeilijker in de opvoeding. Hetzelfde geldt voor kansarme ouders die niet alleen veel 'nee' moeten zeggen, maar ook weinig kunnen helpen met schoolwerk, door een beperkte eigen bagage. Gezinnen met een kind met een handicap krijgen eveneens met meer dan één soort uitdaging te kampen: niet alleen brengt een handicap zo'n stress met zich mee dat

| J. Ghysels & M. Debacker (red.) |
Zorgen voor kinderen in Vlaanderen: een dagelijkse evenwichtsoefening? |
 2007, Acco, 283 p.

Welkom in de keuzefamilie

Het sociale netwerk van holebi's is kwetsbaarder dan dat van heteroseksuelen. Op zoek naar voldoende sociale ondersteuning en als compensatie voor verstoorde of conflictueuze familiale banden bouwen ze een uitgebreid vriendschapsnetwerk. Onderzoekers spreken van *families of choice*, een keuzefamilie van zelfgekozen gezins- of familieleden. Blijft die vaststelling overeind als ze ook kwantitatief wordt getoetst?

De keerzijde van de medaille is dat deze netwerken voor vrouwen blijkbaar bijkomende verantwoordelijkheden meebrengen. Ze hebben immers meer zorgen wanneer het niet goed gaat met hun netwerkleiden en bovendien hebben ze in hun sociale netwerken meer sociale verplichtingen dan mannen.

Een heteronormatief klimaat (heteroseksualiteit is vanzelfsprekend, homoseksualiteit niet) speelt daarin een belangrijke rol. 1% van de Vlamingen heeft geen vertrouwenspersonen. Bij holebi's loopt dit op tot 8%. Dit maakt de holebi's kwetsbaarder omdat ze minder beroep kunnen doen op anderen voor sociale steun.

Onderzoeker Alexis Dewaele (UA) sprokkelde antwoorden bij maar liefst 2.931 respondenten, waarvan een derde vrouwen en twee derde mannen. Zo'n steekproefgrootte bij deze groep is uniek in België. Het stelde Dewaele in staat om in deze groep zinvolle vergelijkingen te maken, bijvoorbeeld tussen verschillende leeftijdsgroepen. De onderzoeksmethode liet ook toe de holibistestekproef te vergelijken met een steekproef die een doorsnede van de Vlaamse bevolking representeert.

Ook holebivrouwen zijn netwerkers

Keer op keer bevestigen vrouwen in een onderzoek hun positie als 'meesternetwerkers': vrouwen verzorgen meer dan mannen de sociale relaties in hun leven en in het leven van anderen. Zo zijn het vaak de vrouwen die in een partnerrelatie ook de familie- en vriendschapsrelaties van hun (mannelijke) partner onderhouden. Bovendien zijn ze de ultieme leveranciers van sociale steun.

Dit blijkt ook wanneer lesbiennes of biseksuele vrouwen worden vergeleken met homo's en biseksuele mannen. Lesbische en biseksuele vrouwen hebben 'rijkere' sociale netwerken: ze voelen zich meer verbonden met hun vriend(inn)en, hebben meer vriend(inn)en als vertrouwenspersoon en meer vertrouwenspersonen tout court. Ten slotte ligt hun actieve participatie aan het verenigingsleven hoger in vergelijking met de mannen uit het onderzoek.

Het sociale netwerk van de holebi

Gemengd publiek onder de vrienden

Laagopgeleide holebi's hebben minder vaak een partner dan hoogopgeleide holebi's. Ze hebben echter meer contact met hun familieleden die bij hen ook vaker als vertrouwenspersonen worden bestempeld. Dit laatste is niet zo verwonderlijk. Ook bij de totale bevolking blijkt dat laagopgeleiden meer terugvallen op traditionele bronnen van sociale steun, met name familie en gezinsleden.

Holebi's voelen zich minder verbonden met hun familieleden, burens en collega's of medestudenten dan de doorsnee Vlaming.

56% van de holebi's heeft een vaste partner, bij de doorsnee Vlaming neemt dit percentage toe tot 81%. Dit kan betekenen dat holebi's meer hindernissen ondervinden om een vaste partner te vinden of dat ze minder belang hechten aan een vaste relatie.

Het vertrouwensnetwerk van de doorsnee Vlaming blijkt voor het merendeel te bestaan uit gezinsrelaties en voor een kleiner deel uit vriendschapsrelaties. Bij holebi's is dit net andersom: het grootste deel van hun vertrouwensnetwerk bestaat uit vrienden of vriendinnen, een kleiner deel uit gezinsrelaties. Holebi's blijken hun

1% van de Vlamingen heeft geen vertrouwenspersonen. Bij holebi's loopt dit op tot 8%. Van de holebi's heeft 56% een vaste partner tegenover 81% van de totale Vlaamse bevolking.



gebrekkige familiebanden te compenseren door uitgebreide vriendschapsnetwerken ('keuzefamilies') op te bouwen. Slechts één op twintig heeft een vriendschapsnetwerk dat exclusief uit andere holebi's bestaat. De meeste holebi's trekken zich dus niet éénzijdig terug in een exclusieve holebi-

seksuele vriendenkring. Integendeel, één op vijf heeft zelfs geen holebivriend(inn)en, wat hen kwetsbaar maakt bij het vinden van een op holebi's gerichte ondersteuning.

Meer info:

Steunpunt Gelijkekansenbeleid
Policy Research Centre on Equal Opportunities

Lange Nieuwstraat 55
2000 Antwerpen

Tel.: 03 275 59 43

www.steunpuntgelijkekansen.be

In welke mate recidiveren jongeren nadat de jeugdrechter hen heeft geplaats naar aanleiding van een als misdrijf omschreven feit?

Een onderzoek van de Vrije Universiteit Brussel bracht in kaart welke contacten jongeren hebben nadat ze voor het eerst geplaats werden in een gemeenschapsinstelling.

De onderzoekers wilden ook de verschillende factoren begrijpen die samenhangen met recidive.

Recidiverende jongeren

Wat in het onderzoek meteen opvalt, is hoe snel jongeren in een gesloten of half-open gemeenschapsinstelling (GI) geplaats worden. Voor een meerderheid (tot

60 %) van de jongeren die voor de eerste keer geplaats worden in een GI, is het ook het eerste of tweede feit dat door de jeugdrechter wordt vervolgd.

Sommige ezels stoten zich aan dezelfde steen





Het moet wel gezegd dat een 'snelle plaatsing' een onderdeel van voorlopige maatregelen vormt. Het blijft bovendien onduidelijk of het in die gevallen daadwerkelijk om het eerste als misdrijf omschreven feit (MOF) gaat. Het parket kan immers ook aangemelde zaken seponeren.

Ook de grote verschillen tussen de doorverwijzers of plaatsende instanties vallen op. Koploper als plaatsende instantie is de jeugdrechtbank van Antwerpen. De onderzoekers merken op dat in regio's waar zich meer instellingen bevinden met een strenger regime, er ook meer en strenger geplaatst wordt. Zo plaatst de jeugdrechtbank van Antwerpen niet alleen duidelijk

meer jongeren, maar doet ze dat ook stelselmatig in de GI De Kempen en in het bijzonder in de instelling De Markt. Die conclusie krijgt pas zin als je rekening houdt met de totaliteit van de jeugdbeschermingdossiers in de verschillende arrondissementen. Nuanceren is echter niet makkelijk omdat de onderzoekers niet konden

bescherming. Het traject van de onderzochte jongeren in de jeugdbescherming is bijzonder grillig, ja zelfs chaotisch. Het is een haast onontwaarbaar kluwen van feiten, beslissingen (beschikkingen, vonnissen en herzieningen) en de uitvoering van maatregelen.

Onderzoekers konden niet beschikken over degelijke gerechtelijke statistieken in jeugdzaken.

beschikken over degelijke jaarlijkse gerechtelijke statistieken in jeugdzaken.

Een minderheid hervalt

De onderzoekers gingen, alle beperkingen in acht genomen, ook na welk traject de jongeren in de jeugdbescherming afleggen. Veel jongeren beginnen hun traject met een plaatsing in de gemeenschapsinstelling. De voor geschiedenis van die voor het eerst geplaatste minderjarigen geeft aan dat bijna driekwart geen verleden in een problematische opvoedingssituatie (POS) heeft. Na analyse van de gerechtelijke gegevens kregen de onderzoekers

Interessant is ook dat tegenover de lage recidive van een groot deel van de onderzochte jongeren, een criminologisch relevante groep zichtbaar wordt, die verantwoordelijk is voor een belangrijk deel van de recidive. Deze hardnekkige moffers moeten volgens de onderzoekers aparte aandacht krijgen in de verdere analyses en in de kwalitatieve verdieping.

De onderzoekers wijzen in hun onderzoek geregeld op het exploratieve karakter van hun onderzoek en vooral op de nodige beperkingen van de verzamelde empirische gegevens. Een vervolgonderzoek zou die beperking moeten wegwerken.

Uit de beperkte gegevens blijkt, in tegenstelling tot Nederland, een zeer lage recidivegraad bij de minderjarigen.

een iets beter zicht op het gerechtelijk traject, zowel voor als na de eerste plaatsing. De gegevens over het aantal nieuwe feiten van de voor het eerst geplaatste jongeren bevestigen niet de recidivegraad die in een Nederlands onderzoek werd vastgesteld. Uit de beperkte gegevens blijkt veeleer dat zeer weinig minderjarige 'moffers' (jongeren die een MOF gepleegd hebben) hervallen. Tot 70% van hen blijft misdaadvrij binnen de observatietermijn na de plaatsing én binnen het systeem van de jeugd-

Geplaatste delinquente jongeren en recidive | Jenneke Christiaens, Christian Eliaerts, Elisabeth Enhus, Leslie Curtis. Eindrapport VUB, 2007. info@vub.ac.be

Op zoek naar roes

Hoe verslaafd is de Vlaming? Naar aanleiding van de Gezondheidsconferentie van de Vlaamse overheid werd er een overzicht gegeven van de beschikbare onderzoeksresultaten over het gebruik van tabak, alcohol en illegale drugs in Vlaanderen. Weliswaar toont de algemene conclusies aan.

Meervoudig gebruik van middelen

Scholieren beginnen ongeveer op hetzelfde moment, rond hun dertiende, sigaretten te roken en alcohol te drinken. Pas rond de leeftijd van veertien, vijftien jaar experimenteren ze met drugs. Jongens beginnen vroeger te drinken dan meisjes. Er is echter geen verschil in de leeftijd waarop jongens en meisjes beginnen met drugs. Voor tabak hebben de verschillende studies geen consistente resultaten opgeleverd. Studenten zeggen dat ze van alle middelen eerst alcohol hebben geprobeerd. Gemiddeld drinkt een jongere zijn eerste pint als hij veertien jaar en acht maanden oud is. Gemiddeld

alcohol. Als er illegale drugs worden gebruikt, gaat het vooral om gebruik van cannabis.

De leeftijdsgroep van negentien tot vierentwintig kent de grootste proportie rokers en risicovolle drinkers. Bij de vierendertig- tot vierenvertigjarigen zit dan weer het hoogste percentage problematische gebruikers. Regelmatig gebruik van cannabis komt het meest voor bij zeventien- en achttienjarige scholieren en bij wie regelmatig uitgaat. De meerderheid van de studenten die illegale drugs gebruiken (exclusief cannabis) geven aan dat ze hierdoor problemen ondervinden. Bij de totale bevolking en ook onder scholieren en studenten zijn er meer mannen dan vrouwen die regelmatig tabak, alcohol en illegale drugs (inclusief cannabis) gebruiken. Ook problematisch alcoholgebruik en meervoudig gebruik van middelen komt opvallend meer voor bij mannen. Bij scholieren zijn het de leerlingen uit het TSO en BSO die meer wekelijks en dagelijks roken en dubbel zo veel dronken zijn geweest dan leer-

In de Vlaamse bevolking (jonger dan vijftien) is er tussen 2001 en 2004 een lichte daling in de leeftijd waarop met dagelijks roken gestart wordt. De percentages voor dagelijks roken, zwaar roken en stoppingsingen bij de Vlaamse bevolking variëren niet tussen 1997 en 2004. Voor alcohol is het eenmalig, occasioneel, regelmatig en dagelijks gebruik bij scholieren de afgelopen jaren (2000-2005) constant gebleven. Tussen 1997 en 2004 is het regelmatig alcoholgebruik in de Vlaamse bevolking (ouder dan vijftien) licht gestegen.

Wat het gebruik van cannabis bij scholieren betreft, is er tussen 2000 en 2005 een daling in occasioneel en regelmatig gebruik.

In België nam tussen 1999 en 2003 het aantal patiënten met een druggerelateerde stoornis met bijna 10% toe.

twee maanden later volgt het eerste glas wijn. Sterke drank wordt voor het eerst gedronken op zestien jaar. Studenten geven aan dat ze gemiddeld op vijftien jaar beginnen te roken. Op zestien jaar en zes maanden steekt de gemiddelde jongere de eerste joint op. Mannelijke studenten starten vroeger met roken, drinken en drugs gebruiken dan meisjes. Jongens en meisjes beginnen wel op hetzelfde moment cannabis te roken.

Alcohol is de meest ingeburgerde drug, zowel bij scholieren en studenten als bij de totale Vlaamse bevolking (vanaf vijftien jaar oud). Op achttienjarige leeftijd heeft 95% van de leerlingen al alcohol gedronken. 67% van de bevolking drinkt wekelijks

lingen uit het ASO. Ook wat cannabis, andere illegale drugs en meervoudig gebruik betreft, is er meer gebruik in het TSO en het BSO dan in het ASO. Dit verschil tussen de onderwijsvormen kan gedeeltelijk verklaard worden door het verschil in leeftijd: de leerlingen in het ASO zijn gemiddeld de jongste, die in het BSO de oudste. Bij wie in het uitgaansleven zit, komt regelmatig gebruik van illegale drugs meer voor dan bij de algemene bevolking, bij scholieren of bij studenten.

Positieve evolutie?

Tussen 1998 en 2005 is het eenmalig, occasioneel, regelmatig en dagelijks gebruik van tabak bij scholieren gedaald.





Wie kan helpen?

Mensen kunnen op tal van plekken hulp zoeken voor problematisch middelengebruik: bij de mantelzorg, de zelfhulp en de eerstelijnsvoorzieningen, tot de gespecialiseerde ambulante en residentiële alcohol- en drughulpverlening. Over het algemeen is het zo dat één op acht Vlamingen met een alcoholgerelateerde stoornis elk jaar een keer professionele hulp zoekt. De meerderheid doet enkel beroep op een psychiater. Zes op tien Vlamingen met alcoholproblemen zal ooit in zijn leven een beroep op hulp doen. Wat de zelfhulpgroepen betreft, zijn er enkel gegevens beschikbaar van de Anonieme Alcoholisten. In 2006 deden ongeveer 7.000 mensen

in Vlaanderen een beroep op een AA-afdeling. Het gaat daarbij in drie op de vier gevallen om mannen, hoewel de jongste jaren het aantal vrouwelijke leden toeneemt. De meesten zijn tussen eenenvijftig en zestig jaar oud.

De DrugLijn krijgt voornamelijk vragen over cannabis. Alcohol staat op de tweede plaats, gevolgd door cocaïne. Vooral jongeren en ouders doen een beroep op de druglijn.

In 1999 consulteerde 10% van de Belgische huisartspatiënten de huisarts omwille van alcoholproblemen. In zeven op tien gevallen gaat het daarbij om mannen. In de leeftijdsgroep vijfendertig tot vierenvijftig jaar komen problemen door alcoholgebruik

meer voor dan in de rest van de bevolking. 33 % van die probleemgroep volgde een ambulante ontwenningsskuur onder begeleiding van de huisarts. 17% van de patiënten werd gehospitaliseerd en 16% werd verwezen naar een psychiater.

In 2005 meldden zich in de Centra voor Algemeen Welzijnswerk 3.751 cliënten aan bij wie een afhankelijkheidsprobleem werd geregistreerd. 19,5% van deze cliënten kampte met alcoholproblemen, 1,9% had een cannabisproblematiek. Bijna een kwart van deze cliënten meldde een verslavingsproblematiek die te maken heeft met andere drugs dan cannabis. De meeste cliënten met een verslavingsproblematiek zijn mannen. Wat alcohol betreft, is acht op de tien tussen zesentwintig en negenenvijftig jaar oud. De cannabisgebruikers zijn jonger: zes op tien zijn tussen achtien en vijfentwintig jaar oud.

Van alle zorgperiodes die in 2005 in de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (in Vlaanderen en Brussel) werden geteld,

Drugs in Vlaanderen: een stand van zaken



Overzicht maatschappelijke kosten en overheidsuitgaven in België en Europa: tabak, alcohol en illegale drugs

	Tabak (in euro)	Alcohol (in euro)	Illegale drugs (in euro)
Maatschappelijke kost per inwoner	Europa: 217,2 à 288,2 Frankrijk: 231,8	België: 595,4 Frankrijk: 299,7	Verenigd Koninkrijk: 0,3 Frankrijk: 34,7 Spanje: 15,6
Maatschappelijke kost gedragen door de overheid per inwoner		België: 210,3	België: 17,3
Overheidsuitgaven per inwoner	België (enkel overheidsuitgaven voor preventie): 0,23		België: 1,6 Spanje: 0,4

had 5,1% met een alcoholgerelateerde stoornis te maken. 2,5% was het gevolg van het gebruik van illegale drugs, waarvan meer dan de helft in verband met cannabis. Meer mannen dan vrouwen zijn in behandeling voor alcohol- en druggerelateerde stoornissen. Mannen en vrouwen die in behandeling zijn voor alcoholgerelateerde stoornissen zijn voornamelijk tussen veertig en vierenvijftig jaar oud. Mannen die met een druggerelateerde stoornis in behandeling zijn in een CGG zijn meestal jonger dan vijfendertig. Vrouwen zijn in dit geval meestal jonger dan dertig. Een op zeven van deze cliënten is minderjarig.

38,5% van de personen die zich aanmelden op de psychiatrische spoedgevallendiensten in België hebben een middelengerelateerde stoornis.

In 2003 waren er ongeveer 8.000 niet-psychiatrische verblijven in de algemene ziekenhuizen in het Vlaamse Gewest als gevolg van alcohol- en druggerelateerde problemen. Tegenover 1999 is dat een toename van 14,5%. Uit de Minimale Psychiatrische Gegevens voor Vlaanderen blijkt dat in 2002 bij 18,7% van de verblijven in psychiatrische diensten de hoofddiagnose 'alcoholgerelateerde stoornis' werd gesteld. Het gaat om 13.263 verblijven. Bij 7,4% van de verblijven in psychiatrische diensten werd een druggerelateerde stoornis (illegale drugs en psychoactieve medicatie) als diagnose gesteld. In België is tussen 1999 en 2003 het percentage patiënten met als hoofddiagnose druggerelateerde stoornis met 9,3% toegenomen.

Twee derde van al deze patiënten zijn mannen. De meeste patiënten met als hoofddiagnose een alcoholgerelateerde stoornis zijn tussen veertig en negenveertig jaar oud, de patiënten met als hoofddiagnose ander middelengebruik zijn doorgaans jonger, tussen twintig en negenentwintig. Jaarlijks worden in Vlaanderen meer dan

3.000 nieuwe behandelingen gestart in gespecialiseerde revalidatiecentra voor drugverslaafden erkend door het RIZIV. Het betreft laagdrempelige Medisch Sociale Opvangcentra, dagcentra voor ambulante begeleiding, kortdurende opvang in residentiële crisiscentra, residentiële behandelingscentra en therapeutische gemeenschappen. De meeste cliënten gebruiken meerdere illegale en legale middelen, maar slechts één wordt als voornaamste middel genoteerd. In 46,6% van de gevallen ging het om een behandeling voor cliënten die opiaten als voornaamste middel gebruiken. Voor 30,3% waren stimulantia het voornaamste middel. Bij 17,2% was dat cannabis. 3,6% vermeldde alcohol als voornaamste middel.

Mannen en hun verslaving

Voorals mannen komen terecht in de hulpverlening. Dit komt overeen met de cijfers over gebruik en problematisch gebruik die een stuk hoger liggen voor mannen. Alcoholproblemen worden voornamelijk behandeld op middelbare leeftijd. Problemen met cannabis en andere illegale drugs worden behandeld op jongere leeftijd. Een groot deel van de cliënten die een beroep doen op hulpverlening gebruikt meer dan één middel.

Gezondheidsschade

Al die middelen hebben andere negatieve gevolgen voor de gezondheid. Dit maakt dat ook de registratie en de selectiemethoden noodgedwongen verschillen. Het is moeilijk om een vergelijking te maken van de gezondheidsschade die verslavende middelen toebrengen. De onderzoekers berekenden dat er in Vlaanderen voor elke drugdode vier alcoholslachtoffers zijn en veertig sterfgevallen door tabak. Uitgedrukt in verloren potentiële levensjaren (VPJ) zijn de verschillen iets minder scherp. Voor één VPJ door drugs zijn er ongeveer drie VPJ's door alcohol en acht-

tien VPJ's door tabak. De gevolgen van alcoholmisbruik en invloed ervan op de sterftcijfers worden allicht onderschat. Aan tabaksgerelateerde aandoeningen sterven zesmaal meer mannen dan vrouwen, aan alcohol driemaal meer, aan illegale drugs gemiddeld vijfmaal meer. Interessant is ook dat het tabaksprobleem bij mannen langzaam afneemt, maar bij vrouwen toeneemt. Dit reflecteert het verschil in tabaksgebruik in het verleden. Vrouwen zijn later beginnen roken dan mannen en krijgen nu pas de rekening gepresenteerd. Voor gezondheidsschade door alcohol en drugs is er in de jongste jaren weinig evolutie te bespeuren.

Maatschappelijke schade

De gegevens over de maatschappelijke schade laten zich moeilijk vergelijken. Onomstootbaar staat wel vast dat de maatschappelijke kost van alcohol in alle onderzochte regio's het hoogst ligt. Tabak komt op de tweede plaats en illegale drugs staan op de laatste plaats. De overheid trekt nochtans meer geld uit voor de preventie van en het onderzoek naar druggebruik dan aan tabakspreventie en antitabaksbeleid.

Het lijvige rapport is een samenwerking van:

Guido Van Hal (UA) en Barbara Vanden Bulcke (Agentschap Zorg en Gezondheid). En van Else De Donder (VAD), Anne Kongs (Agentschap Zorg en Gezondheid), Lieven Annemans (UGent), Caroline Bollars (VIG), Ronny Bruffaerts (KUL), Joris Casselman (KUL), Heidi Cloots (AZ&G), Kathy Colpaert (UGent), Herwin De Kind (AZ&G), Lydia Gisle (WIV), Anne Hublet (UGent), Luk Joossens (STK), Hilde Kinable (VAD), Patrick Lambrecht (VUB), Geert Lombaert (De Sleutel), Lea Maes (UGent), Leo Pas (DM), Veerle Raes (de Sleutel), Marc Roelands (WIV), Paul Van Deun (De Spiegel), Herman Van Oyen (WIV), Alexander Witpas, Marleen van Dijk, Rudi Overloop en Ria Vandenreyt.



Meer info: www.gezondheidsconferentie.be

Wat u vandaag niet leest in Weliswaar, leest u morgen op www.weliswaar.be

elke week up-to-date welzijnsnieuws en nog meer korte berichten

weliswaar

Welzijnsmagazine voor Vlaanderen
uitgegeven door
de Vlaamse overheid - Departement Welzijn,
Volksgezondheid en Gezin



jaargang 13 | nummer 6
extra editie december 2007

redactie | Nico Krols |
Liesbeth Van Braeckel

eindredactie | Harold Polis

medewerkers | Eric Bracke | Peter Dupont |
Jeroen Franssens | Ria Goris | David Nolens |
Marleen Teugels | Maarten Van Craen |
Jelle Van Riet

tekeningen en cartoons | Ief Claessen |
| Mieke Lamiroy | Nora Theys

fotografie | Jan Locus | Stephan Vanfleteren
| Lies Willaert

directie |
Liesbeth Van Huffelen

verantwoordelijke uitgever |
Marc Morris - Secretaris-generaal |
Koning Albert II-laan 35, bus 30 | 1030 Brussel

contactpunt Nederland |
Arthur Jansen Advies

productie | Standaard Uitgeverij |
Mechelsesteenweg 203 |
2018 Antwerpen

oplage | 40.300 |

abonnementen

secretariaat: abonnementen

abonneringen, adreswijzigingen, annuleringen:
www.weliswaar.be

Tel.: 02-686 01 83 | Fax: 02-686 01 88 |
Terlindenlaan 14 | 3090 Overijse

Bij **adreswijzigingen** oud en nieuw adres en
abonneenummer vermelden.
*Ontvang je te weinig of te veel exemplaren?
Laat het ons weten. Geef het nummer op van je
abonnement dat bij je adres vermeld staat.*

redactie

tips, info en reacties:

info@weliswaar.be

Tel.: 02-553 33 76 | 02-553 07 32 |

Fax: 02-553 31 40

Vlaamse overheid - Departement WVG

Weliswaar

Koning Albert II-laan 35 bus 30 | 1030 Brussel



Su

Wil je een kort bericht plaatsen?

www.weliswaar.be

*Weliswaar wordt gedrukt
op milieuvriendelijk papier.
De inhoud van de artikels
weerspiegelt niet noodzakelijk
de visie van het ministerie.*

Weliswaar kan helaas geen lezersbrieven
opnemen. Je reactie is altijd welkom
op het redactieadres of op www.weliswaar.be

WIW 79.07 - JG. 13/nr. 6

Lid van de Unie van
de Periodieke Pers





www.weliswaar.be