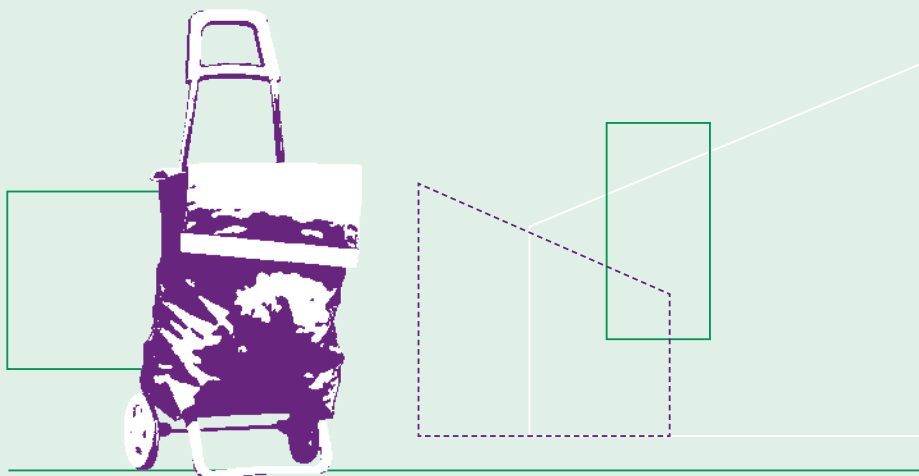




Oud worden zonder woning

Hoe leven onze ouderen
zonder thuis?

BBRoW

Anne Bauwelinckx,
Carole Dumont,
Laurence Evrard,
Alexia Falisse,
Chloé Thôme
Eli Tikhon,
Werner Van Mieghem

Tel.: 02 502 84 63
Mail: info@rbdh.be
www.rbdh-bbrow.be

Lay-out: Élise Debouny
Druk: Graphius, Gent

V.U.: Werner Van Mieghem,
Henegouwenkaai 29,
1080 Molenbeek

Deze publicatie wordt uitgegeven
met steun van het Brussels
Hoofdstedelijk Gewest en de Fédération
Wallonie-Bruxelles.

Overname van de artikels is vrij,
mits bronvermelding.



Onze dank gaat uit naar
alle mensen en instellingen
die informatie, databases
en praktijkervaringen hebben
gedeeld om deze studie uit
te kunnen voeren:

- AMA (Fédération des maisons
d'accueil et des services d'aide
aux sans-abri)
- Bruss'help
- SPAD Caligo (Psychosociale hulp
aan huis)
- CAW De Schutting
- Diogenes
- Dionysos
- Huis van Vrede
- De sociale diensten voor
spoedgevallen en revalidatie van
het Sint-Pietersziekenhuis
- Straatverplegers
- Huis Biloba
- Dokters van de Wereld
- De New Samusocial
- Poverello
- SMES (Samen werken voor
Mentale Gezondheid & Sociale
Inclusie)
- Senior Montessori
- Transit

Inhoud

Inleiding	5
1. Oud worden in extreme armoede	5
Dakloze (oudere) mensen	6
Moeilijk toegankelijke, fragmentaire of onbestaande gegevens	7
2. Oudere daklozen	9
Genre en verblijfsstatuut	10
Oudere Europeanen zonder papieren	12
Evolutie per gewest en in de tijd	13
FOCUS #1 GEZONDHEID OP STRAAT	14
3. Noodopvang	17
Opvangcentra en verblijfsduur voor ouderen	21
De oorzaken van de noodopvang	24
FOCUS #2 WELKE TOEGANG TOT GEZONDHEIDSZORG HEBBEN DAKLOZEN?	26
Ethos 1 en 2	32
4. Ouderen in brusselse opvanghuizen	34
EEN BIJDRAGE VAN AMA	
5. Woonzorgcentral Als Oplossing Voor Herhuisvesting?	37
Woonzorgcentra: doelgroep en onderbezetting	37
Onder de 60 jaar: enkele profielen	38
Het woonzorgcentrum als reservewiel? En met zijn eigen beperkingen	40
Montessori en housing first in woonzorgcentra	41
Hervorming van de sector van woonzorgcentra	43
FOCUS #3 DE NIET ERKENDE OPVANGSTRUCTUREN	46
Oud, fragiel, afhankelijk... maar zonder papieren	48
Besluit	49
6. Huisvesting voor zeer precare bejaarden	51
Housing First	51
Zorgwonen	52
Huis Biloba	57
Veelbelovende initiatieven die versterkt moeten worden	61
Conclusie	63

De vergrijzing van daklozen, van wie sommigen ook geen papieren hebben of zich in een onzekere verblijfssituatie bevinden, is een sociale kwestie die volgens ons tot nu toe onvoldoende is onderzocht. Het documenteren van hun profielen en achtergronden is geen gemakkelijke taak. De onzichtbaarheid van ouderen groot.

Mensen die dakloos zijn worden niet opgenomen in administratieve databases. Ze worden ook niet ondervraagd in grootschalige enquêtes zoals EU-SILC, waar we in onze vorige studie uitgebreid naar verwezen om het inkomen en de woonomstandigheden van Brusselaars ouder dan 60 of 65 te beoordelen.

Gelukkig bestaan er andere, meer gerichte analyses. Het opmerkelijke censuswerk van Bruss'help verdient

lof. Daarnaast monitoren een aantal organisaties in de daklozensector (New Samusocial, Diogenes, enz.) de ondersteunende diensten, wat ook bijdraagt tot waardevolle kennis over de realiteit van het leven van de meest kwetsbaren. Het zijn deze gegevens die wij hebben proberen te benutten, met alle beperkingen van dien. Leeftijd blijft een moeilijk te vatten onderwerp.

Naast de cijfers is dit werk ook verrijkt door gesprekken met werknemers in de sector van de persoonlijke hulpverlening en met de rechtstreeks betrokken Brusselaars. Naast de onthutsende vaststellingen, wil de studie ook het pleidooi dragen voor de mensen die eerstelijns hulp verlenen of die getroffen worden door de tekortkomingen van het Brusselse beleid inzake toegang tot huisvesting en de strijd tegen dakloosheid.

1. Oud worden in extreme armoede

Op straat oud worden betekent sneller en slechter oud worden dan andere mensen.

Het Collectief van de Straatdoden heeft aangetoond hoe vroeg daklozen sterven. In Brussel is 73% van de overledenen onder daklozen jonger dan 65 jaar en 60% jonger dan 55 jaar.

In de algemene bevolking bedraagt de vroegtijdige sterfte vóór de leeftijd van 65 jaar ongeveer 17% (7% onder de leeftijd van 55 jaar). De straat eist een zware tol van de levensverwachting. “*Vijf jaar op straat betekent 20 jaar minder levensverwachting.*”¹ In 2024 was de gemiddelde leeftijd van de overleden daklozen 51 jaar.²

De langdurige onzekere levensomstandigheden beschadigen het lichaam, dat onderhevig is aan vroegtijdige veroudering. Het leidt tot acute en chronische (vroegtijdige) fysieke en mentale gezondheidsproblemen die op zijn minst gedeeltelijk lijken op die van ouderen. Moeilijke toegang tot zorg en behandeling, en het gebrek aan follow-up na verloop van tijd, heeft ook een negatief effect op de gezondheid.

Het zou daarom ongepast zijn om de pensioengerechtigde leeftijd te gebruiken als drempel voor het definiëren van de groepen die we hier willen bespreken. In plaats van alleen te kijken naar de levenssituatie van ouderen, op basis van leeftijd, zullen we ons breder richten op het leven van mensen die ouder worden, mensen die al last hebben van functionele beperkingen, cognitieve problemen of gezondheidsproblemen, zelfs voordat ze vijftig zijn.

De leeftijdsgroepen die we hieronder gebruiken om over hen te praten zijn echter niet altijd gestandaardiseerd. Ze zijn afhankelijk van de producenten van de gegevens, wat ze monitoren en hoe ze monitoren.

1. Pierre Verbeeren, voorzitter van Bruss'help, [te gast op BX1, 17 april 2025](#).

2. Collectief straatdoden, [eerbetoon 2021](#). Let wel, niet iedereen stierf op straat, maar ze hadden allemaal een leven op straat.

Dakloze (oudere) mensen

Dakloosheid verwijst naar mensen die dakloos of onvoldoende gehuisvest zijn, volgens ETHOS³, het schema voor het analyseren van leef-situaties ontwikkeld door FEANTSA, de Europese federatie van daklozenorganisaties.

Methodologie: aan de Brusselse context aangepaste ETHOS Light-typologie	
1/ Personen die in de openbare ruimte leven Binnenruimtes in de openbare ruimte (stations, metrostations, parkings, enz.) of buitenruimtes (straat, groenzones, enz.)	5/ Personen die in niet-conventionele huisvesting wonen – Kraakpanden – Tijdelijke bezettingen – Niet-erkende opvangstructuren
2/ Personnes in noodopvang Nachtopvang, noodopvangcentra	6/ Personen die tijdelijk bij vrienden of familie verblijven Conventionele woning die niet de gebruikelijke verblijfplaats is
3/ Personen in opvangtehuizen – Opvanghuizen – Tijdelijke woningen – Sociale opvangsystemen in hotels	7/ Personen met een dreigend uitzettingsbevel Toepassing van een uitzettingsbeslissing
4/ Personen in instellingen – Gezondheidsinstellingen – Penitentiaire instellingen – Structuren voor asielzoekers	

Bron: Bruss’help, [voorlopig rapport over de telling van daklozen in Brussel in 2024](#).

ETHOS light is een geharmoniseerde versie van het Europese instrument dat tijdens de tellingen in de drie gewesten van het land werd gebruikt voor vergelijkende doeleinden.

Het is essentieel om extreme armoede te bekijken vanuit de invalshoek van dakloosheid, ook al kan ze niet daartoe worden herleid. Kwetsbaarheden zijn vaak met elkaar verweven en versterken elkaar. Het verlies van een woning is echter een risicofactor voor onzekere huisvesting. Mensen de toegang tot huisvesting ontzeggen stelt hen bovendien niet in staat om hun leven opnieuw op te bouwen of beter te worden.

3. Staat voor “European Typology on Homelessness and housing exclusion” (ETHOS).

Wat we hier hebben proberen vast te stellen en te begrijpen is de aard en de omvang van dit probleem bij mensen van gevorderde leeftijd, en de oplossingen die worden gevonden: welk deel van de daklozen bestaat uit ouderen of mensen op leeftijd? In welke ruimten of plaatsen zijn ze het meest vertegenwoordigd? Waarin verschillen ze van de algemene bevolking? Welke duurzame en aangepaste vooruitzichten zijn er vandaag voor deze ouderen in Brussel?

Moeilijk toegankelijke, fragmentarische of onbestaande gegevens

Volgens de resultaten van de laatste telling van daklozen, die plaatsvond in november 2024, zijn ongeveer 10.000 mensen (9.777) dakloos of slecht gehuisvest in Brussel. Dit zijn zeer verontrustende cijfers, die sinds de eerste ‘telling’ in 2008 gestaag stijgen en 25% hoger liggen dan de vorige editie.

Telling van de daklozen in Brussel

- Georganiseerd door Bruss’help, een gewestelijke instelling met observatietaak
- Om de 2 jaar, begin november, vóór de installatie van wintertoestellen
- Nachtelijke straattellingen mogelijk gemaakt door een groot aantal vrijwilligers
- Gelijktijdig verzamelen van de cijfers van de huisvestingsdiensten en de bezette plaatsen
- Verzamelen van gegevens over het profiel en de leefsituatie van mensen door middel van een vragenlijst

Dit cijfer zegt niets over het profiel van de getelde personen. Het aandeel ouderen is niet bekend. De enige focus op leeftijd, en dat is een belangrijke, betreft de aanwezigheid van minderjarigen in de getelde plaatsen.

Het instrument van de telling, voor zover het nachtelijke tellingen in de openbare ruimte betreft, is niet geschikt voor dit soort gegevensverzameling, maar de telling beperkt zich niet tot de straat. Er zijn veel partnerstructuren en sommige, zoals onthaalhuizen of transitaccommodatie, zouden informatie moeten kunnen geven over de leeftijd van de bewoners/bewoners. Dit geldt minder voor tijdelijke accommodatie, kraakpanden of ongeautoriseerde structuren. Hoewel er gegevens per

leeftijdscategorie bestaan, zelfs gedeeltelijk, lijken deze niet te worden gebruikt of mogelijk niet bruikbaar te zijn.

In 2022 werd de tweejaarlijkse telling voor het eerst aangevuld met gegevensverzameling aan de hand van vragenlijsten, met als doel de profielen en trajecten van daklozen te documenteren en een aanvullend gezichtspunt op de telling te bieden. Leeftijd is een van de opgenomen dimensies, samen met andere indicatoren zoals verblijfsstatuut, gezondheidstoestand en de duur van het verblijf op straat.

Deze uiterst belangrijke gegevens worden echter niet uitgesplitst naar leeftijdscategorie. Hetzelfde geldt voor de kruising tussen leeftijd en aanwezigheid in ETHOS light (1 tot 7), zodat het momenteel niet mogelijk is om precies te weten hoe de dakloze ouderen verdeeld zijn over de verschillende leefplekken, of om vergelijkingen te maken om over- of ondervertegenwoordiging vast te stellen.

Het is waar dat de enquête van 2022, zoals de auteurs al aangaven, methodologische tekortkomingen en hiaten in de gegevens vertoonde, waardoor het moeilijk was om bepaalde indicatoren te gebruiken. Het project werd opnieuw bewerkt en verbeterd in 2024, maar er is nog steeds geen analyse per leeftijdsgroep.⁴

We zullen niettemin proberen om enig relevant (maar gedeeltelijk) licht te werpen op de aanwezigheid van ouderen in de openbare ruimte en noodopvangcentra (ethos 1 en 2) dankzij de gegevens die zijn gedeeld door de New Samusocial en de vereniging Diogenes⁵, evenals enkele beschouwingen over de vertegenwoordiging van ouderen in opvangcentra vanuit het standpunt van de AMA, de federatie van opvangcentra en diensten voor daklozen.

4. In 2022 werd het vragenlijstonderzoek voorgesteld als een proefproject met beperkingen, in het bijzonder een vertekening van de representativiteit, als gevolg van de aard van de partnerverenigingen (de grote meerderheid van de vragenlijsten werd ingevuld door de OCMW's van Brussel en Sint-Gillis en New Samusocial slechts voor een deel van zijn publiek). In totaal konden 2097 vragenlijsten worden gebruikt. De versie 2024 getuigt van een versterkte samenwerking (72 partners, tegenover 42 in 2022), waardoor 4.553 bruikbare vragenlijsten konden worden verzameld. De gebruikte vragenlijst is identiek aan de vragenlijst die in Vlaanderen en Wallonië werd gebruikt in het kader van de telcampagnes. "Ondanks een verbetering ten opzichte van 2022 bieden de vragenlijsten nog steeds geen volledige representatie van de bevolking." [Rapport 2024](#), p.7.

5. Niet-gepubliceerde gegevens.

2. (Oudere) daklozen

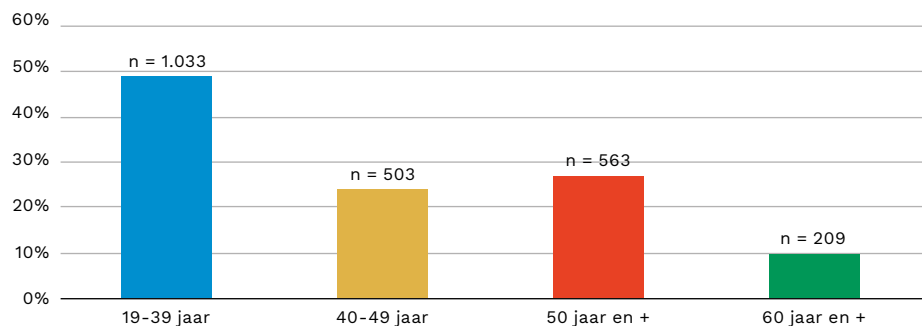
Achtereenvolgens de straat en de noodopvang ter sprake brengen is een kunstmatige opdeling die niet overeenkomt met de ervaringen van mensen. Het leven op straat is niet permanent (althans voor een deel van de bevolking) en mensen bewegen vaak heen en weer tussen onderdak en de straat. Deze permeabiliteit is des te groter in noodopvangcentra, waar respijt beperkt is tot een paar nachten (of iets meer, afhankelijk van de beschikbare plaatsen of de kwetsbaarheden – gezondheidstoestand, leeftijd – die tot een langer verblijf kunnen leiden). Sommige van dezelfde mensen zijn te vinden bij sociale nooddiensten en in de openbare ruimte.

De telling is een momentopname van dakloosheid op een novemberevond. In 2024 sliepen er op die nacht 1000 mensen in de openbare ruimte (straten, parken, parkings, stations, enz.), maar er zijn natuurlijk veel meer dan die duizend mensen die in de loop van de tijd tijdelijk of voor langere tijd op straat passeren (hoewel ze er niet allemaal slapen). We weten niets over de leeftijd van deze mensen.

Op ons verzoek deelde de New Samusocial haar "maraude" dossier met ons over de mobiele teams. Deze teams doorkruisen dag en nacht de openbare ruimte en bieden noodhulp aan. De gegevens hebben betrekking op de periode van 1 januari 2024 tot 30 april 2025 en betreffen iets meer dan 2.000 personen waarover informatie kon worden verzameld. De instelling is van mening dat dit cijfer ver onder het aantal mensen ligt dat gedurende deze 16 maanden op straat is aangetroffen. Velen wilden zich niet identificeren. De New Samusocial is niet de enige organisatie in Brussel die straathoekwerk organiseert, maar dankzij haar middelen kan ze op grote schaal worden ingezet, waardoor haar gegevensbank een waardevol instrument is.

Op basis van het gedeelde bestand is het mogelijk om groepen per leeftijdscategorie te onderscheiden. Dit wordt weergegeven in onderstaande tabel.

Waarnemingen van de maraudeteams van New Samusocial 01/01/2024 tot 30/04/2025



Bron: New Samusocial, monitoring. Eigen berekeningen.

Hoewel ouderen niet de meest voorkomende straatbewoners zijn, is hun aanwezigheid verre van marginaal: 1 op de 4 mensen is ouder dan 50, en ongeveer 1 op de 10 ouder dan 60. Deze percentages zijn des te zorgwekkender gezien hun afnemende gezondheid en lichamelijke conditie.

Genre en verblijfsstatuut

Daklozen zijn voornamelijk mannen (85%). Er zijn over het algemeen minder dakloze vrouwen dan mannen en zij zijn in de minderheid op straat. Ze gebruiken vermijdingsstrategieën en informele schuilplaatsen, soms precair maar meer beschermend, zoals tijdelijk onderdak bij derden (vrienden, familie). Ze zijn ook sterk aanwezig in noodopvangcentra voor gezinnen en in onthaalhuizen, met hun kinderen.

De uitsplitsing van de maraudeteamsgegevens naar man/vrouw brengt echter enkele minder verwachte resultaten aan het licht: de vrouwelijke populatie is ouder dan die van de mannelijke steekproef. 30% van de vrouwen die ze op straat tegenkwamen was ouder dan 50, tegenover 23% van de mannen. Dit is ongetwijfeld te verklaren door het feit dat mannen en vrouwen sterk verschillen op het vlak van migratie en de aard van hun verblijfsstatuut. Bij de mannen zijn jonge migranten en mensen zonder papieren in de meerderheid, bij de vrouwen is dat niet het geval.

De grafiek laat zien dat er vooral veel jongeren onder de 40 jaar op straat zijn. Gekruist met het verblijfsstatuut (n = 841)⁶, is te zien dat 30% internationale bescherming zoekt (tijdelijk verblijf) en bijna hetzelfde percentage illegaal verblijft.

De hardheid van het migratiebeleid is de belangrijkste oorzaak van de massale aanwezigheid van deze jongeren⁷ op straat (en in noodopvangcentra). Het aanhoudende gebrek aan opvangplaatsen in Fedasil-centra – een bewuste keuze van de Belgische autoriteiten om hun internationale verplichtingen niet na te leven – dwingt beschermingzoekers, die al veel te lijden hebben gehad onder hun migratie, om op straat te leven.

In januari 2025 wachtten 3.000 mannen – aangezien alleenstaande mannen die bescherming zoeken geen voorrang krijgen in Fedasil centra – nog steeds om toegelaten te worden tot een centrum dat beheerd wordt door het Agentschap, ondanks meer dan 10.000 veroordelingen van de Federale Staat en zijn administratie voor het weigeren van hun toelating. De wachttijd voor een plaats bedraagt ongeveer 4 maanden.⁸

Voor ouderen zijn de trends omgekeerd. Asielaanvragen zijn marginaal en de afwezigheid van een verblijfsvergunning is minder uitgesproken (17% van de 50-plussers, 19% van de 60-plussers toch!). Het hebben van papieren is echter niet altijd een garantie voor stabiliteit op lange termijn: verblijfsvergunningen kunnen tijdelijk worden afgegeven en niet worden verlengd.

Bovendien is de toegang tot rechten en het verlaten van de straat niet alleen afhankelijk van het verblijfsstatuut. Ongeveer 80% van de 50- en 60-plussers heeft identiteitspapieren en bevindt zich toch nog op straat. Hoewel het activeren van rechten een bron van moeilijkheden kan zijn (bijvoorbeeld het verkrijgen of behouden van een referentieadres om sociale rechten te verkrijgen), zijn andere vormen van vervreemding,

6. Administratief statuut niet altijd gekend. De jongeren onder 40 jaar vertegenwoordigen een steekproef van 1.033 personen. Ongeveer 20% heeft een statuut dat niet kon worden geïdentificeerd.

7. New Samusocial beheert 898 opvangplaatsen voor Fedasil, in drie centra. 68,8% van de mensen die er worden opgevangen zijn jonger dan 30 jaar. We kunnen aannemen dat de situatie op straat dezelfde trend volgt. [Activiteitenverslag 2023](#).

8. Ciré : [Politique de non-accueil, état des lieux, janvier-décembre 2024](#). En sinds november 2024 weigert België asielzoekers (alleenstaande mannen) met een beschermingsstatuut in een ander land van de Europese Unie op te nemen, ondanks een opschorting door de Raad van State. Sinds 4 augustus 2025 behelst deze weigering alle asielzoekers, ook gezinnen.

persoonlijke kwetsbaarheid of andere factoren van uitsluiting (waaronder toegang tot huisvesting, toegang tot gezondheidszorg, enz.) factoren die verklaren waarom mensen op straat blijven.

Oudere Europeanen zonder papieren?

De bevolking zonder papieren van buiten het Schengengebied wordt in België geschat op 112.000 personen, waarvan er 50.000 in Brussel wonen. Velen leven in zeer precaire omstandigheden. Er zijn naar schatting 10.000 niet-geregistreerde Schengenburgers, ook in Brussel.⁹

De monitoring door de vzw Diogenes¹⁰ – 1.223 actieve dossiers in 2024, waarvan de helft een leeftijdsindicatie bevat – werpt enig licht op het profiel van oudere intra-Europese onderdanen in een irreguliere situatie. De steekproef heeft niet alleen betrekking op daklozen. Sommigen van hen wonen in een woning of in een instelling, maar het uitgangspunt voor de monitoring blijft de straat.

Van de 62 nationaliteiten waaruit het publiek van Diogenes in 2024 bestaat, springen er drie bovenuit: Belgen op de eerste plaats (26%), Roemenen (voornamelijk de Roma-gemeenschap, 20,7%) en mensen van Poolse afkomst (13,4%), waarschijnlijk omdat Diogenes al vroeg heeft geïnvesteerd in interculturele bemiddeling met deze twee «groepen», waardoor het contact en de ondersteuning werden vergemakkelijkt door taalkundige en culturele barrières te slechten.

43% van de gevolgde personen is 50 jaar of ouder. Diogenes werkt weinig met migranten in transit of asielzoekers, wat het hoge percentage ouderen in de steekproef verklaart. Bij de Polen, van wie de leeftijd bekend is, is het aandeel iets hoger: de helft van de mensen die ondersteund worden, meestal alleenstaande mannen, is ouder dan 50 (46% bij de Roma).

En meer dan de helft van hen leeft op straat en/of in noodopvangcentra, terwijl het aandeel van mensen in ethos 1 en/of 2 in de totale bevolking in dezelfde leeftijdsgroep “slechts” 30% is. Er moet worden opgemerkt dat van de mensen die op straat sterven, de Polen de tweede meest getroffen groep vormen na de Belgische bevolking. Zij sterven bijna altijd op straat. Ter herinnering, niet alle daklozen leefden op straat op het moment dat

9. Surkyn J., Gadeyne S. en Verhaeghe P-P, 2023, geciteerd door Bruss'help in haar [rapport over de profielen van dak- en thuislozen zonder wettig verblijf](#) (2024).

10. Straatwerk is de basisfilosofie.

ze stierven; sommigen woonden in een tehuis, maar ze waren op een bepaald moment in hun leven op straat.

Polen leven ook vaker illegaal dan anderen. Hetzelfde geldt voor mensen van Roma-afkomst, maar zij zijn vaker bij hun familie en in huisvesting – hoewel niet goed gehuisvest – en zijn overdag op straat aanwezig.

Uiteraard is de Diogenes-steekproef een speciale steekproef, die de institutionele keuzes weerspiegelt die ertoe hebben geleid dat de teams nauwer samenwerken met bepaalde groepen dan met andere. Toch geven de gegevens van Diogenes ons een gedeeltelijk beeld van het profiel van migranten zonder papieren die op straat leven.

Onder hen zijn Europese onderdanen, van wie sommigen al lang in België wonen en een verblijfsvergunning hebben kunnen krijgen, zij het een die niet verlengd is of niet verlengd kan worden. Zonder verblijfsvergunning hebben ze geen referentieadres, geen toegang tot sociale basisrechten, opvangcentra, woonzorgcentra, andere instellingen en huisvesting... hoewel ze Europese burgers uit het Schengengebied zijn (Roemenië is in januari 2025 toegetreden), zijn ze dakloos of slecht gehuisvest en bevinden ze zich in onontwarbare sociale en administratieve situaties.

Evolutie per gewest en in de tijd

Hoewel het vragenlijstonderzoek (2022) – dat de telling aanvult – zich niet richt op de profielen en trajecten van mensen naar leeftijd, levert het wel belangrijke informatie op.

Daklozen ouder dan 50 zijn meer vertegenwoordigd in het Brussels Gewest dan in steden in Vlaanderen of Wallonië waar tellingen worden uitgevoerd (met een vergelijkbare methodologie). Dit geldt voor de leeftijdsgroep 50-59 jaar, maar ook voor de leeftijdsgroep 60-69 jaar.

Met betrekking tot de veranderingen in de loop van de tijd, wijzen de New Samusocial en Dokters van de wereld op “*een toename in de afgelopen 15 jaar, niet alleen van het aantal (zieke) daklozen, maar ook van het aantal kwetsbare profielen: de vergrijzing van de samenleving wordt bijvoorbeeld ook weerspiegeld op straat, met meer oudere daklozen die lijden aan chronische ziekten. Het gaat onder meer om ziekten zoals diabetes*”

en kanker [...]”¹¹. Een toenemend aantal mensen veroudert op straat, met acute zorgbehoeften.

11. “Het aantal vrouwen, alleenstaande moeders en niet-begeleide minderjarigen neemt ook elk jaar toe.” Einde citaat. In een persbericht van 30/05/2024 getiteld: [Collaboration Médecins du Monde – Samu social : 15 ans d'aide structurelle à la population bruxelloise sans-abri : « les besoins augmentent »](#).

FOCUS #1 GEZONDHEID OP STRAAT

Daklozen hebben vaak terugkerende en cumulatieve gezondheidsproblemen: chronische ziekten en/of geestelijke gezondheidsproblemen en/of middelen-misbruik. Op straat leven verzwakt de fysieke en mentale gezondheid. Volgens de Brusselse daklozentelling (vragenlijsten 2024 – 4.553 mensen)¹² hebben 6 op de 10 mensen gezondheidsproblemen. Ter vergelijking: 78% van de Brusselse bevolking vindt zichzelf in goede of zeer goede gezondheid.¹³

De leefomstandigheden op straat hebben een directe impact op de gezondheid: gebrek aan hygiëne, huidziekten, slechte voeding, pijn door koude, stress en slaapgebrek in het bijzonder. Lichte infecties verergeren sneller. De gezondheid van daklozen wordt aangetast door late of geen medische zorg.

Hoe langer je op straat doorbrengt, hoe slechter je gezondheid wordt. Dit geldt voor lichamelijke gezondheid, maar ook voor geestelijke gezondheid en verslaving. Van degenen die minder dan 3 maanden dakloos zijn, heeft 46% een of meer gezondheidsproblemen; bij degenen die meer dan 2 jaar dakloos zijn, loopt dit percentage op tot 75%.¹⁴

12. [Bruss'help, Rapport 2024](#), p.81. Er moet worden opgemerkt dat de medische informatie in de vragenlijsten wordt verzameld door maatschappelijk werkers, niet door artsen. Niet alle informatie is bekend en de vragenlijsten kunnen ook worden ingevuld op basis van veronderstellingen van de maatschappelijk werker. Er moet ook worden opgemerkt dat 57% van de vragenlijsten werd ingevuld door de OCMW's, die dringende medische hulp verlenen, wat tot gevolg zou kunnen hebben dat het percentage mensen met gezondheidsproblemen in de onderzochte steekproef toeneemt.

13. Ook dit is een subjectief gegeven dat, ondanks zijn subjectieve aard, door Sciensano wordt voorgesteld als een «goede indicator» van de gezondheidstoestand van de bevolking. De gegevens dateren van 2018. Sciensano, [Levenskwaliteit - Naar een gezond België](#), online.

14. [Bruss'help, Rapport 2024](#), p. 82.

	Geen gezondheidsproblemen	Ten minste 1 gezondheidsprobleem
Minder dan 3 maanden dakloos (N = 468)	54%	46%
Meer dan 2 jaar dakloos (N = 1343)	25%	75%

Bronnen: Bruss'Help, [Rapport 2024](#) en eigen berekeningen

Bij de personen met psychische problemen¹⁵ is 17% minder dan 3 maanden dakloos, tegenover 28% meer dan 2 jaar. In het geval van verslavingen verdubbelen de verhoudingen (13% is al 3 maanden dakloos tegenover 32,5% al meer dan twee jaar)¹⁶. Geestelijke gezondheid en verslaving zijn vaak met elkaar verbonden: psychische stoornissen kunnen leiden tot verslavingsgedrag, en evenzo kan overmatig drugsgebruik leiden tot geestelijke stoornissen en/of deze verergeren.¹⁷

	Minder dan 3 maanden dakloos	Meer dan 2 jaar dakloos
Daklozen met psychische gezondheidsproblemen (N = 4.918, België)	17%	13%
Daklozen met verslavingsproblematiek (N = 4.720, heel België)	28%	32,5%

Bronnen: Mertens, N., Demaerschalk, E. De Moor, N., Wagner, M., & Hermans, K., [Dak- en thuisloosheid. Mentale gezondheid en verslavingsproblematiek](#). Leuven: LUCAS KU Leuven, 2024. Gegevens voor België.

Deze problemen maken het moeilijk om een woning te behouden of er toegang toe te krijgen, en de leefomstandigheden op straat zijn niet bevorderlijk voor de behandeling en follow-up. “*Veel onderzoek wijst op een wederzijdse invloed tussen dakloosheid en geestelijke gezondheid. Verschillende epidemiologische studies tonen aan dat depressie, zelfmoordgedachten, traumasymptomen en*

15. Geestelijke gezondheidsproblemen omvatten diagnoses zoals angststoornissen, depressie (inclusief zelfmoordgedachten), psychoses, paranoia, bipolaire stoornissen en posttraumatische stoornissen (prevalentie van deze stoornissen bij mensen die een moeilijke migratie-ervaring hebben meegemaakt).

16. Mertens, N., Demaerschalk, E. De Moor, N., Wagner, M., & Hermans, K., [Dak- en thuisloosheid. Mentale gezondheid en verslavingsproblematiek](#). Leuven: LUCAS KU Leuven, 2024. – Cijfers voor België.

17. Zie met name: [WHO, Mental disorders, online](#) en [Brussels Platform Geestelijke Gezondheid, Verslavingen, online](#).

drugsgebruik vaker voorkomen bij daklozen dan bij mensen met een stabiele huisvesting".¹⁸

Dit geldt ongeacht de leeftijd. Bij de ouderen in België heeft 1 op de 2 daklozen tussen 60 en 70 jaar last van psychische problemen, tegenover 44% in de leeftijdsgroep 70-80 jaar.¹⁹ Ter vergelijking: in het hele land, maar dit keer in de algemene bevolking, lijdt tussen 6% en 11% van de 65-plussers aan angst- of depressieve stoornissen. De verschillen zijn enorm.

Jongeren lijken iets meer last te hebben van drugsgebruik dan ouderen. Wat betreft de populatie die door Diogenes wordt gevolgd, laten de cijfers zien dat slechts 30% van de mensen onder de 50 jaar nog nooit een drugsprobleem heeft gehad, vergeleken met 45% in de leeftijdsgroep 50-64 jaar (en 78% in de groep 65-plussers, hoewel de aantallen die nodig zijn om dit laatste aandeel te schatten vrij klein zijn).²⁰

De vzw Transit, die met drugsgebruikers werkt, volgde in 2023 ongeveer 1.600 mensen, van wie de helft ouder was dan 40 (46% tussen 40 en 60 – de leeftijdscategorie die het meest vertegenwoordigd is – en 2% ouder dan 61).²¹ Kris Meurant, hoofd van de psychosociale cel, merkt op dat de doelgroepen veranderen: *“Het percentage mensen dat langer leeft dan vroeger neemt toe, dus we denken dat de schadebeperkingsstrategieën werken. Maar dat ze langer leven betekent niet dat ze in betere omstandigheden leven. We werken met een publiek in crisis, zeer gemarginaliseerd en met veel kwetsbaarheidsfactoren. En ze belanden op de zwarte lijst, omdat ze toen ze jong waren een beetje te onrustig waren, en nu hebben ze de toegang tot de sector verloren, of het nu de daklozensector is, verslavingszorg, ziekenhuizen... Wanneer ze een bepaalde leeftijd bereiken, hebben deze mensen een stapel schulden en nauwelijks nog een hefboom”*²².

Alcoholgebruik is hoog onder daklozen en wordt vaak gecombineerd met andere middelen (polydrugsgebruik). Ongeveer 1 op 2 van de 50-plussers die door Diogenes worden gevolgd, maken melding van probleemdrinken.²³ In de

18. Dokters van de wereld: [standpuntnota geestelijke gezondheid, 2024](#), p. 6.

19. [Mertens, N., e.a. op. Cit.](#) p. 23.

20. Statistische gegevens Diogenes, niet gepubliceerd.

21. vzw Transit, [Activiteitenverslag 2023](#), p. 12.

22. Interview met Kris Meurant, Transit, 11 februari 2025.

23. Diogenes, statistische gegevens 2024, niet gepubliceerd. Volgens vzw Transit gebruiken ouderen vooral alcohol en medicatie (inclusief substitutiebehandelingen, methadon), maar er zijn geen cijfers beschikbaar. Interview met Kris Meurant, Transit, 11 februari 2025.

algemene Belgische bevolking overconsumeert 13% van de mannen tussen 55 en 64 jaar; in deze geslachts- en leeftijdscategorie is de overconsumptie het hoogst.²⁴ Overmatig alcoholgebruik draagt bij tot een verslechtering van de gezondheid en de geestelijke gezondheid (Korsakoff-syndroom van alcoholische dementie).

De beschikbaarheid van psychiatrische diensten en (na)behandelplaatsen is ver onder de maat en niet voor iedereen toegankelijk. De diensten voor geestelijke gezondheidszorg zijn zo verzadigd dat in Brussel slechts één op de vier aanvragen wordt aanvaard. Weigeringen en wachttijden verergeren de symptomen en tasten de geestelijke gezondheid van patiënten verder aan.²⁵ Hetzelfde geldt voor behandelcentra, waar patiënten minstens 4 maanden moeten wachten voordat ze een plaats toegewezen krijgen. Naast toegangsvoorwaarden is verzadiging een factor in niet-gebruik en/of discontinuïteit van zorg. Leeftijd is ook een criterium dat de toegang tot bepaalde voorzieningen (zowel geestelijke gezondheidszorg als behandelingen) kan beperken.²⁶

24. Sciensano, [Alcoholgebruik, Naar een gezond België](#), online.

25. Ligue bruxelloise pour la santé mentale, [Memorandum 2024](#).

26. Studiedag georganiseerd door de Coördination Personnes Agées & Santé Mentale, Les Oubliés : Quand l'âge fait obstacle aux soins, 19 maart 2025.

3. Noodopvang

Het aantal noodopvangplaatsen is de voorbije jaren sterk toegenomen, zowel bij de New Samusocial²⁷ als bij het platform ter ondersteuning van vluchtelingen BelRefugees. Het platform, dat in 2015 werd opgericht uit een golf van solidariteit uit de burgermaatschappij, is professioneler geworden en biedt onderdak aan migranten en mensen die internationale bescherming zoeken – en die de federale overheid weigert op een waardige manier op te vangen – maar ook aan mensen zonder papieren

27. We hebben het hier over de daklozenpool en niet over de asiel- en migratiepool van New Samusocial (868 plaatsen beheerd voor Fedasil), d.w.z. de centra voor geïsoleerde personen, de 2 gezinscentra, het MENA-centrum en het centrum voor personen die medische verzorging nodig hebben en risico lopen.

die op straat belanden. Er werden dus extra plaatsen geopend in Brussel om het hoofd te bieden aan een zorgwekkende humanitaire situatie, die vandaag nog steeds voortduurt en waarvoor het Gewest uiteindelijk federale financiering kreeg in het kader van de Brussels Deal.²⁸

26% van de getelde personen in 2024 verbleven in noodopvang. Het aandeel mannen is vergelijkbaar met dat op straat.

We beschikken over informatie over de leeftijd van de personen in drie New Samusocial-centra: Poincaré (alleenstaande mannen), Louiza (alleenstaande vrouwen) en Prins van Luik voor kwetsbare en gemedicaliseerde personen, met zijn 'Pool fragiele personen' en Medihalte. Net als bij de maraudeteams bestrijkt de steekproef (7.255 verschillende personen) de periode van 1 januari 2024 tot 30 april 2025.²⁹

Noodopvangcentra voor alleenstaanden

- Gratis, onvoorwaardelijke, kortdurende opvang
- Psycho-medico-sociale diensten

Capaciteit:

- Louiza (alleenstaande vrouwen): 110 plaatsen
- Poincaré (alleenstaande mannen): 273 plaatsen

Toewijzingen: via de telefonische hotline en de webapplicatie.

Duur van het verblijf: 3 opeenvolgende nachten (Poincaré) of 6 nachten (Louiza) voor de eerste accommodatie, daarna nacht na nacht afhankelijk van de beschikbaarheid. Nachten kunnen worden verlengd om medische redenen (stabilisatie van een behandeling, bijvoorbeeld) of sociale redenen (geplande heroriëntatie, kwetsbaarheid, enz.).

28. RTBF, [Migration: un deal inédit à 20 millions entre Bruxelles et le Fédéral](#), 13 december 2022.

29. De sociale noodsituatie wordt verdeeld tussen verschillende operatoren. In 2024, op de avond van de telling, werd 38% van de mensen die in ethos 2 werden opgevangen, opgevangen door de New Samusocial. De gegevens hebben geen betrekking op de capaciteit van de voorzieningen, maar ze komen in de buurt, gezien hun verzadiging. We hebben niet gekeken naar de opvangcentra van de New Samusocial voor gezinnen of voor niet-begeleide minderjarigen. Ze waren minder relevant voor ons doelpubliek.

Het centrum voor kwetsbare en gemedicaliseerde personen

2 centra

- 1/ de Medihalte, die medische bedden biedt voor acute medische problemen (van 5 dagen tot 2 maanden) en voor chronische pathologieën (langdurig).
 - 2/ de 'Pool fragiele personen', gereserveerd voor mensen van wie de leeftijd en fysieke en/of mentale capaciteiten opvang en lichte medische zorg op middellange of lange termijn vereisen.
- Leeftijd is een criterium voor kwetsbaarheid, maar is nooit de enige bepalende factor voor de toewijzing van een bed binnen de afdeling voor kwetsbare personen.

Capaciteit:

- 45 medische bedden voor de medische unit en 105 bedden in de kwetsbare pool.
- Kamer voor 1 of 2 personen

Toewijzingen: Aanvragen voor accommodatie op medische gronden worden behandeld door een medisch focal point, dat de behoeften van de aanvragers en de meest dringende situaties beoordeelt. Overplaatsingen van het ene centrum naar het andere zijn mogelijk.

Capaciteit en aantal gehuisveste personen in voorzieningen waarover cijfers beschikbaar zijn

New Samusocial -centra	Poincaré	Louiza	Medihalte	Pool fragiele personen
Capaciteit	273	130	45	105
Aantal gehuisveste personen (16 maanden)	5.665	1.284	124	182
Vernieuwings- coëfficiënt	20,8	9,9	2,8	1,7

Bron: New Samusocial, eigen berekeningen.

Deze verblijfplaatsen maken deel uit van het sociale noodstelsel. Ze worden als dusdanig opgenomen in de tweejaarlijkse telling, zij het met een aantal voorbehouden in verband met de heterogeniteit van het aanbod (opvangcapaciteit, duur van de opvang). Dit wordt duidelijk

weergegeven in de tabel. Wat ze gemeen hebben is dat ze gratis zijn en een lage toegangsdrempel hebben.

Er is een zeer groot verloop van personen in de centra voor geïsoleerde personen en anderzijds een hoge graad van stabiliteit in de opvang in de pool voor fragiele personen, wat een langdurig verblijf bevestigt en bovendien zijn plaats in de sociale nood in vraag stelt.

In Poincaré, waar de capaciteit werd verhoogd bij de renovatie van het centrum (tussen 2020 en 2022), is de druk het grootst. De 273 plaatsen zijn het hele jaar door bezet. De vraag wordt nog verergerd doordat aanvragers van internationale bescherming niet worden opgevangen, zoals we hierboven al hebben belicht. Hoewel de evolutie van het aantal asielaanvragen sterk afhangt van de geopolitiek van de conflicten, stelt Myria (het equivalent van Unia voor migratie) vast dat het Belgische opvangnetwerk structureel slecht uitgerust is om deze schommelingen op te vangen en dat bovendien de lengte van de asielprocedure (gemiddeld 318 dagen in 2024) het verloop in de Fedasil-centra drastisch vermindert.³⁰

Van alle mensen die zijn toegelaten tot Poincaré en van wie het verblijfsstatuut bekend is (n = 4.561), blijkt dat 42% internationale bescherming zoekt en 32% illegaal verblijft, ofwel op doorreis, ofwel zich probeert te vestigen of zich al gevestigd heeft in een meer dan onzeker bestaan. De meeste van deze mensen zijn jong.

Tussen 2008 en 2024 explodeert het aantal getelde daklozen in bepaalde leefomgevingen: + 268,8% van de mensen in ethos 1 sinds 2008, + 983,3% in ethos 2, + 210% in niet-erkende structuren, + 572,7% voor bezettingen met overeenkomst, + 1038% in kraakpanden. Buiten de openbare ruimte gaat het om opvangcentra met zeer lage toegangsdrempels, waar de financiële participatie laag of onbestaande is. Het ontbreken van papieren is geen uitsluitingsfactor, in tegenstelling tot andere officiële instellingen.

In Poincaré en Louiza is het aandeel jongeren zeer hoog: 70% (Poincaré) en 50% (Louiza) van de bewoners is tussen 18 en 40 jaar, maar hun achtergrond is zeer verschillend. Als het aandeel jonge vrouwen lager is, dan

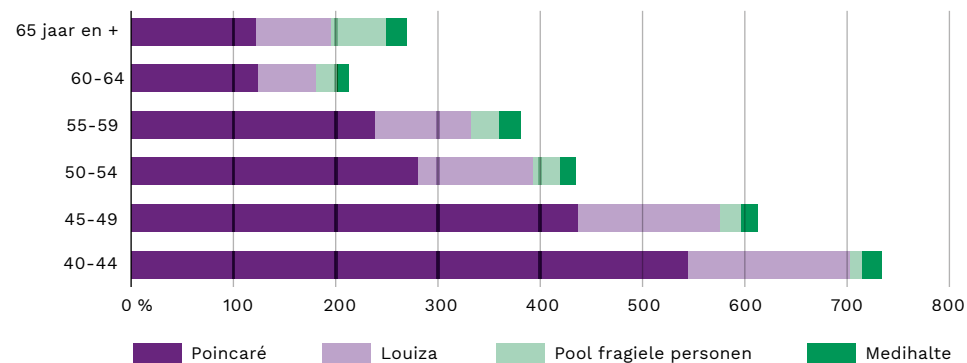
30. [Le Gouvernement fédéral en échec face à la crise de l'accueil : crise humanitaire et atteinte à l'État de droit](#), december 2022.

is dat waarschijnlijk omdat ze gelijkmatiger verdeeld zijn over Louiza, de New Samusocial gezinscentra en zeker de opvanghuizen, omdat ze verantwoordelijk zijn voor de kinderen als ze die hebben (en ze zijn oud genoeg om ze te hebben) en omdat ze minder vaak gemigreerd zijn dan mannen. Migranten zonder papieren en asielzoekers hebben bijvoorbeeld geen toegang tot opvanghuizen.

70% van de vrouwen die tijdens de referentieperiode in Louiza verbleven, had een verblijfsvergunning. En bij hen waren huiselijk geweld en geweld binnen de familie de belangrijkste redenen voor de opvang, naast het verlies van huisvesting, misschien ook gelinkt aan een vertrek veroorzaakt door geweld. Moeilijk te ontwarren, mensen kunnen meerdere redenen opgeven op het moment van binnenkomst.

Opvangcentra en verblijfsduur voor ouderen

Aantal personen per centrum en leeftijd
01/01/2024 – 30/05/2025



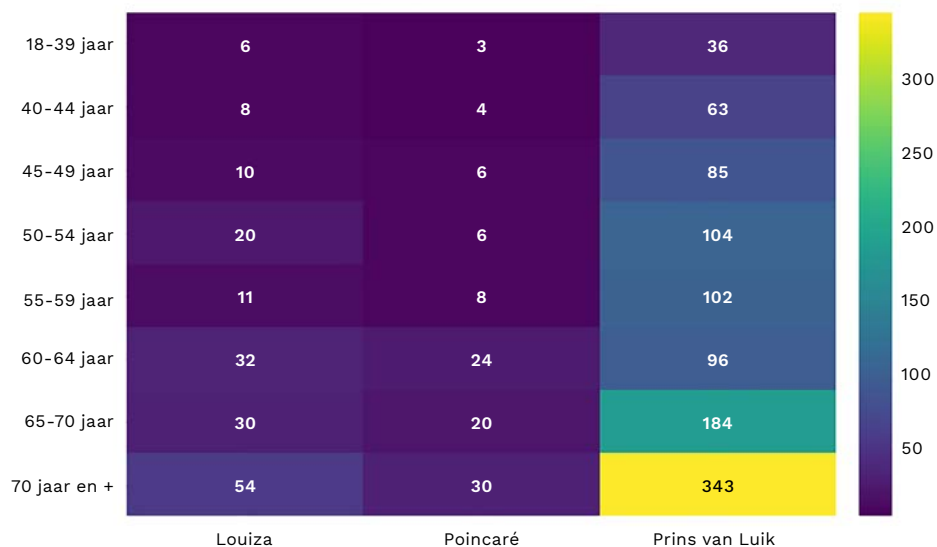
Bron: New Samusocial, eigen berekeningen.

In de leeftijdsgroepen die we bekijken, zien we dat hoe ouder mensen worden (hoewel de aantallen afnemen), hoe groter de kans is dat ze in de 'pool fragiele personen' (groene balk) terechtkomen. Ze profiteren van een onbeperkt verblijf daar, waardoor ze niet heen en weer hoeven te gaan naar de straat, hoewel wat de grafiek ook laat zien is dat ongeacht de leeftijdsgroep, er altijd meer individuen in de centra voor geïsoleerde mensen zijn dan elders, en ze zijn veel minder beschermd. De verblijfsduur is veel korter en willekeuriger.

In Médihalte (het medische gedeelte van het centrum Prins van Luik), zijn de cijfers contrastrijker volgens leeftijd (blauwe balk). Gezondheidsproblemen komen op jonge leeftijd voor, wat overeenkomt met eerdere observaties over de lagere levensverwachting van daklozen en de kwetsbaarheid van hun gezondheid. De gemiddelde leeftijd van de personen die tijdens de referentieperiode zorgbedden innamen, was 51 jaar.

De onderstaande tabel bevestigt dat leeftijd een significante invloed heeft op de duur van een verblijf (in termen van aantal nachten).³¹ Ouderen blijven overal langer. Leeftijd is een kwetsbaarheidsfactor die kan leiden tot langere opvang, dankzij het uitstellen van nachten (in Louiza en Poincaré). Het verschil in verblijfsduur tussen de centra spreekt echter voor zich: 30 nachten in Poincaré voor 70-plussers tegenover 343 nachten in Prins van Luik voor dezelfde leeftijdscategorie!

Mediane verblijfsduur per leeftijd en centrum



Bron: New Samusocial, berekeningen van de controlerende instantie.

31. Verblijf kan onderbroken zijn.

*“Senioren (60 jaar en ouder) hebben de langste verblijven, vooral de 70-plussers in het centrum Prins van Luik, met 343 dagen, of 11 maanden. Uit deze analyse blijkt dat de ouderen steeds onzekerder worden en dat het voor hen structureel onmogelijk is om van de straat te komen als ze medische begeleiding nodig hebben. Als gevolg hiervan is het centrum Prins van Luik overvol.”*³²

Wat de mediaanwaarden niet laten zien, is dat er ouderen zijn die meerdere jaren in het centrum Prins van Luik blijven, en voor sommigen zelfs tot het einde van hun leven, bij gebrek aan meer geschikte exitoplossingen, zoals bijvoorbeeld een verhuizing naar een woonzorgcentrum, gerechtvaardigd door een hoge mate van afhankelijkheid.

Naast leeftijd is er nog een andere factor die de verblijfsduur beïnvloedt: de administratieve status.

Ongeveer 40% van de 50-plussers (n = 119) en 60-plussers (n = 73) die in het centrum Prins van Luik wonen, heeft geen verblijfsvergunning (26% van de 50-plussers in Poincaré). Deze profielen weerspiegelen het toewijzingsbeleid van het centrum, dat voorrang geeft aan mensen zonder alternatief. Er is bijna geen hoop dat hun administratieve situatie wordt opgelost. *“We huisvesten al 15 jaar een vrouw van boven de 80, een Roemeense dame met dementie, die geen andere oplossing heeft dan de New Samusocial”.*³³ Het centrum voor kwetsbare mensen is een woonplek geworden, of zelfs de laatste woonplek, voor oudere migranten zonder papieren die er hopeloos vastzitten.

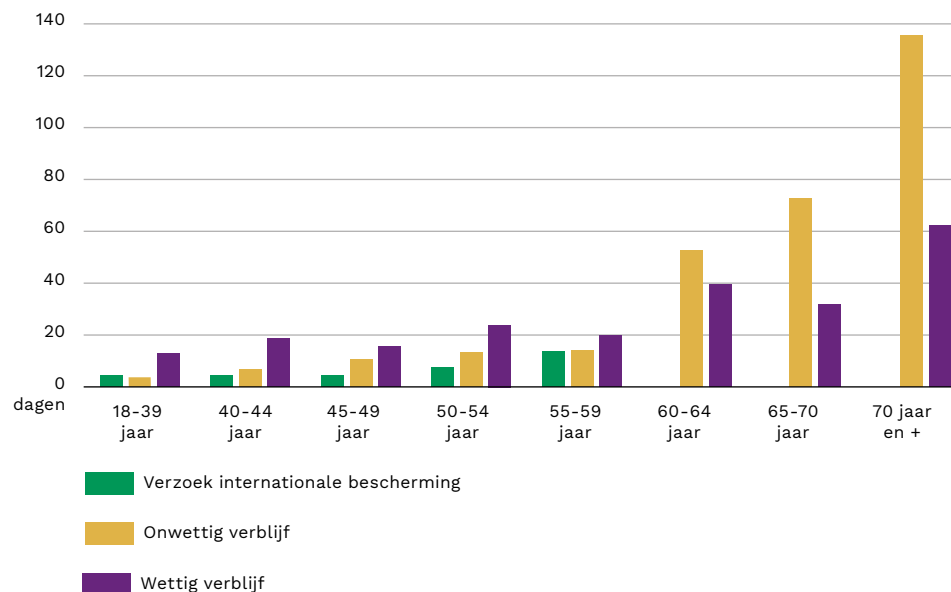
Hieronder staat een illustratie van de correlatie tussen verblijfstatuut en verblijfsduur. Het zijn inderdaad de oudste mensen die het langst blijven, maar niet zomaar oude mensen: *“De verblijfsduur neemt toe met de leeftijd en specifiek bij mensen met een onwettig statuut, met een mediaan die alle andere ver overtreft voor mensen met een onwettig statuut van 70 jaar en ouder”.*³⁴

32. Referentiepersoon Monitoring, New Samusocial.

33. Medisch coördinator, centrum voor kwetsbare personen, 13 maart 2025.

34. Referent Monitoring, New Samusocial.

Mediane verblijfsduur per leeftijd en administratief statuut (≥ 30 personen)



Bron: New Samusocial, berekeningen van de referentiepersoon Monitoring
Aantallen van minder dan 30 personen zijn niet meegeteld.

De oorzaken van de noodopvang

Voordat we het onderwerp van de noodopvangcentra afsluiten, kijken we nog even naar de oorzaken van de opvang. Hoewel deze vaak multifactorieel zijn, zijn er enkele trends te zien op het gebied van leeftijd, verblijfstatuut en geslacht. We hebben de oorzaken geselecteerd die tijdens het eerste verblijf werden genoemd. We weten dat het traject van mensen niet lineair is en verschillende crisismomenten kan omvatten.

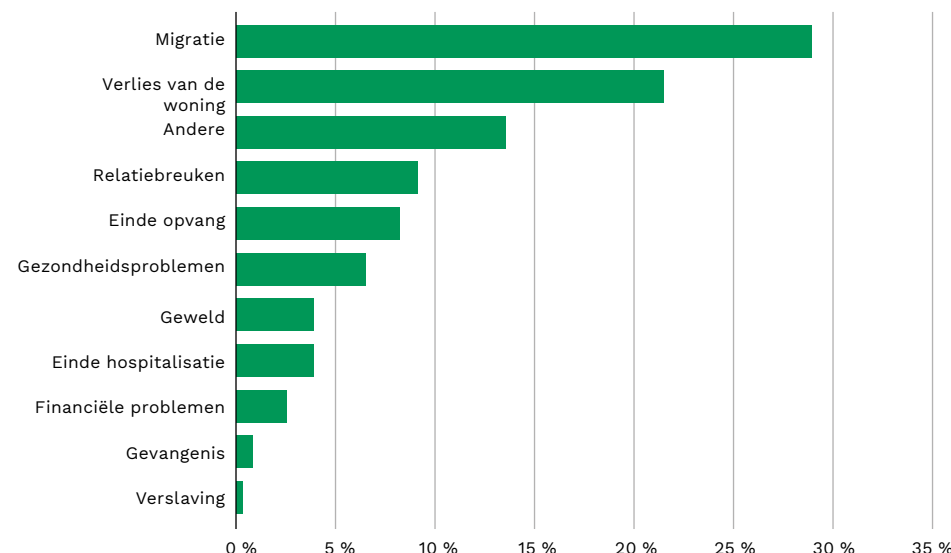
Migratie is veruit de meest voorkomende oorzaak van uitsluiting, en dit geldt vooral voor jonge mannen. Het wordt bijna 9 van de 10 keer genoemd door mensen onder de 40 jaar in het Poincaré-centrum. Onder de respondenten die migratie als voornaamste oorzaak van uitsluiting aanhaalden, vinden we ook jongvolwassenen die legaal in het land verblijven (voormalige asielzoekers die hun zaak gewonnen hebben?) en van wie het leven nog steeds gekenmerkt wordt door onveiligheid en gebrek aan toegang tot huisvesting.

Naarmate de leeftijd toeneemt, wordt migratie minder een probleem, hoewel het nog steeds voorkomt in bijna 3 op de 10 gevallen boven de 50 (alle centra samen).

Naast migratie wordt het verlies van huisvesting het vaakst genoemd als de factor die de aanleiding vormt: wettelijke uitzetting (het grootste aantal observaties), onbewoonbaarheid, geschillen tussen huiseigenaar en huurder of het einde van een huurcontract zonder mogelijkheid tot verlenging. Bij jonge vrouwen zijn het huiselijk geweld en geweld binnen het gezin die herhaaldelijk aanleiding geven tot een beroep op sociale nooddiensten. De ontbinding van een koppel of het uiteenvallen van de gezinseenheid behoren ook tot de hoofdoorzaken van ontwrichting.

Voor 65-plussers lijkt, naast de reeds vermelde redenen, ook het einde van een verblijf in een instelling een bron van instabiliteit te zijn.³⁵ Na een bepaalde leeftijd, wanneer de autonomie afneemt en fysieke en/of cognitieve problemen terrein winnen, wordt voortgezette zorg in vraag gesteld. Het woonzorgcentrum is zeker een alternatief, maar met zijn beperkingen.

Oorzaken van opvang 65-plus



Bron: New Samusocial, eigen berekeningen.

35. Met voorbehoud interpreteren, want de steekproef is erg klein (19 personen).

FOCUS #2 WELKE TOEGANG TOT GEZONDHEIDSZORG HEBBEN DAKLOZEN?

Het medisch centrum van de New Samusocial is de enige voorziening in onze regio waar daklozen met ernstig ziektebeeld medisch begeleid kunnen worden.³⁶ Het centrum biedt aangepaste zorg voor herstel en nazorg, meestal na een ziekenhuisopname. Er zijn echter twee beperkingen:

De beschikbare apparatuur en behandelingen zijn eenvoudiger dan die van ziekenhuizen. Niet alle nazorg kan worden georganiseerd in een dergelijk centrum, dat bijvoorbeeld geen zuurstoftherapie heeft. Daklozen zullen ook geen medicijnen vinden in een opvangcentrum. Artsen en verpleegkundigen die werken met mensen in extreme armoede worden gedwongen om bepaalde medicijnen te verkiezen boven andere, wanneer de behandeling zwaar en duur is.³⁷

Tussen januari 2024 en april 2025 werden 124 verschillende mensen opgenomen in de 45 zorgbedden, op een totaal van ongeveer 1.000 aanvragen.³⁸ Dit betekent dat voorrang moet worden gegeven aan mensen met de meest zorgwekkende gezondheidstoestand. Aanvragers die niet worden opgenomen, worden vervolgens ondergebracht in de andere centra van de New Samusocial, die veel minder geschikt zijn voor de eisen van herstel en continuïteit van zorg (geen voldoende medisch toezicht, geen geschikte apparatuur: geen geschikte bedden, geen rolstoelen, moeilijke toegang, enz.) De New Samusocial heeft geconstateerd dat de duur van medische verblijven toeneemt, waardoor de druk op het centrum verder toeneemt. Dit weerspiegelt de verslechterende gezondheidstoestand van de mensen die worden verzorgd en de toenemende problemen bij het vinden van geschikte huisvesting bij het verlaten van het centrum.

Deze trend moet worden gezien in de context van andere veranderingen in de samenleving, met name de drastische vermindering van ziekenhuisopnames en het einde van de zogenaamde sociale hospitalisatie, waardoor ziekenhuizen mensen met ernstige pathologieën die een uitgebreide follow-up vereisen, terug op straat zetten. De chronische verzadiging van het medisch centrum doet de vraag rijzen naar de toegang tot gezondheidszorg voor daklozen. Het is de moeite waard om hiernaar te kijken, gezien de gevolgen voor met name

36. Er is een centrum met dezelfde opzet in Antwerpen en een project in voorbereiding in Charleroi.

37. Interview met de teams van New Samusocial en Dokters van de wereld in het centrum Prins van Luik, 13 maart 2025.

38. Interview met New Samusocial, 13 maart 2025.

ouderen als het gaat om hun leefomstandigheden en huisvesting. De gezondheid gaat achteruit als gevolg van het leven op straat, maar ook als gevolg van vertraagde of niet-bestaande medische zorg.

Wanneer het dagelijks leven extreem precair is, worden gezondheidsproblemen gebagatelliseerd en/of krijgen ze lage prioriteit in vergelijking met andere onmiddellijke basisbehoeften, zoals het vinden van een slaapplek en voedsel. *“De straat is een meedogenloze omgeving, waar fysieke en psychologische kwetsbaarheid worden verergerd (...) In tegenstelling tot patiënten die vrijwillig een ziekenhuis raadplegen, houdt onze aanpak in dat we mensen overtuigen van het belang van hun gezondheid”*³⁹. Dit zijn fenomenen van ‘zelfuitsluiting’, die vandaag vrij goed gedocumenteerd zijn.⁴⁰

Het gezondheidszorgsysteem is ook schuldig. Ondanks het feit dat gezondheidsproblemen vaak voorkomen bij daklozen, hebben 7 van de 10 geen huisarts⁴¹. Het beroep is schaars, medische centra zijn verzadigd en sommige artsen weigeren te werken met hyper-preciaire profielen. Het is bijzonder moeilijk voor daklozen met meervoudige problemen (ziekte, mentale gezondheid en/of verslaving), die verre van uitzonderlijk zijn, om verzorgd te worden door de reguliere gezondheidszorgstructuren, gezien de verzadiging van de sector en de segmentering van de instellingen.⁴²

De barrière kan taalkundig zijn. Sommige eerstelijns medische diensten stellen multiculturele medische teams samen om patiënten te behandelen die noch de nationale talen noch het Engels verstaan, of die deze talen slecht verstaan. Anderen gebruiken interculturele bemiddelaars om uitwisselingen te vergemakkelijken.⁴³ In andere gevallen vormen taal en de complexiteit van de medische woordenschat barrières voor de toegang tot medische diensten.⁴⁴

39. Straatverplegers, [jaavverslag 2024](#), p. 8.

40. Zie bijvoorbeeld: [WOLFF, V., La précarité en urgence – Chapitre I. L'urgence et la santé des sans-abri](#) – Presses universitaires de Rennes, 2022, online.

41. Dokters van de wereld, [Donateursmagazine, 2022](#), p. 7.

42. Studieochtend: Incasables? Wat voor woonplekken voor mensen met een combinatie van moeilijk ouder worden, psychische problemen, extreme onzekerheid en verslaving, 5 december 2024.

43. Dit is het geval voor [Espace santé famille/Gezinsgezondheidsruimte](#), een meertalig therapeutisch centrum. Het medisch centrum Athéna en het Sint-Pieter ziekenhuis, bijvoorbeeld, hebben interculturele bemiddelaars die gebruik maken van de medische woordenschat. De vzw Diogenes heeft ook bemiddelaars die mensen kunnen helpen met hun administratieve en medische vragen.

44. Ontmoeting met straathoekwerkers van de vzw Diogenes, januari 2025.

De obstakels zijn vooral van financiële aard. Gelukkig zijn er gratis medische consulten die voor iedereen toegankelijk zijn, met of zonder sociale zekerheid, zonder afspraak. Het Centrum voor Onthaal, Zorg en Oriëntatie (COZO Brussel) georganiseerd door Dokters van de wereld en het medisch centrum Athéna bieden beide een sociale dienst om mensen te helpen toegang te krijgen tot hun rechten en/of hen door te verwijzen naar het traditionele gezondheidszorgsysteem. Hoewel deze structuren essentieel zijn door hun onvoorwaardelijke of zeer laagdrempelige opvang, zijn ze al te zeldzaam en is hun werk beperkt tot kleine gezondheidsproblemen (en tot patiënten met wie contact niet geweigerd wordt).⁴⁵

Ziekteverzekering is verplicht in België. Toch is ongeveer 2% van de Brusselaars niet verzekerd (omdat ze hun bijdragen aan hun ziekenfonds niet betaald hebben of omdat ze geen officieel adres hebben (ze zijn dus uit de registers geschrapt)).⁴⁶ En dan hebben we het nog niet over de naar schatting 50.000 onverzekerde mensen zonder papieren in Brussel.

Het gebrek aan medische dekking is een realiteit voor daklozen. 35% van de mensen die naar de vzw Transit gaan, hebben geen ziekteverzekering.⁴⁷ Hetzelfde geldt voor Diogenes, waar 16% van de daklozen geen ziekteverzekering heeft, hoewel 25% van hen dringende medische hulp krijgt.⁴⁸

Dringende medische hulp (DMH)

Mensen zonder papieren kunnen zich niet aansluiten bij een ziekteverzekering. Hun toegang tot gezondheidszorg, vastgelegd in de wet, wordt gegarandeerd voor dringende medische hulp, die, ondanks de naam, niet alleen spoedeisende zorg dekt, maar alle zorg, zowel preventief als curatief.

Om in aanmerking te komen voor AMU moet je aan voorwaarden voldoen: geen wettig verblijf, in de gemeente wonen, behoeftig zijn en medische zorg nodig hebben.

45. Andere ambulante diensten ontmoeten mensen die ze nodig hebben op straat, op de plaats waar ze wonen, om diegenen te ondersteunen die de geschikte centra niet kennen of er niet naartoe kunnen reizen. Dit is het geval met de [Medibusdienst](#) van Dokters van de wereld en het straatwerk dat wordt uitgevoerd door de vzw [Straatverplegers](#) en verpleegkundigen van vzw Transit, die als hoofddoel hebben contact te leggen met mensen om hen in contact te brengen met het gezondheidszorgsysteem en ter plaatse bepaalde soorten zorg te verlenen.

46. «Renforcer l'accessibilité aux soins», santé conjugée, maart 2024, p. 7.

47. Transit vzw, [Activiteitenverslag 2023](#), p. 12.

48. Statistische gegevens van Diogenes, niet gepubliceerd.

DMH wordt verstrekt via het OCMW. Het dekt de meeste farmaceutische kosten, raadplegingen en, indien nodig, hospitalisatie. Als de beslissing van het OCMW gunstig is, krijgt de persoon zonder wettig verblijf een «requisitorium» of een medische kaart die toegang geeft tot een arts. De duur hiervan varieert, van een voucher voor 1 consultatie tot een medische kaart die over het algemeen 3 maanden geldig is en daarna vernieuwd moet worden. In noodgevallen kunnen patiënten rechtstreeks naar het ziekenhuis gaan, waar de DMH-procedure ook kan worden gestart met het OCMW.

In 2023 kregen 16.000 mensen zonder papieren DMH in Brussel (tegenover 23.000 in heel België).⁴⁹ Dit betekent dat bijna 70% van de personen zonder wettig verblijf in Brussel die recht hebben op DMH er geen gebruik van maken.

Er zijn verschillende mogelijke redenen voor het niet-gebruik: gebrek aan kennis over de hulp en angst voor de autoriteiten, ook al zijn de OCMW's gebonden door het beroepsgeheim. Een andere reden is de complexiteit en lengte van de procedure. De OCMW's zijn verplicht om binnen 30 dagen te antwoorden, maar de termijnen worden regelmatig overschreden: gemiddeld 4 maanden (mediaanwaarde in 2022 volgens waarnemingen van Dokters van de wereld), waardoor bepaalde behandelingen in het gedrang komen.⁵⁰

Voor sommige behandelingen moeten specifieke aanvragen worden ingediend (dit is bijvoorbeeld altijd het geval voor psychiatrische raadplegingen).⁵¹ Ze kunnen geweigerd worden door de OCMW's, die geen enkele medische expertise hebben, en de antwoordtijden variëren opnieuw van OCMW tot OCMW.

Andere behoeften worden eenvoudigweg niet gedekt, waaronder sommige die verband houden met veroudering (incontinentiemateriaal, gezichtsvermogen, tandprotheses, enz.)

Als deze behoeften niet worden gedekt, is het risico groot dat de persoon de behandeling stopzet. Medicijnen zijn geen prioriteit voor daklozen, ze komen op de tweede plaats na de dagelijkse basisbehoeften (eten en slapen) en consumptie, zelfs voor mensen die aan verslaving lijden.⁵²

49. [Statistische gegevens van de Maatschappelijke Integratie SPP met betrekking tot Dringende Medische Bijstand \(AMU\)](#).

50. Médecins du Monde, [Memorandum Verkiezingen 2024](#).

51. Dokters van de wereld, [standpuntnota: geestelijke gezondheidszorg, 2024](#), bijlage 1, p. 16.

52. Interview met New Samusocial en Dokters van de wereld, 13 maart 2025.

Het niet-gebruik van DMH, aangeklaagd door de betrokken personen en de verenigingen,⁵³ werd ook benadrukt door het Rekenhof. Haar analyse benadrukt de gevolgen voor de gezondheid en de begroting: *“In 2023 had 85% van de terugbetaalde kosten (...) betrekking op intramurale zorg, waarvan 63% voor ziekenhuisopname. Deze verhouding is omgekeerd voor de algemene bevolking, waar 89% van de zorg buiten het ziekenhuis wordt verstrekt. De oververtegenwoordiging van intramurale zorg en hospitalisatie voor de DMH weerspiegelt de beperkte toegang tot extramurale zorg. Gebrek aan toegang tot extramurale zorg betekent dat patiënten hun toevlucht moeten nemen tot intramurale zorg, in het bijzonder spoedeisende zorg. Dit leidt tot hogere kosten dan wanneer deze patiënten tijdig buiten het ziekenhuis zouden zijn behandeld”*.⁵⁴

Deze bevindingen kunnen worden uitgebreid naar daklozen, zelfs als ze legaal in het land verblijven. Zij maken verhoudingsgewijs meer gebruik van spoedafdelingen van ziekenhuizen: na ongevallen in de openbare ruimte, voor acute crisissituaties, wanneer hun gezondheidstoestand zodanig verslechterd is, door een gebrek aan toegang tot algemene en gespecialiseerde poliklinische raadplegingen, en soms ook door een gebrek aan huisvesting. Voor kwetsbare mensen in nood vormen spoedafdelingen een onvoorwaardelijk aanspreekpunt dat goed bekend staat en gemakkelijk te herkennen is.⁵⁵

Veel ouderen worden in het ziekenhuis opgenomen nadat ze naar de spoedeisende hulp zijn gegaan (1 op de 2 75-plussers)⁵⁶. Bij de mensen die worden gevolgd door de vzw Diogenes zijn 50-plussers oververtegenwoordigd onder degenen die in het ziekenhuis hebben gelegen, op een somatische afdeling.⁵⁷

Sinds een aantal jaren bevordert het gezondheidszorgbeleid daghospitalisatie en kortere verblijven voor conventionele ziekenhuispatiënten. De redenen hiervoor zijn niet uitsluitend economisch, maar hebben ook te maken met de ontwikkeling van minder invasieve praktijken en procedures, en de vermindering van het risico op ziekenhuisinfecties, enz. Maar de kosten van ziekenhuisverblijven (voor patiënten en voor de gemeenschap) staan centraal in deze ontwikkelingen.

53. Dokters van de wereld, [Memorandum Verkiezingen 2024](#).

54. [Rekenhof, Dringende medische hulp voor mensen zonder wettig verblijf](#), mei 2025.

55. Interview met de sociale spoeddienst van het Sint-Pieters ziekenhuis, 19/02/2025.

56. Sciansano, Naar een gezond België

57. De 50-plussers vertegenwoordigen 43% van de personen die door Diogenes worden opgevolgd, maar 60% van de personen die op een somatische afdeling worden opgenomen (in 2024). Bronnen: statistische gegevens van Diogenes, niet gepubliceerd.

Terugkeren naar huis vereist aanpassingen, vooral als dit vroeg gebeurt. Soms gaat het om bouwkundige aanpassingen en vaak om huishulp. Als de behoeften groot zijn, is het een kwestie van het coördineren van verschillende soorten hulp (verpleegkundigen, fysiotherapeuten, gezinshulp, huishoudelijke hulp, maaltijden, enz). De sociale thuiszorg bijvoorbeeld is verzadigd en de alternatieven (dienstencheques) zijn onbetaalbaar, waardoor het onmogelijk is om naar huis terug te keren wanneer de middelen ontoereikend zijn. In andere gevallen is de accommodatie zelf het probleem. Herstel is ondenkbaar in ondermaatse huisvesting, waar verhuurders niet ingrijpen om onderhoud en reparaties uit te voeren. Hetzelfde geldt voor de overvolle huizen van patiënten die lijden aan het syndroom van Diogenes.⁵⁸

Terwijl de primaire taak van maatschappelijk werkers in ziekenhuizen is om ervoor te zorgen dat patiënten in goede omstandigheden naar huis terugkeren, is hun taak heel anders als het gaat om daklozen. Met kortere wachttijden dan vroeger, maar ook met zwaardere herstelperiodes, is de uitdaging bijna onmogelijk aan te gaan. Wanneer de behoefte aan nazorg groot is, is terugkeren naar de straat geen optie. De opties worden dan beperkt tot het New Samusocial Medisch Centrum, met zijn 45 plaatsen en 1.000 aanvragen per jaar...

“Sociale hospitalisatie bestaat niet meer. Vorig jaar namen we [New Samusocial Medisch Centrum] 6 of 7 mensen van boven de 75 op – de oudste was 88 – er waren mensen in looprekken, mensen met een neus-maagsonde... die van de ene op de andere dag uit het ziekenhuis werden ontslagen. Het ziekenhuis kon niet meer voor hen zorgen, dus werden deze mensen op de stoep gezet en kwamen ze terecht bij New Samusocial, waar ze de rest van hun leven zullen blijven”.

Claude Galle, medisch coördinator
in het Prins van Luik-centrum voor kwetsbare personen.

58. Interviews met SPAD CALIGO, 11/03/2025 en met de sociale dienst van het revalidatiecentrum César De Paepe, 23/04/2025.

Ethos 1 en 2

Tussen januari 2024 en april 2025 hadden de veldwerkers van de New Samusocial op straat contact met 2.086 mensen die zich wilden identificeren. Volgens de instelling ligt het werkelijke aantal veel hoger, hoewel het niet mogelijk is om het nauwkeurig in te schatten. In dezelfde periode hebben 7.255 personen de noodopvangcentra van Poincaré, Louiza en Prins van Luik bezocht. De twee steekproeven kunnen niet bij elkaar opgeteld worden, omdat sommigen van hen op straat leven en anderen in de centra verblijven, en voor sommigen van hen weerspiegelt dit komen en gaan een vorm van chronisch zwerven.

Tegelijkertijd hebben de twee groepen niet hetzelfde numerieke belang. Er zijn 3,5 keer meer mensen in de centra dan op straat, wat suggereert dat de meeste mensen die we in de centra ontmoeten de hulpdiensten gebruiken om een eenmalige crisis op te lossen, met min of meer snelle oplossingen om eruit te geraken. Tenzij een deel van het verschil verklaard kan worden door het aantal mensen dat onzichtbaar blijft in de straatstatistieken, hetzij vrijwillig, hetzij door de aard van het werk van de straathoekwerkers, die prioriteit geven aan het beantwoorden van vitale behoeften in plaats van het verzamelen van gegevens.

We toonden hierboven aan dat de 50-plussers 25% uitmaken van de mensen die de New Samusocial op straat tegenkomt, en de 60-plussers 10%. Het feit dat Fedasil er onvoldoende in slaagt migranten op te vangen, onthult een zeer sinistere en zorgwekkende humanitaire situatie op straat, maar de realiteit van oudere mensen, die mogelijk vaker in een chronische zwerfsituatie verkeren, zou ook alarmerend moeten zijn en verdient het om beter gedocumenteerd te worden.

In centra neemt de mediane verblijfsduur toe met de leeftijd. De verblijfsduur is ook langer voor oudere vrouwen dan voor mannen van dezelfde leeftijd: 54 dagen in Louiza voor 70-plussers bijvoorbeeld, tegenover 30 dagen in Poincaré over een periode van 16 maanden. Dit zijn niet noodzakelijk opeenvolgende nachten. Dit kan gedeeltelijk te wijten zijn aan het systeem van nachtoverdracht dat ten goede komt aan de meest kwetsbaren, waaronder ouderen, maar het kan ook verspreid zijn in de tijd, afhankelijk van de beschikbaarheid van plaatsen. Het verschil in verblijfsduur tussen mannen en vrouwen is waarschijnlijk te wijten aan de bijzonder acute aard van de vraag in Poincaré.

Maar je moet al heel oud zijn om een dergelijke duur te bereiken. Op vijftigjarige leeftijd brachten mannen in Poincaré een mediaan van 6 nachten door tijdens de referentieperiode. Helaas kennen we hun traject niet. Gezien het aantal mensen in preciaire situaties kunnen we niet weten of hun aanvraag voor onderdak eenmalig is of gewoon niet wordt gehonoreerd.

Het centrum voor kwetsbare zorgbehoevenden en gemedicaliseerde personen biedt echt langdurig respijt aan mensen die zorg nodig hebben of in een extreem fragiele toestand verkeren. Er zijn echter niet genoeg plaatsen om aan de vraag te voldoen. Leeftijd is een indicator voor kwetsbaarheid. Maar niet alle ouderen in extreem preciaire situaties kunnen er terecht.

Mensen van 65 jaar en ouder brengen hier tussen 6 maanden en een jaar door, maar een langer verblijf garandeert niet dat er aan het einde ervan oplossingen worden gevonden. Voor sommige mensen, vooral degenen zonder verblijfsvergunning, is het Prins van Luik-centrum zeker een plaats van herstel en genezing, maar het is ook een doodlopende weg.

Zowel in de ambulante diensten als in de centra daalt het aantal personen naarmate de mensen ouder worden. Hieronder staan de aantallen mensen, per leeftijdsgroep, in de onderzochte New Samusocial-centra:

Leeftijdsgroepen	Aantal mensen
40-44 jaar	734
45-49 jaar	614
50-54 jaar	435
55-59 jaar	381
Leeftijd 60-64	213
65 jaar en ouder	270

We weten dat daklozen vroegtijdig sterven. We kunnen ook de meer optimistische hypothese poneren dat sommige ouderen extreme onzekerheid hebben verlaten voor stabielere, comfortabelere huisvesting die beter aan hun behoeften voldoet, of een woning hebben gevonden.

Op de volgende pagina's gaan we achtereenvolgens in op de kwestie van ouder worden in onthaalhuizen, Housing First-projecten en andere herhuisvestingsprojecten voor kwetsbare groepen, en op de kwestie van dakloosheid in woonzorgcentra. We proberen een stapsgewijze benadering te volgen van een realiteit die moeilijk te vatten is.

EEN BIJDRAGE VAN AMA

4. Ouderen in brusselse opvanghuizen

Louis Berny, verantwoordelijke Brusselse projecten bij AMA

Na de vertegenwoordiging van ouderen in de ethoscategorieën 1 en 2 te hebben onderzocht, gaan we verder met ethos 3. De BBRoW wendde zich tot AMA, de Federatie van opvanghuizen en hulpdiensten voor daklozen, om licht te werpen op de aanwezigheid van ouderen in Brusselse opvanghuizen.

In het Brussels Gewest worden opvanghuizen erkend door zowel de Franse Gemeenschapscommissie (COCOF) als de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (COCOM). De ordonnantie van 2018 van de COCOM definieert een «opvanghuis» als een residentiële dienst die wordt beheerd door een organiserende instantie, die niet onder de individuele controle van de bewoner staat en waar de organiserende instantie tijdelijke huisvesting en begeleiding organiseert om de dakloze op termijn opnieuw te integreren.

Het decreet van 27 mei 1999 betreffende de toekenning van erkenningen en subsidies aan COCOF-onthaalhuizen bepaalt dat de opdracht van het onthaalhuis erin bestaat opvang, huisvesting en aangepaste psychosociale hulp te bieden aan de begunstigden om hun autonomie, algemeen welzijn en re-integratie in de maatschappij te bevorderen, met bijzondere aandacht voor sociale begeleiding met het oog op het behoud, de opening of de heropening van sociale rechten, alsook voor de toegang tot

duurzame huisvesting. Het is ook verantwoordelijk voor het verstrekken van post-housing ondersteuning aan mensen die dat nodig hebben na hun verblijf in het onthaalhuis.

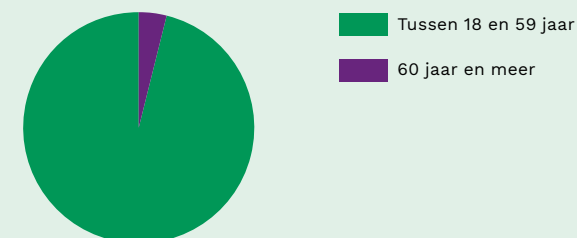
17 onthaalhuizen zijn erkend door de COCOF en 10 zijn momenteel erkend of worden erkend door de COCOM in Brussel. Deze 27 structuren vertegenwoordigen 1.089 opvangplaatsen. Voor de volledigheid: de Vlaamse Gemeenschap Commissie (VGC) erkent ook één voorziening in Brussel.

Het AMA heeft geen cijfers voor verblijven in COCOM-opvanghuizen, maar wel voor de 17 COCOF-opvanghuizen, die goed zijn voor 752 van de 1089 plaatsen in het BHG.

De laatst beschikbare gegevens dateren van 2021, toen de COCOF-opvanghuizen 735 verblijfsplaatsen aanboden. Dat jaar werden 1.446 nieuwe verblijven (mannen, vrouwen en kinderen) geregistreerd. Daarvan waren er 50 bestemd voor personen van 60 jaar of ouder.

Exclusief minderjarigen waren er 1.164 verblijven voor volwassenen. Het aandeel 60-plussers in de volwassenverblijven was 4% – grotendeels ongewijzigd ten opzichte van de voorgaande vier jaar.

Aandeel van 60-plussers onder volwassen personen voor nieuwe verblijven



Aan de andere kant, als we kijken naar de oudere leeftijdsgroep, werden slechts 7 mensen tussen 70 en 79 jaar geregistreerd bij de nieuwe verblijven.

Statistisch gezien is het interessant om op te merken dat van de 60-plussers in 2021 er slechts 3 vrouw waren.

Er zijn verschillende mogelijke verklaringen voor het relatief lage aandeel ouderen in COCOF-tehuizen, en ze zijn waarschijnlijk cumulatief.

Ten eerste wordt er in het regelgevend kader niets gezegd over leeftijd, wat de opvang van een ouder publiek zou kunnen beperken. De COCOF- en COCOM-wetgeving stelt echter expliciet dat opvanghuizen de doelstelling van empowerment van mensen moeten nastreven. Dit roept de vraag op of opvanghuizen de beste plaats zijn voor mensen die door hun leeftijd steeds afhankelijker worden van hulp van buitenaf.

Bovendien heeft elke instelling een collectief/educatief project. Deze documenten zijn vereist door de COCOF. De COCOF eist dat het collectieve project alle doelstellingen en middelen definieert die het onthaalhuis nodig heeft om zijn missies te vervullen, en dat het rekening houdt met de sociale en economische omgeving van het tehuis. Deze collectieve projecten zijn ook gevormd door de geschiedenis van de instellingen en worden er regelmatig door in vraag gesteld. Het is dan ook niet ongewoon dat voorzieningen zich richten op een bepaalde doelgroep op basis van een bepaalde kwetsbaarheid, zoals leeftijd (bijv. het opvanghuis @Home 18-24 van de vzw Les Petits Riens, dat zich richt op jonge mannen van 18 tot 24 jaar). Andere voorzieningen, die nu erkend zijn als opvanghuizen, zijn voormalige kraamklinieken die zich richtten op jonge moeders. Het is onvermijdelijk dat de geschiedenis van deze voorzieningen nog steeds een stempel drukt op hun projecten, te beginnen met het profiel van de huishoudens die er worden opgevangen, namelijk vrouwen met kinderen.

Een andere verklaring is dat sommige diensten het moeilijk vinden om oudere mensen op te vangen en te ondersteunen. De infrastructuur van de diensten is niet altijd aangepast aan de behoeften die de leeftijd van het publiek kan vereisen, of het nu gaat om meubilair of toegang voor mensen met beperkte mobiliteit. Bovendien is het personeel van voorzieningen die zelden of nooit zorg bieden aan ouderen mogelijk niet voldoende opgeleid om met hen om te gaan. Aangezien leeftijd kan leiden tot andere en meer talrijke kwetsbaarheden, is het mogelijk dat de omgeving van het personeel daar niet op is aangepast. Hetzelfde geldt voor de reactie op potentiële gezondheidsproblemen, aangezien het personeel van verzorgingshuizen in wezen opvoeders en maatschappelijk werkers zijn.

Tot slot tonen studies een nauw verband aan tussen de economische status van mensen en hun gezondheid. Helaas sterven mensen in precaire situaties jonger dan gemiddeld. Deze vaststelling is nog duidelijker voor daklozen; de gemiddelde leeftijd van mensen die op straat sterven in Brussel ligt dicht bij 50.⁵⁹ Aangezien er een permeabiliteit bestaat tussen daklozen en thuislozen die in opvangcentra wonen, is de verklaring nog droeviger.

Tot slot zijn oudere daklozen, waarover we weinig of geen informatie hebben, vaak onzichtbaar. Ze vormen een kwetsbare groep die speciale aandacht nodig heeft. Ze lijden vaker aan gezondheidsproblemen en eenzaamheid, en noodopvangstructuren zoals opvanghuizen zijn mogelijk niet aangepast aan hun specifieke behoeften.

5. Woonzorgcentra als oplossing voor herhuisvesting?

Woonzorgcentra: doelgroep en onderbezetting

De Brusselse woonzorgcentra⁶⁰ zijn over het algemeen bestemd voor 60-plussers, althans diegenen die onder de bevoegdheid van Iriscare (gemeenschappelijke gemeenschapscommissie) vallen, goed voor 93% van het gewestelijke aanbod (121/130). In de enkele voorzieningen van de Vlaamse Gemeenschap in Brussel (9) is de minimumleeftijd 65 jaar.

Sommige woonzorgcentra richten zich echter op iets jongere mensen (50-60 jaar), die misschien minder afhankelijk zijn, maar wel te maken hebben met een moeilijke veroudering en fysieke, sociale, financiële en mentale kwetsbaarheden, in het bijzonder diegenen die tot het OCMW

⁵⁹. Collectief Straatdoden, op. cit.

⁶⁰. Noot van de vertaler: Waar in het Frans nog een onderscheid wordt gemaakt tussen 'maison de repos' en 'maison de repos et soins', ook in de erkenningsbesluiten, wordt langs Nederlandstalige kant als het over de instelling gaat niet langer het onderscheid gemaakt tussen rusthuis, rust- en verzorgingstehuis en woonzorgcentrum en spreekt men in het algemeen over woonzorgcentra.

behoren. Vijftien jaar geleden gaven sommige openbare instellingen in Brussel toe dat meer dan 60% van hun bewoners jonger dan 60 jaar was.⁶¹ Zozeer zelfs dat de COCOM in 2009 besloot om een maximaal afwijkingsquotum van 5% op basis van leeftijd in te stellen in erkende instellingen.

Ondertussen is de onderbezetting van de sector toegenomen, vooral als gevolg van de trauma's die ouderen hebben opgelopen tijdens de covid-crisis. In 2013 was 90% van de bedden bezet, tegen slechts 75% in 2023.⁶² De situatie versoepelde toen wat betreft de opname van jonge bejaarden en andere instellingen, vooral privéinstellingen, ondernamen actie, waardoor hun bezettingsgraad steeg. Het percentage toegestane uitzonderingen is gestegen tot 10% (van de toegestane capaciteit, 13.000 bedden in april 2025). Hetzelfde percentage als in de Vlaamse woonzorgcentra. We zullen later zien dat er nu nieuwe beperkingen worden opgelegd aan de opvang van de 'jongsten', op een moment dat het aantal plaatsen daalt en verschillende woonzorgcentra sluiten.

Onder de 60 jaar: enkele profielen

Op de schaal van Katz, de maatstaf voor de beoordeling van afhankelijkheid in woonzorgcentra, die wordt gebruikt om de behoefte aan zorgpersoneel en hun financiering (dagtarief) te bepalen, zitten de personen jonger dan 60 vaker (maar niet altijd) in de profielen A en O.

Met andere woorden, ze hebben geen lichamelijke of geestelijke afhankelijkheid (O) of slechts een lichte afhankelijkheid (A): ze hebben hulp nodig bij bepaalde dagelijkse taken zoals wassen en/of aankleden, zijn geestelijk in de war en hebben moeite om hun draai te vinden in tijd en ruimte. Hoewel deze mensen volgens de beoordelingscriteria van Katz minder afhankelijk zijn dan de gemiddelde bewoner, hebben ze nog steeds behoeften die de teams mobiliseren en vaak op de proef stellen.

Hoewel we geen cijfers hebben over het aantal mensen onder de 60 die in woonzorgcentra wonen,⁶³ hebben we wel een indicatie van het profiel van de O/A-bewoners.⁶⁴ Sommigen zijn zeker bejaard. Onder de

jongste bewoners, d.w.z. degenen met een profiel dat uit de pas loopt of daar dichtbij in de buurt komt, zijn er naast levensongelukken waarvan sommigen niet herstellen (het verlies van een huis, bijvoorbeeld, of het verlies van een levenspartner), ook daklozen, waaronder ouder wordende mensen die verschillende perioden op straat of in instellingen hebben doorgebracht.

Sommige bewoners hebben lange tijd in instellingen gezeten, voordat ze naar een woonzorgcentrum verhuisden: pleeggezinnen, psychiatrische verzorgingstehuizen, verstandelijk gehandicaptensector, beschermd wonen, enz.

Het verlies van autonomie en soms de ziekte van een persoon verstoren de teams in deze instellingen, die zich niet langer uitgerust of bekwaam voelen om mensen te ondersteunen wanneer ze ouder worden, wat leidt tot een verhuizing naar een woonzorgcentrum, wat al dan niet gewenst en niet altijd gepast is. Bovendien kan de verzadiging van deze zelfde sectoren ook leiden tot vroegtijdige doorverwijzing naar een woonzorgcentrum.

Het moet ook gezegd worden dat woonvoorzieningen niet altijd ontworpen zijn om tegemoet te komen aan de behoeften van oudere mensen, vooral die met een afnemende mobiliteit: beperkte toegankelijkheid in receptie ruimtes, kamers/douches die niet aangepast zijn, enz.

“Hoewel iedereen het erover eens is dat veroudering een natuurlijk proces is dat niet omzeild kan worden, is het paradoxaal genoeg niet ongewoon om vast te stellen dat veel ondersteuningsmogelijkheden aflopen op het moment dat de veroudering begint [...].

*Er ontstaan tal van sectorale blinde vlekken. De complexiteit die veel professionals hebben verworven over het verouderingsproces wordt nu ingehaald door de veroudering van steeds meer achtergestelde groepen die worden uitgesloten van alle passende sectorale voorzieningen”.*⁶⁵

61. [Brussels armoederapport, Thuisloos in Brussel](#), 2010, p. 45.

62. [Brussels Parlement, COCOM, Commissie voor de Gezondheid en Bijstand aan Personen, 21 september 2023](#), p. 39.

63. Ter indicatie: Home-Info schrijft in haar [jaarverslag 2022](#) (p.50) dat een groot aantal bezochte instellingen zegt dat ze «het 'quotum' hebben bereikt van jongeren die ze kunnen ondersteunen».

64. CARBONNELLE S., [Les profils des résidents O et A* en maison de repos pour personnes âgées en Région de Bruxelles-Capitale. Parcours, logiques d'orientation, d'accueil et alternatives](#), centre de diffusion de la culture sanitaire, juni 2017.

65. Home-Info, [jaarverslag 2024](#), p. 74.

Het woonzorgcentrum als reservewiel? En met zijn eigen beperkingen

Woonzorgcentra vullen de gaten, verzadigingen en sectorale malaise veroorzaakt door het ouder worden van mensen die in geen enkel hokje meer passen en elders geen plaats meer kunnen vinden. De diversiteit en complexiteit van de profielen die in woonzorgcentra gehuisvest worden, brengt de bestaande teams in beroering, die gewend en getraind zijn in het omgaan met ernstige geriatrische problemen en minder vertrouwd zijn met de zorg voor mensen met psycho-(medisch)-sociale problemen die met name te maken hebben met extreme onzekerheid of grote kwetsbaarheid (ongeacht de leeftijd). Dit betekent niet dat de werklust en de tijdsbesteding die nodig zijn om voor deze bewoners te zorgen minder is, ook al zijn de personeelskosten lager.

Natuurlijk zijn woonzorgcentra ook betrokken bij het herhuisvesten van mensen van gevorderde leeftijd die uitgesloten zijn van de huurmarkt, vaak als een noodoplossing. Terwijl het institutionele kader en zijn beperkingen een bron kunnen zijn van grote spanningen en wantrouwen tussen personeel en bewoners, kunnen de gemiddelde leeftijd van de woonzorgcentrumbewoners (86) en de daarmee gepaard gaande mate van afhankelijkheid bijzonder confronterend zijn voor jonge senioren die op zoek zijn naar een plaats in een structuur waarvoor ze niet altijd gekozen hebben.

En, laten we niet vergeten, deze accommodatie heeft een prijs. In 2023 kostte een verblijf in een openbare instelling gemiddeld € 1664/maand, tegenover € 2171/maand in een particuliere commerciële instelling.⁶⁶ Bewoners die niet over voldoende middelen beschikken om alle kosten te dekken, kunnen hulp krijgen van het OCMW, meestal in ruil voor een overdracht van hun inkomen (leefloon, IGO, enz.). De OCMW's vullen het tekort aan. Het zakgeld, ongeveer 100 euro per maand, is dan alles wat de bewoners overhouden om hun persoonlijke uitgaven te dekken. Dit maandelijks bedrag wordt des te ontoereikend geacht als de bewoner buiten het woonzorgcentrum activiteiten heeft, dagelijks

66. Cornet B., Malcotte E., Vrancken J., « Maison de repos : à quel prix? Synthèse », Solidarité, Pôle Etudes et Politiques de santé, 2025, 4 p. "Woonzorgcentra zijn verplicht om in de prijs van de accommodatie alle diensten op te nemen die nodig zijn voor het dagelijkse leven, zoals het gebruik en onderhoud van de kamer en gemeenschappelijke ruimten, maaltijden, nutsvoorzieningen, enzovoort. Bijkomende kosten zijn kosten die verband houden met specifieke behoeften of verzoeken van de patiënt: medicatie, zorg die niet onder de vaste prijs valt, andere verbruiksgoederen dan maaltijden, schoonmaken van persoonlijk linnengoed". (p. 2).

rookt en misschien alcohol drinkt, enz. Het is niet ongewoon dat bewoners overdag om geld bedelen. Sommige dakloze ouderen weigeren juist om deze reden in een woonzorgcentrum te gaan wonen.

Toch maken bejaardentehuizen deel uit van een steeds zeldzamer wordend aanbod aan oplossingen voor mensen die de zorg verlaten en kunnen ze een rol spelen in het herstel van oudere mensen die tot nu toe een extreem moeilijk leven hebben gehad (de straat, sociale nood-situaties, onconventionele huisvesting ...) en die zorg, rust en veiligheid nodig hebben. Daarom worden Housing First- projecten ook uitgebreid naar woonzorgcentra in Brussel.

Montessori en Housing First in woonzorgcentra

Projectpartners: Senior Montessori, SMES, Straatverplegers en DoucheFLUX (en sinds kort ook de Housing First-diensten van de vzw's DUNE en Antonin Artaud).

Doel: de opname in woonzorgcentra vergemakkelijken van personen op leeftijd, in een zeer precaire situatie (op straat of in noodopvang), met verslavings- en mentale gezondheidsproblemen. De betrokken personen dienen een aanvraag tot opname in.

Initiatief: Proefproject gerund door Montessori sinds 2021 en gefinancierd door COCOM, sindsdien elk jaar vernieuwd.

Aanpak: het resultaat van een combinatie van de filosofie van Maria Montessori aangepast voor ouderen en de Housing First aanpak.

Senior Montessori wil de manier veranderen waarop we kijken naar ondersteuning voor mensen die ouder worden, door hen aan te moedigen zelfstandig te zijn op basis van hun capaciteiten (zelfs in het geval van dementie of ernstige cognitieve stoornissen kunnen mensen de controle over hun leven behouden). "Alles wat je voor me doet, neem je van me af".

Dit betekent een paradigmaverschuiving voor woonzorgcentra, die gewend zijn te denken in termen van mate van afhankelijkheid (Katz-schaal). De Montessorimethode vereist een heroverweging van de fysieke en psychologische omgeving van de instelling.

Het doel van het **Housing First** project is het permanent en onvoorwaardelijk huisvesten van zeer gemarginaliseerde daklozen die vaak een combinatie van verslaving en geestelijke gezondheidsproblemen hebben, waardoor het voor hen erg moeilijk is om een woning te vinden. Een plek om te wonen is de eerste stap op weg naar zorg en herstel. De geboden ondersteuning is multidisciplinair en kan intensief zijn, afhankelijk van de behoeften.

De Housing First partners hebben niet als doel om tussen te komen in de instelling. Vervolgzorg in verpleeghuizen vormt een marginaal deel van het werk van HF-teams. Een van de basisprincipes van HF, het aanbieden van huisvesting zonder voorwaarden (ontwenning, onthouding, enz.), botst met het institutionele kader van woonzorgcentra als het gaat om consumptie en verslaving.

Het gebruik van alcohol is toegestaan, maar dat geldt niet voor andere middelen, waardoor het potentiële aantal aanvragers voor opname afneemt. Regelmatig en overmatig alcoholgebruik wordt echter niet erg gewaardeerd: angst dat gebruikers andere bewoners beïnvloeden, angst voor het imago van het woonzorgcentrum als er in de buurt wordt geconsumeerd. De opname van personen die een substitutiebehandeling ondergaan kan ook een bron van spanning zijn, uit angst voor terugval of stigmatisering, enz.

Acties:

- De zorgteams van de woonzorgcentra opleiden in de Montessorimethode en -tools, het daklozenpubliek destigmatiseren, werken aan angsten;
- Een intersectorale dynamiek ontwikkelen die momenteel ontbreekt: sectoren die dat niet gewend zijn samenbrengen en met hen samenwerken en werken aan hun representatie;
- Het opvangprotocol herzien en een bewonerscomité oprichten om nieuwe opnames te vergemakkelijken;
- Overlegsessies aanbieden, één maand na de opname en vervolgens om de twee maanden, met de persoon en de partners die hem ondersteunen.

Impact:

- 22 woonzorgcentra geholpen
- 25 mensen opgevangen sinds de start van het project, 65% langer dan een jaar en de helft langer dan twee jaar (het percentage daalt door heroriëntaties en, helaas, sterfgevallen).

Bronnen: activiteitenverslag 2024 van Senior Montessori (HF-project), vergadering van 29 januari 2025 met Valentine Peren, die verantwoordelijk is voor de projecten van de vereniging.

Hervorming van de sector van woonzorgcentra

In 2022 keurde het Brussels Parlement een hervorming goed met betrekking tot de organisatie van de sector van de rust- en verzorgingstehuizen, met twee belangrijke punten⁶⁷: enerzijds de geleidelijke recuperatie van de erkenningen voor niet-bezette bedden,⁶⁸ 3.700 bedden op het moment van de parlementaire besprekingen, en anderzijds het opnieuw in evenwicht brengen van de erkenningen tussen de publieke (OCMW)/associatieve sector en de commerciële sector, die 62% van het erkende aanbod vertegenwoordigt (tegenover 49% in Wallonië en 16% in Vlaanderen).⁶⁹

Het plan is dat Iriscare in 2024 en 2025 50% van de niet-bezette bedden in elke vestiging zal recupereren – rekening houdend met een normale leegstandsmarge van 5% – zodat ze later opnieuw kunnen worden verdeeld volgens de veranderende behoeften, in eerste instantie uitsluitend aan openbare en private centra zonder winstoogmerk, tot pariteit van erkenning met de commerciële sector is bereikt (van 62% naar 50%). Het doel is om de invloed van de particuliere sector in het aanbod van accommodatie, hulp en zorg voor ouderen te verminderen en de vrije keuze voor ouderen te garanderen.

Onbezette bedden worden niet gefinancierd, zodat de betrokken instellingen hun middelen niet zien slinken. Door de terugvordering van vergunningen en erkenningen zullen sommige kamers in de toekomst echter niet meer gebruikt kunnen worden.

⁶⁷. [Besluit van 15 december 2022 tot wijziging van het besluit van 24 april 2008 betreffende de voorzieningen voor opvang of huisvesting van bejaarde personen.](#)

⁶⁸. Om precies te zijn, het verkrijgen van specifieke vergunningen voor ingebruikname en exploitatie (ASMESE) en erkenningen, verkregen na een voorlopige exploitatiefase als de regels worden nageleefd.

⁶⁹. Wat het aantal aangeboden bedden betreft.

Op het eerste gezicht lijkt de strijd tegen leegstand alle instellingen te treffen, ongeacht hun netwerk, maar bij nadere beschouwing blijkt dat leegstand meer betrekking heeft op bedden voor ouderen dan op bedden in verzorgingstehuizen. Deze laatste zijn bedoeld voor sterk afhankelijke mensen met ernstige pathologie. Het is echter de commerciële sector die de meeste bedden voor ouderen in Brussel gebruikt (ongeveer 70%), terwijl de verzorgingsbedden gelijkmatiger over de verschillende sectoren worden gebruikt (50%).⁷⁰

Het moet gezegd dat de sector tot nu toe zonder een programma werkten dat het aanbod van logies aan de veranderende behoeften koppelde, wat gedeeltelijk het overschot aan bedden verklaart.

Achter de hervorming zit een andere logica, een budgettaire logica, want vóór de hervorming werden niet-bezette bedden niet gefinancierd, maar ze konden wel gefinancierd worden. Begrotingslijnen werden geblokkeerd voor bedden die permanent onbezet waren: *“De vrijgekomen budgetten [geschat op 18 miljoen euro] als gevolg van de herverdeling van momenteel onbezette plaatsen zullen het mogelijk maken om de kwalitatieve ondersteuning van de nieuwe bedden te financieren of om andere projecten te ondersteunen die deel uitmaken van het beleid van het COCOM om ouderen te helpen.”*⁷¹. Deze omvatten het versterken/ontwikkelen van thuiszorgprojecten en het ondersteunen van alternatieve woonvoorzieningen.

Tegen deze achtergrond van een vermindering van het aantal beschikbare plaatsen⁷², die de centra ertoe aanzette om zich opnieuw te concentreren op hun hoofdopdrachten, werd in 2024 een nieuw besluit

70. [Memorandum van de Federatie van Brusselse OCMW's, verkiezingen 2024](#), p.20. De vzw FEMARBEL (Fédération des maisons de repos privées de Belgique) heeft een beroep tot nietigverklaring ingesteld tegen verschillende bepalingen van de ordonnantie van 2022, die de federatie beschouwt als inbreuken op de vrijheid van ondernemerschap en het gelijkheids- en non-discriminatiebeginsel: de weigering om nieuwe vergunningen en erkenningen toe te kennen aan de private for-profitsector zolang er geen pariteit tussen de sectoren is bereikt, en ook het verbod op de overdracht (onder bezwarende titel) van vergunde of erkende bedden tussen inrichtingen (binnen dezelfde groep). De wetgever wil nu de groei van de sector reguleren op basis van programmerings- en kwaliteitscriteria. [Het Grondwettelijk Hof heeft het beroep verworpen](#).

71. [Ontwerp van ordonnantie tot wijziging van de ordonnantie van 24 april 2008 betreffende de voorzieningen voor opvang of huisvesting van bejaarde personen](#), 17 november 2022, p. 21.

72. In haar [activiteitenverslag 2023](#) noteert Infor-Homes een recordaantal sluitingen van voornamelijk commerciële woonzorgcentra in Brussel (15), een meer dan waarschijnlijk gevolg van de invoering van het principe van recuperatie van vacante bedden. De sluitingen zullen het mogelijk maken om de bezettingsgraad te verhogen in de overblijvende woonzorgcentra die behoren tot dezelfde financiële/vastgoedgroep, waardoor het verlies aan erkenningen beperkt blijft.

goedgekeurd⁷³ betreffende de opname van personen jonger dan 60 jaar, met twee belangrijke wijzigingen: uitstap uit O/A-profielen zonder afhankelijkheid of met een lichte afhankelijkheid, evenals personen die op het moment van opname storende gedragsproblemen vertonen (medische diagnose)⁷⁴, die integratie in de voorziening kunnen verhinderen.

Deze nieuwe regelgeving, waarvan de motieven begrijpelijk zijn, komt helaas op een moment dat, zoals we al eerder hebben gezegd, het aanbod aan herhuisvesting/onderdak voor daklozen die ouder worden of andere complexe profielen hebben (met name psychiatrische) belachelijk laag is.

«Hoewel woonzorgcentra niet bedoeld zijn als woon- en zorgfaciliteiten voor alle afhankelijke volwassenen, moedigen institutionele leegstand in andere sectoren en lage bezettingsgraden in sommige woonzorgcentra de opname van jongere mensen aan. Het moet gezegd worden dat de bezettingsgraden in veel instellingen naar boven zijn bijgesteld en dat deze nieuwe regelgeving tegelijkertijd heeft geleid tot een daling van het aantal bewoners onder de 60 jaar in de accommodatiesector voor ouderen. Het is nog maar de vraag waar deze mensen, die nergens kunnen wonen, ondersteuning zullen vinden, in welke sector en met welke middelen.⁷⁵

Ook Senior Montessori trekt aan de bel over Housing First in instellingen. In 2024 konden als gevolg van nieuwe toelatingsregels verschillende geplande opnames (7) niet doorgaan; de mensen in kwestie hadden onvoldoende mate van afhankelijkheid op de Katz-schaal. Vlaamse woonzorgcentra blijven een ‘flexibeler’ alternatief, hoewel beperkt door het aantal instellingen in de hoofdstad.

En dan zijn er nog de potentieel storende gedragingen die nog restrictiever zijn:

“De voorwaarden voor toegang tot het woonzorgcentrum worden daarom steeds strenger rond de opvang van ons doelpubliek – waarvan

73. [Besluit van 23 mei 2024](#) van de leden van het Verenigd College tot uitvoering van artikel 12, § 2, 2°, van het besluit van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van 18 januari 2024 tot vaststelling van de erkenningsnormen waaraan de voorzieningen voor ouderen moeten voldoen, en van de bijzondere normen die gelden voor de groeperingen en fusies van voorzieningen. Inwerkingtreding vanaf 1 september 2024.

74. Een [omzendbrief van 1 juli 2024](#) preciseert wat wordt verstaan onder gedragsproblemen: verlies van decorum, destructief en vijandig gedrag, verstoring van het nachtelijk gedrag, enz.

75. INFOR-HOME-INFO, [Activiteitenverslag 2024](#), p. 44.

*de meerderheid in de leeftijdscategorie 55-60 jaar zit en heel vaak gedragsproblemen heeft. Ze zijn uitgesloten bij de door Iriscare erkende instellingen, maar omdat ze hun autonomie verliezen, moeten we hen soms doorverwijzen naar niet erkende centra waar het gebrek aan een wettelijk kader en controles leidt tot welbekende disfuncties: ongekwalificeerd personeel, ongecontroleerde verdeling van medicatie, onduidelijk beheer van het geld van de bewoners, inbeslagname van persoonlijke bezittingen, afgesloten kamers, misbruik”.*⁷⁶

76. Senior Montessori, [EHPAD-project, Leefruimte voor hulpbehoevende volwassenen, eindverslag, fase III](#), 2024.

FOCUS #3 DE NIET ERKENDE OPVANGSTRUCTUREN

Niet erkende opvangstructuren zijn het onderwerp van debat in de sector van extreme armoede, een debat dat nog niet definitief is beslecht. Werken buiten een institutioneel kader kan leiden tot misbruik en daar zijn bewijzen van. Het zijn de meest kwetsbare mensen, diegenen die het verst afstaan van officiële structuren, die in de meest ongecontroleerde verblijven terechtkomen.

De niet erkende centra bestaan daar waar officiële antwoorden ontbreken. Ze richten zich tot alle soorten publiek, waar erkende instellingen deze flexibiliteit niet of minder hebben om voor de hand liggende redenen van nauwkeurigheid en kwaliteit van de hulp, maar ook van financiering. De lage toegangsdrempels bij de niet erkende centra, bieden respijt aan sterk gemarginaliseerde mensen die geen plaats (meer) kunnen vinden in voorzieningen waar de opvang- en leefregels veeleisend zijn, waar het verblijf beperkt is in de tijd en waar planning essentieel is.⁷⁷

Tijdens de telling van 2024 werden 513 mensen geteld in niet-erkende voorzieningen (in 17 inrichtingen, maar dit is een veranderende realiteit), waarvan 65% mannen. Dit zijn woonvoorzieningen die niet uniform zijn qua aard of

77. La Strada, [Over de niet erkende onthaalstructuren in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest](#), februari 2012.

werking. Ze omvatten commerciële instellingen, burgerinitiatieven en religieuze gemeenschappen, maar ook voormalige woonzorgcentra die moesten sluiten maar opvang bleven verlenen.

Om ons perspectief te verbreden, gingen we naar één van hen, Poverello. Dit is een woongemeenschap van liefdadige oorsprong die voornamelijk 50-plussers (mannen) huisvest. Vanuit het standpunt van professionals die in de daklozen-sector werken, lijkt dit centrum niet bijzonder problematisch en er wordt mee samengewerkt.

In Brussel is de gemeenschap actief op drie sites (tussen 20 en 30 bedden per site). Het verblijf is niet beperkt in de tijd. Sommige bewoners wonen er al verschillende jaren. Het gaat om mensen die aan het eind van hun Latijn zijn, die erg geïsoleerd zijn, die lange tijd op straat hebben geleefd en die, in sommige gevallen, geen toegang meer hebben tot erkende voorzieningen om redenen die te maken hebben met buitensporig gedrag dat alle deuren voor hen heeft gesloten.

Soms is het plotselinge verlies van een woning of een kritieke situatie van slechte staat van de woning wat hen dwingt te vertrekken, met niets om op terug te vallen in geval van nood. Voor sommigen is herhuisvesting hypothetisch. Verhuizen naar een woonzorgcentrum is geen optie (om de reeds genoemde redenen) en zelfs geen reële optie wanneer de administratieve situatie dit uitsluit (ongeacht de leeftijd).

In Poverello is er geen werk of sociale steun, alleen een welwillende aanwezigheid. Sommige bewoners verwachten niet veel meer dan dat, gewoon op zoek naar een beetje respijt van de hardheid van de straat, in een gemeenschapsomgeving die betaalbaar is (een paar euro per dag) en niet te veeleisend.

Het personeel daarentegen is vrijwillig en schaars, vaak onmachtig om complexe profielen te behandelen die worden doorverwezen door ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen in ziekenhuizen, beperkt door de steeds kortere verblijfsduur en het gebrek aan alternatieven in het officiële netwerk.

Psychiatrische stoornissen die het dagelijkse leven van de groep verstoren, gezondheidsproblemen die onbestaande dagelijkse hulp vereisen... Menselijk leed dat het onvoorwaardelijke karakter van het onthaal ondermijnt.⁷⁸

78. Ontmoeting met een vrijwilliger in het opvanghuis in Vorst op 14 februari 2025.

Oud, fragiel, afhankelijk... maar zonder papieren

Zonder verblijfsvergunning is toegang tot Brusselse woonzorgcentra onmogelijk. Mensen waarvan de functionele capaciteiten of cognitieve functies aangetast zijn door ouderdom, ziekte of ongevallen van diverse aard (hartaanvallen, trombose, enz.) hebben geen andere vooruitzichten voor het einde van hun leven dan in instellingen die totaal niet aangepast zijn aan hun behoeften.

Het medisch centrum van de New Samusocial, dat zeker niet het minst aangepast is, vertelde ons dat het mensen palliatieve zorg biedt en sinds 2023 verschillende sterfgevallen heeft gehad. Dit is een ongekende situatie voor de werknemers, die gedwongen worden om zich te bekwamen in zorgpraktijken rond het levenseinde.

De Médihalte-teams van de New Samusocial zijn niet de enigen die de gevolgen van het migratiebeleid op deze kwetsbare en minder autonome groepen beschrijven. In revalidatiecentra, of meer bepaald in het revalidatiecentrum van het Sint-Pietersziekenhuis⁷⁹ – geen van de hulpverleners die we ontmoetten kon ons vertellen dat ook andere centra openstonden voor mensen zonder papieren – verblijven patiënten er al enkele jaren en kwijnen weg.

Dit zijn patiënten voor wie het ziekenhuis geen noodzaak meer is, die het potentieel dat kan worden gerehabiliteerd hebben teruggewonnen, maar die nog steeds afhankelijk zijn, soms zwaar, van de hulp van een derde partij om de handelingen van het dagelijks leven uit te voeren... Een woonzorgcentrum lijkt daarom de eerlijkste en meest waardige oplossing voor deze laatste levensfase.

We hebben het hier over ernstig gehandicapte patiënten. Er zijn ook mensen zonder papieren en/of daklozen die de revalidatie verlaten voor de straat of voor preciaire regelingen, zonder de nodige medische hulp. Een revalidatiecentrum is als een ziekenhuis met zijn eigen verplichtingen en financiële beperkingen. De verblijfsduur is niet onbeperkt en moet medisch verantwoord zijn. Ook hier zijn de diensten verzadigd en worden opnames regelmatig geweigerd.⁸⁰

⁷⁹. Ontmoeting met het sociaal team in het revalidatiecentrum Sint-Pieters op 23 april 2024.

⁸⁰. Het revalidatiecentrum van het Sint-Pietersziekenhuis heeft drie afdelingen met een capaciteit van bijna 100 bedden: psycho-geriatrische en cardiovasculaire revalidatie, neurologische en motorische revalidatie en revalidatie van de luchtwegen. Sint-Pieters is erg in trek voor revalidatieopnames van patiënten in preciaire situaties.

Het verblijf van mensen zonder papieren in revalidatiecentra valt onder de dringende medische hulp. Een (langdurig) verblijf in een ziekenhuis is erg duur en kost tussen de € 15.000 en € 18.000 per maand, veel meer dan een verblijf in een instelling voor ouderen. Weigeren om te betalen voor het verblijf van onze ouderen zonder papieren in een woonzorgcentrum is niet alleen onfatsoenlijk, maar ook een aberratie als het gaat om de kosten die alsnog worden gedragen door de gemeenschap. Het is nog maar de vraag welke instantie de kosten voor het verblijf in een woonzorgcentrum moet dekken. De uitgaven voor de dringende medische hulp worden gedekt door een federale regeling, terwijl de (extra) kosten voor opvang in een woonzorgcentrum ten laste vallen van het OCMW. Daar ligt de uitdaging.

In de huidige context zijn de hefboomen voor actie ten gunste van mensen zonder papieren die vastzitten in de revalidatie minimaal, maar niet onbestaande. Dit wordt geïllustreerd door het feit dat het sociale team van het Sint-Pietersziekenhuis veel moeite heeft gedaan om het Brusselse OCMW de verblijfskosten in een woonzorgcentrum te laten betalen, waardoor sommige patiënten het ziekenhuis konden verlaten. Zoals altijd is dit een lang en ingewikkeld proces. Het gaat om een minderheid van patiënten, de meest hulpbehoevenden en uitsluitend onderdanen van derde landen voor wie in hun land van herkomst geen gelijkwaardige opvang-, hulp- en zorgstructuur bestaat, maar het schept een precedent en vestigt jurisprudentie. En het kan als voorbeeld dienen voor andere instellingen, zoals het sociaal medisch centrum van de New Samusocial, dat gedeeltelijk soortgelijke profielen opvangt.

Bovendien zijn we diep geschokt door het feit dat voor deze mensen – voor degenen die het hebben aangevraagd – regularisatie op medische gronden (9b) wordt geweigerd, hoewel hun gezondheidstoestand en afhankelijkheid en het gebrek aan adequate behandeling in hun land van herkomst dit zouden rechtvaardigen.

Besluit

De vergrijzing van mensen die in zeer preciaire omstandigheden leven, die ziek zijn, buiten de normen leven of geen papieren hebben, benadrukt de moeilijkheden, het gebrek aan wil om waardige levensomstandigheden te creëren voor al onze ouderen, zonder onderscheid. Het woonzorgcentrum heeft, misschien ondanks zichzelf, een plaats in dit debat.

Wij hebben de indruk dat in heel wat situaties het woonzorgcentrum een standaardoptie is, bij gebrek aan alternatieven of mankementen op institutioneel en sectoraal niveau, die bovendien wordt ingehaald door het gebrek aan doeltreffendheid van het recht op huisvesting, waardoor het woonzorgcentrum mensen opneemt van wie de aspiraties elders liggen. Samenwonen is niet altijd gemakkelijk; deze mensen stellen vragen bij de instelling, die vooral wordt gezien als een plek voor (geri-atrische) zorg in plaats van als een plek om te wonen. De teams worden uitgedaagd (in een baan die al erg moeilijk is) door praktijken of individueel gedrag die storend zijn en tot uitsluiting kunnen leiden.

Het is goed om het personeel te trainen in de realiteit van dakloosheid, het leven op straat en geestelijke gezondheid. Het Montessori-initiatief voor senioren maakt deel uit van deze dynamiek van openheid, hoewel het een uitzondering is.

Op het gebied van verslavingen en drugsgebruik is er zeker ruimte voor flexibiliteit en het heroverwegen van het kader (zie Montessori/Housing First project). Er is al veel gezegd over bewoners onder de 60 jaar (afwijkingen), maar deze kwestie is net zo acuut voor ouderen. Het model van onthouding is verleden tijd. Sterker nog, het is volledig onbereikbaar voor sommige gebruikers die al lange tijd met de drug(s) leven en nooit zonder zullen kunnen. Beperking van de risico's lijkt daarom een veel respectvollere gezondheidsstrategie.

Het tekort aan voorzieningen voor mensen die moeite hebben met vroegtijdig ouder worden, wordt nog verergerd door de nieuwe regels voor het toelaten van jongeren onder de 60 jaar. In plaats van mogelijkheden te bieden, worden ze nog verder beperkt.

Parallel aan de discussies over de evolutie van rusthuizen, pleiten sommige belanghebbenden voor andere modellen van gemeenschaps-wonen (voor mensen die zich niet willen of kunnen inzetten voor een zelfstandig woonproject), minder geïnstitutionaliseerd, minder formeel, zonder verblijfslimiet, met of zonder ondersteuning. Ongeveer tien jaar geleden stelde een werkgroep uit de daklozensector een kader voor om de erkenning (zonder financiering) van bepaalde niet erkende opvang-structuren te overwegen, waarbij hun nut erkend werd, maar ook gewezen werd op bepaalde misbruiken en het gebrek aan controle op hun werking. Het initiatief haalde het niet.

Afhankelijke bejaarde migranten zonder papieren zonder uitzicht op regularisatie zitten vast in ongeschikte woningen. Er zou een financiële tussenkomst moeten komen voor hun verblijf in een woonzorgcentrum en het OCMW zou hiervoor bijkomende financiering moeten krijgen.

6. Huisvesting voor zeer precare bejaarden

De voorgaande pagina's laten zien dat ouderen, armen en mensen met een verleden van straatleven gedwongen worden om op inadequate of ongewenste plaatsen te leven. Noch de structuren voor daklozen, noch ziekenhuizen, noch woonzorgcentra lijken in staat om ouderen met gezondheids-, verslavings- of geestelijke gezondheidsproblemen naar behoren te verzorgen en te ondersteunen. De straat kan niet hun enige optie zijn.

Sommige wooninitiatieven proberen hierop antwoorden te bieden. Ze zijn nog te zeldzaam in onze regio. De 'Housing First'-filosofie, die zich richt op mensen met een lange geschiedenis van straatleven, geestelijke gezondheidsproblemen en verslaving, komt tegemoet aan de behoeften van sommige oudere daklozen.

Het project "Zorgwonen" bijvoorbeeld richt zich op een doelgroep met problemen die vergelijkbaar zijn met die van kandidaten voor Housing First en biedt ook een oplossing in de vorm van huisvesting. Het bijzondere aan dit project is dat de aangeboden woningen speciaal zijn aangepast aan mensen met een beperkte mobiliteit en dat de aandacht uitgaat naar mensen met een zorgwekkende lichamelijke gezondheid.

Huis Biloba, gelegen in de Brabantse wijk, is niet zo laagdrempelig als Housing First. Het richt zich echter op mensen in een precare situatie die altijd al zeer slecht gehuisvest waren, met uitzetting bedreigd werden of uit huis gezet werden. Het stelt hen in staat om na een extreem moeilijk leven eindelijk een waardig leven te leiden.

Het grootste nadeel van deze projecten is het beperkte aantal beschikbare plaatsen. De tweede beperking is de prijs en het feit dat mensen zonder

papieren niet in aanmerking komen. Zoals we blijven herhalen, blijft regularisatie de enige weg naar een waardig leven. Voorlopig worden in sommige projecten tijdelijke oplossingen in elkaar geflanst om mensen te huisvesten die, naarmate ze ouder worden, niet meer kunnen werken maar geen recht hebben op sociale uitkeringen.

Housing First

Doel: Onmiddellijke toegang tot huisvesting vanaf de straat, zonder tussenfase (ontwenning, opvanghuis, enz.), met op maat gemaakte, intensieve en multidisciplinaire begeleiding.

Doelgroep: Mensen die het verst van huisvesting af staan. Zij hebben een combinatie van chronische dakloosheid, geestelijke gezondheidsproblemen en verslavingen.

Ontwikkeling in België:

- 2013-2016: Testfase in 5 grote steden. Positieve evaluatie: 90% van de herhuisveste personen slaagde erin in een woning te blijven.
- Sinds 2016: implementatie en ontwikkeling van projecten; tegen 2024 zullen er 47 projecten in België zijn.

Financiering: federaal voor de testfase (FOD maatschappelijke integratie), voornamelijk gewestelijk sinds 2016 (3,6 miljoen euro in 2024 in Brussel).

In Brussel

7 operatoren: de vzw's Santé Mentale & Exclusion Sociale (SMES), Straatverplegers, Diogenes, New Samusocial (NSS), DUNE, Initiative Antonin Artaud (IAA) en DoucheFLUX.

300 plaatsen

De huurders

- De gemiddelde leeftijd van de huurders ligt tussen de 45 en 50 jaar, afhankelijk van het project (met uitzondering van het project New Samusocial, dat zich richt op jongeren tussen de 18 en 25 jaar).
- Uitsplitsing naar leeftijd (alleen voor IAA en Diogenes waarvoor de gegevens naar leeftijd zijn uitgesplitst) : 20-39 jaar: 29%; 40-49 jaar: 33%; 50 jaar en ouder: 38%, 60 jaar en ouder: 9% van de bevolking

- Ze hebben gemiddeld 5 jaar op straat doorgebracht, volgens gegevens van SMES en Diogenes. 6 van de 59 personen die in 2024 door Diogenes werden gevolgd, hadden meer dan 10 jaar op straat doorgebracht voordat ze naar een Housing First-woning verhuisden, en voor 3 van hen zelfs meer dan 20 jaar.
- 62% mannen en 38% vrouwen.

De woning: 43% wordt beheerd door een sociaal verhuurkantoor (+5% modulair) en 25% door een openbare vastgoedmaatschappij (+8% tijdelijk); de overige huisvesting wordt verzorgd door gemeenten, OCMW's, het Woningfonds, verenigingen en woonzorgcentra.

Behoud van de woning: Tussen 80% en 90% (gegevens SMES en Diogenes).

Bronnen: SMES, [jaarverslag 2024](#); DIOGENES [activiteitenverslag Housing First 2024](#); Initiative Antonin Artaud [rapport annuel 2024](#); Straatverplegers [activiteitenverslag 2024](#); DoucheFLUX [jaarverslag 2023](#); DUNE [rapport d'activités 2023](#); [Schriftelijke vraag over de bezettingsduur van Housing First-projecten, 26/10/2023](#); [Schriftelijke vraag over het aantal wooneenheden in de Housing First-projecten, 12/09/2023](#); [Commissie Gezondheid en Bijstand aan personen, 13/04/2023](#) en IEB, [Housing first, Bruxelles en mouvement n° 336, mei-juni 2025](#); Alain Maron & Barbara Trachte, Persbericht, [Ongekende investeringen en innovatie om stijgende dakloosheid aan te pakken, maar er moet meer gebeuren, 23/04/2025](#); [Ordonnantie betreffende de noodhulp aan en de inschakeling van daklozen, 14/06/2018](#).

De Housing First-filosofie heeft inmiddels haar waarde bewezen. Het stelt mensen die al jaren op straat leven in staat om definitief van de straat te komen, mensen voor wie eerder geen oplossing was bedacht. Het is het aanbieden van huisvesting en duurzame sociale ondersteuning die hen de veiligheid, verbeterde gezondheid (risicovermindering) en sociaal-administratieve situatie biedt die ondenkbaar zou zijn zonder een thuis. Door zich te richten op mensen die chronisch op straat leven, mensen met een combinatie van gezondheidsproblemen, geestelijke gezondheidsproblemen en verslavingsproblemen, beantwoordt Housing First zeker aan de behoeften van oudere mensen, of ten minste een aantal van hen, van wie we de realiteit op de vorige pagina's hebben beschreven.

“Dit zijn mensen die vaak uit een aantal plaatsen geschopt zijn, of die er gewoon nooit geweest zijn, of maar heel kort, omdat ze een combinatie van problemen hebben. Degenen die in de geestelijke gezondheidszorg werken, vinden het moeilijk om te werken met mensen die drugs gebruiken, degenen die in de drugssector werken, vinden het moeilijk om te

werken met mensen die bijvoorbeeld waanvoorstellingen hebben... Het HF ondersteunt deze mensen omdat alle deuren gesloten zijn.”⁸¹

Bijna 40% van de mensen die in 2024 ondersteund werden, waren vrouwen (gecombineerde gegevens van SMES, Diogenes en IAA). SMES verklaart deze oververtegenwoordiging van vrouwen (in vergelijking met de aanwezigheid van vrouwen in ethos 1 en 2) door bijzondere aandacht te besteden aan de specifieke problemen die zij op straat tegenkomen – voornamelijk trauma's die verband houden met een gewelddadige partner en een geschiedenis van verkrachting – naast geestelijke gezondheidsproblemen en verslavingen.⁸²

Door flexibele psychosociale ondersteuning en netwerken aan te bieden, wil het project mensen helpen bij hun herstel. Het kan worden aangepast aan de behoeften die samenhangen met het verlies van autonomie of de specifieke moeilijkheden van oudere mensen (thuisverpleegkundigen, gezinsverzorger, enz.), met dezelfde beperkingen die samenhangen met de verzadiging van de sector die alle Brusselaars met een laag inkomen ervaren.

Het project is laagdrempelig van opzet, met één belangrijke voorwaarde: om in aanmerking te komen, moet je huur kunnen betalen. Weliswaar een matige huur (de accommodatie is meestal een sociale woning of een svk-woning), maar toch een huur. De meeste huurders ontvangen leefloon (of andere sociale uitkeringen). De mensen zonder papieren zijn dus de facto uitgesloten van de regeling. Twee projecten maken het mogelijk om een paar 'wanbetalers' te huisvesten met een preciaire huur-overeenkomst. De projecten "Issue" en "Sorocité" maken gebruik van sociale woningen die gerenoveerd worden om oplossingen voor herhuisvesting aan te bieden⁸³ aan mensen zonder inkomen (ze kunnen worden

vrijgesteld van financiële bijdragen, in solidariteit worden opgenomen) en/of die geen huurcontract kunnen tekenen met openbare beheerders. Dit is zeker een pragmatische oplossing, maar het is ook een herinnering aan de mate waarin mensen zonder papieren beperkt zijn tot 'pseudo-oplossingen' die altijd precair zijn. Zonder inkomen is het onmogelijk om een waardig leven te leiden. Zelfs als de huur gedekt was, hoe zou je dan de andere uitgaven kunnen betalen?

Zorgwonen

Het project: 7 appartementen/studio's, bestemd voor alleenstaanden of koppels, toegankelijk en aangepast voor personen met beperkte mobiliteit. Het gebouw beschikt ook over een gemeenschappelijke ruimte en een wasruimte.

Locatie: het gebouw ligt in het centrum van de stad, dicht bij voorzieningen, met name sociale voorzieningen.

Doelgroep: vaak zeer geïsoleerde personen met een straatverleden, sommigen met een handicap, die zorg, behandeling en een appartement nodig hebben dat is aangepast aan hun beperkte mobiliteit. De bewoners zijn zelfstandig.

Partners: Huis van Vrede (Puerto) en CAW De Schutting voor de begeleiding van de bewoners, in samenwerking met de daklozensector, de medische sector (met name thuisverpleegkundigen) en thuiszorgmedewerkers. SVK BAITA voor het beheer van de verhuur

Bronnen: gesprek met de medewerkers van de vzw "Huis van Vrede" en CAW De Schutting, op 23 juli 2025, jaarverslag Huis van Vrede 2024.

Het publiek dat in het gebouw wordt opgevangen, vertoont overeenkomsten met de doelgroep van Housing First: grote individuele kwetsbaarheid, soms verslavingen, een leven op straat, psychische problemen, enz. De filosofie van het project sluit ook aan bij de belangrijkste uitgangspunten van Housing First: Eerst huisvesting aanbieden, er alles aan doen om ervoor te zorgen dat de huurder daar blijft wonen en werken aan het verbeteren van zijn of haar levenskwaliteit en welzijn in het dagelijks leven.

⁸¹. Interview met Muriel Allart, SMES, 18 februari 2025.

⁸². De SMES betreurt dat dakloze vrouwen die het slachtoffer zijn van huiselijk geweld en door de New Samusocial worden gehuisvest, niet kunnen genieten van de afwijkende toewijzing van sociale woningen (art. 36) omdat ze niet in een opvangtehuis hebben verbleven; opvangthuizen zijn de enigen die in dit verband overeenkomsten met een openbare vastgoedmaatschappij mogen sluiten. SMES, [Activiteitenverslag 2024](#), blz. 60.

⁸³. De tijdelijke aard van de herhuisvesting is niet altijd een probleem, aangezien in HF-projecten het verlies van huisvesting, opeenvolgende herhuisvestingen en verhuizingen vrij frequent zijn: "De Housing First-methodologie houdt rekening met het feit dat een persoon verschillende opeenvolgende woningen nodig kan hebben om stabiliteit te bereiken. Het verlies van een flat wordt niet gezien als een mislukking, maar als een bron om van te leren (...). De verhuizingen zijn ook het gevolg van de steeds kortere huurcontracten die een SVK aanbiedt en de onzekere of tijdelijke huurovereenkomsten. Aangezien het huurcontract de continuïteit van de huisvesting niet garandeert, is het het project dat deze verantwoordelijkheid op zich neemt door een andere flat voor te stellen." SMES, [Activiteitenverslag 2024](#), p. 75.

Het bijzondere aan Zorgwonen: de woningen zijn aangepast aan mobiliteitsbeperkingen. Daklozen met een verslechterende gezondheid, die medische behandelingen nodig hebben die onverenigbaar zijn met het leven op straat, in noodopvangcentra of zelfs in bepaalde opvangtehuizen, worden geïdentificeerd door maatschappelijk werkers in de daklozensector en voorgesteld aan de verenigingen – “Huis van Vrede” en “CAW De Schutting” – die de woningen toewijzen en zorgen voor begeleiding. Hoewel leeftijd geen criterium is voor toewijzing, zijn de meeste bewoners ouderen die vaak een lange periode op straat hebben doorgebracht, wat hun gezondheid ernstig heeft aangetast.

De huurders worden individueel begeleid door “Huis van Vrede” of door “De Schutting”, met bijzondere aandacht voor gezondheid en zorg. Netwerken is essentieel voor de doelgroep. Er zijn tal van partnerschappen om de huurders in hun dagelijks leven te begeleiden: verpleging, medische opvolging, gezinshulp, huishoudelijke hulp, met de steun van onder meer de diensten van “Familiehulp”, waarvan de tarieven evolueren naargelang het inkomen van de personen die hulp krijgen. Dit uitgebreide hulp- en zorgnetwerk maakt het mogelijk om ouderen zo lang mogelijk thuis te laten wonen, zelfs wanneer hun zelfstandigheid afneemt.

Een tweede belangrijke partner is SVK BAITA, de beheerder van het gebouw, die taken delegeert aan de begeleidingsdiensten. Dit partnerschap heeft gevolgen voor het maatschappelijk werk om het behoud van de woning te garanderen: de betaling van de huur is gegarandeerd, ofwel via een voorlopig bewindvoerder of via budgetbeheer.

Zorgwonen is geen collectieve woonvorm, de 7 woningen zijn volledig autonoom. Toch kunnen de burens en de professionals die regelmatig in het gebouw komen, altijd alarm slaan als ze zich zorgen maken over de toestand van een bewoner.

Huis Biloba

Het project bestaat uit 3 hoofdonderdelen:

- 15 sociale woningen gereserveerd voor 60-plussers (met een slaapkamer, woonkamer, keuken, badkamer en toilet) en gemeenschappelijke ruimtes (binnenplaats, gemeenschapsruimte, wasruimte, keuken);
- Een dagcentrum voor ongeveer zestig senioren tussen 60 en 90 jaar;
- Een zelfhulpnetwerk, “CitiSen”, dat tot doel heeft senioren te helpen bij het vinden van hulpbronnen, zodat ze zo lang mogelijk in goede omstandigheden thuis kunnen blijven wonen.

Locatie: Het tehuis ligt in Schaarbeek, in de Brabantwijk, vlak bij het Noordstation. Dit is een multiculturele volkswijk (met een bevolking van voornamelijk Marokkaanse en Turkse afkomst), met een dicht winkelgebied, oude gebouwen die slecht onderhouden zijn en vaak zonder vergunning opgedeeld zijn. Prostitutie en drugshandel zijn schering en inslag in de wijk.⁸⁴ Het project is geïntegreerd in de buurt en de mensen die deelnemen aan de activiteiten van het dagcentrum en in een sociale woning gaan wonen, wonen in de buurt of hebben dat in het verleden gedaan.

Stichtende partners: La Maison Médicale Nord, EVA bxl, Aksent vzw en Services Sociaux des Quartiers (qqs) 1030.

Oorsprong van het project: In de jaren 2000 realiseerden de oprichters zich dat er niets werd gedaan voor mensen met een migrantenachtergrond die ouder werden in de buurt. In samenwerking met hen en hun families identificeerden ze op de behoeften en ontwikkelden ze een project om hieraan tegemoet te komen: een woonplek die geen woonzorgcentrum is, betaalbaar, met respect voor levensstijlen, afkomst en geloof, en met een collectieve dimensie.

Om dit te realiseren kocht de coöperatie EMMA een gebouw in de Plantenstraat, de BGHM renoveerde het (publiek-privaat samenwerkingsmodel) en de OVM Schaarbeekse haard nam het beheer over. Het gebouw werd in 2016 ingehuldigd.

⁸⁴. Brussels Instituut voor Statistiek en Analyse en Vivalis, [Zoom op Schaarbeek, 2024](#) en ERU, [Charte d'urbanisme.rue de Brabant, Diagnostik](#), augustus 2008.

Bewoners: Mensen (of koppels) ouder dan 60, met een laag inkomen (sociale huurinkomens), die een band met de wijk en relatieve autonomie aantonen.

Bronnen: Interview met Nathalie Parmentier, coördinatrice, en Aurélie Alcouffe, referent bewoners Biloba Huis (28/11/2024); « [Au Bonheur des vieux](#) », Imagine, mei-juni 2023, pp.76-80. « [Maison Biloba Huis, un lieu où vieillir dignement](#) », La Mauvaise Herbe, revue de l'Université Populaire d'Anderlecht (UPA), september 2021, pp.30-33; « [Biloba: carrefour de cultures pour mieux vieillir](#) », Alter Echos, mei 2016

Het publiek dat terecht kan in Huis Biloba is niet precies hetzelfde als dat van Housing First. Het zijn echter allemaal mensen met een onzeker inkomen, die een bijzonder chaotisch leven en een bijzonder chaotisch huisvestingsverleden hebben.

“Er is een enorme hoeveelheid ondermaatse huisvesting. In feite hebben bijna alle aanvragen (...) betrekking op ondermaatse huisvesting, of zelfs mensen die geen plek hebben om te wonen. Dit zijn mensen die op 60-jarige leeftijd al 1000 keer ontworteld zijn geweest, niet alleen door migratie. Ze moesten ook van het ene huis naar het andere verhuizen, omdat het gesloopt werd, omdat er een uitzetting was, omdat het gezin groeit, omdat het gezin krimpt... Eigenlijk zijn de mensen gewend om zich in noodgevallen te redden en wat we hopen als ze hier komen wonen, is dat ze een beetje rust krijgen”. (Aurélie Alcouffe, huisvestingsadviseur bij Biloba)

“Ik woonde hier niet ver vandaan en betaalde een enorme huur. Het was er altijd vochtig. Ik vroeg de huisbaas er iets aan te doen, maar hij deed niets. Met dat alles, mijn huur, het vocht, kon ik ook de trap niet meer op, dus kreeg ik een doorbraak, een flat op de begane grond hier in Biloba.”

Angélique, 73 jaar, huurder in Biloba

Sommige huurders kwamen bij Biloba terecht nadat ze hun woning hadden verloren (einde huurcontract of uitzetting).⁸⁵

85. [L'Air du temps, Nathalie, Dominique et Thérèse : la Maison Biloba Huis à Schaarbeek, RCF Bruxelles](#), 24/05/2023.

Huis Biloba is bedoeld voor een onzekere, slecht gehuisveste en oudere bevolking. Het is daarom een alternatief voor ongezonde huisvesting. De huurders van Biloba, die gediscrimineerd worden op de woningmarkt door hun inkomen, hun leeftijd, hun afkomst of een combinatie van deze drie factoren, zijn allemaal gedwongen om slechte huisvesting en ongeschikte leefomstandigheden te accepteren tijdens hun huurperiode.

“Ik ben een particuliere huurder. Gelukkig is het op dit moment een goede huisbaas die me een goede prijs geeft. Ik heb net een slechte scheiding achter de rug waarbij ik alles ben kwijtgeraakt. Helaas moest ik 8 maanden in mijn auto blijven wonen om rond te komen. En toen, gelukkig voor mij, parkeerde deze eigenaar zijn auto recht tegenover de mijne. Van tijd tot tijd bracht hij me een kop koffie, we maakten een praatje en op een mooie dag kwam hij naar me toe en zei: *Ben je geïnteresseerd in een studio? Ik geef het je voor € 325 plus kosten, gezien je situatie.*

Ik kwam van € 1.268 van het OCMW. Nu zit ik op artikel 60 bij Biloba en verdien ik € 2.000. Maar dat gaat teruglopen, want mijn contract loopt binnenkort af en ik moet nog 3 jaar de werkloosheid in voordat ik mijn pensioen krijg. Het wordt degressief en ik zak naar € 1.750 en dan € 1.350 in het eerste jaar. Na , ik heb nog 2 jaar voor het pensioen, zal ik dalen tot 1100, dus ik zal een beroep moeten doen op het OCMW om het bestaansminimum te bereiken.

Voor het pensioen krijg ik 475 euro, helaas omdat ik 20 jaar illegaal heb gewerkt. Ik was 20 jaar lang privétaxichauffeur voor alle meisjes in de Aarschotstraat. Ik ken de buurt heel goed.

Ik weet waar ik naartoe ga en het zal niet glorieus zijn. Als ik mijn pensioen krijg, moet ik naar IGO, maar ik kan niet weg wanneer ik maar wil.

Ik sta al 12 jaar op de sociale woninglijst en alleenstaanden moeten meer dan 10 jaar wachten op een woning. Er zouden prioriteiten moeten zijn na een bepaalde leeftijd, want je wacht en wacht en de dag dat ze je iets aanbieden, ben je dood...

Ik sta ingeschreven voor sociale huisvesting en ik wacht op een plek bij Biloba, niet omdat mijn huur nu te hoog is, nee, maar ik moet plannen

...
maken voor mijn toekomst. Stel dat mijn huisbaas morgen – want nu willen de nieuwe wetten dat huisbazen hun ramen vervangen – geen zin meer heeft om deze kosten te betalen en besluit om te verkopen. Ik moet nu op zoek naar een andere flat, de meeste flats zitten op minimaal 800. Het gaat nu goed, ik heb mijn huidige salaris, maar ik weet heel goed dat mijn salaris niet lang meer meegaat. Dus het risico bestaat dat ik de huur uiteindelijk niet meer kan betalen, dus dan moet ik terug naar waar ik begon: de auto of eruit.”

Pascal (niet zijn echte naam), 62 jaar,
arbeider (art. 60) en kandidaat huurder bij Huis Biloba

Biloba helpt ook om vroegtijdige en/of ongewenste plaatsing in een woonzorgcentrum te voorkomen, wat soms nodig is na verlies van een woning als je geïsoleerd bent of een laag inkomen hebt en er geen toegankelijke alternatieve woonruimte beschikbaar is.

Een woning bij Biloba wordt toegewezen op basis van leeftijd/inkomen criteria en binding met de buurt. Dit was een belangrijke factor in het ontstaan van het project, dat zich richtte op ouderen met een allochtone achtergrond, die hun wortels in de buurt hadden en voor wie een woonzorgcentrum geen deel uitmaakte van hun cultuur. De selectie is ook gebaseerd op afkomst om een culturele mix te garanderen (niet meer dan 1/3 van de bewoners uit één cultuur).

Het derde criterium voor woningtoewijzing is onafhankelijkheid. Vanuit architectonisch oogpunt zijn de woningen aangepast aan mensen met beperkte mobiliteit. Maar in Biloba is er geen 24-uurs assistentie, zoals in verpleeghuizen. Huurders wonen op zichzelf in hun flat, sommige met de hulp van externe diensten die bij hen thuis komen (medisch of familie). Het netwerk CitiSen is een essentiële schakel tussen de bewoners en de relevante diensten. De medewerkers van de vereniging houden een oogje in het zeil bij de huurders en kunnen alarm slaan als ze een zorgwekkende verslechtering van de gezondheidstoestand van een huurder opmerken.

De vereniging biedt toegang tot sociale diensten via de sociale permanentie ter plaatse. Maar ze biedt ook sociale activiteiten aan om het isolement te doorbreken waaraan sommige huurders lijden (in het

dagcentrum en in de gemeenschappelijke ruimtes van de sociale woningen). Er is geen verplichting om deel te nemen, maar de activiteiten moedigen mensen vaak aan om er op uit te gaan.⁸⁶

Sinds 2024 kan Biloba rekenen op de diensten van een maatschappelijk werker die de bewoners zowel individueel als collectief ondersteunt. Werken aan sociale cohesie met mensen die erg onzeker zijn, die erg fragiel zijn, die soms psychische problemen hebben (depressie en cognitieve stoornissen), of die erg wantrouwend zijn, gerechtvaardigd door onrecht uit het verleden, blijft een uitdaging.⁸⁷

Als er een flat vrijkomt, melden zich ongeveer twintig kandidaten aan. Ook hier heeft het aanbod moeite om de vraag bij te benen. De lijst met ‘alternatieve’ projecten groeit heel geleidelijk, hoewel sommige nog in de proeffase zitten en de uitdagingen op het vlak van toegankelijkheid, samenleven en financiering aanzienlijk zijn.⁸⁸

Veelbelovende initiatieven die versterkt moeten worden

De twee besproken projecten bieden een voldoende flexibel kader om plaats te bieden aan mensen en hun problemen die elders worden uitgesloten. Hoewel hun filosofieën en werkwijzen verschillen, zijn ze in verschillende opzichten vergelijkbaar en hebben ze vergelijkbare ontwikkelingsbehoeften.

Het eerste is betaalbare huisvesting. Toegang tot huisvesting staat centraal. Voor ouderen en mensen in precare situaties moet de huur laag zijn, de accommodatie van hoge kwaliteit en de veiligheid gegarandeerd. Sociale huisvesting speelt een centrale rol in deze twee projecten, net als de SVK's in de Housing First aanpak. Het pleidooi van de BBRoW voor de massale productie van sociale huurwoningen komt tegemoet aan de verwachtingen van een oudere en kwetsbare bevolking.⁸⁹ We pleiten ook voor het openstellen van de publieke woningvoorraad voor mensen zonder verblijfsvergunning (bij gebrek aan regularisatie).

86. « *Au Bonheur des vieux* », Imagine, mei-juni 2023, pp.76-80.

87. Interview met Nathalie Parmentier, coördinatrice, en Aurélie Alcouffe, referent bij het Biloba Huis (28/11/2024).

88. Het Gewest financiert bepaalde alternatieve projecten. CF [Iriscare financiert alternatieven voor rusthuizen](#)

89. Zie ook BBRoW, [Wonen in Brussel als je ouder wordt](#), Regionale bijzonderheden, december 2024, p. 26.

De tweede hoofdprioriteit is personeel. Om hun rol te kunnen vervullen en mensen te ondersteunen volgens hun behoeften, moeten maatschappelijk werkers tijd hebben om aan elk individu te besteden. Sociale steun is bijzonder intensief in de Housing First, en dit is een van de factoren achter het succes van het programma. Een verhoging van de subsidies voor ondersteuning zou het mogelijk maken om op meer aanvragen in te gaan (het aantal in aanmerking komende Housing First-profielen is veel hoger dan de 300 die momenteel in Brussel worden opgevolgd); de kosten van duurzame herhuisvesting zijn altijd lager dan de kosten van diensten die aan daklozen worden aangeboden.⁹⁰

Ten slotte is het essentieel om de nadruk te leggen op preventie. Het verlies van een woning is een belangrijke oorzaak van dakloosheid. Ook onder ouderen. Het Biloba-project vangt mensen op die uit hun huis zijn gezet en geen hoop hebben op een andere woning dan een woonzorgcentrum. We mogen niet vergeten dat de Brusselse huurwet ouderen geen enkele bescherming tegen uitzetting biedt, in tegenstelling tot de buurlanden. In Frankrijk kunnen 65-plussers niet uit hun woning worden gezet als ze aan bepaalde criteria voldoen, met name beperkte middelen en de afwezigheid van een geschikte alternatieve woning. Ons gewest zou hier inspiratie uit kunnen putten.

90. DULBEA en Syndicat des immenses, [Le sans-chez-soirisme: suite ou fin? Eindverslag](#), 18 juli 2022.

Conclusie

Ons doel was een bijzonder alarmerende situatie te onderzoeken op menselijk, sociaal en gezondheidsvlak: de situatie van oudere en ouder wordende daklozen. Wie en hoeveel zijn het er? Waar zijn ze gehuisvest? Met welke specifieke problemen hebben ze te maken en hoe kunnen deze problemen worden aangepakt?

We zijn erin geslaagd een tipje van de sluier op te lichten, maar niet zonder problemen. De gegevens zijn fragmentarisch, onbruikbaar of zelfs onbestaand. Administratieve databases geven geen informatie over daklozen of migranten zonder papieren. Er moeten andere bronnen worden aangesproken om de uitgesloten te bereiken. Sinds 2008 telt het gewest (Bruss'help) de daklozen op zijn grondgebied. De methodologie en de resultaten worden elk jaar beter. Het rapport 2024 is veel meer dan een eenvoudige telling. Het geeft waardevolle informatie over de profielen en achtergronden van de daklozen, maar de leeftijdsdimensie wordt niet specifiek onderzocht. Dat betreuren we.

Wij pleiten sterk voor het documenteren van deze realiteit, die momenteel onzichtbaar is. We moeten in staat zijn om de maat te nemen van een dergelijke humanitaire kwestie – er staan mensenlevens

op het spel – om passende sociale reacties te kunnen identificeren en implementeren.

Wat weten we over de aanwezigheid van ouderen in de verschillende ethoscategorieën?

Gegevens van New Samusocial vertellen ons over hun aanwezigheid op straat en in noodcentra (ethos 1 en 2).

Op straat zijn de leeftijds- en geslachtsgroepen die het meest vertegenwoordigd zijn, jonge mannen. De meesten van hen zijn asielzoekers of mensen zonder papieren; het migratiebeleid is de oorzaak van hun extreme onzekerheid. **Er zijn echter ook grote aantallen oudere mensen op straat: 1/4 van de mensen die de straathoekwerkers hebben ontmoet, is ouder dan 50, en 1/10 is ouder dan 60.** In 80% van de gevallen zijn ze legaal op straat. In 80% van de gevallen hebben ze een legale verblijfplaats.

Deze percentages zijn des te alarmerender gezien hun afnemende gezondheid. De levensverwachting op straat is laag; de gezondheid, zowel lichamelijk als geestelijk, gaat snel achteruit naarmate men langer op straat leeft; de toegang tot zorg is moeilijk en behandeling wordt uitgesteld. Deze overwegingen vragen om speciale aandacht.

In noodopvangcentra zijn, net als op straat – de bevolkingsgroepen deels dezelfde – de meesten zijn jonge migranten. **Ouderen worden er ook gehuisvest**, in vergelijkbare verhoudingen als op straat. **Ze onderscheiden zich door het feit dat ze langer blijven.** Dit weerspiegelt een vorm van chroniciteit op straat (overnachtingen zijn niet noodzakelijk opeenvolgend), maar ook de behoefte aan ‘versterkte bescherming’. Deze ‘bescherming’ neemt de vorm aan van het uitstellen van overnachtingen (na de paar nachten respijt) in noodcentra, die echter niet bedoeld zijn als opvang voor de middellange termijn.

Het New Samusocial centrum voor kwetsbare mensen (Medihalte en centrum voor fragiele personen) is moeilijk te vergelijken met andere noodopvangcentra voor geïsoleerde vrouwen en mannen. De verblijfsduur is veel langer. Het profiel van de bewoners verschilt ook, vooral in het fragiele centrum, waar 7 van de 10 bewoners ouder zijn dan 50, en 3 van de 10 ouder dan 65. Leeftijd is een indicator voor kwetsbaarheid. Het centrum heeft echter onvoldoende capaciteit om alle ouderen te huisvesten.

De New Samusocial heeft vastgesteld dat kwetsbare mensen langer blijven – waardoor de druk op het centrum nog groter wordt – wat een weerspiegeling is van de verslechterende gezondheidstoestand

van de mensen (langer herstel in de Medihalte) en de toegenomen moeilijkheid om geschikte accommodatie te vinden bij het verlaten van het centrum. Voor mensen zonder papieren is het Prins van Luik-centrum zeker een plaats om te herstellen, maar het is ook een doodlopende weg. Ze hebben geen toegang tot andere accommodatie of zorg, maar hun terugkeer naar de straat zou fataal zijn. Om dezelfde redenen zitten sommige mensen zonder papieren ook vast in de revalidatieafdelingen van ziekenhuizen.

Of het nu op straat is of in de centra, het aantal mensen in elke leeftijdsgroep daalt naarmate mensen ouder worden. Er zijn ongetwijfeld vroegtijdige sterfgevallen, maar misschien zijn er ook ouderen die de extreme onzekerheid hebben kunnen verlaten voor stabielere huisvestingsoplossingen die beter aan hun behoeften voldoen, of die een woning hebben gevonden. Is dit een realiteit?

Er zijn heel weinig ouderen in de opvanghuizen (Ethos 3): minder dan 5% van de bewoners is ouder dan 60 (COCOF-opvanghuizen). Dit lage percentage kan deels verklaard worden door het regelgevend kader – tehuizen moeten een doelstelling nastreven om mensen zelfstandig te maken, wat misschien niet goed overeenkomt met de behoeften

van mensen die door hun leeftijd meer afhankelijk zijn van hulp van buitenaf – en door het personeel, dat niet opgeleid is in geriatrische kwesties. We mogen ook niet vergeten dat sommige woonzorgcentra zich, door hun geschiedenis en/of hun pedagogisch project, richten op jongeren (het voorbeeld van tehuizen voor jonge moeders is hier een goede illustratie van), en hun behoeften zijn ook overduidelijk.

Het is onmogelijk om de aanwezigheid van ouderen in de andere ethoscategorieën te beoordelen door een gebrek aan gegevens.

We weten per definitie heel weinig over informele structuren en de mensen die er wonen. Ouderen zijn zeker aanwezig in kraakpanden, in niet erkende accommodaties en in huizen van derden... Maar in welke verhouding? En vooral, onder welke voorwaarden?

We konden Povorello belichten, een religieuze gemeenschap die ervoor gekozen heeft om 50-plussers uitsluitend in Brussel te huisvesten. De bedoeling is om ouderen respijt te bieden in een veilige, gemeenschappelijke omgeving die financieel toegankelijk is en weinig van hen vergt. Niets meer, niets minder.

Twee andere opties werden genoemd: woonzorgcentra en natuurlijk permanente huisvesting.

Een woonzorgcentrum is vaak een oplossing bij gebrek aan beter. De aspiraties van daklozen zijn niet gericht op woonzorgcentra, net zomin als die van de algemene bevolking. Misschien nog minder, gezien hun leeftijd (de meest kwetsbare mensen gaan vroeg naar een woonzorgcentrum), de rigiditeit van de omgeving en de kosten van de huisvesting (die geen ruimte laat voor andere uitgaven). Verpleeghuizen van hun kant staan niet altijd open voor daklozen, die vaak lijden aan psychische problemen en verslavingsproblemen, en hun gedrag kan zorgwekkend zijn voor onervaren personeel.

Aan de andere kant zou opname in een woonzorgcentrum een optie moeten zijn wanneer de gezondheid verslechtert en zelfstandigheid niet langer mogelijk is, zoals het geval is voor de algemene bevolking. Gebrek aan goede documentatie is een andere barrière, waardoor senioren veroordeeld zijn tot noodcentra en/of ziekenhuisafdelingen.

Op het gebied van herhuisvesting bestaan er veelbelovende initiatieven (met name Housing First, Zorgwonen en Biloba), die door de overheid moeten worden ondersteund en uitgebreid door het beschikbaar stellen van betaalbare/sociale woningen en door het subsidiëren van begeleiding die is afgestemd op de behoeften.

“Huisvesting maakt deel uit van de behandeling en is een belangrijk element voor het overleven en op termijn voor de gezondheid. Omdat men er juist vindt: privacy om te genezen; veiligheid; beschutting tegen weersomstandigheden; een betere slaapkwaliteit en voeding; hygiëne wordt vergemakkelijkt; medische follow-up; een hoger zelfbeeld en op termijn minder verslavingen; enz. De voordelen voor de gezondheid van de persoon zijn duidelijk en ondubbelzinnig.”

Pierre Ryckmans, Straatverplegers

Une vie à habiter Geluidsinstallatie

In een samenleving waarin de bevolking vergrijsd en huisvesting een cruciale rol speelt om een waardig, zelfgekozen en veilig leven op leeftijd te garanderen, biedt de interactieve installatie *Une vie à habiter* een gevoelige, originele en collaboratieve benadering van dit onderwerp.

De BBRoW zet zich in voor de verdediging en concretisering van het recht op wonen voor iedereen in Brussel, met bijzondere aandacht voor kwetsbare personen. Elk jaar publiceren we een studie (en een tiental analyses) om de actoren in de sector te ondersteunen en het grote publiek te sensibiliseren. In 2024 en 2025 leggen de studies de nadruk op de moeilijkheden die kwetsbare ouderen ondervinden om toegang te krijgen tot huisvesting of woonruimte die echt aan hun behoeften is aangepast.

Om deze maatschappelijke uitdagingen concreter en menselijker te maken, ontwikkelt de BBRoW ook pedagogische en culturele instrumenten voor permanente educatie.

De interactieve geluidsinstallatie *Une vie à habiter* (Een leven om te wonen) heeft tot doel het grote publiek aan te moedigen om na te denken over de uitdaging van huisvesting voor ouderen, aan de hand van concrete levensverhalen, waarvan sommige bijzonder bitter zijn, die aan het licht worden gebracht door middel van vier portretten.

De installatie wil een actief en kritisch burgerschap stimuleren door een ruimte te creëren voor luisteren en dialoog over een onderwerp dat ons allemaal aangaat, zowel individueel als collectief.

De vier portretten zijn ook beschikbaar via onze podcast *Au micro du RBDH*.

