



BXL takes
care

Geïntegreerd welzijns- en gezondheidsplan 2022



Het welzijn en de gezondheid van de Brusselaars verbeteren. Ervoor zorgen dat iedereen een waardig leven kan leiden. Ja, Brussel zorgt voor zijn inwoners!



De welzijns- en gezondheidssituatie in Brussel is immers al te veel jaren zorgwekkend. Die situatie, die nog wordt verergerd door de gevolgen van de COVID-19-crisis, wordt ook versterkt door de stijgende prijzen en de risico's die voortvloeien uit de klimaatverandering en de verschillende vormen van vervuiling. De situatie vereist krachtige, doelgerichte en gestructureerde maatregelen om het grootste onevenwicht te verminderen en om een samenhangend hulp- en zorgaanbod op te bouwen waarmee kan worden voldaan aan de essentiële behoeften van alle personen die in Brussel leven.

Het is de bedoeling om een basisdienstverlening te kunnen bieden aan de hele Brusselse bevolking en tegelijkertijd de personen te bereiken die het verst van hulp en zorg verwijderd zijn. Dat betekent dat het welzijns- en gezondheidsaanbod geleidelijk op territoriale basis zo dicht mogelijk bij de lokale behoeften moet worden georganiseerd en dat de situaties globaal moeten worden benaderd.

Daartoe is het noodzakelijk om het gezondheidsbeleid, het beleid voor gezondheidsbevordering en het welzijnsbeleid vooraf te ontzuilen en intersectoraal en transversaal werk op het terrein te bevorderen. Een ander essentieel aspect dat vaak uit het oog wordt verloren, is dat het welzijn van werknemers een absoluut noodzakelijke voorwaarde vormt voor de kwaliteit van de dienstverlening aan personen.

In het GWGP wordt dus een fundamentele verschuiving beoogt bij het afstemmen van het welzijns- en gezondheidsbeleid om beter zorg te dragen voor de Brusselaars.

Die verschuiving wordt door drie assen belichaamd:

Ten eerste werden de sectoren te lang als een uitgangspunt beschouwd voor het welzijns- en gezondheidsbeleid. Het zijn echter de burgers die in eerste instantie het uitgangspunt van het plan zijn. We moeten geleidelijk een trendbreuk realiseren, en de sectoren begeleiden in hun evolutie om zich zo goed mogelijk aan te passen aan de behoeften van de bevolking.

Ten tweede werden de institutionele silo's te vaak als uitgangspunt genomen: de federale overheid, de GGC, de FGC, de OCMW's, de gemeenschappen ... In dit plan wordt echter de basis gelegd voor de territoriale coördinatie van de diensten, ongeacht hun subsidiërende overheden, om de burgers samenhangende begeleidings- en zorgtrajecten te kunnen aanbieden. Het zijn dus de instellingen die zich aanpassen aan de problemen van de burgers, en niet andersom.

Ten derde werd het plan zelf te vaak als een eindpunt van het proces beschouwd. Het GWGP is echter een stappenplan, een evoluerend referentiekader dat zal veranderen, en geen reeks in steen gebeitelde acties. Het is dus een basiskader dat bestemd is om op een dynamische wijze voort te bestaan, in voortdurende samenwerking met de sectoren.

In dat opzicht implementeert het GWGP een globale visie op hulp en gezondheid, in die zin dat het hele ecosysteem in aanmerking wordt genomen en wordt geïntegreerd om het leven van de Brusselaars te vergemakkelijken.

Veel leesplezier!

Alain MARON & Elke VAN DEN BRANDT



Inhoudsopgave

VOORAFGAANDE OPMERKING	4
A. INLEIDING	7
1. Welzijns- en gezondheidscontext in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.....	7
a. Een jong en multicultureel Gewest.....	7
b. Een Gewest met duidelijke sociaal-economische, ruimtelijke en gezondheidsongelijkheden.....	7
c. Een Gewest waar ook onzichtbare inwoners wonen	10
d. Een Gewest met een groot potentieel voor hulp en zorg	11
e. Een gastvrij gewest	11
2. Gedeelde vaststellingen.....	11
a. Toenemende complexiteit van situaties en moeilijke toegang tot diensten	11
b. Versnippering van het aanbod en de bevoegdheden.....	12
c. Non-take-up	13
d. Genderongelijkheid.....	13
3. De covidcrisis, die tekortkomingen en hefboomen onthult	13
a. Gebrek aan middelen en voorbereiding	13
b. Draagvlak bij de bevolking.....	14
c. Reactiviteit, proactiviteit en innovatie	15
d. Sociale en gezondheidsongelijkheden versterkt door de crisis.....	16
B. INTEGRATIE VAN HET WELZIJS- EN GEZONDHEIDSBELEID IN HET VOORDEEL VAN ALLE BRUSSELAARS	17
Structureerende principes	19
1. Gezondheidsbevordering.....	19
2. Integratie en ontzuijing.....	20
3. Territoriale benadering.....	20
4. Verantwoordelijkheid tegenover de bevolking.....	21
5. Evenredig universalisme	21
6. De toegang tot rechten, hulp en zorg waarborgen.....	22
7. Genderbenadering.....	22
8. Beleidsondersteuning en -evaluatie via academische, professionele en ervaringskennis	24

AS 1: DE LEVENSKWALITEIT EN GEZONDHEID VERBETEREN EN DE SOCIALE EN GEZONDHEIDSONGELIJKHEDEN VERMINDEREN	24
1. Invloed uitoefenen op de gezondheidsdeterminanten	24
2. Een geïntegreerd beleid van preventie en preventieve gezondheidszorg in de gezondheidszorg voeren.....	31
3. De seksuele en reproductieve gezondheid van de Brusselaars bevorderen	33
4. Gendergerelateerde ongelijkheden bestrijden	35
5. Bestrijding van discriminatie	35
 AS 2: DE TOEGANG TOT RECHTEN EN DIENSTEN WAARBORGEN	37
1. De toegankelijkheid van de diensten verhogen	37
2. De toegang tot rechten verhogen en non-take-up bestrijden	40
3. Regelingen ontwikkelen die zijn aangepast aan de realiteit van eenoudergezinnen	42
4. Overmatige schuldenlast bestrijden.....	42
5. Hulp en zorg voor dakloze of slecht gehuisveste personen en preventie van woningverlies..	43
6. De bevolkingsgroepen die het verst van rechten en diensten af staan, bereiken	45
7. De praktijken van de OCMW's harmoniseren en de sociale innovatie ondersteunen	49
 AS 3: DE STRUCTUUR EN DE COÖRDINATIE VAN HET AANBOD VAN HULP- EN ZORGDIENSTEN VERBETEREN	50
1. Hulp- en zorgverlening op territoriale basis organiseren.....	52
2. Voor continuïteit van de zorg zorgen	58
3. De banden tussen welzijns- en gezondheidsdiensten van de eerste lijn, huisartsgeneeskunde en ziekenhuizen verbeteren.....	59
4. Continuüm van hulp en zorg voor ouderen waarborgen	63
5. Geestelijke gezondheid van de bevolking verbeteren.....	66
 AS 4: GEZAMENLIJK EEN GEÏNTEGREERD WELZIJS- EN GEZONDHEIDSBELEID UITBOUWEN	71
1. Welzijns- en gezondheidsbeleid van de GGC en de FGC integreren.....	71
2. Rapport inzake armoede en sociale en gezondheidsongelijkheden.....	74
3. Besluitvorming en interventie op welzijns- en gezondheidsgebied ondersteunen	75



Voorafgaande opmerking

Om beter tegemoet te komen aan de behoeften van de bevolking moet er meer samenhang worden gebracht in het gevoerde beleid. Met het beleid en de plannen die binnen de verschillende bevoegde entiteiten bestaan als basis, zal de Regering een Brusselse statengeneraal voor gezondheid en welzijn organiseren die moet uitmonden in een geïntegreerd welzijns- en gezondheidsplan dat zich onder meer toespitst op de Brusselse eerste lijn voor welzijn en gezondheid. De Regering zal inzetten op co-constructie tussen de openbare en associatieve actoren, de gebruikers en onderzoekers, ook voor de methode.

Brussels meerderheidsakkoord 2019-2024

De Staten-Generaal Welzijn en Gezondheid is bijeengekomen, onder bijzonder gecompliceerde omstandigheden gezien de gezondheids- en sociale crisis, en heeft een bijdrage kunnen leveren aan de opstelling van het Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan (zie de gedetailleerde uiteenzetting van de methode in de bijlage). Dat plan bestaat uit twee delen en gaat vergezeld van een methodologische tekst.

De twee delen zijn enerzijds **het strategische plan** dat een gemeenschappelijk referentiekader vormt voor de Brusselse actoren die actief zijn op welzijns- en gezondheidsgebied en anderzijds **het operationele plan** waarin de acties zijn gegroepeerd die tot doel hebben de beginselen en strategische doelstellingen van het referentiekader over meerdere jaren te verwezenlijken.

Het GWGP zal tijdens dit jaar 2022 worden aangevuld met het toekomstige **rapport inzake armoede en sociale en gezondheidsongelijkheden**.¹ Dat rapport zal de aanvullende bijdragen van de Brusselse regeringen omvatten, onder andere de bijdragen die betrekking hebben op de gewestelijke bevoegdheden (werkgelegenheid, huisvesting, leefmilieu).

Wat de **gezondheidsbevordering** betreft, bevat het GWGP momenteel in zijn referentiekader de prioritaire doelstellingen en strategieën die zijn vastgesteld in het decreet van 18 februari 2016 en in zijn strategische plan 2018-2022. Het nieuwe Plan voor Gezondheidsbevordering 2023-2027, dat momenteel wordt opgesteld, zal in de loop van dit jaar 2022 in het GWGP worden geïntegreerd en zal met name een aanvulling vormen op het operationele plan.

In de **methodologische tekst** wordt uiteengezet hoe het GWGP — na de Staten-Generaal waarop de ontwikkeling ervan is gebaseerd — deel zal uitmaken van een voortdurend proces van samenwerking tussen overheden in Brussel onderling en met welzijns- en gezondheidsactoren. Het is namelijk van essentieel belang te erkennen dat dit document een beginpunt is en geen eindpunt. Door de bijdragen van de verschillende programmatische teksten² die de welzijns- en gezondheidssector organiseren, te integreren, wordt beoogd de effecten ervan te stimuleren en te vergroten. Het vormt dus een voorlopige synthese van de beginselen en strategische doelstellingen die de verschillende actoren moeten samenbrengen, alsook van de lopende of voorgestelde acties voor de uitvoering ervan.

Op basis daarvan zullen in de Brusselse entiteiten verschillende (bestaande of te creëren) **werkgroepen** en een **adviesorgaan** worden opgericht met het oog op de verdere uitvoering van het GWGP en de regelmatige evaluatie en herziening ervan. Alleen op basis van een dergelijk geïntegreerd ‘leerproces’ kunnen de noodzakelijke transformaties van het Brusselse welzijns- en gezondheidsbeleid geleidelijk worden doorgevoerd, als antwoord op de verstrengeling van bevoegdheden en het gebrek

¹ Om rekening te houden met de vele interacties tussen armoede- en gezondheidskwesties, zal het Armoederapport worden aangevuld met een deel over sociale en gezondheidsongelijkheden.

² Het Brussels Gezondheidsplan, het Plan voor Gezondheidsbevordering en het Plan armoedebestrijding.

aan coördinatie daarvan, om het hoofd te bieden aan de sociale (en) gezondheidsongelijkheden die het Brusselse grondgebied kenmerken.

Een **gezamenlijk decreet en ordonnantie** waarin deze elementen worden opgenomen, zal worden voorgesteld aan de Vergadering van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en van de Franse Gemeenschapscommissie. De ordonnantie voorziet in afstemming met de Brusselse regeringen (Brussels Gewest, VGC). Dat zou kunnen leiden tot de nodige coördinatie op het gebied van de thema's huisvesting en werkgelegenheid, waarvan bekend is dat ze gezondheidsdeterminanten zijn.

Tot slot is dit plan de eerste stap in een groter project. Hoewel het plan in eerste instantie als doel heeft om samenhang en coördinatie te brengen in het welzijns- en gezondheidsbeleid dat door de GGC en de FGC wordt gevoerd, is het duidelijk dat de institutionele architectuur van België een bredere samenwerking vereist. Dat geldt zowel voor het welzijns- en gezondheidsbeleid dat door het federale niveau wordt uitgeoefend (gezondheidszorg, arbeidsongeschiktheid, invaliditeit, pensioenen, enz.) als voor het beleid dat op gemeenschapsniveau wordt gevoerd door de andere gefedereerde entiteiten, waaronder de Franse Gemeenschap, die met name bevoegd is voor onderwijs en preventie op school. Hoewel dit plan per definitie geen verplichtingen kan inhouden voor andere beleidsniveaus, verbindt het het Brussels Gewest er wel toe de beginselen die eraan ten grondslag liggen te verdedigen en samen te werken met de andere gefedereerde entiteiten om het plan uit te voeren, indien nodig of nuttig, door een beroep te doen op het beleid van andere entiteiten.



0

1

DEEL I: strategisch plan

Voor een geïntegreerd welzijns-
en gezondheidsbeleid in het BHG



A. Inleiding

1. Welzijns- en gezondheidscontext in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest³

Brussel profileert zich steeds meer als een ‘kleine wereldstad’⁴, die permanent betrokken is bij de internationale dynamieken en stromen.

Die recente ontwikkeling geeft het Brussels Gewest sterke kenmerken — een jonge, voortdurend groeiende en multiculturele bevolking; een heterogeen grondgebied; aanzienlijke verschillen in welvaart en welzijn; een hoge druk op de kostprijs van de woningen — en schetst de uitdagingen waarmee het de komende jaren zal worden geconfronteerd.

a. Een jong en multicultureel Gewest

De bevolking van het Brussels Gewest is sinds het begin van de jaren 2000 gestaag gegroeid en is veel jonger dan in de andere gewesten. Op 1 januari 2020 bedroeg de gemiddelde leeftijd er 37,6 jaar tegenover 41,6 jaar in Wallonië en 42,9 jaar in Vlaanderen.

Dat komt zowel door een hoog geboortecijfer als door internationale immigratie die voornamelijk bestaat uit jongvolwassenen.

Het Brussels Gewest ontvangt ongeveer een derde van de migranten die naar België komen. Meer dan een derde van de Brusselse bevolking (35%) heeft momenteel dan ook een vreemde nationaliteit en 58% van alle inwoners had bij de geboorte een vreemde nationaliteit. Die cijfers weerspiegelen de culturele diversiteit die in het Gewest aanwezig is.

Niettemin telt het Gewest een aanzienlijk aantal ouderen. Het zal het hoofd moeten bieden aan het feit dat een steeds groter deel van hen in de toekomst sociaal-economisch veel kwetsbaarder zal zijn dan de huidige oudere bevolking, hetgeen een aanpassing van de zorg noodzakelijk zal maken. Ter informatie: het aandeel van de bevolking in het Brussels Gewest dat van de IGO (inkomensgarantie voor ouderen) leeft, is de laatste jaren aanzienlijk gestegen, van 8% in 2008 tot 12% in 2020.

b. Een Gewest met duidelijke sociaal-economische, ruimtelijke en gezondheidsongelijkheden

Brussel wordt gekenmerkt door sterke sociaal-economische, demografische en gezondheidsverschillen tussen zijn wijken.

De contrasten zijn welbekend, enerzijds tussen de meer verstedelijkte eerste kroon en de meer residentiële tweede kroon, en anderzijds tussen het westen van de stad, dat historisch gezien bestaat uit meer volkswijken, en het oosten, dat bestaat uit meer welgestelde wijken. Ze schetsen de kaart van een heterogeen Brussels Gewest in verschillende dimensies.

³ Tenzij anders vermeld, zijn de gegevens in dit deel afkomstig uit de volgende publicatie: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad (2020). Welzijnsbarometer 2020. Brussel: Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. <https://www.ccc-ggc.brussels/nl/observatbru/publications/2020-welzijnsbarometer>.

⁴ Brussel staat op de 24e plaats in de rangschikking van het Globalization and World Cities Research Network van Loughborough University.

Ten eerste, sociaal-economisch. Brussel herbergt zowel de armste als de rijkste buurten van België. Als indicator van de inkomensongelijkheid is de Gini-coëfficiënt, berekend op basis van het netto-inkomen na belastingen in het Gewest, de hoogste van het Koninkrijk.

De verdeling van het mediaan inkomen op de belastingaangiftes per statistische sector laat een bijzonder grote spanning zien tussen de 'arme sikkels' in het noordwesten van de Vijfhoek en de welgestelde wijken in het zuidoosten van het Gewest.

Een aanzienlijk deel van de Brusselaars leeft in armoede. Een derde van de Brusselaars moet rondkomen met een inkomen dat onder de armoederisicogrens ligt (1.230 euro per maand voor een alleenstaande en 2.584 euro per maand voor een koppel met twee kinderen). Bij kinderen en jongeren ligt dat cijfer nog hoger: 41% van hen groeit op in een gezin waar het inkomen onder de armoederisicogrens ligt. Volgens een meer verfijnde indicator, die rekening houdt met andere dimensies van armoede dan alleen inkomensarmoede, loopt 38% van de bevolking het risico op armoede of sociale uitsluiting.

Deze situatie omvat een veelheid aan toestanden van gebrek en kwetsbaarheid:

- een vijfde van de bevolking op beroepsactieve leeftijd (tussen 18 en 64 jaar) leeft van sociale bijstand of van een vervangingsinkomen (inclusief werkloosheidsuitkering),
- 29% van de jongeren van 15 tot 24 jaar is werkloos, vergeleken met 13% van de totale Brusselse beroepsbevolking,
- meer dan een op de vijf volwassenen en meer dan een op de vier kinderen leven in gezinnen met een zeer lage arbeidsintensiteit. Bovendien zijn eenoudergezinnen bijzonder kwetsbaar: slechts iets meer dan een derde van hen heeft een baan,
- meer dan 10% van de 18- tot 24-jarigen heeft het secundair onderwijs voortijdig verlaten,
- 28% van de Brusselse gezinnen kampt met een vorm van energiarmoede en 23% met waterarmoede. Deze moeilijkheden houden vaak verband met situaties van overmatige schuldenlast, die belangrijke gevolgen hebben op vele gebieden van het leven (gerechtelijke procedures, loonbeslag, inbeslagneming van goederen, afsluiting van openbare nutsvoorzieningen, uitzetting, enz.),
- 25% van de Brusselaars woont in een 'ongeschikte' woning (lekken, vocht) en/of in een overbevolkte woning. In het Brussels Gewest wonen vooral huurders (62% van de gezinnen): een derde van hen besteedt meer dan 40% van zijn inkomen aan huur. Die verhouding stijgt tot 70% voor huurders en leefloontrekkers. Op 1 januari 2020 stonden meer dan 48.000 gezinnen op de wachtlijst voor een sociale woning.

Ook demografisch zijn de territoriale ongelijkheden zeer zichtbaar. Of het nu gaat om leeftijd, afkomst of dichtheid, de bevolking is ongelijk verdeeld over de verschillende Brusselse wijken.

Zo varieert de bevolkingsdichtheid, die in het Gewest gemiddeld 7.550 inwoners/km² bedraagt, van 23.258 inwoners/km² in Sint-Joost-ten-Node tot 1.952 inwoners/km² in Watermaal-Bosvoorde.

De groeipercentages van de bevolking vertonen aanzienlijke verschillen naargelang van de gemeente: van 4% in Sint-Joost en Watermaal-Bosvoorde tot meer dan 16% in Evere of Brussel-Stad. In het algemeen vernieuwen de gemeenten van de arme sikkkel hun bevolking sneller wegens hun onthaalfunctie voor opeenvolgende immigratiebewegingen. Dat kenmerk maakt een onderscheid tussen een ‘mobiele’ stad, die jonger, armer en multicultureler is, in de centrale wijken en een ‘stabiele’ stad in de gemeenten van de tweede kroon.

Alleenstaanden zijn oververtegenwoordigd in het Brussels Gewest. Ze maken 46% uit van alle Brusselse huishoudens.

Eenoudergezinnen maken 12% van de huishoudens uit. De overgrote meerderheid van hen (86% volgens een studie van het BISA5) is vrouw. Alleenstaand ouderschap is duidelijk een gendergebonden fenomeen. Niet alleen bestaat de overgrote meerderheid van de eenoudergezinnen uit een vrouw die een of meer kinderen alleen opvoedt, maar de problemen waarmee deze gezinnen te kampen hebben, zijn doordrongen van en worden versterkt door de bestaande genderongelijkheden in onze samenleving.⁶

Wat de ongelijkheden op gezondheidsgebied betreft, spelen de sociaal-economische positie en de geografische spreiding van de huishoudens een belangrijke rol; die komen tot uiting in een sociale gradiënt die een verband legt tussen het sociaal-economische niveau en de gezondheidstoestand.

Die invloed wordt gevoeld vanaf de geboorte en gedurende het hele leven. Zo is het kindersterftecijfer tweemaal zo hoog (5/1000) in huishoudens zonder inkomen als in huishoudens met twee inkomens, en verschilt de levensverwachting bij de geboorte aanzienlijk naargelang van het sociaal-economische niveau van de woongemeente. Tussen de armste en de rijkste gemeenten van het Gewest bedraagt het verschil in levensverwachting van de inwoners 3 jaar voor mannen en 2,5 jaar voor vrouwen (periode 2013-2017).

Deze ongelijkheden kunnen onder meer worden verklaard door het verband tussen gezondheid, levenskwaliteit en milieu; met name door verschillen in huisvestingskwaliteit, blootstelling aan milieuhinder (luchtverontreiniging, geur, lawaai, trillingen) of toegang tot groene en recreatieve ruimten.

Wat de ervaren gezondheid betreft, verschilt het percentage personen dat zichzelf niet als gezond beschouwt bovendien aanzienlijk naargelang van de sociale status (bij gelijke leeftijd en geslacht): van de Brusselaars van 15 jaar en ouder met hoogstens een diploma van het basisonderwijs beschouwt meer dan de helft zichzelf niet als gezond, tegenover minder dan een vijfde van de personen met een diploma van het hoger onderwijs.

Duidelijke ongelijkheden zijn ook zichtbaar in de verdeling van ziekterisico's (chronische ziekten, geestelijke gezondheid, mondgezondheid, enz.), maar ook in het gebruik van preventie (screening, vaccinatie) of het gebruik van zorg.

5 <https://bisa.brussels/themas/bevolking/huishoudens>

6 Zie ook het Brussels plan ter ondersteuning van eenoudergezinnen — juli 2021; http://alleenstaandeouder.brussels/plan/Alleenouderschap_Plan_2021.pdf

De toegang tot gezondheidszorg blijft namelijk moeilijk voor heel wat Brusselse huishoudens. Volgens de Gezondheidsenquête 2018 verklaarde 16% van de Brusselse huishoudens gezondheidszorg te hebben uitgesteld om financiële redenen. Ook hier is de sociale gradiënt duidelijk: het uitstellen van zorg neemt af naargelang de beschikbare financiële middelen van een huishouden toenemen. In het Brussels Gewest zegt 38% van de huishoudens met ‘moeilijkheden om de eindjes aan elkaar te knopen’ zorg te hebben uitgesteld om financiële redenen, tegenover slechts 4% van de huishoudens die geen moeilijkheden melden.

c. Een Gewest waar ook onzichtbare inwoners wonen

Statistische of administratieve gegevens hebben alleen betrekking op personen die naar behoren zijn ingeschreven in de gemeentelijke registers, in het Rijksregister of in de verschillende gegevensbanken van de Sociale Zekerheid. Maar er wonen ook veel personen in het Gewest die niet tot de officiële bevolking worden gerekend: buitenlanders zonder geldige verblijfsvergunning, niet-gedomicilieerde studenten, personen zonder wettig verblijf, diplomaten en hun gezinnen, enz.

Het kwantificeren van die ‘onzichtbare’ bevolking is per definitie moeilijk. Niettemin kunnen we uit sommige bronnen⁷ afleiden dat het om een orde van grootte van enkele tienduizenden personen gaat.

Die vaststelling pleit voor de ontwikkeling en verbetering van de productie van statistische gegevens in Brussel. Het toont vooral aan dat het gewicht van zeer precaire situaties ongetwijfeld wordt onderschat. Die realiteit vereist dat het welzijns- en gezondheidsbeleid dienovereenkomstig wordt weerspiegeld en georiënteerd.

Uit de barometer 2020 van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad blijkt dat het aantal personen zonder papieren veel hoger ligt in het Brussels Gewest dan in de andere twee gewesten van het land: uit de verdeling van het aantal aanvragen tot dringende medische hulp (DMH) per gewest blijkt immers dat twee derde van de DMH die in België worden toegekend, zich in het Brussels Gewest voltrekt. Dat komt neer op 13.584 gevallen van DMH over heel 2020 in het Brussels Gewest. Dat is een minimumaantal begunstigden (aangezien één begunstigde voor verschillende patiënten kan worden terugbetaald: bv. kinderen). Dat cijfer is ongetwijfeld veel lager dan het werkelijke aantal personen zonder rechten, aangezien een deel van hen geen beroep doet op dringende medische hulp.

⁷ Lopend onderzoek (Measuring Invisibility in Brussels) telt, op basis van gegevens uit het Rijksregister voor het jaar 2013, meer dan 18.000 personen die hun wettelijke verblijfplaats in het Brussels Gewest hebben verloren en niet opnieuw zijn ingeschreven. In 2015 schatte het KCE het aantal personen zonder papieren tussen de 85.000 en 160.000 voor het hele land (Roberfroid D., Dauvrin M. (2015) Welke gezondheidszorg voor personen zonder wettig verblijf?, Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg). Bij de telling die in november 2020 door Bruss'Help is uitgevoerd, zijn 5.313 dakloze of gebrekkig gehuisveste personen geteld op het Brusselse grondgebied. Op 1 januari 2021 vermeldde de FOD Buitenlandse Zaken ook meer dan 11.000 personen in Brussel als lid van diplomatenfamilies.

d. *Een Gewest met een groot potentieel voor hulp en zorg*

Ondanks een structurele onderfinanciering die niet in verhouding staat tot de toename van de vraag, beschikt Brussel over een aanzienlijk aanbod van welzijns- en gezondheidsdiensten, zowel ambulante als residentieel en intramuraal.

Zijn functie als hoofdstad en zijn stedelijke karakter zijn bepalend voor het gebruik dat ervan wordt gemaakt. De aanwezigheid van een groot aantal ziekenhuizen, waarvan sommige zeer gespecialiseerd zijn, bevordert de behandeling van een aanzienlijk deel van niet-Brusselse patiënten. Het specifieke profiel van de Brusselse bevolking die multicultureel is en in een kwetsbare situatie verkeert, beïnvloedt ook het soort zorg waarop een beroep wordt gedaan en de mogelijkheid om er toegang toe te krijgen. In het Brussels Gewest wordt minder gebruikgemaakt van algemene medische zorg en thuiszorg, maar meer van gespecialiseerde of ziekenhuiszorg dan in de andere twee gewesten.⁸

e. *Een gastvrij gewest*

Het Brussels Gewest ontvangt veel niet-Brusselaars in zijn zorginstellingen. Hoewel dat een teken is van de kwaliteit van die instellingen, betekent het ook een financiële last voor de overheid, die echter niet doorberekend wordt in de financiering ervan door het federale niveau. Het is dus belangrijk om daarmee rekening te houden bij eventuele nieuwe onderhandelingen over de bijzondere financieringswet.

Bovendien maakt die situatie het noodzakelijk de meeneembaarheid van de rechten van burgers te waarborgen. Of het nu Brusselaars zijn die zich elders laten verzorgen, of omgekeerd. De coördinatie op dat gebied, tussen de gefedereerde entiteiten en met het federale niveau, moet worden voortgezet.

2. Gedeelde vaststellingen

Statistische gegevens geven slechts een deel van de welzijns- en gezondheidssituatie in Brussel weer; achter de cijfers gaan de problemen schuil die de Brusselaars en de professionals in het dagelijkse leven ondervinden.

Verscheidene recente diagnoses⁹, afkomstig van actoren met een rechtstreekse betrokkenheid op het veld, komen overeen bij het identificeren van deze concrete moeilijkheden en het vaststellen van actieprioriteiten.

a. *Toenemende complexiteit van situaties en moeilijke toegang tot diensten*

Bij kwetsbare bevolkingsgroepen komen welzijns- en gezondheidsproblemen, zowel lichamelijke als geestelijke, steeds vaker samen en leiden zij tot complexe situaties, die de tussenkomst van talrijke professionals vereisen. Die verstrengeling heeft diverse gevolgen, zowel wat de geschiktheid of de doeltreffendheid van de tussenkomst als wat de behandelingsduur betreft. De personen in de moeilijkste situaties lopen ook het meeste risico om van de ene dienst naar de andere te gaan.

⁸ RIZIV. Medisch verbruik vanuit geografisch perspectief in België. <https://www.riziv.fgov.be/nl/publicaties/Paginas/medisch-verbruik-geografisch-perspectief-belgie.aspx>

⁹ Intersectoraal rapport CBCS, strategisch plan Brusano, transversaal rapport Brussels Takes Care, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad (2017). Inzichten in non take-up van de sociale rechten en in sociale onderbescherming in het Brussels Gewest. Brussel: Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.

De toenemende complexiteit van de gevallen leidt bijgevolg tot een groter beroep op heroriëntatie, hetgeen op zijn beurt leidt tot verzadiging van de diensten. In een vicieuze cirkel beperkt die verzadiging de toegankelijkheid en zo kan de situatie chronisch worden.

De meest kwetsbare groepen (vrouwen die het slachtoffer zijn van geweld, alleenstaande ouderen, drugsgebruikers, personen zonder geldige verblijfsvergunning, personen die werkzaam zijn in de prostitutie, NEET's, daklozen, slachtoffers van racisme, LGBTQIA+-personen, Roma, personen met een handicap ...) zijn in feite degenen die het minst toegang hebben tot rechten en diensten en degenen die de meeste moeite hebben om gebruik te maken van de continuïteit van hulp en zorg. De toegangsvoorwaarden, de complexiteit van de procedures, de ontoegankelijkheid op het gebied van taal, en de digitale kloof vermenigvuldigen de obstakels op de weg naar steun. Vanwege hun kwetsbaarheid vereisen die groepen bijzondere aandacht en de ontwikkeling van innoverende voorzieningen om hun situatie te verbeteren.

b. Versnippering van het aanbod en de bevoegdheden

Het dienstenaanbod in de welzijns- en gezondheidssector is aanzienlijk maar ingewikkeld, slecht bekend en niet erg duidelijk, noch voor de Brusselaars, noch voor de professionals. De segmentering van het aanbod in niveaus, silo's, disciplines, pathologieën, doelgroepen, enz. creëert barrières en maakt de hulp- en zorgtrajecten¹⁰ minder flexibel.

Dat versterkt de belemmeringen voor de toegang, de juiste doorverwijzing of de geschikte overgang tussen de diensten.

Op een hoger niveau zijn de versnippering van de bevoegdheden op welzijns- en gezondheidsgebied over verschillende bevoegdheidsniveaus en het naast elkaar bestaan van meerdere gemeenschappen die min of meer dezelfde bevoegdheden uitoefenen, niet bevorderlijk voor de banden die nodig zijn voor de opbouw van een algemeen en systematisch welzijns- en gezondheidsbeleid. Harmoniseringswerkzaamheden zijn ook wenselijk met betrekking tot het welzijnsbeleid dat op het niveau van de gemeenten en de OCMW's wordt gevoerd. Verder zullen de andere verschillende collectiviteiten en de federale overheid worden uitgenodigd om deel te nemen aan de operationele uitvoering, elk binnen de grenzen van hun bevoegdheden.

¹⁰ Brussels Gezondheidsplan, pagina's 11, 12, 47 en https://perspective.brussels/sites/default/files/documents/organisatie_van_de_eerstelijnszorg_en_hulp_in_het_brussels_hoofdstedelijk_gewest_-_cbcs_2020.pdf ORGANISATIE VAN DE EERSTELIJNSZORG EN -HULP IN HET BRUSSELS HOOFDSTEDELIJK GEWEST, visienota, Interfederatie van de ambulante zorg, Wetz et al. 2020

c. *Non-take-up*

Op de kruising van de twee voorgaande problematieken lijkt de non-take-up van rechten het resultaat te zijn van de ontmoeting tussen een beperkte individuele capaciteit en structurele impasses. Uit een recente studie van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad¹¹ blijkt dat er een aanzienlijke non-take-up bestaat bij personen in kwetsbare situaties en in armoede: ondanks het feit dat ze ervoor in aanmerking komen, genieten veel Brusselaars geen sociale rechten en hebben ze geen toegang tot de gezondheidszorg waar ze recht op hebben. Het fenomeen illustreert de absurditeit van de vastgestelde discrepanties tussen het bestaan van rechten, het aanbod van diensten en de realiteit van de uitoefening en het gebruik ervan.

d. *Genderongelijkheid*

Het Gewest staat ook voor uitdagingen die specifieke doelgroepen en grondgebieden overstijgen.

Genderongelijkheden versterken de moeilijkheden waarmee vooral vrouwen te kampen hebben, of het nu gaat om inkomen, werkgelegenheid, toegang tot gezondheidszorg en sociale diensten, toegang tot huisvesting of gebruik van de openbare ruimte. Psychologisch of fysiek geweld is ook een fenomeen dat vrouwen op alle gebieden van hun leven zwaar treft.

3. De covidcrisis, die tekortkomingen en hefboomen onthult

Het coronavirus heeft gefungeerd als een indicator van de sterke en zwakke punten van ons gezondheids- en welzijnsstelsel en, meer in het algemeen, van de omvang van de sociale en gezondheidsongelijkheden. Het heeft ook de inzet van iedereen, actoren in het veld, administraties en de regering, aangetoond om tegenslagen het hoofd te bieden en zo goed mogelijk in te spelen op de steeds veranderende context. Sinds het begin van de epidemie zijn er in Brussel meer dan 232.000 bevestigde gevallen van besmetting met SARS-CoV-2 gemeld.¹² Eind december 2021 waren er 3.727 COVID-19-gerelateerde sterfgevallen. Tegelijkertijd was 72% van de bevolking ouder dan 18 jaar (d.w.z. 715.000 personen) volledig gevaccineerd (2 doses).

a. *Gebrek aan middelen en voorbereiding*

Vanaf de eerste dagen hebben de eerstelijnsactoren en de administraties zich ingezet om de gevolgen van deze pandemie voor de gezondheid en het welzijn van de Brusselaars te beperken. In de loop van de maanden werden talrijke maatregelen getroffen om aan de behoeften tegemoet te komen: productie van maskers en persoonlijke beschermingsmiddelen, distributie van maaltijden, een telefoonnummer voor huisartsgeneeskunde, voor sociale noodgevallen, en vele andere initiatieven.

¹¹ Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad (2017). Inzichten in non take-up van de sociale rechten en in sociale onderbescherming in het Brussels Gewest. Brussel: Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.

¹² De gegevens in deze paragraaf zijn afkomstig van de onlinetool die beschikbaar is op de website van Sciensano: <https://www.sciensano.be/nl>

De virulentie van de epidemie heeft de tekortkomingen van het Brusselse welzijns- en gezondheidssysteem in geval van een grote crisis aan het licht gebracht. Daaruit is gebleken dat wij niet beschikken over voldoende middelen — met name wat de eerste lijn betreft — en dat die middelen onvoldoende gestructureerd zijn om het beleid voor het beheer van gezondheidsrisico's te ondersteunen.

Die diagnose werd al in 2017¹³ gesteld tijdens een evaluatie door de WHO, die betrekking heeft op de bestrijding van de coronavirusepidemie en van andere epidemieën zoals tuberculose, seizoensgriep, meningitis, norovirus of mazelen.

Het gebrek aan logistieke voorbereiding en kennis om de epidemie tegen te gaan was vanaf het begin voelbaar, zoals de situaties in de rusthuizen pijnlijk hebben aangetoond. De coronaviruscrisis toont aan dat de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, het bevoegde orgaan in Brussel, in staat moet worden gesteld om aan volwaardige beleidsmatige en operationele risicobeheersing te doen, zowel van de huidige gezondheids- en epidemierisico's, als van de toekomstige milieurisico's en de gevolgen daarvan voor de volksgezondheid en voor het gezondheidstelsel.

Het ontbreken van een activeerbare coördinator op het niveau van de bevolking was nadelig voor een goede doorstroming van de informatie, van de gezondheidsautoriteiten naar de bevolking en van de bevolking naar de gezondheidsautoriteiten. Pas in de loop van de epidemie konden in bepaalde wijken mechanismen zoals field agents, Coördinatoren van Lokale Acties, Community Health Workers of verpleegkundigen gemeenschapsgezondheid worden ingezet.

Er zal een nieuw plan voor het beheer van gezondheidsrisico's moeten worden ontwikkeld om de verschillende aspecten van een gezondheidscrisis aan te pakken: preventie, voorbereiding, reactievermogen en herstel. Het plan moet kunnen anticiperen op de behoeften en, in geval van een crisis, snel de voorzieningen voor crisisbeheer in werking kunnen stellen.

b. Draagvlak bij de bevolking

De vraag of de bevolking zich houdt aan de maatregelen die nodig zijn om de epidemie in te dammen (testing en tracing, quarantaine, isolatie, hygiënemaatregelen, maskers en vaccinatie), maar ook haar praktische vermogen om deze maatregelen toe te passen, zijn centrale elementen bij het beheer van een dergelijke gezondheidscrisis.¹⁴

Met name in Brussel is het bekend dat de drijvende krachten achter het draagvlak en de intensiteit ervan afhankelijk zijn van sociale, economische en culturele factoren.

Zo is het vaccinatiepercentage van de volwassen bevolking over het grondgebied verdeeld volgens een logica die identiek is aan de sociaal-economische ongelijkheden die er de structuur van uitmaken: hoe hoger het gemiddelde inkomen, hoe hoger de vaccinatiegraad.

¹³ WHO Europe, 2017. Joint External Evaluation of IHR core capacities of the Kingdom of Belgium. URL <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259824/WHO-WHE-CPI-REP-2017.37-eng.pdf;jsessionid=D141B4EEF2603B50DBF9832BDB1BC2BA?sequence=1> (accessed 6.16.20).

¹⁴ Zie bijvoorbeeld de motivatiebarometer: <https://motivationbarometer.com/>

Die realiteit geeft aan dat er aandacht moet worden besteed aan de omstandigheden die het draagvlak mogelijk maken en de noodzaak om die te ondersteunen met beproefde gemeenschapsgerichte praktijken, met name op het gebied van gezondheidsbevordering, die zoveel mogelijk aansluiten bij de behoeften van de mensen. Onder andere het ALCOV-project¹⁵, het mobiele team van de coördinatoren van lokale acties (CLA's) en de gezamenlijke strategieën op het gebied van gezondheidsbevordering in crisistijden¹⁶ zijn met dat doel in het leven geroepen.

c. *Reactiviteit, proactiviteit en innovatie*

Een positieve les die uit de crisis kan worden getrokken, is de grote reactiviteit, creativiteit en flexibiliteit waarvan de hele zorg- en welzijnssector blijk heeft gegeven, of het nu gaat om institutionele actoren, actoren uit de ziekenhuis- en residentiële geneeskunde, uit de ambulante sectoren of inzake gezondheidsbevordering. Er zijn talrijke voorbeelden van interne reorganisaties, nieuwe samenwerkingsverbanden en de invoering van nieuwe voorzieningen. Voorbeelden hiervan zijn de oprichting van het gratis nummer “Hallo? Welzijnswerk”, de opening van hotels voor dakloze of gebrekkig gehuisveste personen of vrouwen die het slachtoffer zijn van geweld, het vrijwilligerswerk van gezondheidsprofessionals in de rust- en verzorgingstehuizen tijdens de eerste golf, maar ook de vele uitingen van uitzonderlijke solidariteit tussen burgers¹⁷.

De huidige crisis toont, in de Brusselse welzijns- en gezondheidscontext, ook het belang aan van gemeenschaps- en bottom-up-praktijken. De eerste lijn heeft een bijzondere en essentiële rol gespeeld tijdens de COVID-19-crisis, omdat ze dicht bij de burgers stond. Dankzij die nabijheid hebben de eerstelijnsactoren een vertrouwensrelatie met de hulpvrager kunnen opbouwen, wat tal van voordelen heeft: betere diagnose, voorkomen van uit- of afstellen van zorg, beter begrip van het probleem bij de hulpvrager, enz.

Tijdens de crisis en met name tijdens de twee lockdowns zijn meerdere methoden waardevol gebleken: gemeenschapsdiagnoses, outreaching, gemeenschapsacties rond gezondheid, peer support en brugfiguren in de wijken, risicobeperkende methodes en gezamenlijke strategieën van verschillende sectoren. Die methoden hebben het mogelijk gemaakt om meer gedetailleerde begeleiding te verlenen aan diverse doelgroepen die ‘onder de radar’ blijven of moeilijker te bereiken zijn.¹⁸

Om volledig doeltreffend te zijn, vereisen die methoden echter opleiding, begeleiding en voortdurende evaluatie. Ze moeten, in verschillende mate, op grotere schaal worden toegepast in de Brusselse welzijns- en gezondheidssector.

¹⁵ Agir Localement pour COntre le Virus (Lokaal optreden om het virus te bestrijden)

¹⁶ Rousseaux R. en Malengreaux S. (2022). Promouvoir la santé en temps de crise sanitaire— Capitalisation d'expériences bruxelloises. Sint-Lambrechts-Woluwe: UCLouvain/IRSS/RESO. Beschikbaar op: <https://uclouvain.be/fr/instituts-recherche/irss/reso/publications-du-reso.html>

¹⁷ Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting (2021).

Solidariteit en armoede. Een bijdrage aan politiek debat en politieke actie, Tweejaarlijks verslag 2020-2021. Brussel: Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting.

¹⁸ Favresse, D. & Geurts, F. (2022). Impact Covid-19 — Services médico-sociaux de première ligne à Bruxelles : impact de la crise sanitaire et recommandations.

d. Sociale en gezondheidsongelijkheden versterkt door de crisis

De coronavirusepidemie heeft de sociale en gezondheidsongelijkheden op twee belangrijke manieren aan het licht gebracht en versterkt.

In de eerste plaats worden de meest achtergestelde buurten en bevolkingsgroepen in sterkere mate getroffen door de epidemie. De gemeenten die deel uitmaken van de arme sikkels (Molenbeek, Sint-Joost-ten-Node, Anderlecht, bepaalde wijken van Brussel-Stad) zijn relatief meer getroffen door de besmettingen. Dat is te wijten aan het feit dat de bevolkingsgroepen die in die wijken wonen, groepen zijn met omstandigheden die hen blootstellen aan een hoger risico: hogere bevolkingsdichtheid per wijk en per woning, hoger aandeel contactberoepen en essentiële beroepen (caissières, bezorgers, chauffeurs, beroepen van de bouwsector, enz.), frequenter gebruik van het openbaar vervoer, luchtverontreiniging. De ziekte heeft de meest achtergestelde bevolkingsgroepen op een niet-willekeurige manier getroffen.

Naast de directe gevolgen van de ziekte voor de gezondheid heeft de pandemie ook een sterk indirect effect gehad op personen met sociaal-economische problemen, met name door de toegang tot zorg nog moeilijker te maken en door het uitstel van zorg in de hand te werken, maar ook door de gevolgen voor de geestelijke gezondheid van deze bevolkingsgroepen, met name de jongsten.

De oversterfte was ook hoger in deze wijken.¹⁹ Door ongelijkheden op gezondheidsgebied, zoals een hoger aandeel personen met chronische ziekten die het risico op een ernstige ziekte vergroten (diabetes, obesitas, aandoeningen van de luchtwegen) of een moeilijkere toegang tot de zorg, lopen de inwoners een groter risico om een ernstige vorm van de ziekte te ontwikkelen. Een grotere kwetsbaarheid voor ziekten bij kwetsbare bevolkingsgroepen heeft geleid tot meer sterfgevallen.

Ten tweede heeft de crisis, door de maatregelen die zijn genomen om de epidemie in te dammen, ook een aanzienlijke sociale impact gehad. Uit de cijfers blijkt in het algemeen dat de reeds bestaande sociale ongelijkheden zijn toegenomen.²⁰

- 34% van de Brusselaars meldde een inkomensverlies in mei 2020 en 30% in maart 2021. De situatie voor zelfstandigen is nog slechter: 61% geeft aan dat hun financiële situatie in maart 2021 was verslechterd (in mei 2020 was dit 68%). Die percentages zijn hoger dan in de andere twee gewesten.
- Over heel 2020 was gemiddeld 16% van de loontrekkenden tijdelijk werkloos en kreeg 22% van de zelfstandigen het overbruggingsrecht toegekend. Hoewel hun levensstandaard aanzienlijk was gedaald, situeerde het meest acute probleem zich bij het grote aantal personen in het Gewest dat door de mazen van het net van de sociale zekerheid viel. Het gaat onder meer om sommige zelfstandigen, een groot aantal kunstenaars, werknemers met een onzekere baan, studenten, zwartwerkers, daklozen en personen zonder papieren, die op grond van hun statuut niet voor een dergelijk recht in aanmerking konden komen.

¹⁹ Bourguignon M., Damiens, J., Doignon Y., Eggerickx T., Fontaine S., Lusyne P., Plavsic A., Sanderson J.-P. (2020). L'épidémie de Covid-19 en Belgique : les inégalités sociodémographiques et spatiales face à la mort. Document de travail 17. Louvain-la-Neuve: Centre de recherche en démographie.

²⁰ Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad (2020). Welzijnsbarometer 2020. Brussel: Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.

- Vrouwen zijn in het bijzonder getroffen door de gevolgen van de crisis²¹: hun activiteitsgraad, die al lager was dan die van mannen, is in 2020 gedaald; hun geestelijke gezondheid is meer verslechterd dan die van mannen; het aantal meldingen van intrafamiliaal geweld en van intimidatie is aanzienlijk toegenomen; de levensomstandigheden van eenoudergezinnen zijn verder verslechterd.
- Door de onzekerheid en het verlies van banen is het aantal aanvragen bij de OCMW's sterk toegenomen.
- De ongelijkheid bij de toegang tot kwaliteitsvolle huisvesting is tijdens de crisis toegenomen, waarbij de omstandigheden vooral ongunstig zijn in arme en dichtbevolkte buurten zonder groene ruimten in de buurt, zonder tuinen en vaak met overbevolkte woningen.
- De reeds bestaande ongelijkheden op onderwijsgebied zijn door de crisis nog groter geworden, doordat de lessen en activiteiten op scholen en het afstandsonderwijs zijn onderbroken.
- Het proces van digitalisering van openbare en particuliere diensten (voor onderwijs, sociale rechten, sociale participatie, enz.) is tijdens de crisis versneld, waardoor de digitale kloof nog groter is geworden. Bovendien is sociaal isolement een extra belemmering geweest voor de toegang tot rechten en diensten.

B. Integratie van het welzijns- en gezondheidsbeleid in het voordeel van alle Brusselaars

De diagnose van de Brusselse situatie op welzijns- en gezondheidsgebied, die is verergerd door de gevolgen van de recente COVID-19-crisis, schetst een verontrustend beeld van de huidige situatie. In dat verband moeten krachtige, doelgerichte en gestructureerde maatregelen worden genomen om de belangrijkste onevenwichtigheden terug te dringen en een samenhangend hulp- en zorgaanbod tot stand te brengen dat kan voorzien in de essentiële behoeften van alle personen die in Brussel wonen.

Er zijn te veel ongelijkheden op het vlak van welzijn tussen de wijken, en al te veel Brusselaars kunnen hun rechten niet ten volle uitoefenen of krijgen niet voldoende toegang tot het hulp- en zorgaanbod.

²¹ Brusselse Raad voor gelijkheid tussen vrouwen en mannen, De impact van COVID-19 op de ongelijkheden tussen vrouwen en mannen, Brussel: Brusselse Raad voor gelijkheid tussen vrouwen en mannen.

De algemene doelstelling van dit Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan is te komen tot een vernieuwd model voor het verlenen van hulp en zorg, op basis van een sterker geïntegreerd gebruik van alle beschikbare middelen. Het komt erop aan een basisdienst te kunnen aanbieden aan de hele Brusselse bevolking, en daarbij ook de personen te bereiken die het verst van hulp en zorg af staan. Dit houdt in dat het aanbod op territoriale basis wordt georganiseerd, zo dicht mogelijk bij de plaatselijke behoeften en in een globale benadering van de situaties. Daartoe is het van essentieel belang dat de scheidsmuren tussen het gezondheids-, gezondheidsbevorderings- en welzijnsbeleid in een vroeg stadium worden neergehaald en dat intersectoraal en transversaal werk op het terrein wordt aangemoedigd. Laten we daar nog een ander essentieel aspect aan toevoegen dat vaak uit het oog wordt verloren: het welzijn van de medewerkers is een absoluut noodzakelijke voorwaarde voor de kwaliteit van de dienstverlening aan personen. Die kwestie wordt behandeld in het kader van de uitvoering van het in 2021 gesloten non-profitakkoord.

Al deze elementen zijn bepalend voor een ambitieus project en bundelen de inspanningen om de toegankelijkheid, de kwaliteit en de duurzaamheid van het hulp- en zorgaanbod voor alle Brusselaars te garanderen.

De vier volgende assen brengen dus structuur in de presentatie van dit strategische plan:

1. **De sociale en gezondheidsongelijkheden verminderen**
2. **De toegang tot rechten en diensten waarborgen**
3. **De structuur en de coördinatie van het aanbod van hulp- en zorgdiensten verbeteren**
4. **Gezamenlijk een geïntegreerd welzijns- en gezondheidsbeleid uitbouwen**

Deze krachtlijnen moeten aansluiten bij een gemeenschappelijk referentiekader dat gebaseerd is op beginselen die structuur brengen in alle beleidslijnen.



Acht structurerende principes

1. Gezondheidsbevordering

Dit Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan past binnen een benadering van gezondheidsbevordering, in de ruime zin van een «toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn». Gezondheid moet worden beschouwd als een hulpbron voor het dagelijkse leven, die de individuen (en de gemeenschap) in staat stelt «enerzijds hun aspiraties te verwezenlijken en in hun behoeften te voorzien, en anderzijds hun omgeving te veranderen of zich daaraan aan te passen».

Deze visie berust dus enerzijds op een benadering van de gezondheid via de sociale determinanten en de determinanten van sociale en gezondheidsongelijkheden. Ze benadrukt dat sociale en gezondheidsproblemen in een vroeg stadium moeten worden aangepakt om de oorzaken die buiten het bereik van het individu liggen, met andere woorden de sociale en omgevingsdeterminanten die een aanzienlijk verlies van welzijn veroorzaken, zoveel mogelijk weg te nemen. «De gezondheid wordt bepaald door de wijken en gemeenschappen waar mensen wonen, liefhebben, werken, winkelen en hun kinderen laten spelen. Gezondheid is een van de beste indicatoren om te zien of steden de doelstellingen voor duurzame ontwikkeling halen, en helpt steden inclusief, veilig en veerkrachtig te maken voor de hele bevolking²².»

Anderzijds beoogt dit plan een emancipatorische aanpak te ondersteunen die het individu en de gemeenschap in staat stelt een invloed uit te oefenen op de bepalende factoren voor de gezondheid en op de oorzaken van kwetsbaarheid. Dit gebeurt zowel door de ontwikkeling van persoonlijke vaardigheden, met name door toegankelijke kwaliteitsvolle informatie, als door de ondersteuning van de gemeenschapsactie via burgerparticipatie, zowel bij de diagnose van de problemen als bij de vaststelling van de projecten voor een oplossing.

Tot slot is het van essentieel belang om, zodra zich sociale en gezondheidsproblemen voordoen, over te gaan tot een aanpassing van de organisatie en de opdrachten van de diensten die belast zijn met het verminderen van de individuele en collectieve gevolgen en met het zoveel mogelijk voorkomen van die gevolgen. Die diensten kunnen uiteraard niet alles doen, omdat, we zeiden het al, het gewicht van de sociale en omgevingsdeterminanten zo zwaar drukt op de problemen waarmee ze te maken krijgen. Het optreden van het welzijns- en gezondheidssysteem kan echter, binnen de grenzen van de eraan toegewezen middelen, meer of minder doeltreffend, meer of minder adequaat zijn, met name wat betreft de verdeling van de middelen tussen gezondheidszorg en preventie.

²² Verklaring van Shanghai, geciteerd in het Plan stratégique de promotion de la santé (2018). Brussel: Franse Gemeenschapscommissie, p.5.

2. Integratie en ontzuiling

Om in te spelen op de toenemende complexiteit van de situaties, de steeds nauwere verstrengeling van de sociale problemen met ongelijkheden op gezondheidsvlak en de toename van chronische ziekten, moeten er meer en betere geïntegreerde ondersteunings- en zorgmodellen worden ontworpen en tot stand gebracht²³, die de scheidsmuren tussen sectoren en interventieniveaus doorbreken.

De geïntegreerde aanpak krijgt concreet gestalte in de wil om de professionals beter te coördineren, de zorg- en hulptrajecten te versterken door onderbrekingen in de begeleiding te voorkomen, en allen die in het welzijns- en gezondheidssysteem terecht komen, in staat te stellen een antwoord te vinden dat aangepast is aan hun behoeften, in alle dimensies en gedurende hun hele leven. Bij een persoonsgerichte aanpak kunnen de in het gebied aanwezige diensten weldoordacht worden gecombineerd om samen het hoogst mogelijke kwaliteitsniveau van begeleiding en zorg te produceren, in een continuüm dat gaat van gezondheidsbevordering tot palliatieve zorg.

Die aanpak impliceert ook meer samenhang in de instrumenten die de organisatie ervan mogelijk maken: wetteksten, bestuurlijke omkadering, onderlinge afstemming van de beleidslijnen die door de verschillende bevoegdheidsniveaus worden gevoerd.

De integratie van hulp en zorg heeft een viervoudig doel: de gezondheid van de bevolking verbeteren, de kwaliteit van de aan personen verstrekte zorg en hulp verbeteren, de kosten van de zorg per capita verminderen en het welzijn van de professionele hulp- en zorgverleners verbeteren.

3. Territoriale benadering

De territoriale organisatie van hulp en zorg gaat gepaard met de integratiedynamiek. Ze maakt die laatste operationeel door de perimeter van het gemeenschappelijke interventiekader af te bakenen. Ze maakt het mogelijk een samenhangend aanbod van diensten per geografisch gebied te definiëren en aan te passen, rekening houdend met het soort aan te bieden diensten, de omvang en de behoeften van de doelgroepen, de omvang van de beschikbare middelen, de bestuurlijke opdelingen²⁴.

Het basisaanbod van de welzijns- en gezondheidsdiensten wordt op wijkniveau gerealiseerd: de eerstelijns hulp en -zorg in de vorm van een polyvalent centrum voor sociale begeleiding en eerstelijnszorg of een geformaliseerd netwerk van actoren. Dat niveau maakt het mogelijk om personen op te vangen binnen een relatie van grote nabijheid, ondergedompeld in de leefomgeving en gesteund door een waaier aan menselijke hulpbronnen, van wie sommige informeel zijn (familieleden, burens, winkeliers, enz.).

De organisatie van een basisaanbod in alle wijken van het Gewest beantwoordt aan de eis van een minimale gelijkheid van behandeling van alle Brusselaars. Ze beoogt, op basis van het beginsel van ruimtelijke rechtvaardigheid, te zorgen voor een betere fysieke toegankelijkheid van de diensten op lokale schaal en de continuïteit van de begeleiding te bevorderen.

²³ Schrijvers, G. (2017). *Integrated Care: Better and Cheaper: With a Selection of More than 100 Good Practices of Integrated Care*. Den Haag: Sdu Uitgevers.

²⁴ Sommige wetgevingen (de bevoegdheid van OCMW's is gemeentelijk) of sommige verordeningen (het RIZIV verplicht de wijkgezondheidscentra met een forfait voor zichzelf een geografisch gebied af te bakenen) worden al op territoriale basis toegepast.

Dit primaire niveau maakt op zijn beurt deel uit van de hogere interventieniveaus, namelijk de hulp- en zorgzones en het gewestelijke niveau.

De gemeenten en de OCMW's zijn belangrijke actoren in het sociale leven en voor het welzijn van de bevolking. Ze beschikken over belangrijke middelen en bevoegdheden om het welzijn van de burgers te verbeteren. Ze zijn belangrijke partners bij de territoriale actie, zowel op wijkniveau als op het niveau van de hulp- en zorgzones.

4. *Verantwoordelijkheid tegenover de bevolking*

De wijk, met haar mogelijkheden op het vlak van de coördinatie van middelen, planning en integratie in een gezondheidsbevorderend stadsbeleid, is de schaal van het grondgebied waarop het meest mogelijk is het welzijn van de inwoners actief te beïnvloeden.

In dat opzicht hebben de overheidsinstanties een verantwoordelijkheid ten aanzien van de inwoners en de openbare diensten op een bepaald grondgebied. Alle welzijns- en gezondheidsactoren, in de ruime zin, die op het lokale grondgebied aanwezig zijn, moeten zich betrokken voelen bij de doelstelling om dat welzijn te verbeteren, gezien de verbintenis en de middelen die de overheid hun ter beschikking stelt. In dat opzicht delen zij een collectieve verantwoordelijkheid.

De verantwoordelijkheid van de diensten ten aanzien van de bevolking in een interventiegebied, of het nu gaat om de wijk, de hulp- en zorgzone of het hele Gewest, in samenhang met het bestaande gemeentelijke niveau, is gebaseerd op twee logica's:

- de wil om de dienstverlening uit te denken en de hulp en de zorg te organiseren op geïntegreerde wijze in functie van de behoeften van de gebieden en hun bevolking, en niet alleen naargelang van het bestaande aanbod en de geformuleerde vraag. Dit impliceert het gebruik van opsporings- en diagnosetools, de ontwikkeling van praktijken voor gezondheidsbevordering en preventie (op welzijns- en gezondheidsgebied) en het inschakelen van gemeenschapsactie.
- het vermogen van elke dienst om alle inwoners op te vangen en hen naar het aanbod te leiden dat het beste inspeelt op hun vraag.

5. *Evenredig universalisme*

Zoals uit de cijfers blijkt, zijn de Brusselaars niet gelijk wat welzijn betreft en hebben ze dus niet dezelfde aandacht nodig om hun een waardig welzijnsniveau te bieden. De antwoorden die worden gegeven, moeten dus ook in verhouding staan tot de omvang van de behoeften van de personen.

In het kader van de beperkte middelen moet het welzijns- en gezondheidsbeleid het beginsel van universalisme eerbiedigen (de hele bevolking toegang bieden tot dezelfde diensten), maar tegelijk doelgericht inspanningen leveren en zijn effecten differentiëren door rekening te houden met de sociale en gezondheidsongelijkheden. Een programma voor welzijns- en gezondheidsacties dat gebaseerd is op het idee van evenredig universalisme, zal ervoor zorgen dat universele diensten gecombineerd worden met gerichte diensten voor groepen die in een kwetsbare situatie verkeren en daardoor een groter risico lopen geen toegang te krijgen tot rechten en diensten.

6. De toegang tot rechten, hulp en zorg waarborgen

De beschikbaarheid van het aanbod garandeert niet de toegankelijkheid ervan. Er zijn veel belemmeringen die personen kunnen verhinderen de gezochte dienst te bereiken.

Zorgen voor maximale toegang voor alle doelgroepen houdt in dat er tegelijk een verbetering moet komen van:

- de ruimtelijke toegankelijkheid door de hoeveelheid en de locatie van het aanbod te optimaliseren en door de mogelijkheden van personen op het vlak van mobiliteit te vergroten. De territoriale aanpak draagt in aanzienlijke mate bij tot de verwezenlijking van deze doelstelling.
- de niet-ruimtelijke toegankelijkheid door te werken aan een geheel van factoren die de ontmoeting tussen personen en het recht, de hulp of de zorg vergemakkelijken. Dit impliceert onder meer aandacht en acties voor het gemak van het aanbod (dienstregeling, onthaal, taalgebruik, administratieve procedures), voor de kosten en voor de zichtbaarheid en de promotie ervan.

De meest gestigmatiseerde groepen, zij die het verst van de aangeboden diensten af staan en het meest geneigd zijn er geen gebruik van te maken, moeten bovendien speciale aandacht krijgen door middel van daadkrachtige 'outreach'-maatregelen en onvoorwaardelijke (laagdrempelige) opvangmaatregelen, ongeacht de situatie van de vragende partij. Deze multidisciplinaire, flexibele en proactieve aanpak, die niet-discriminerend is en respect toont voor de persoon, is erop gericht de patiënt(e) weer in de eerstelijns-hulp en -zorg op te nemen.

In het kader van het charter 'Handstreaming' moet bijzondere aandacht worden besteed aan de rechten van personen met een handicap, waarbij de belemmeringen voor de toegang tot welzijns- en gezondheidsdiensten, die voor deze groep een obstakel vormen ten opzichte van hun medeburgers, zoveel mogelijk moeten worden weggenomen.

7. Genderbenadering

Gender is een concept, een interpretatie- en analyseschema van de manier waarop de maatschappij de sociale processen en relaties die de mensen in verschillende categorieën van geslacht organiseren en polariseren, aanduidt. Gender wordt door Bereni en Achin gedefinieerd als een relationele machtsrelatie die is ingebed in andere sociale relaties. Het verwijst naar het genderbinaire model waarbij personen worden ingedeeld als man of vrouw, en naar de waarden die daarmee samenhangen (mannelijk/vrouwelijk).²⁵ De term 'gender' verwijst naar de rollen, gedragingen, uitingen en identiteiten die de samenleving toekent aan mannen, vrouwen en personen die niet in dat binair geslachtsmodel passen (interseksueel, trans, queer, non-binair, enz.). De term bouwt de perceptie op van hoe mensen zichzelf en anderen zien, hoe zij handelen en met elkaar omgaan, en hoe macht en middelen in de samenleving worden verdeeld.

²⁵ Achin C., Bereni L. (dir) Dictionnaire genre et science politique. Concepts, objets, problèmes. Paris, Les presses de Sciences P, coll « Références », 2013

In het onderzoek op het vlak van de volksgezondheid wijzen tal van studies op significante verschillen tussen mannen en vrouwen in termen van levensverwachting, sterfte, morbiditeit, maar ook in voorstellingen van gezondheid en gezondheidsgedrag. Het gebruik van het genderconcept bij de evaluatie van de beleidslijnen inzake sociale begeleiding en zorg maakt het mogelijk rekening te houden met de oorzaken van die verschillen en dienovereenkomstig te handelen. Bij de uitvoering van het plan zal bijzondere aandacht worden besteed aan gendergerelateerde ongelijkheden op gezondheidsgebied, door te proberen daar in de acties rekening mee te houden.

8. Beleidsondersteuning en -evaluatie via academische, professionele en ervaringskennis

De acties die op het terrein worden uitgevoerd, moeten voldoen aan de eisen van doeltreffendheid, verantwoordelijkheid en betrokkenheid van de professionals op het terrein en van de inwoners.

Daartoe moeten zij gebaseerd zijn op wetenschappelijk onderzoek, de beroepspraktijk en de ervaring van de gebruikers, en gaandeweg ook zelf relevante informatie produceren. Door gegevens te verzamelen, te analyseren en beschikbaar te stellen, wordt een klimaat geschapen dat gunstig is voor de totstandbrenging van doeltreffende interventies, de evaluatie ervan, de voorlichting en de participatie van de doelgroepen.

De invoering van systemen voor diagnose, gegevensproductie, evaluatie (kwantitatief en kwalitatief) en participatie van de belanghebbenden ondersteunt de kwaliteit van het welzijns- en gezondheidsbeleid en draagt bij tot de totstandbrenging van een echte gezondheidsdemocratie.



De 4 assen van het plan

AS 1: De levenskwaliteit en gezondheid verbeteren en de sociale en gezondheidsongelijkheden verminderen

Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest wordt gekenmerkt door grote sociale en gezondheidsongelijkheden, die ruimtelijk geconcentreerd zijn en elkaar in de meeste gevallen wederzijds versterken.

Twee vaststellingen²⁶ springen in het oog:

- De benaderingen inzake gezondheidsbevordering hebben uitgebreid gedocumenteerd dat de gezondheidstoestand niet alleen van biologische factoren afhangt. Die toestand houdt verband met een reeks omstandigheden die veel talrijker zijn dan louter medische en biologische kwesties. Sociale determinanten zoals de toegang tot werkgelegenheid, de kwaliteit van de huisvesting, het onderwijsniveau, de voeding, de leefomgeving en het milieu hebben een directe of indirecte invloed op de gezondheid van de bevolking. Door iets te doen aan die determinanten helpen we de gelijkheid op gezondheidsgebied vooruit.²⁷
- De sociale gezondheidsgradiënt toont de sterke correlatie aan tussen situaties van armoede en de gezondheidstoestand. Hoe zwakker de socio-economische positie, hoe slechter de gezondheid van een individu.²⁸

Op grond hiervan moet een daadkrachtig beleid ter vermindering van de sociale en gezondheidsongelijkheden worden uitgerold op alle beleidsdomeinen en -niveaus, zelfs op die welke ogenschijnlijk ver van deze problematiek af staan. Dat kan alleen worden bereikt door een gecoördineerde en geïnformeerde aanpak tussen de verschillende bevoegdheden.

1. Invloed uitoefenen op de gezondheidsdeterminanten

a. Rekening houden met de welzijns- en gezondheidskwesties in alle beleidsdomeinen - Het GWGP afstemmen op het gewestelijke beleid

Het GWGP is een belangrijke mijlpaal in de uitwerking van een geïntegreerde aanpak van welzijns- en gezondheidsvraagstukken. Het maakt het mogelijk om op samenhangende en uniforme wijze richting te geven aan het overheidsbeleid inzake sociale hulp en zorg, gezondheidsbevordering en armoedebestrijding.

²⁶ <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107337/E75335.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
<https://www.who.int/evidence/forum/EVIPNetSDHweekinterviewFR.pdf>

²⁷ The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design by Urie Brofenbrenner 1979

²⁸ Missinne, S. & Avalosse, H. (2019). Dossier 2019/2 — Iedereen even gezond in Brussel? Recente cijfers en kaarten over sociale ongelijkheden in gezondheid. Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

Ingrijpende veranderingen kunnen echter alleen in gang worden gezet door alle hefboomen transversaal aan te pakken. Het optreden met betrekking tot de sociale determinanten moet ook worden vastgesteld en ontwikkeld in alle beleidslijnen die van invloed kunnen zijn op het welzijn, de gezondheid²⁹ en de armoede³⁰. Er moeten dus samenwerkingsverbanden worden opgezet over de politieke grenzen heen, zowel op het niveau van de besturen als van de kabinetten, om de aandacht voor gezondheid en armoede in de Brusselse beleidslijnen te verankeren.

Dat houdt met name in dat de openbare actoren bewust moeten worden gemaakt van de gevolgen van het gevoerde beleid voor de welzijns- en gezondheidssituatie van de Brusselaars, dat vaker een beroep moet worden gedaan op de capaciteiten van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn op het vlak van impactevaluatie, en dat het GWGP moet worden afgestemd op de andere gewestelijke beleidslijnen die een invloed uitoefenen op de welzijns- en gezondheidssituatie van de Brusselaars.

Die afstemming zal met name plaatsvinden in het kader van het toekomstige rapport inzake armoede en sociale en gezondheidsongelijkheden, waarin het welbekende Armoederapport (zie het voorwoord van dit plan) zal worden overgenomen en aangepast. Meer gedetailleerde informatie over dat rapport is te vinden in as 4 van dit plan.

De invloed van de woon- en werkomstandigheden, het milieu (lucht- en bodemverontreiniging, lawaai, hormoonverstorende stoffen), de verschillende leefomgevingen, met name die van de meest kwetsbare specifieke doelgroepen (achtergestelde jongeren, NEET's, ouderen, eenoudergezinnen, vrouwen die het slachtoffer zijn van geweld, gedetineerden en ex-gedetineerden, daklozen, migranten, enz.), is bepalend voor de gezondheid en het welzijn van individuen.

Binnen dit referentiekader wordt bijzondere aandacht besteed aan het verband tussen milieu en gezondheid, de toegang tot gezonde en duurzame voeding en een transversale maatregel, namelijk de uitvoering van een geïntegreerd beleid van preventieve gezondheidszorg.

Bovendien is het Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan volledig in overeenstemming met de vijf doelstellingen van het Ottawa-handvest, dat in het plan voor gezondheidsbevordering als structurering van zijn operationele maatregelen is opgenomen.

29 Wereldgezondheidsorganisatie. *Ce qu'il faut savoir au sujet de la santé dans toutes les politiques*. <https://www.who.int/social-determinants/publications/health-policies-manual/key-messages-fr.pdf>

30 Feytaerts, G. (2018). «Social Impact Assessment»: un outil d'aide à la décision pour la lutte contre la pauvreté et les inégalités sociales de santé. *Etude des conditions nécessaires à la fonction d'apprentissage conceptuel de l'outil dans le contexte bruxellois*. ULB - VUB.

1. Bevordering van gezondheid en gezondheidsbevorderingsstrategieën in alle beleidsdomeinen³¹

Het doel is om gezondheid op de agenda van de beleidsmakers in de verschillende sectoren te plaatsen door hen te informeren over de gevolgen die hun beslissingen kunnen hebben voor de gezondheid. Hoewel het volksgezondheidsbeleid wordt uitgevoerd om de gezondheid te verbeteren, is het duidelijk dat vele domeinen van het overheidsoptreden de gezondheid beïnvloeden. Denk aan onderwijs, huisvesting, mobiliteit, ruimtelijke ordening, stedenbouwkundig beleid, reclame, milieu, enz. Om de gezondheidsdeterminanten aan te pakken moeten de beleidsmakers dus een gedeelde verantwoordelijkheid voor de gezondheid dragen en moeten alle regeringen actie ondernemen.

2. Versterking van de participatie van het publiek en van de gemeenschapsactie

Het doel is om de participatie van de gemeenschap aan de vaststelling van prioriteiten, de besluitvorming en de ontwikkeling van planningsstrategieën op doeltreffende en concrete wijze te organiseren om een beter gezondheidsniveau te bereiken, en om projecten te ontwikkelen op basis van een analyse van de vraag en een gemeenschapsdiagnose.

Burgerparticipatie staat centraal in de strategieën van gemeenschapsactie. Er bestaan verschillende definities van gemeenschapsactie, die hun eigen specifieke kenmerken hebben, maar meestal is er sprake van een gedeeld grondgebied, sociale interacties, gemeenschappelijke banden (gevoel van verbondenheid, solidariteit). De gemeenschapsacties rond gezondheid hebben betrekking op initiatieven van individuen, organisaties en gemeenschappen (territoriaal of met een gedeelde identiteit) die gericht zijn op een of meer collectieve en solidaire oplossingen voor een probleem of een gemeenschappelijke behoefte, en die bijdragen tot het beïnvloeden van gezondheidsdeterminanten, het verbeteren van de gezondheid en het verminderen van sociale en gezondheidsongelijkheden.

3. Bevordering en ondersteuning van acties die gericht zijn op gezonde leef- en woonomgevingen

Het doel is om het belang van het milieu voor de gezondheid te benadrukken en een socio-ecologische benadering van gezondheid voor te stellen. Leef- en woonomgevingen worden namelijk gedefinieerd als de plaatsen waar mensen wonen, werken en zich ontspannen.

³¹ Verklaring van Adelaide over de integratie van gezondheid in alle beleidsdomeinen. WHO, regering van Zuid-Australië, Adelaide, 2010. *De Verklaring van Adelaide over de integratie van gezondheid in alle beleidsdomeinen is bedoeld om alle leiders en besluitvormers op alle overheidsniveaus — lokaal, regionaal, nationaal en internationaal — te betrekken. In de verklaring wordt benadrukt dat overheidsdoelstellingen het makkelijkst worden verwezenlijkt wanneer alle sectoren gezondheid en welzijn als kernelementen van de beleidsvorming beschouwen. De determinanten van gezondheid en welzijn liggen namelijk buiten de gezondheidssector en zijn van sociale en economische aard.* (vrije vertaling)

Een gezonde omgeving is een omgeving die de gezondheidstoestand van individuen en gemeenschappen positief beïnvloedt door gezonde keuzes mogelijk te maken. Omgevingen worden meestal in het meervoud genoemd omdat verschillende soorten omgevingen van invloed zijn op de gezondheid van de bevolking: de fysieke omgeving (natuurlijke en bouwkundige elementen), de politieke omgeving (overheidsbeleid en wetgeving), de economische omgeving (prijzen van goederen en diensten) en de socioculturele omgeving (normen en conventies).

Bij deze as wordt gekeken naar de invloed van die leefomgevingen op de gezondheid en op de keuzes die individuen en gemeenschappen maken met betrekking tot hun gezondheid en hun levenskwaliteit. Die manier van werken op gezondheidsgebied maakt het ook mogelijk in te grijpen in verband met sociale en gezondheidsongelijkheden. Deze ondersteuningsstrategie van acties ter bevordering van gezonde leef- en woonomgevingen is gebaseerd op de mobilisatie van lokale contactpersonen en besluitvormingsorganen en op gemeenschapsversterking.

4. Bevordering en stimulering van gezonde vaardigheden

Het doel is om de individuele en sociale ontwikkeling te ondersteunen door het verstrekken van informatie, het verzekeren van gezondheidseducatie en het vervolmaken van vaardigheden die noodzakelijk zijn voor het leven. Zoals voor as 3 wordt beoogd de complementariteit van de acties aan te moedigen en voorrang te geven aan projecten rond gezondheidsbevordering die gericht zijn op het beïnvloeden van gedrag en leefgewoonten op een manier die complementair is met de acties op het gebied van leef- en woonomgevingen, door niet-prescriptieve houdingen aan te nemen. Ook hier is er behoefte aan een versterking van de sociale verantwoordelijkheid, het werk van voorstellingen, de ontwikkeling van kritisch denken, keuzevrijheid en handelingsbekwaamheid.

5. Heroriëntatie van de diensten

Het doel is om bij te dragen aan een gelijkere verdeling van de gezondheidsmiddelen tussen gezondheidszorg en preventie en om sociale en gezondheidsongelijkheden te bestrijden. De taken van de gezondheidsdiensten moeten worden uitgebreid tot de vier bovengenoemde strategieën, naast de conventionele medische zorg. Met het idee van een heroriëntatie van de diensten beoogde het Ottawa-handvest betere resultaten op het gebied van gezondheidsbevordering te bereiken. Dat is de verantwoordelijkheid van alle gezondheidsprofessionals, gezondheidsinstellingen en overheden, maar moet ook worden ondersteund door individuen en gemeenschappen. Daartoe moeten gezondheidsbevordering en preventie aan het gezondheidszorgsysteem worden toegevoegd. Het doel is dat het gezondheidszorgsysteem, naast het aanbieden van klinische en curatieve diensten, zich steeds meer kan reorganiseren in de richting van gezondheidsbevordering, in een breder kader, rekening houdend met de culturele en sociale behoeften van individuen en groepen.

Het gaat er dus om dat de gezondheidsdiensten zich kunnen richten op alle behoeften van het individu door rekening te houden met de hele context waarin hij of zij is ingebed. Die heroriëntatie moet een verandering teweegbrengen in de organisatie en de voorstellingen van de professionals in de gezondheidsdiensten, zodat de behoeften van het individu globaal kunnen worden beschouwd, rekening houdend met alle contextuele elementen die hem of haar omringen: op sociaal, economisch, milieu- en educatief niveau. Zoals de gezondheidscrisis heeft aangetoond, hebben de traditionele biomedische benaderingen hun grenzen en worden de uitdagingen van rechtvaardigheid en continuïteit van de toegang tot zorg en diensten steeds dringender. Gezondheidsbevordering mag niet achterblijven in de marge van het gezondheidszorgsysteem waartoe ze behoort, noch mag ze worden gedegradeerd tot een cosmetische functie. Gezondheidsbevordering kan de gezondheidssector helpen in te spelen op de behoeften van de bevolking om gehoord, geïnformeerd en gepositioneerd te worden als partners in de besluitvorming met de zorgteams en de overheidsinstanties.



b. Welzijn en gezondheid verbeteren door een betere omgeving

De invloed van het milieu op de gezondheid is vandaag onbetwistbaar. De Europese Commissie schat dat 20% van de ziektes waarmee de bevolking van de geïndustrialiseerde landen te kampen krijgt, aan milieufactoren kan worden toegeschreven. Uit recente studies³² blijkt dat ongeveer 11% van het sterftcijfer in het Brussels Gewest kan worden toegeschreven aan luchtvervuiling, terwijl lawaai als gevolg van het wegvervoer problemen veroorzaakt bij meer dan 20% van de bevolking.

Op het niveau van het Gewest bestaan er grote ongelijkheden wat betreft de blootstelling aan en de gevoeligheid voor milieuhinder³³, maar ook wat betreft de gedifferentieerde gevolgen van het milieubeleid voor de sociale groepen of het vermogen van de overheid om op te treden en in te grijpen.

Het overheidsbeleid, dat wordt uitgedacht in het licht van die ongelijkheden, moet een meer systemische aanpak tussen milieu, welzijn en gezondheid bevorderen en geterritorialiseerde acties — idealiter op het niveau van de wijken — en acties volgens een aanpak per doelgroep omvatten.

De belangrijkste inspanning moet vandaag enerzijds gericht zijn op de totstandbrenging van een coherent en gedeeld analytisch kader waarmee de verbanden tussen milieu en gezondheid beter kunnen worden geïdentificeerd, en anderzijds op de ontwikkeling van indicatoren en gegevensverzameling waarmee de verschillende aspecten van de ongelijkheden op milieugebied kunnen worden gemeten³⁴.

Het doel is de synergieën te versterken en de samenwerkingsverbanden tussen de besturen en de actoren op het gebied van milieu en gezondheid formeel vast te leggen, om gecoördineerde strategieën op te stellen en gezamenlijke projecten te ontwikkelen die een gezond milieu bevorderen.

Bovendien moeten de boodschappen inzake volksgezondheid die gericht zijn op de preventie en vermindering van milieugerelateerde gezondheidsrisico's, worden versterkt. Die boodschappen moeten veranderingen in gedragingen en praktijken aanmoedigen, ook bij professionals, en tegelijk zorgen voor een discours waarin de collectieve verantwoordelijkheid opnieuw wordt bevestigd.

Dat moet de Brusselaars ook in staat stellen een beter inzicht te krijgen in de gevolgen van milieuhinder voor hun gezondheid en in de oplossingen om de risico's te verminderen, wat kan bijdragen tot een beter algemeen begrip van het beleid dat op het niveau van het Gewest wordt gevoerd, zowel op het gebied van milieu en klimaat als op het gebied van preventie, gezondheidsbevordering en gezondheid.

32 Andrieux J., Bouland C. en Eggen M. (2021), *Etat des connaissances sur les liens entre environnement et santé en Région de Bruxelles-Capitale*.

33 Casa L., Gadeyne S., Noel Ch., Rodriguez Loureiro L., Vanroelen Ch., (2020). L'injustice dans le domaine de la pollution de l'air extérieur, *ID-Policy Brief*, 2020/01.

34 Centre d'Ecologie Urbaine en ULB (2021), *Les inégalités environnementales bruxelloises: revue critique et leviers politiques*. Brussel: Centrum voor Stadsecologie.

c. *De toegang tot gezonde, kwaliteitsvolle en duurzame voeding voor iedereen verbeteren*

Onze eetgewoonten en consumptiepatronen hebben gevolgen voor onze gezondheid (obesitas, diabetes, hart- en vaatziekten, enz.) en brengen niet te verwaarlozen milieukosten met zich mee. Zo is de gewestelijke Good Food-strategie voortgekomen uit de vaststelling dat de emissies die verband houden met de voedingsystemen, goed zijn voor gemiddeld 30% van de totale wereldwijde uitstoot van broeikasgassen. De impact op de klimaatverandering en de uitputting van de biodiversiteit wereldwijd is reëel en is objectief vastgelegd in de verslagen van het IPCC³⁵ en het verdrag inzake biodiversiteit (CBD)³⁶. De ontwikkeling van gezonde, kwaliteitsvolle en seizoensgebonden voeding die de bodem en levende organismen respecteert en toegankelijk is, beantwoordt dus zowel aan de behoeften op het gebied van volksgezondheid en levenskwaliteit als aan de behoeften op het gebied van milieu- en sociale verbeteringen.³⁷

De toegang tot gezonde, duurzame en kwaliteitsvolle voeding is echter lang niet voor alle Brusselaars gewaarborgd.

Terwijl culturele en financiële belemmeringen en belemmeringen op het vlak van informatie en scholing veel burgers ervan weerhouden om te kiezen voor dit soort voeding, ondervinden velen van hen grote moeilijkheden om gewoon maar aan voeding te raken en doen een beroep op de hulp van voedselbanken. Die oplossing, die sociale schaamte en leed veroorzaakt, is, zoals het Steunpunt tot bestrijding van armoede ons in herinnering brengt, in werkelijkheid dubbel “niet duurzaam³⁸”: ze vormt geen aanvaardbaar antwoord op lange termijn en levert bijna geen duurzame voedingsmiddelen op. Het garanderen van een echt recht op voeding blijft de eerste te bereiken doelstelling.

Als we meer ambitie willen tonen en gezonde, kwaliteitsvolle en duurzame voeding voor iedereen toegankelijk willen maken, ook voor personen in kwetsbare situaties, rekening houdend met de principes van keuze, genoeg en waardigheid van de personen, moeten de banden tussen de domeinen van voeding, welzijn en gezondheidsbeleid worden versterkt op het niveau van de sectoren, de besturen en het beleid.

Een eerste stap in die richting is gezet door verschillende actoren uit de welzijns- en gezondheidssector samen te brengen rond de Good Food-strategie van Leefmilieu Brussel³⁹.

³⁵ Intergovernmental Panel on Climate Change

³⁶ *Convention on Biological Diversity*

³⁷ Leefmilieu Brussel (2015). *Strategie Good Food. Naar een duurzamer voedingsstelsel in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest*. Brussel: Leefmilieu Brussel. <https://leefmilieu.brussels/themas/voeding/acties-van-het-gewest/strategie-good-food-naar-een-duurzamer-voedingsstelsel-het>

³⁸ Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting (2019). *Duurzaamheid en armoede*. <https://www.armoedebestrijding.be/duurzaamheid-en-armoede-een-bijdrage-aan-politiek-debat-en-politieke-actie/>

³⁹ <https://goodfood.brussels/nl/content/de-good-food-strategie>

Het is duidelijk dat er een onderscheid moet worden gemaakt tussen toegang tot gezonde en duurzame voeding en toegang tot voeding als zodanig. Het beroep op voedselhulp is een van de gevolgen van een gebrek aan financiële middelen. Wij kunnen en moeten hopen dat de voedselhulp zo kwalitatief mogelijk is, maar vooral dat iedereen over voldoende middelen zal beschikken om te voorkomen dat hij zijn toevlucht moet nemen tot voedselhulp. Zolang voedselhulp nodig blijft, moet, met het oog op kwaliteitsverbetering, worden gestreefd naar participatie van de begunstigden en moet een paternalistische en prescriptieve aanpak worden vermeden. De behoeften, de duurzame voedselbronnen die moeten worden ondersteund (voedingsgordel), de belangrijkste actoren zoals sociale restaurants en kruideniers en de eerste stappen die moeten worden genomen (overgang naar systemen voor geldoverdracht, oprichting van solidariteitscentra, netwerk van buurtkeukens, ...) moeten worden vastgesteld.

2. Een geïntegreerd beleid van preventie en preventieve gezondheidszorg in de gezondheidszorg voeren

Er moet een ambitieus preventiebeleid worden opgezet, waarbij rekening wordt gehouden met gezondheidsbevorderingsstrategieën en het belang van gecombineerde preventiemaatregelen voor de gezondheid, op basis van de socio-economische en politieke context, de materiële levensomstandigheden, de gedragingen en biologische factoren, de psychosociale factoren, enz. De preventie moet ook worden aangepast aan de specifieke kenmerken van kwetsbare groepen, bijvoorbeeld door gebruik te maken van passende communicatietools. Er moet een sterke samenhang tot stand komen met de actoren die met de meest kwetsbare bevolkingsgroepen werken (sociale cohesie, OCMW's, huisvesting, enz.).

Screening op bepaalde infectieziekten, chronische ziekten en bepaalde vormen van kanker valt onder de bevoegdheid van onder meer de GGC en de FGC in het kader van preventieve gezondheidszorg⁴⁰ en van gezondheidsbevordering. Ook de vaccinatie van de doelgroepen (behalve die waarvoor de Franse en Vlaamse Gemeenschap bevoegd zijn) valt onder die beide entiteiten.

Op basis daarvan moet worden gestreefd naar een uitbreiding en versterking van de voorlichtingsprogramma's, met name voor degenen die het verst van hulp en zorg af staan, en van de screeningscampagnes, met name via de hulp- en zorgactoren van de eerste lijn. Die wil om het preventiebeleid te optimaliseren moet ook betrekking hebben op de screening en preventie van kanker, tuberculose, COVID-19, seizoensgriep en diabetes. Er zullen ook samenwerkingsverbanden en een meer coherente integratie van de met screening belaste actoren tot stand worden gebracht, met name via een analyse van de haalbaarheid van één geïntegreerd referentiecentrum dat verantwoordelijk is voor het uitwerken van strategieën en maatregelen op het gebied van preventie en preventieve gezondheidszorg op bevolkingsniveau, waarbij voorrang zal worden gegeven aan de opsporing van kanker en tuberculose en aan vaccinatie.

⁴⁰ Onder preventieve gezondheidszorg wordt verstaan de preventiemethodes die overeenstemmen met de wettelijke bepalingen die geldig zijn voor het uitoefenen van gezondheidszorgverleningen en de nadere regels voor de organisatie van gezondheidsdiensten, om bij te dragen tot het vermijden van morbide aandoeningen of om zo snel mogelijk de leden te ontdekken onder de bevolking die receptief zijn voor deze aandoeningen of die eraan lijden, aandoeningen waarvan het bestaan een ernstig risico van verergering van de gezondheidstoestand van de zieke inhoudt, en soms ook een risico van uitbreiding van de ziekte tot de omgeving van de zieke met zich meebrengt, en eindelijk dikwijls een risico van degradatie van de materiële en maatschappelijke toestand van de zieke en van zijn gezin.

Dat geïntegreerd referentiecentrum zou ook kunnen worden belast met de organisatie van de communicatie en de bewustmaking van de doelgroepen, in goede verstandhouding met de actoren van de gezondheidsbevordering. Het zal worden bijgestaan door een stuurcomité bestaande uit de bevoegde besturen en ministeriële kabinetten. Het zou de meest doeltreffende benaderingen ontwikkelen om doelgroepen te bereiken, waaronder bijvoorbeeld huisartsen, apothekers, actoren uit de welzijnssector waaronder OCMW's, wijkgezondheidscentra.

De COVID-19-crisis heeft aangetoond hoe belangrijk het is om te beschikken over een lokaal mechanisme dat het mogelijk maakt om snel samen met de bevolking gezondheidsmaatregelen te implementeren. Er werden verschillende mechanismen ingevoerd: Coördinatoren van Lokale Acties, field agents en wijkverpleegkundigen/-vaccinatoren. Om op een volgende crisis te kunnen reageren, moet dat mechanisme ook buiten crisissituaties permanent worden behouden.⁴¹ Het lokale mechanisme voor de strijd tegen covid, dat tijdens de gezondheidscrisis in nood werd ingevoerd, zal geëvalueerd en verankerd worden om adequaat te kunnen reageren op een volgende crisis. Tussen twee crisissen in zal het ingezet worden voor de gezondheidspreventie en de toegang tot rechten. Dankzij dit mechanisme kan een betere toegang tot preventie worden geboden en tegelijkertijd een lokaal gezondheidsmechanisme in stand worden gehouden dat in geval van crisis kan worden ingezet. Het zal worden geïntegreerd in het hulp- en zorgmechanisme op het niveau van de groepen wijken en worden aangestuurd door de hulp- en zorgzones en de cel Preventie van de Diensten van het Verenigd College.

Steunend op de ervaring die tijdens de strijd tegen covid werd opgedaan en gelet op de bestaande of opkomende risico's voor de volksgezondheid, zullen de voorbereiding en de reactie op de bedreigingen en noodsituaties op het vlak van de volksgezondheid worden ontwikkeld. In een plan voor het beheer van gezondheidsrisico's worden de risico's en de reacties daarop bepaald en worden de bevoegde entiteiten vermeld. De cel Preventie van de DVC is belast met de sturing van dat plan en de middelen die eraan zullen worden toegekend.

De evaluatie van het beleid op het gebied van gezondheidsbevordering en -preventie en de strategische planning zullen worden ontwikkeld om de overheidsactie te richten op de meest geschikte en doeltreffende tussenkomsten en instrumenten om te zorgen voor een zo hoog mogelijk gezondheidsniveau voor de bevolking.

41 WHO Europe, 2017. Joint External Evaluation of IHR core capacities of the Kingdom of Belgium. URL <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259824/WHO-WHE-CPI-REP-2017.37-eng.pdf;jsessionid=D141B4EEF2603B50DBF9832BDB1BC2BA?sequence=1> (accessed 6.16.20).

3. De seksuele en reproductieve gezondheid van de Brusselaars bevorderen

a. Een perinataliteitsstrategie ontwikkelen

Sociale ongelijkheden ten aanzien van de geboorte zijn sterk aanwezig in het BHG. Vanaf het prille begin van het leven bepalen ze de ongelijkheden op gezondheidsgebied, die het hele leven zullen blijven bestaan. Om de kansen van bij de geboorte gelijk te trekken en de gezondheidsongelijkheden te verminderen, moet worden geïnvesteerd in preventie rond de zwangerschap, de geboorte en de vroege kindjaren, waar de aanzet wordt gegeven tot sociale en gezondheidsongelijkheden.

Perinatale sterfte blijft een belangrijk aandachtspunt in het Brusselse beleid. Het aantal risicovolle zwangerschappen en peri- en postnatale complicaties staat in correlatie met de bestaansonzekerheid van de bevolkingsgroepen. Zwangere vrouwen in bestaansonzekere situaties treden te laat toe tot een procedure van medische en sociale follow-up van hun zwangerschap. Bovendien maakt de institutionele versnippering van het zorgaanbod rond de geboorte dit aanbod onduidelijk en weinig toegankelijk.

De uitdaging bestaat er dus in deze vrouwen vroeg genoeg te bereiken om hun toegang te bieden tot een multidisciplinaire, globale en geïntegreerde follow-up, die hun de nodige begeleiding, onderzoeken en zorg kan bieden.

In dat verband wil dit plan de WHO-doelstelling «voor elke vrouw een eigen vroedvrouw» helpen te bereiken en het initiatief nemen om de verschillende institutionele en operationele actoren bijeen te brengen om samen een Brussels perinataliteitsplan op te stellen.

De strijd tegen gynaecologisch en verloskundig geweld en tegen genitale verminking van vrouwen moet ook specifieke aandacht krijgen. Het doel van dit plan is steun te verlenen aan bewustmakings- en voorlichtingsacties ten behoeve van de doelgroepen en diensten (vrouwen, medisch personeel, ziekenhuissector, centra voor gezinsplanning, wijkgezondheidscentra) om dergelijk geweld te voorkomen en te bestrijden.

Daartoe wordt in dit plan onder meer verwezen naar de maatregelen die zijn voorgesteld in het intra-Franstalig plan ter bestrijding van geweld tegen vrouwen 2020-2024⁴², in het Brusselse plan ter bestrijding van gendergerelateerd geweld⁴³ en in Vlaanderen⁴⁴, en in het plan voor de rechten van de vrouw 2020-2024 van de Federatie Wallonië-Brussel⁴⁵.

42 Zie maatregelen 27, 28 en 29 voor verloskundig en gynaecologisch geweld en maatregelen 41 en 53 voor vrouwelijke genitale verminking (VGV)

43 Zie maatregel 25 van het Brusselse plan ter bestrijding van geweld tegen vrouwen. <https://equal.brussels/nl/themas/gewestelijk-plan-tegen-geweld-op-vrouwen/>

44 Wat de politieke actie in Vlaanderen betreft: Rond vrouwelijke genitale verminking (VGV) wordt vanuit Vlaanderen voorzien in onderstaande acties via GAMS: GAMS ontvangt momenteel middelen van de Stad Antwerpen, van de Stad Gent, van de Stad Leuven, en van de Vlaamse overheid, vanuit het beleidsdomein Welzijn, Opgroeien Regie (Kind & Gezin) en minister Wouter Beke. Deze subsidiebedragen worden ingezet op een lokale verankering en permanentie van GAMS vzw in Huis van het Kind in Antwerpen-Noord, Gent en Leuven (via convenanten), om zo een laagdrempelige dienstverlening te kunnen aanbieden rond VGV en gedwongen huwelijken. Ze starten binnenkort (of zijn intussen gestart) ook in Kortrijk en Hasselt. Vanuit het gelijkerekenbeleid: Een van de onderliggende mechanismen dat de fenomenen in stand houdt, is genderongelijkheid en de daarbij onderliggende genderrollen en -verwachtingen. Binnen Gelijke Kansen zetten we meer algemeen in op het belang van genderrollen, en de strijd tegen patriarchale structuren en ongelijke genderverhoudingen, waarbij het cultuuraspect soms expliciet wordt meegenomen. Binnen het Inburgeringsbeleid gaat er reeds aandacht naar sensibilisering rond gendergelijkheid: in de maatschappelijke oriëntatiecursus voor nieuwkomers komen principes over gendergelijkheid en -vrijheid, gelijkwaardigheid, seksualiteit en relatievormen uitgebreid aan bod. Dit is terug te vinden in de verschillende leeromgevingen van de cursus Maatschappelijke Oriëntering.

45 <http://www.egalite.cfwb.be/index.php?id=21146#65274> — zie meer bepaald maatregel 27 van het plan en <http://www.egalite.cfwb.be/index.php?id=21146#65274> — zie meer bepaald maatregel 1.8.7

b. Bijdragen aan de preventie van seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's)

Ook al is het aantal nieuwe hiv-diagnoses de laatste jaren gedaald, toch blijft het hoog, zodat meer gebruik moet worden gemaakt van de beschikbare preventiestrategieën. De hiv-epidemie in België treft hoofdzakelijk twee bevolkingsgroepen: mannen die seks hebben met mannen (MSM), de belangrijkste wijze van overdracht bij personen met de Belgische of Europese nationaliteit, en mannen en vrouwen die het virus hebben opgelopen via heteroseksuele relaties, voornamelijk afkomstig uit Sub-Saharaans Afrika. Het aantal nieuwe hiv-diagnoses ligt in Brussel hoger dan in de andere gewesten.⁴⁶ Sekswerkers vormen ook een risicogroep.

Hoewel de gerapporteerde incidentie van hepatitis C (HCV) daalt, blijft ze in het Brussels Gewest hoger dan in de andere gewesten. Injecterende drugsgebruikers zijn het meest kwetsbaar voor HCV.

De incidentie van andere soa's (chlamydia, gonorrhoe en syfilis) neemt toe in het Brussels Gewest. Jongvolwassenen (vanaf 20 jaar) en MSM zijn het meest betrokken bij de overdracht van soa's.

Dit plan beoogt verder steun te verlenen aan de actoren in het veld die verantwoordelijk zijn voor de preventie van soa's, vooral degenen die projecten uitvoeren die bij voorrang gericht zijn op de meest kwetsbare doelgroepen en bepaalde leefomgevingen.

c. De steun voor 'EVRAS' bevorderen

Voorlichting over het relationele, affectieve en seksuele leven ('éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle': EVRAS) is een opvoedingsproces dat met name een denkoefening inhoudt om jongeren beter in staat te stellen weloverwogen keuzes te maken die gunstig zijn voor de ontwikkeling van hun relationele, affectieve en seksuele leven en het respect voor zichzelf en anderen. Het komt erop aan elke jongere naar volwassenheid te begeleiden volgens een globale aanpak waarin seksualiteit in de ruimste zin wordt opgevat en met name de relationele, affectieve, sociale, culturele, filosofische en ethische dimensies omvat.

De EVRAS-activiteiten moeten zoveel mogelijk jongeren op school kunnen bereiken, via de planning, maar ook via andere actoren zoals AMO's (diensten voor bijstand in open omgeving), CLB's en PSE's (diensten voor gezondheidsbevordering op school), alsook bijvoorbeeld via de buitenschoolse sector, de jeugdsector en de jeugdhulpsector.

In het schooljaar 2018-2019 werd 35% van de Brusselse scholen bezocht door de 27 centra voor gezinsplanning. Het aantal leerlingen, van kleuterschool tot hoger onderwijs, dat met de EVRAS-activiteiten wordt bereikt, bedraagt slechts 13%.

Dit plan beoogt dus de veralgemening van EVRAS te ondersteunen, op basis van de aanbevelingen van een studie die werd uitgevoerd door de Ecole de santé publique van de ULB en het DULBEA⁴⁷. De formalisering van deze veralgemening van EVRAS zal worden vastgelegd in een samenwerkingsakkoord tussen de bevoegde entiteiten op dit gebied.

⁴⁶ <https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/overdraagbare-aandoeningen/hiv-en-andere-seksueel-overdraagbare-aandoeningen>

⁴⁷ https://dulbea.ulb.be/wp-content/uploads/2021/07/21.02-EVRAS_Rapport-final.pdf

4. Gendergerelateerde ongelijkheden bestrijden

Om de gendergerelateerde ongelijkheden op welzijns- en gezondheidsgebied te bestrijden en de vele vooroordelen die in deze sectoren kunnen worden waargenomen, te vermijden, moet een gendergerichte aanpak worden ontwikkeld, waarbij de positieve en negatieve gevolgen van de genomen — materiële en budgettaire — beslissingen en van de uitvoering ervan in aanmerking worden genomen en geanalyseerd.

In het kader van dit plan is de ondersteuning door een genderdeskundige ondersteunings- of begeleidingsdienst voor alle welzijns- en gezondheidssectoren noodzakelijk.

Er moet ook specifieke aandacht worden besteed aan gendergerelateerd geweld in de Brusselse welzijns- en gezondheidssector, en meer bepaald aan geweld tegen vrouwen. In dat verband zijn drie plannen aangenomen waarin acties op die gebieden worden voorgesteld: het Brusselse plan ter bestrijding van geweld tegen vrouwen, het inter-Franstalige plan ter bestrijding van geweld tegen vrouwen (2020-2024) en een nationaal actieplan ter bestrijding van gendergerelateerd geweld. In het kader van het operationele plan baseren we ons op de acties die in die drie plannen worden voorgesteld.

5. Bestrijding van discriminatie

a. Seksuele geaardheid en LGBTQIA+

België speelt een voortrekkersrol bij de eerbiediging van de fundamentele rechten van LGBTQIA+-personen. Zo worden gelijke rechten voor LGBTQIA+-personen wettelijk verankerd op het gebied van wettelijk samenwonen, huwelijk, afstamming, de mogelijkheid van adoptie en het vermoeden van moederschap voor de co-ouders in lesbische koppels. Deze rol wordt op internationaal niveau erkend: België staat op de 2e plaats (van 49 landen) in de jaarlijkse rangschikking⁴⁸ van ILGA-Europe⁴⁹.

In de praktijk is er echter nog een lange weg af te leggen voor de gelijkheid van LGBTQIA+-personen, zoals blijkt uit de laatste enquêtecijfers van het Bureau van de Europese Unie voor de grondrechten (FRA). In dit verband steunen de FGC, de VGC en de GGC in welzijns- en gezondheidskwesties al enkele jaren een reeks projecten die verband houden met de gezondheid en sociale begeleiding van LGBTQIA+-doelgroepen.

Gelet op de aanbevelingen en eisen van verenigingen op het gebied van toegankelijkheid en gezondheidsbevordering voor LGBTQIA+-personen, is het van essentieel belang die projecten te blijven aanmoedigen. Er zal aandacht worden besteed aan het evalueren en duurzaam maken van bestaande gezondheidsinitiatieven met betrekking tot LGBTQIA+-personen. Dat omvat ook het verstrekken van de best mogelijke opleiding aan het eerstelijns- en tweedelijns personeel over specifieke kwesties in verband met LGBTQIA+-personen.

Deze acties maken ook deel uit van het gewestelijke Brusselse plan voor de inclusie van LGBTQIA+-personen.

⁴⁸ <https://www.rainbow-europe.org/country-ranking>

⁴⁹ ILGA-Europe is een ngo die bijna 600 organisaties uit 54 landen in Europa en Centraal-Azië verenigt. Deze overkoepelende organisatie ijvert voor de mensenrechten van LGBTQIA+-personen, zie <https://www.ilga-europe.org/sites/default/files/2021/belgium.pdf>

b. Racisme en discriminatie

De toegang tot gezondheidszorg en sociale diensten en de kwaliteit van de interventies van de operatoren mogen niet afhangen van de afkomst of de huidskleur van de gebruiker. Helaas gaapt er soms een kloof tussen dit principe en de realiteit.⁵⁰

Discriminatie op basis van die criteria doet zich namelijk regelmatig voor op gebieden als onderwijs, opleiding, arbeidsmarkt, huisvesting, mobiliteit, toegang tot gezondheidszorg en sociale diensten.⁵¹

De voorgestelde acties en interventies op welzijns- en gezondheidsgebied moeten een voorbeeldfunctie vervullen in termen van non-discriminatie en moeten zo inclusief mogelijk zijn.

Ze moeten ook universele diensten combineren met gerichte diensten voor de meest achtergestelde of gediscrimineerde groepen, zoals bijvoorbeeld groepen met meervoudige kwetsbaarheden, zoals vrouwen van buitenlandse afkomst of Afro-afstammelingen, die werkloos en laaggeschoold zijn. Dat houdt onder meer in dat de eerste en tweede lijn een zo goed mogelijke opleiding moeten krijgen over specifieke kwesties in verband met stereotypen, racisme en discriminatie en over intersectionaliteit.

In het Brussels Gewest komt er trouwens een Brussels plan ter bestrijding van racisme, gebaseerd op de aanbevelingen van de 'Assisen tegen Racisme' van het Brussels Parlement. Daarin zal een specifiek hoofdstuk zijn gewijd aan racisme en vormen van discriminatie op welzijns- en gezondheidsgebied. De acties die in het kader van dit plan worden gepland, zullen dan ook op dezelfde manier aansluiten bij het gewestelijke Brusselse plan, waaraan momenteel de laatste hand wordt gelegd.

⁵⁰ <https://www.unia.be/nl/publicaties-statistieken/publicaties/jaarverslag-2020>; <https://www.unia.be/nl/publicaties-statistieken/publicaties/data-over-ongelijkheid-discriminatie-in-belgie>

⁵¹ "Discriminatie van personen van Sub-Saharaanse afkomst: sterk verbonden met het koloniale verleden", UNIA, mei 2017 [En Marche - Malades du racisme](#). "Aanbeveling 144 / April 2016 — implementatie van transculturele vaardigheden in de initiële opleiding van professionals in de gezondheidszorg"

AS 2: De toegang tot rechten en diensten waarborgen

Een centrale doelstelling van het welzijns- en gezondheidsbeleid in het Brussels Gewest is alle Brusselaars in staat te stellen een zo hoog mogelijk niveau van fysiek, mentaal en sociaal welzijn te bereiken, in functie van hun verwachtingen en hun situatie.

Momenteel zijn er te veel mensen die hun basisrechten niet ten volle kunnen genieten en die er niet in slagen om met voldoende gemak gebruik te maken van het aanbod aan sociale hulp en gezondheidszorg. De verbetering van de toegang tot bestaande rechten en diensten voor iedereen is een *conditio sine qua non* voor het bereiken van meer gelijkheid op gezondheidsgebied en meer sociale rechtvaardigheid.

Daartoe is het noodzakelijk om:

- de toegang tot de rechten te vergemakkelijken en te vereenvoudigen door de administratieve en organisatorische belemmeringen rechtstreeks aan te pakken;
- het hulp- en zorgaanbod proactiever, zichtbaarder, gastvrijer, transparanter en uniformer te maken, zodat alle Brusselaars eenzelfde niveau van dienstverlening krijgen;
- de welzijns- en gezondheidsdekking uit te breiden tot de doelgroepen die de meeste moeilijkheden ondervinden om er gebruik van te maken.

1. De toegankelijkheid van de diensten verhogen

a. De kwaliteit van de informatie en de communicatie verbeteren

Begrijpelijke en juiste informatie is een noodzakelijke voorwaarde opdat wie in aanmerking komt voor een recht, daar ook daadwerkelijk van kan profiteren. De informatie moet de rechthebbenden bereiken en moet helder genoeg zijn om hen in staat te stellen te begrijpen welke stappen zij moeten ondernemen om hun rechten te doen gelden.

In een stad die steeds multicultureler wordt, is de kwaliteit van de opvang en begeleiding bovendien ook steeds meer afhankelijk van de beheersing van vreemde talen door de verschillende diensten.

Er moeten dus maatregelen worden genomen om de kwaliteit van de informatie en de communicatie van de welzijns- en gezondheidsdiensten naar de Brusselaars, maar ook naar de professionals, te verbeteren. Er kan een hele reeks middelen worden overwogen, zoals het opstellen van repertoria en handleidingen, een groter beroep op ervaringsdeskundigen en tolken, de decentralisatie van bepaalde overheidsdiensten, het invoeren van gratis telefoonnummers, de integratie van handiscreaming in het beleid, enz.

Tijdens de crisis zijn verschillende telefonische onthaal- en oriënteringsdiensten opgezet: het gratis sociale nummer, het nummer 1710, het T&T-callcenter. Andere bestonden al eerder. De relevantie van een onthaal- en oriënteringslijn voor welzijn en gezondheid voor beroepsbeoefenaars en het grote publiek is breed aangetoond. Een evaluatie zal moeten uitwijzen wat de meest wendbare organisatie is om de actoren in het veld in staat te stellen het over te nemen van deze telefonische generalistische onthaaldienst voor welzijn en gezondheid, volgens de behoeften van de persoon die wordt geholpen.

b. De onthaalfunctie ondersteunen en ontwikkelen

Het moment van ontmoeting tussen de persoon en de dienst, of die nu openbaar of privé is, is van cruciaal belang. De kwaliteit van het onthaal, fysiek of virtueel, is medebepalend voor het verdere traject van de betrokkene naar rechten, hulp en zorg.

Een kwaliteitsvol onthaal door geschoold personeel moet het mogelijk maken een vertrouwensrelatie tot stand te brengen, met respect voor de personen, waarin de uitdrukking van het verzoek centraal staat en die kan uitmonden in het meest geschikte aanbod voor de situatie. Dat onthaal is gebaseerd op het verstrekken van nauwkeurige informatie, het vergemakkelijken van de administratieve stappen en, zo mogelijk, passende doorverwijzing.

c. De digitale kloof bestrijden en een efficiënte e-gezondheidsdienst verzekeren

Digitale tools worden steeds vaker het noodzakelijke medium om procedures te doorlopen, informatie te verkrijgen en afspraken te maken. De coronacrisis heeft deze dynamiek alleen maar versterkt. Veel instellingen hebben hun fysieke onthaalcapaciteit verminderd of zelfs afgeschaft ten gunste van telefonisch of virtueel onthaal. Daardoor hebben ze in feite hun toegankelijkheid verminderd.

Een groot deel van de meest kansarme groepen heeft echter moeite met het gebruik van digitale tools: geen computer, geen internetverbinding, onvoldoende vaardigheden. In Brussel heeft 15% van de inwoners nog nooit een computer gebruikt.

In een wereld die steeds digitaal wordt, is het met het oog op sociale rechtvaardigheid van essentieel belang dat de fysieke toegangswegen tot openbare en semi-openbare instellingen behouden blijven.

Het gebruik van digitale tools moet vandaag trouwens worden beschouwd als een onderdeel van de praktische uitoefening van het burgerschap. Bijgevolg moeten de Brusselaars de middelen krijgen om die tools te gebruiken: opleiding, een groter aantal digitale openbare ruimten en hulp met de apparatuur. Dat is des te belangrijker in het licht van de ontwikkeling van e-gezondheid en de eisen die dit stelt aan de toegang tot de eigen gezondheidsgegevens in een toegankelijke, veilige, eenvoudige en betrouwbare digitale omgeving. De operationalisering van dit luik zal worden ontwikkeld in het kader van het Plan voor digitale toegankelijkheid 2021-2024.

Tot slot moet rekening worden gehouden met het feit dat de dematerialisatie van het onthaal heeft geleid tot een verschuiving in de werklust van de maatschappelijk werkers van de eerste lijn, die steeds vaker als tussenpersoon moeten optreden of personen moeten ondersteunen bij het gebruik van digitale tools. Er moet worden nagedacht over manieren om die rol te vereenvoudigen, met name door de invoering van prioritaire toegangskanalen voor die maatschappelijk werkers tot de overheidsinstanties.

d. Een territoriale benadering van infrastructuurontwikkeling ontwikkelen

Om de door het plan verdedigde territoriale benadering gestalte te geven en de diensten te ontwikkelen waaraan de Brusselaars behoefte hebben, moet worden gewerkt aan de planning van de behoeften om die te vertalen in termen van versterking van de bestaande infrastructures of het creëren van infrastructures (bouw en renovatie), gelet op het nieuwe aanbod in ontwikkeling en de groeiende behoeften. Dat betreft alle welzijns- en gezondheidsinfrastructures die door de FGC en de GGC worden gesubsidieerd. Verschillende instrumenten voor meerjarenplanning zullen in dat verband moeten worden geactualiseerd, met bijzondere aandacht voor de territorialisering van het aanbod.

e. De toegankelijkheid van welzijns- en gezondheidsdiensten voor personen met een handicap versterken

De toegankelijkheid van de welzijns- en gezondheidsdiensten voor iedereen is nog niet gewaarborgd. Veel gebouwen zijn niet goed toegankelijk; medische apparatuur is niet altijd aangepast; affiches zijn niet voldoende inclusief; materialen, kleuren en sferen zijn niet voldoende doordacht.

Die vaststellingen, en de lijst zou nog langer kunnen zijn, nodigen ons uit om nog meer aan te dringen op de kwestie van toegankelijkheid voor iedereen in alle beleidsdomeinen, met name wanneer het gaat om de toegang tot hulp of zorg. Een belangrijke stap kan worden gezet door een beroep te doen op verenigingen die gespecialiseerd zijn in evaluatie en advies op het gebied van toegankelijkheid, met name bij het opstellen van bestekken voor de bouw van nieuwe infrastructures, maar ook bij het opzetten van tijdelijke voorzieningen (bv. vaccinatiecentra). Toegankelijkheid mag niet alleen worden gezien vanuit het oogpunt van fysieke toegankelijkheid, maar moet voor alle soorten handicaps in aanmerking worden genomen door middel van communicatiemiddelen (FALC, 'gemakkelijk te lezen en te begrijpen'), opgeleid personeel en aangepaste zorgprotocollen.

2. De toegang tot rechten verhogen en non-take-up bestrijden

In het Brussels Gewest is non-take-up een frequent voorkomend verschijnsel met ernstige gevolgen voor Brusselaars die zich al in een bestaansonzekere of kwetsbare situatie bevinden, aangezien dit een reeks sociale basisrechten kan aantasten, zoals de toegang tot uitkeringen en vervangingsinkomens, steunmaatregelen voor de huisvesting of voor de gezondheidszorg, enz.

Studies⁵² over dit onderwerp hebben aangetoond dat administratieve, institutionele en juridische factoren een betere verklaring vormen voor de non-take-up dan behavioristische of individualiserende argumenten. Uit de studies blijkt ook dat er steeds meer regelingen voor sancties en uitsluitingen van rechten tot stand worden gebracht in een context waarin de levenslopen steeds onstabiel worden.

In het kader van het Brusselse Armoederapport werden vier mechanismen van non-take-up van rechten getest op het Brusselse terrein door het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn. Uit het rapport "Inzichten in non take-up van de sociale rechten en in sociale onderbescherming in het Brussels Gewest" komen het belang en de diversiteit van dit verschijnsel duidelijk naar voren:

Niet-kennen	Niet-vragen	Geen toegang	Niet-voorstellen
De persoon kent het recht niet, of kent of begrijpt de exacte informatie over het recht zelf, de toekenningsvoorwaarden en de formaliteiten niet.	De persoon kent dit recht en kan er aanspraak op maken, maar dient geen aanvraag in, bijvoorbeeld op grond van negatieve ervaringen, stigmatisering of complexen.	De persoon kent het recht en heeft een aanvraag ingediend, maar krijgt het recht niet toegekend, bijvoorbeeld op grond van criteria, voorwaarden, formaliteiten of complexe administratieve procedures.	Een tussenpersoon stelt het recht niet voor aan de persoon die ervoor in aanmerking komt, bijvoorbeeld door gebrek aan tijd, kennis of beoordelingsvermogen.

Ondanks het feit dat ze in aanmerking komen, zijn veel Brusselaars niet in staat om gebruik te maken van de sociale rechten of diensten waarop zij recht hebben. Ook al is het verschijnsel moeilijk in cijfers uit te drukken, het is duidelijk dat een vermindering ervan onmiddellijke voordelen voor de bevolking zou kunnen opleveren.

Het verkleinen van de discrepantie tussen 'in aanmerking komende personen' en 'begunstigden' door de toegang tot de sociale dekking te vergemakkelijken, blijft een prioriteit.

52 Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. (2017). Inzichten in non take-up van de sociale rechten en in sociale onderbescherming in het Brussels Gewest. *Thematisch katern van het Brussels Armoederapport 2016*. Brussel: Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. (2017). Gekruiste blikken. *Brussels Armoederapport 2016*. Brussel: Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. Analyses van de non-take-up van rechten door 14 referentieactoren: de Federatie van Brusselse OCMW's, de Federatie van de Bicommunautaire Maatschappelijke Diensten, de Brusselse Gewestelijke Huisvestingsmaatschappij, Infor GasElek, de Algemene Centrale der Liberale Vakverbonden van België, het Algemeen Christelijk Vakverbond, het Algemeen Belgisch Vakverbond, het Brussels Observatorium voor de Werkgelegenheid, SMart, Solidaris, Medimmigrant, Dokters van de Wereld, de Fédération bruxelloise francophone des institutions pour toxicomanes, de Fédération bruxelloise des institutions pour Détenus et Ex-Détenus en het Forum Bruxelles contre les inégalités. Noël, L. (2021). Niet-gebruik van rechten en bestaansonzekerheid in het Brussels Gewest. *Brussels Studies* (online). Collection générale, nr. 157, online geplaatst op 30 mei 2021, geraadpleegd op 24 oktober 2021.

a. *Administratieve vereenvoudiging*

De voortdurende toename van het aantal, de frequentie en de zwaarte van de administratieve formaliteiten maakt het moeilijk om een reeks rechten te verkrijgen. Procedures voor het verkrijgen of behouden van rechten vereisen de onnodige herhaling van bepaalde formaliteiten of vergen buitensporige inspanningen om ze te begrijpen. De procedures worden soms zo lang, complex en uitputtend dat de personen niet langer in staat zijn om een verzoek in te dienen.

Een algemeen beginsel van administratieve vereenvoudiging moet worden toegepast om de lasten voor de rechthebbenden te verminderen en de beantwoording van administratieve verzoeken te vergemakkelijken, met name opdat de burgers niet voor elk nieuw verzoek om een recht opnieuw dezelfde informatie zouden moeten verstrekken.⁵³ De verbetering van de onthaalfunctie is ook een integrerend onderdeel van deze doelstelling.

b. *De automatisering van rechten ondersteunen*

In sommige gevallen kan het beginsel van administratieve vereenvoudiging zo ver gaan dat rechten automatisch worden toegekend zonder dat de betrokkenen proactief stappen hoeven te ondernemen. De bevoegde instantie onderzoekt automatisch, zonder voorafgaand verzoek, of een burger een bepaald recht al dan niet kan genieten en kent dat recht toe indien aan de voorwaarden is voldaan.

Dit beginsel van automatisch karakter kan ook in iets andere vormen worden toegepast: de bevoegde instantie identificeert de burgers als rechthebbenden en vraagt dat ze de informatie die vereist is voor het verkrijgen van het recht, zouden verstrekken; wijzigingen in de situatie van de burgers die aanleiding kunnen geven tot een recht, worden automatisch onderzocht.

De procedure van automatische toekenning, in haar verschillende vormen, biedt burgers toegang tot hun rechten, zelfs als zij er niet van op de hoogte zijn of niet in staat zijn om ze te doen gelden. Dit kan bijzonder waardevol zijn voor personen in de meest bestaansonzekere situaties, bijvoorbeeld wanneer zij geconfronteerd worden met schulden en bijgevolg met procedures die de toegang tot energie of water beperken. Ook al is het zeer ingewikkeld om die automatische toekenning in te voeren, toch moeten op alle machtsniveaus inspanningen in die richting worden gedaan.

De automatisering van de rechten, met inachtneming van de persoonlijke levenssfeer en de persoonsgegevens, is een doeltreffend instrument in de strijd tegen non-take-up en armoede en versterkt de sociale rechtvaardigheid. Dat instrument vormt een aanvulling op andere instrumenten zoals de sociale begeleiding, de versterking van de onthaalfuncties, het belang van de fysieke loketten, enz.

⁵³ POD Maatschappelijke Integratie. *Automatisering van rechten*. <https://www.mi-is.be/nl/studies-publicaties-statistieken/automatisering-van-de-rechten>

3. Regelingen ontwikkelen die zijn aangepast aan de realiteit van eenoudergezinnen

Met bijna 65.000 eenoudergezinnen telt het Brussels Hoofdstedelijk Gewest een zeer groot aantal alleenstaande ouders. Deze eenoudergezinnen, met in 86% van de gevallen een vrouw aan het hoofd, worden vaak geconfronteerd met een opeenstapeling van kwetsbaarheden (inkomen, huisvesting, werkgelegenheid, geestelijke en lichamelijke gezondheid, sociaal isolement). Bovendien is de ouder, voor wie de behoeften van het kind over het algemeen voorrang hebben op de eigen behoeften, vaak overbelast en uitgeput.

Er is een transversaal Brussels plan ter ondersteuning van eenoudergezinnen opgesteld om «op gecoördineerde en doeltreffende wijze tegemoet te komen aan de behoeften van eenoudergezinnen, en vooral dan van alleenstaande vrouwen met kinderen. De ambitie is om zoveel mogelijk gewestelijke hefboomen te activeren om innovatieve acties te ontwikkelen om deze gezinnen te helpen.⁵⁴» In het kader van het participatief proces 'Brussels Takes Care' is ook een werkgroep rond deze vraagstukken opgericht.

Daaruit blijkt enerzijds de noodzaak om de welzijns- en zorgprofessionals bewuster te maken van het alleenstaand ouderschap en anderzijds de noodzaak om het dienstenaanbod aan te passen aan de behoeften van alleenstaande ouders, met name door de formele en informele netwerken rond alleenstaande ouders te versterken.

4. Overmatige schuldenlast bestrijden

Armoede is in de eerste plaats een gebrek aan middelen. De schuldenlast van de gezinnen in het Brussels Gewest heeft deels te maken met overconsumptie en krediet, maar wordt ook steeds meer veroorzaakt door de gewone lasten van het dagelijkse leven, die onbetaalbaar zijn geworden: gezondheidszorg, energie, huur, belastingen, voeding, enz.

Overmatige schuldenlast is vaak een gevolg van armoede, maar kan ook “aan de basis liggen ervan of een al bestaansonzekere toestand nog erger maken”. Het fenomeen, dat tal van gezinnen (waaronder veel eenoudergezinnen) treft, heeft belangrijke gevolgen met een impact op alle levensdomeinen en “kan lijden [sic] tot het verlies van vrijheden en de ondoelmatigheid van bepaalde basisrechten: loonbeslag, beslag op onroerend goed, afsluiting van energie en water, uithuiszetting enz.”⁵⁵

De diensten voor schuldbemiddeling (DSB) van de Brusselse OCMW's en de verenigingssector worden voortdurend geconfronteerd met nieuwe aanvragen. De situaties van gezinnen met overmatige schuldenlast zijn vaak uiterst complex wanneer zij komen aankloppen bij de diensten (noodsituatie, meervoudige schulden, meerdimensionale problemen). De behandeling van die gevallen brengt een aanzienlijke werklast met zich mee, bestaande uit administratieve analyse, sociale begeleiding en follow-up op lange termijn.

54 Parentsolo.brussels. (2021). *Brussels plan ter ondersteuning van eenoudergezinnen*. http://alleenstaandeouder.brussels/plan/Alleenouderschap_Plan_2021.pdf

55 Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad (2020). *Overmatige schuldenlast in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, gevolg en verzwarende factor van armoedesituaties: Presentatie en analyse van de gegevens van vier schuldbemiddelingsdiensten en van de Centrale voor kredieten aan particulieren*. Brussel: Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. <https://www.ccc-ggc.brussels/nl/news/dossier-2021-overmatige-schuldenlast-het-brussels-hoofdstedelijk-gewest-gevolg-en-verzwarende>

Door de toenemende vraag raken de DSB verzadigd, wat leidt tot wachtlijsten en mogelijk nog nijpender problemen.

Voor een doeltreffendere bestrijding van overmatige schuldenlast is het noodzakelijk om preventietools te ontwikkelen, de problemen zo snel mogelijk aan te pakken en de personen gedurende het hele proces te begeleiden.

5. Hulp en zorg voor dakloze of slecht gehuisveste personen en preventie van woningverlies

In België is het hebben van een domicilie een onontbeerlijke voorwaarde om aanspraak te kunnen maken op sociale rechten. Zoals we weten, is het voor veel inwoners een probleem geworden om een degelijke en betaalbare woning te vinden in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Meerdere beleidsinitiatieven pakken het gebrek aan betaalbare woningen rechtstreeks aan, onder meer het Relance- en herontwikkelingsplan en het Noodplan Huisvesting 2020-2024⁵⁶.

Op het niveau van het welzijns- en gezondheidsbeleid gaat de aandacht vooral uit naar de preventie van woningverlies — zoals onder meer geïmplementeerd in het kader van de lokale welzijns- en gezondheidscontracten (zie infra) en via de versterking van de thuisbegeleiding — en de directe hulp aan daklozen, waarbij ernaar wordt gestreefd de structurele band tussen de noodsituatie en de inschakeling te versterken.

Volgens de laatste telling van Bruss'Help waren er in de nacht van 9 november 2020 5.313 dakloze of slecht gehuisveste personen in het Brussels Gewest, wat neerkomt op een stijging van 27,7% ten opzichte van de vorige telling in 2018.⁵⁷

Om die voortdurende stijging binnen de perken te houden en te hopen het fenomeen van de dakloosheid terug te dringen, moet er op evenwichtige wijze werk worden gemaakt van de preventie van woningverlies, van de versterking en diversificatie van de opvangvoorzieningen, en van structurele langetermijnoplossingen die een duurzame herintegratie mogelijk maken door de toegang tot en het behoud van huisvesting te verbeteren.

Bovendien moet het aanbod aan opvang en begeleiding worden gemonitord en geëvalueerd in het licht van de objectief vastgestelde behoeften en moet het zo nodig worden aangepast.

De rol van Bruss'Help, een publiekrechtelijke vzw die is opgericht bij de ordonnantie van 14 juni 2018 betreffende de noodhulp aan en de inschakeling van daklozen, op het vlak van analyse, coördinatie, oriëntatie en het opstellen van aanbevelingen is van fundamenteel belang, en de middelen die deze organisatie in staat stellen om de opdrachten waarin de ordonnantie voorziet te vervullen, moeten worden gewaarborgd.

⁵⁶ Ben Hamou, N. (2020). *Noodplan Huisvesting 2020-2024*. Brussel: Brusselse Hoofdstedelijke Regering. https://nawalbenhamou.brussels/wp-content/uploads/2021/01/Noodplan-huisvesting_DEF.pdf

⁵⁷ Bruss'Help (2021). *Dak- en thuislozentelling in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest*. https://brusshelp.org/images/Telling2020_vdef.pdf

a. *Opvang en huisvesting van kwetsbare doelgroepen*

Het is absoluut noodzakelijk om voldoende opvangplaatsen te garanderen. Daarom is het aantal plaatsen in opvangcentra uitgebreid en zijn er regelingen voor opvang in hotels en initiatieven voor tijdelijke bezetting van leegstaande gebouwen voor de opvang van kwetsbare doelgroepen (met name personen zonder verblijfsrecht) uitgetoetst en ondersteund.

Ook aan de kwaliteit van de noodopvang moet aandacht worden besteed: we moeten streven naar de veralgemening van een 24-uurs opvangsysteem (in plaats van een 12-uurs systeem) dat psychosociale begeleiding mogelijk maakt. Die noodopvang, die hoofdzakelijk wordt uitgevoerd door de publiekrechtelijke vzw New Samusocial, opgericht bij de ordonnantie van 14 juni 2018 betreffende de noodhulp aan en de inschakeling van daklozen, moet een logica van 'laagdrempelige' toegang waarborgen. Op dit moment wordt een groot deel van de personen zonder verblijfsvergunning opgevangen in noodopvangvoorzieningen.

Er moet ook specifiek aandacht worden besteed aan Roma, vrouwen, slachtoffers van huiselijk geweld, gezinnen en LGBTQIA+-personen. Zij moeten kunnen beschikken over gedifferentieerde opvanglocaties die aan hun behoeften zijn aangepast. In die geest is in 2020 een opvanghuis voor dakloze eenoudergezinnen geopend en zullen in 2022 twee opvanghuizen voor vrouwelijke slachtoffers van geweld en voor LGBTQIA+-jongeren worden geopend.

b. *Dagopvang en straathoekwerk*

Dagcentra en straathoekwerkers zijn essentiële actoren om de personen te bereiken die het verst van de hulpvoorzieningen af staan. Het is vanuit die diensten dat sociaal toezicht kan worden uitgeoefend, aan de primaire behoeften kan worden tegemoetgekomen en een proces van sociale inclusie op gang kan worden gebracht, rekening houdend met het aanbod en de behoeften van de doelgroepen.

Het is met dat doel voor ogen dat de dagopvang sinds het begin van de legislatuur is versterkt (met name door de oprichting van een opvangcentrum voor zogeheten jongeren 'op de dool'). Bovendien moet er een dagopvang voor vrouwen komen die rekening houdt met hun specifieke behoeften. Ook moet het straathoekwerk worden versterkt met een tweeledige logica van noodhulp (sociaal toezicht) en inschakeling (inclusietrajecten), waarbij ervoor moet worden gezorgd dat het hele Brusselse grondgebied optimaal wordt bestreken.

c. *De toegang tot stabiele huisvesting voor daklozen verbeteren en een passende begeleiding waarborgen*

Toegang tot huisvesting is het belangrijkste en noodzakelijke instrument om uit de dakloosheid te raken. Om het fenomeen terug te dringen, vormt het gebruik van instrumenten om personen 'van de straat weg te halen' de centrale krachtlijn van het beleid voor hulp aan daklozen en moet het worden geïntensiveerd.

De Housing First-benadering biedt in de eerste plaats rechtstreekse en onvoorwaardelijke toegang tot een woning voor personen die in een situatie van chronische dakloosheid verkeren. Herinschakeling via huisvesting gaat gepaard met intensieve, gepersonaliseerde en multidisciplinaire ondersteuning. Dit soort maatregel is zeer succesvol gebleken.

De capaciteit van de verschillende Housing First-diensten is daarom sinds 2019 verhoogd (104 plaatsen). In 2022 tellen we 244 plaatsen. Tegen 2024 moet de capaciteit van de Housing First-begeleiding stijgen tot 350 plaatsen.

Ook andere instrumenten voor de toegang tot huisvesting moeten worden ingezet: de versterking van het mechanisme voor toegang tot sociale huisvesting via de invoering van overeenkomsten tussen de Openbare Vastgoedmaatschappijen (OVM's) en de OCMW's voor preferentiële en prioritaire toewijzing, het inpalmen van openbare en particuliere woningen, het vergroten van de toegang tot SVK-woningen (tegelijk met de versterking van de garantie dat elke dakloze die in een SVK-woning terecht komt, geïndividualiseerde psychosociale begeleiding krijgt van operatoren uit de daklozensector), de versterking van het mechanisme van 'glijdende huurovereenkomsten', dat daklozen die psychosociale begeleiding krijgen, in staat stelt een woning te betrekken die door een organisatie bij een particulier wordt gehuurd, totdat zij weer voldoende zelfstandig zijn om de huurovereenkomst zelf over te nemen.

Om alle opnieuw gehuisveste personen of gezinnen adequaat te ondersteunen en ervoor te zorgen dat ze in de woning kunnen blijven, moet naast de versterking van Housing First ook de thuisbegeleiding worden versterkt. Tot slot moeten de logistieke aspecten die verbonden zijn aan het betrekken van een woning worden vergemakkelijkt door de oprichting en instandhouding van een gecentraliseerd logistiek platform.

6. *De bevolkingsgroepen die het verst van rechten en diensten af staan, bereiken*

Het Belgische stelsel van sociale bescherming en gezondheidszorg is gebaseerd op een streven naar universalisme. In de praktijk, en ondanks de omvang en de diversiteit van het aanbod, kunnen personen die zich in bijzonder kwetsbare situaties bevinden als gevolg van hun leefomstandigheden of risicovolle praktijken, die in extreme armoede leven of die sociaal worden gediscrimineerd, er slechts met heel veel moeite gebruik van maken.

In een benadering van evenredig universalisme gaat het erom een logica van actie, maatregelen en instrumenten te ontwikkelen die het mogelijk maakt passende hulp en zorg te bieden op een wijze die is afgestemd op de behoeften van die personen. Het uiteindelijke doel is een dekking van 100% van de bevolking die aanwezig is op het Brusselse grondgebied.

a. *Een 0,5-functie ontwikkelen*

De meest kwetsbare doelgroepen (daklozen, sekswerkers, drugsgebruikers, personen die de gevangenis of maatregelen tot bescherming van de maatschappij net achter de rug hebben, ...) worden in geringe mate, niet of slecht opgevangen door de eerstelijns hulp en -zorg. Daar zijn tal van redenen voor: verlies van rechten, ontoereikend of onaangepast aanbod, stigmatisering enz. Om aan die problemen het hoofd te bieden, bestaat er bij veel veldwerkers en bij de openbare actoren een consensus om enerzijds de opvangcapaciteiten voor deze doelgroepen door de eerste lijn te versterken en anderzijds een dienstenaanbod met een zeer lage toegangsdrempel te structureren om zo begeleiding en zorg te kunnen bieden aan de personen die zijn uitgesloten uit het 'klassieke' systeem.

De combinatie van die acties vervult een ‘0,5-functie’, in die zin dat ze de integratie van die zeer kwetsbare doelgroepen in het welzijns- en gezondheidssysteem mogelijk maakt. De actoren die deze 0,5-functie uitoefenen, “vangen personen op die geen toegang tot zorg hebben, ook door naar hen toe te stappen. Ze komen tegemoet aan hun noden en helpen hen opnieuw opgenomen te raken in het klassieke zorgsysteem, ongeacht de reden of redenen voor hun gebrek aan toegang.”⁵⁸

Het laagdrempelige aanbod is gebaseerd op de ontwikkeling van innoverende regelingen en instrumenten zoals outreaching (straathoekwerk, nachtwerk, mobiele teams⁵⁹), generalistische ‘onmoetingsplekken’ die openstaan voor de wijk of multidisciplinaire welzijns- en gezondheidscentra die een waaier aan uitgebreide diensten bundelen die niet uitsluitend betrekking hebben op welzijn en gezondheid. Typisch voor deze regelingen is dat ze bijzonder hard werken aan de band met de begeleide personen, dat ze via een globale aanpak de vele verzoeken behandelen en de continuïteit van de follow-up waarborgen, en dat ze hun werkzaamheden coördineren met alle andere actoren in het gebied.

Er is een 0,5-overleg opgezet om te zorgen voor de structurering van de actoren en de verbinding tussen de diensten die een 0,5-functie vervullen en de eerste- en tweedelijnsdiensten. Op lange termijn zou het wenselijk zijn de samenwerking en de uitwisseling van deskundigheid vlotter te laten verlopen en de doorlaatbaarheid tussen de zorglijnen te vergroten, om de toegangsdrempel voor alle diensten te verlagen en ze in staat te stellen geïntegreerde, kwaliteitsvolle zorg te verlenen die is aangepast aan de behoeften en prioriteiten van de personen die momenteel niet zijn opgenomen in het klassieke zorgsysteem.⁶⁰

b. *Maatregelen voor specifieke doelgroepen*

Naast de versterking van een 0,5-functie moeten gerichte maatregelen worden genomen voor doelgroepen met bijzondere problemen. We denken daarbij onder meer aan verslavingsproblemen of de specifieke problemen waarmee nieuwkomers of migranten worden geconfronteerd.

Ontwikkeling van speciale voorzieningen voor personen met verslavingsproblemen

In het algemeen beschikt Brussel over een gevarieerd en geëngageerd aanbod van hulp- en zorgdiensten voor drugsgebruikers. Het illegale karakter van het gebruik van tal van verdovende middelen maakt het voor veel gebruikers⁶¹ ingewikkelder om een beroep te doen op hulp en zorg (immigranten, krakers, ingeschakelde personen die niet in de kijker willen lopen, vrouwen).

De versterking van de 0,5-functie is bijzonder geschikt voor die doelgroepen. Ze moet het mogelijk maken personen te bereiken die zeer ver van de zorg af staan, zoals personen zonder papieren, en hun begeleiding te bieden als middel om risico's te verminderen.

58 Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (2019). *Ordonnantie betreffende het eerstelijnszorgbeleid*.

59 Walker C., Nicaise P., Thunus S. (2019). *Parcours.Brussel: Kwalitatieve evaluatie van het geestelijke gezondheidssysteem en de zorgtrajecten van gebruikers in het kader van de Psy 107 hervorming in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest*. Brussel: Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. <https://www.ccc-ggc.brussels/nl/observatbru/publications/parcoursbrussel-kwalitatieve-evaluatie-van-het-geestelijke>

60 Brusano *Innovatie. Overleg functie 0,5*. <https://brusano.brussels/innovation/>

61 Modus Vivendi (2014). *Brussels plan voor de vermindering van de risico's verbonden aan druggebruik*. Brussel: Modus Vivendi. <http://www.modusvivendi-be.org/spip.php?article162>

Voor de professionals op het terrein impliceert de verbetering van de toegang tot de diensten, afgezien van de afstemming op de gezondheidsbevordering en de noodzakelijke destigmatisering van de doelgroepen, de intensivering van de fysieke ondersteuning in alle stadia van het continuüm, de verbindingsopdracht, van preventie via risicobeperking tot doorverwijzing, en de versterking van de outreach-diensten, die gemakkelijk toegankelijk en onvoorwaardelijk zijn en waarvoor geen dossier hoeft te worden geopend. De opening van risicobeperkende gebruiksruimten en de invoering van 'gemengde' follow-upsystemen (preventieve geneeskunde en verslavingszorg) zijn twee recente voorbeelden die in die richting gaan.

Er moet voortdurend worden gezorgd voor een diversificatie van de benaderingen en de sector moet in staat worden gesteld zich voortdurend aan te passen aan opkomende problematieken.

Wat vrouwen betreft, rijst de vraag of er specifieke opvangruimten moeten worden opgericht waar zij met hun kind terecht kunnen en waar de kwestie van moederschap en gebruik kan worden besproken zonder dat er een oordeel wordt geveld.

Verbetering van de toegang tot welzijns- en gezondheidsdiensten voor nieuwkomers en buitenlanders die zich blijvend in Brussel vestigen, en bevordering van hun integratie

Personen die zich blijvend in België vestigen, hebben specifieke behoeften en worden geconfronteerd met specifieke hindernissen: bijzondere administratieve verplichtingen, gebrek aan kennis van de talen van het gastland, aanpassing aan een nieuwe cultuur en nieuwe sociale codes.

Om nieuwkomers en alle buitenlanders die zich blijvend in Brussel vestigen de kans en het vooruitzicht te bieden actief deel te nemen aan onze samenleving, moet een vorm van onthaal worden georganiseerd die een dynamiek van wederzijdse aanvaarding bevordert, op basis van de wederkerigheid van rechten en plichten, waarbij zowel de migranten als de samenleving van het gastland betrokken zijn. Het inburgeringstraject dat door de Vlaamse Gemeenschap en de Franse Gemeenschapscommissie wordt georganiseerd, verloopt in die zin.

Integratie in de gastgemeenschap is een voorwaarde die een positieve invloed uitoefent op het welzijn van personen. De overheidsinstanties hebben de verantwoordelijkheid om een zo gunstig mogelijk klimaat te scheppen. Ook moet de toegang tot het inburgeringstraject worden uitgebreid (ook gericht op personen die al meer dan drie jaar op het grondgebied verblijven). Daarmee samenhangend moet de onthaalcapaciteit van de BAPA ('Bureaux d'accueil pour primo-arrivants', onthaalbureaus voor nieuwkomers) worden vergroot en moet aan alle nieuwkomers toegang worden gegarandeerd tot taalcursussen (alfabetisering of Frans als vreemde taal), afgestemd op hun niveau en hun behoeften.

Het blijft een feit dat de situatie van nieuwkomers, om nog maar te zwijgen van personen zonder papieren, vaak precair is, met name wat betreft huisvesting, werkgelegenheid, gezondheid, enz. Veel van de maatregelen die in dit plan worden ontwikkeld, beogen concrete oplossingen te bieden voor die tekorten. Maar het is ook belangrijk de basisrechten en de waardigheid van alle migranten te eerbiedigen, onder meer door hun toegang tot de gezondheidszorg te verbeteren.

De situatie van en de maatregelen voor personen zonder verblijfsrecht zijn gewestelijke bevoegdheden.

In afwachting van structurele maatregelen om de specifieke situatie van die personen zonder verblijfsvergunning in aanmerking te nemen, moet de steun voor initiatieven om leegstaande gebouwen tijdelijk in gebruik te nemen voor de opvang van kwetsbare bevolkingsgroepen, worden voortgezet.

Bijzondere aandacht besteden aan kinderen en jongeren die in armoede leven

De acties en maatregelen voor kinderen vallen onder verschillende bevoegdheidsniveaus. Alle maatregelen van dit strategische plan (met name perinatale steun en toegang tot rechten, diensten en zorg voor alle gezinnen) zijn er echter op gericht Brusselse kinderen en jongeren in staat te stellen in waardige omstandigheden te leven. Daarnaast is er natuurlijk ook de kinderbijslag, en de correctieve mechanismen ervan, beheerd door Iriscare (GGC). Wat de steun voor gezinnen in een situatie van slechte huisvesting of dakloosheid betreft, moet bijzondere aandacht worden besteed aan gezinnen met kinderen.



7. De praktijken van de OCMW's harmoniseren en de sociale innovatie ondersteunen

De OCMW's zijn het laatste openbare vangnet voor burgers. In dat verband moeten de OCMW's het niveau van de toegang en de kwaliteit van hun diensten blijven verhogen, bijvoorbeeld door het aantal contactkanalen te verhogen (gedecentraliseerde antennes, outreaching, straathoekwerk, virtuele toegang) en door de ont-haalfunctie te verbeteren.

In een streven naar universalisme moet ook worden gezorgd voor een gelijke be-handeling van burgers, met name door de administratieve praktijken van de OCM-W's voor de Brusselse bevolking opwaarts te harmoniseren⁶².

Die harmoniseringswerkzaamheden moeten minstens betrekking hebben op de praktijken inzake territoriale bevoegdheid, de toekenning van het referentieadres, de medische kaart en de dringende medische hulp⁶³ en gericht zijn op de vereen-voudiging van de administratieve procedures. De werkzaamheden moeten onder meer betrekking hebben op de praktijken voor de interpretatie van de teksten waar-in de toekenningsvoorwaarden worden vastgesteld, de standaardisering van de ge-bruikte documenten, de termijnen voor de toegang tot daadwerkelijke hulp, enz.

Zoals uiteengezet in artikel 62 van de organieke wet van 1976, kan het OCMW aan de instellingen en diensten die binnen het ambtsgebied van het centrum een soci-ale activiteit of specifieke activiteiten uitoefenen, voorstellen om gezamenlijk een of meer comités in te stellen waarin het centrum en die instellingen en diensten hun werkzaamheden kunnen coördineren en overleg kunnen plegen over de individuele of collectieve behoeften en de middelen om daarin te voorzien.

Bovendien moet de capaciteit voor sociale innovatie binnen de OCMW's en erken-de sociale diensten worden ondersteund, zodat bijvoorbeeld de sociale coördina-ties echte innovatielaboratoria kunnen worden waarbij de verschillende formele en informele actoren van het grondgebied worden betrokken.

⁶² Daron, C. (2019) Enquête sur les pratiques et politiques des CPAS bruxellois en matière de soins de santé: vers une harmonisation?. Brussel: Federatie van de Brusselse OCMW's.

⁶³ Médecins du Monde & Projet Lama. (2021). Note de travail. Vers une harmonisation et simplification des pratiques et politiques des CPAS bruxellois dans le cadre de l'Aide Médicale Urgente. Brussel: Dokters van de Wereld.

AS 3: De structuur en de coördinatie van het aanbod van hulp- en zorgdiensten verbeteren

Brussel beschikt over een heel gediversifieerd aanbod van welzijns- en gezondheidsdiensten, geleid door geëngageerde actoren die dicht bij de bevolking staan. Er is een breed scala van overheids-, verenigings- en onafhankelijke actoren. Op gemeentelijk niveau spelen de Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn een centrale rol bij het verlenen van hulp aan kwetsbare personen, overeenkomstig hun in artikel 62 van de organieke wet omschreven taken. De verschillende actoren hebben dezelfde doelstellingen, maar werken niet altijd samen.

De demografische evoluties (bevolkingsgroei, kwetsbaarheden, komst van nieuwe bevolkingsgroepen, vergrijzing en toename van de afhankelijkheid) en de epidemiologische veranderingen (explosie van chronische ziekten) die het Gewest treffen, vereisen echter een heroverweging van de organisatie van het aanbod, samenwerkingsverbanden en een nog beter gebruik van de beschikbare middelen.

De behoeften van de bevolking wijzigen⁶⁴ en worden steeds complexer, waarbij sociale en gezondheidsproblematieken steeds vaker met elkaar verweven raken. Ze vergen follow-up op lange termijn, gebaseerd op een globale, geïntegreerde aanpak, met netwerkvorming en nauwere intersectorale samenwerking⁶⁵. Daardoor leiden ze gemakkelijker tot verzadiging, doorverwijzingsmoeilijkheden en onderbrekingen in de continuïteit van hulp en zorg.

De trajecten van personen worden ontwikkeld via uitwisselingen tussen actoren uit de welzijns- en gezondheidssector, uit de lichamelijke en geestelijke gezondheidszorg, van de verschillende zorglijnen. Het begeleiden en vergemakkelijken van die trajecten vereist van de laatstgenoemden een perfecte kennis van het netwerk en meer tijd, coördinatie, informatie-uitwisseling en nabijheid tot personen. Veel personen, vooral in complexe situaties, missen geïntegreerde zorg die gericht is op hun behoeften.

64 Willaert A. en Moriau J. (2018). Evolution des problématiques sociales et de santé 2013-2018: analyse et recommandations. Brussel: CBCS, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn (2020). Welzijnsbarometer 2020. Brussel: Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.

65 Brusano (2020). Strategisch Plan 2021-2026. Brussel: Brusano.

Andere problemen zijn meer structureel. Op gewestelijke schaal is de verdeling van de middelen niet altijd optimaal. In bepaalde wijken zijn de diversiteit en de kwantiteit van de dienstverlening passend, terwijl in andere wijken elk aanbod of een specifiek aanbod ontbreekt. Hetzelfde geldt voor de verdeling van de huisartsen⁶⁶ en de thuiszorg. Bepaalde begunstigden moeten lange afstanden afleggen om toegang te krijgen tot een dienst, doordat er geen dichterbij gelegen alternatief is. Er moet rekening worden gehouden met de uitdaging inzake omvang en verdeling van het aanbod in het licht van de beginselen van sociale en ruimtelijke rechtvaardigheid, net zoals met die inzake gevolgen van de versnippering van de bevoegdheden en de diversiteit van de wetgevende kaders of het gebrek aan samenwerking tussen actoren die gewend zijn in silo's te functioneren.

Ten slotte hebben recente proefprojecten, zoals Boost of Quartier Seniors, en de dagelijkse werkzaamheden van de coördinatiecentra (die echter beter in de territoriale aanpak moeten worden geïntegreerd) het belang en de doeltreffendheid aangetoond van actie die zo dicht mogelijk bij de mensen, in hun leefomgeving, wordt gevoerd en waarin de bijdragen van professionals, peer helpers en het informele netwerk van burgers-gebruikers (familieleden, handelaars, burens, enz.) worden gebundeld.

Deze constatering, die ruim worden gedeeld, geven aan welke wegen moeten worden bewandeld om een antwoord te vinden op de meest urgente problemen en een doeltreffender en kwalitatief hoogwaardiger aanbod van welzijns- en gezondheidsdiensten tot stand te brengen, waarbij zowel over de geestelijke als de lichamelijke gezondheid wordt gewaakt. Dat verloopt via betere territoriale verdeling van de middelen, versterking van de coördinatiecapaciteiten en het intersectorale potentieel van de teams, ontwikkeling van de wijkgerichte aanpak als werkmethode, alsook aandacht voor en basering op de leefomgeving van personen. Bijzondere aandacht moet ook worden besteed aan de manieren waarop de diensten werken in het perspectief van gezondheidsbevordering.

De bevoegdheden in verband met ambulante zorg en eerstelijnszorg en -zorg worden grotendeels gedeeld door de GGC en de FGC. De verschillende maatregelen met betrekking tot het eerstelijnszorgbeleid van de GGC en het ambulante-zorgbeleid van de FGC zullen voor het einde van de zittingsperiode worden gecoördineerd in een gezamenlijk decreet en ordonnantie 'Ambulante zorg/Eerstelijnszorg' (hierna 'GDO'). Dat GDO zal het mogelijk maken te evolueren naar soortgelijke en vergelijkbare normen tussen de twee Gemeenschapscommissies. Het doel is de leesbaarheid van het eerstelijnsbeleid te verbeteren voor iedereen — begunstigden, verstrekkers en beleidsmakers — en distorsies tussen het beleid van beide Gemeenschapscommissies te verminderen. Tegelijkertijd wordt er eveneens afgestemd met de Vlaamse Gemeenschap in functie van een meer coherent beleid op maat van de Brusselaars.

⁶⁶ Missine S., Luyten S. (2018). Huisartsen in het Brussels Gewest: wie zijn ze, waar houden ze praktijk, en waar zijn er mogelijke tekorten?. Brussel: Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. <https://www.ccc-ggc.brussels/nl/observatbru/publications/dossier-20182-huisartsen-het-brussels-gewest-wie-zijn-ze>

1. Hulp- en zorgverlening op territoriale basis organiseren

Bij de uitwerking van een werkelijk universalistisch welzijns- en gezondheidsbeleid dat de gehele bevolking ten goede komt, moet rekening worden gehouden met het volledige Gewest.

Op termijn is het de bedoeling het hulp- en zorgaanbod territoriaal uit te denken en te structureren, te beginnen bij het niveau dat het dichtst bij de Brusselaars staat, de wijk, tot dat van het hele Gewest, via het tussenliggende niveau, gevormd door de hulp- en zorgzone.

Elk type dienst opereert in een min of meer groot gebied. Het wijkgezondheidscentrum is bijvoorbeeld typisch een dienst die zijn actie in de eerste plaats richt op de bewoners van de wijk waarin het is gevestigd, terwijl een mobiele dienst voor geestelijke gezondheidszorg wordt georganiseerd op het niveau van een hulp- en zorgzone, en de ondersteunende diensten (Bruss'Help, Brusano, CBCS, Abrumet, federaties, enz.) bedoeld zijn om op gewestelijk niveau te werken. Het is niet de bedoeling om iedere burger te verplichten gebruik te maken van de diensten die in zijn of haar gebied beschikbaar zijn, maar om te garanderen dat alle Brusselaars toegang hebben tot voldoende diensten.

In het Brussels Gewest zullen vijf hulp- en zorgzones van ongeveer 200.000 tot 300.000 inwoners worden gedefinieerd, op basis van wat al bestaat op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg en rekening houdend met de federale wil om de preventie en de behandeling van chronische ziekten op dit niveau te financieren. Elke zone zou bestaan uit meerdere aan elkaar grenzende gemeenten. De zones bestaan uit een klein tiental groepen wijken. Momenteel zijn 47 groepen wijken geïdentificeerd. Die zullen op het terrein worden bevestigd voordat ze in een ordonantie worden vastgelegd.

Alle zones en groepen wijken beschikken over middelen om de doelstellingen te bereiken en de opdrachten te vervullen die hen via een contract zijn toevertrouwd, om het welzijn van de bevolking waarvoor ze verantwoordelijk zijn, te verbeteren. Die doelstellingen en middelen worden gedefinieerd op basis van een analyse van de behoeften en verdeeld volgens de beginselen van evenredig universalisme. In elke groep wijken, elke zone, ondersteunt een diagnose van het aanbod en de behoeften de programmatie.

De opdrachten van de zone, de groep wijken worden gedragen door een samenwerking tussen de overheden en de verenigingssector die bevoegd zijn in het gebied. Die samenwerking wordt geïnstitutionaliseerd in een contract en er worden ad-hoc-bestuursinstanties opgericht (zie hieronder 'd. Territoriale aanpak ontwikkelen').

a. Middelen verdelen volgens de plaatselijke behoeften

Op lokale schaal wordt de verstrekking van psychosociale hulp en eerstelijnsgezondheidszorg, zowel generalistisch als lokaal, hoofdzakelijk verzorgd door actoren uit de ambulante sector (wijkgezondheidscentra, diensten voor geestelijke gezondheidszorg, gezinsplanning, welzijnsdiensten, onafhankelijke dienstverleners, enz.). Zij vormen de eerstelijnszorg en staan voor alle belangrijke uitdagingen van de hervorming van onze welzijns- en gezondheidssystemen.

Tegelijkertijd beschikt het Gewest over een heel rijk gespecialiseerd aanbod, dat echter maar weinig is gecoördineerd met de ambulante actoren van de eerste lijn. Zo vinden veel burgers gemakkelijker de weg naar een ziekenhuis dan naar een eerstelijnszorgverlener.

De ambitie bestaat erin de professionele middelen overal op het grondgebied op toereikende en adequate wijze te verdelen in het kader van de versterking van de bestaande diensten of de oprichting van nieuwe diensten. Ook moeten de actoren op het terrein, in het bijzonder in complexe situaties, de tijd krijgen die nodig is om personen op te vangen en te begeleiden, alsook om het werk op het vlak van coördinatie en netwerking te verrichten dat nuttig is voor de follow-up.

Er zal worden nagedacht over de overeenstemming tussen vraag en aanbod, rekening houdend met de deskundigheid van de actoren op het terrein⁶⁷, over de middelen die aan de eerste lijn zijn toegewezen, om ervoor te zorgen dat het aanbod beantwoordt aan de behoeften van elke groep wijken, elke zone, of het nu gaat om de functies die door de diensten worden vervuld, de versterking van de bestaande structuren of de creatie van nieuwe diensten in een perspectief van evenredig universalisme. De herdefiniëring van het huidige kader en de ontwikkeling van de diensten zullen worden gebaseerd op kwantitatieve en kwalitatieve evaluaties en zullen over een lange periode worden gespreid, aangezien er veel op het spel staat voor de Brusselaars, de werknemers en de betrokken diensten.

b. Lokale coördinaties en netwerkvorming ontwikkelen

De structurering van het aanbod op territoriale basis biedt mogelijkheden om de sectoren te ontzuilen en de coördinatie tussen de actoren op het terrein te verbeteren. De afbakening van een gedeeld interventiegebied en een gedeelde verantwoordelijkheid brengt gemeenschappelijke kwesties en de behoeften aan concrete samenwerking aan het licht, bevordert de onderlinge kennis en de multidisciplinariteit, en draagt bij tot het ontstaan van een gemeenschap van praktijken door een formalisering van de netwerkverbanden. De voordelen van lokale coördinatie van het welzijns- en gezondheidswerk zijn onmiskenbaar.

De Brusselse Algemene Beleidsverklaring 2019-2024 benadrukt de wens van de regering om het huidige aanbod in die richting te reorganiseren. Uitgaande van de wijk, is het beoogde model erop gericht een zo groot mogelijk aantal formele en informele hulpbronnen rond iedere inwoner te mobiliseren en die op elkaar af te stemmen, opdat hij de nodige informatie zou kunnen verkrijgen, de plaatsen zou kunnen identificeren waarop hij een antwoord op zijn vragen kan vinden, en het multidisciplinaire netwerk zou kunnen mobiliseren dat aan zijn behoeften kan voldoen.

De invoering van een dergelijk kader zal het mogelijk maken de toegang van de Brusselaars tot de diensten te verbeteren; dat wil zeggen: het lokale aanbod zichtbaarder te maken, onthaal- en ontmoetingsplaatsen te ontwikkelen, contact- en begeleidingsfuncties zoals wijkreferenten te creëren of te intensiveren, en de instrumenten voor coördinatie van de actoren en participatie van de inwoners te versterken.

⁶⁷ Wet E., Moriau J., Willaert A. (2020). Organisatie van de eerstelijnszorg en -hulp in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Visienota van de interfederatie van de ambulante zorg. Brussel: CBCS.

Een nieuw instrument, de lokale welzijns- en gezondheidscontracten (LWGC's), dat sinds kort in 9 Brusselse wijken wordt getest, schetst alvast een beeld van wat die territoriale ontwikkeling van het welzijns- en gezondheidsbeleid zal inhouden. Met behulp van een werkmethode die een combinatie is van gemeenschapsdiagnoses, de opstelling van lokale actieplannen en de inschakeling van wijkreferenten, zijn de belangrijkste doelstellingen van dit systeem momenteel het bevorderen van de toegang tot diensten, het voorkomen van dakloosheid, het bestrijden van sociaal isolement en het ontwikkelen van een gunstige omgeving om de sociale en gezondheidsongelijkheden te verminderen. Die doelstellingen zullen zich per wijk ontwikkelen, volgens de plaatselijke problematieken, zo dicht mogelijk bij de behoeften van de inwoners.

De filosofie van de LWGC's kadert in de doelstelling van een betere geleding tussen de eerstelijnsdiensten — zowel welzijns- als gezondheidsdiensten — en een betere afstemming van hun acties op de behoeften van de wijkbewoners; op welzijns-, preventie-, gezondheidsbevorderings- en curatief niveau.

Ze is ook gericht op het ondersteunen van een wijkdynamiek die de slagkracht van de inwoners vergroot, zowel vanuit een persoonlijk als een collectief perspectief, door het creëren van netwerken voor uitwisseling en onderlinge hulp.

De actiegebieden van de LWGC's zullen worden afgestemd op de groepen wijken, zodat het hele grondgebied wordt bestreken zonder overlappingen of vergeten gebieden.

c. *Basisaanbod definiëren*

Om ervoor te zorgen dat alle Brusselaars een zorg- en hulpaanbod krijgen dat beantwoordt aan hun essentiële behoeften, zal er op schaal van elke interventiezone, of dat nu de groep wijken, de hulp- en zorgzone of het Gewest is, een minimale dienstverlening worden gedefinieerd op basis van de diagnose en de doelstellingen die voor elke zone zijn vastgelegd. De beschikbare middelen zullen evenredig over de interventiegebieden worden verdeeld. Dat doet geen afbreuk aan de keuzevrijheid van de inwoners, die mogen blijven bepalen op welke actor ze een beroep doen.

Dit basisaanbod is toegankelijk, zowel in geografische als in financiële termen, zowel wat toegangsdrempels als faciliteiten (dienstregeling, onthaal, taalgebruik, enz.) betreft.



d. Territoriale aanpak ontwikkelen

1. Groep wijken

Het is op het niveau van de wijk dat de Brusselaars een beroep kunnen doen op de meerderheid van de diensten die zijn gewijd aan het verbeteren van hun welzijn (ambulante diensten, huisartsen, OCMW's). De wijk is een ruimte voor het dagelijkse leven, tal van relaties, en veelvuldige contacten met allerlei mogelijkheden tot wederzijdse hulp (openbare diensten, apotheker, handelaars, burens, enz.).

Beschouwd als gedeelde ruimte voor interventie, leidt de wijk tot een collectieve benadering van de uitdagingen op welzijns- en gezondheidsgebied in ruime zin. Het is binnen haar perimeter, die het mogelijk maakt te werken op basis van nabijheid, dat doeltreffende netwerkvorming kan worden gestructureerd en bevolkingsgebaseerde verantwoordelijkheid kan worden genomen. Het is ook op dit niveau dat gemeenschappelijke aandacht van de rondom de mensen aanwezige actoren kan worden gecreëerd om een geheel van diensten (thuishulp en -zorg, kinderopvang, buitenschoolse activiteiten, gezondheidsbevorderende en preventieve acties, gemeenschapsacties ...) aan te bieden dat hun welzijn in hun leefomgeving bevordert.

De wijkgerichte aanpak is bedoeld als een heuse paradigmaverschuiving van een te strikt professionele, individualiserende en curatieve visie naar een collectieve, participatieve, preventieve, gecoördineerde en multidisciplinaire actie gebaseerd op formele en informele relaties en capaciteiten. Ze is bijzonder geschikt voor de meest kwetsbare groepen, die meer aandacht en voortdurende ondersteuning nodig hebben in verschillende dimensies van hun leven, niet alleen op welzijns- en gezondheidsgebied. De aanpak brengt alle lokale actoren bijeen: verenigingen in de welzijns-, hulp- en gezondheidssector, gemeenten en OCMW's en burgers. De lokale contracten schetsen alvast een beeld van het model van de wijkgerichte aanpak (zie as 3, 1, b).

Overigens zijn tijdens de crisis verschillende experimenten ontwikkeld op wijkniveau: coördinatoren van lokale acties, verpleegkundigen gemeenschapsgezondheid en BRI-Co's⁶⁸. Die verschillende experimenten zullen worden geëvalueerd en geïntegreerd in de wijksystemen.

In het GDO zullen groepen wijken worden gedefinieerd die een of meer van de wijken uit de IGEAT-studie omvatten, zodat het Gewest wordt bestreken met eenheden die tussen de 10.000 en 30.000 inwoners tellen. Een voorstel van groepen wijken zal met het veld worden besproken. In die groepen wijken zullen de generalistische verstrekkers van de welzijns-, hulp- en gezondheidssector (en van de gemeente, stedenbouw enz.) samenwerken:

- om een geïntegreerd welzijns- en gezondheidsaanbod aan te bieden dat is afgestemd op de behoeften van de wijkbewoners, met inbegrip van preventie, bijstand, zorg, begeleiding en geestelijke gezondheidszorg;
- om tegemoet te komen aan de behoeften van de wijkbewoners (inspelen op de gezondheidsdeterminanten), voetgangersvriendelijkheid, sport, gezonde en betaalbare voeding, onveiligheid, werkgelegenheid, huisvesting enz.

⁶⁸ Een BRI-Co is een experiment van de participatieve democratie dat erop gericht is de welzijns- en gezondheidsrespons beter af te stemmen op de behoeften van personen. Dit model moet nog worden geëvalueerd, maar uiteindelijk zal een mechanisme voor burgerparticipatie een integraal onderdeel van de LWGC's worden.

De groepen wijken zullen worden aangestuurd via de lokale welzijns- en gezondheidscontracten. Idealiter en op lange termijn zou het hele Gewest moeten worden bestreken en zou elke groep wijken moeten beschikken over een contract op basis van een diagnose en een actieplan voor welzijn en gezondheid. Op korte termijn zullen de volgende contracten worden ontwikkeld in de groepen wijken waar de behoeften het grootst zijn.

II. Gemeentelijk niveau

Op dit niveau zijn de Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn belast met het verstrekken van de maatschappelijke dienstverlening waarop iedereen recht heeft. Het doel is iedereen in staat te stellen een menswaardig leven te leiden.⁶⁹ De centra zijn actief op het grondgebied van een gemeente en kunnen een beroep doen op andere actoren om hun opdrachten te vervullen. Ze kunnen zich met elkaar verenigen en de actoren coördineren die in staat zijn de hun toegewezen doelstelling te verwezenlijken.

Zonder afbreuk te doen aan de bevoegdheden van de federale overheid en de andere gefedereerde entiteiten, heeft elk centrum, om mee te werken aan de armoedebestrijding, en in coördinatie van voornoemde diensten en instellingen met name de mogelijkheid om:

- te zorgen voor het bestrijden van het gebrek aan sociale bescherming en het niet-gebruik van rechten;
- benaderingen door 'peers', collectieve en gemeenschappelijke werkprocessen uit te bouwen om de participatie van de OCMW-gebruikers te versterken;
- in samenwerking met de structuur ter ondersteuning van de eerstelijnszorg, een welzijns- en gezondheidsplan voor zijn territoriaal bevoegdheidsgebied op te stellen op grond van een gedeelde diagnose van de middelen en de noden voor zijn grondgebied;
- een begeleidingsdienst voor het zoeken naar een woning en een dienst voor begeleid wonen en uitzettingspreventie op te richten;
- specifieke acties te voeren in het kader van de bestrijding van dakloosheid;
- een dienst schuldbemiddeling te ontwikkelen met een specifiek deel voor begeleiding inzake energieverbruik.

De rol van de OCMW's is dus van fundamenteel belang op het gebied van maatschappelijke dienstverlening en de toegang tot gezondheidszorg (medische kaart, farmaceutische kaart, toegang tot DMH en ziekenhuiszorg). De OCMW's zouden dus, samen met de gemeenten waartoe ze behoren, betrokken moeten worden bij het bestuur van de hulp- en zorgzones.

III. Hulp- en zorgzone

De hulp- en zorgzone is een intermediaire operationele eenheid tussen de wijken en gemeenten en het Gewest. Ze omvat tussen de 200.000 en 300.000 inwoners.

Het vertegenwoordigt een interventieniveau dat het mogelijk maakt om:

- inzicht te ontwikkelen in de behoeften van de bevolking en het bestaande aanbod in het gebied, en dit aanbod geleidelijk aan op die behoeften af te stemmen.
- de intra- en interprofessionele samenwerking in het gebied te ondersteunen, een link te creëren tussen actoren, het vertrouwen en de samenwerking te ontwikkelen om de totstandkoming van de multidisciplinaire aanpak mogelijk te maken.
- de antwoorden op de behoeften van personen die met complexe of minder vaak voorkomende situaties worden geconfronteerd, te coördineren.
- de promotie- en preventiedynamieken die op het niveau van de zone als prioritair zijn gedefinieerd, te ondersteunen.

De opdracht van de zones bestaat erin de hulp- en zorgactoren te begeleiden naar een op de behoeften van de burgers gerichte aanpak, en een geïntegreerd hulp- en zorgaanbod voor hulp- en zorgbehoevenden te organiseren.

Het Gewest zal bestaan uit vijf zones die het gehele grondgebied bestrijken, waarbij de grenzen van de gemeenten in acht worden genomen. Elke zone zal zijn eigen statuut hebben dat hem in staat stelt de opdrachten en middelen te beheren die hem geleidelijk zullen worden toevertrouwd.

Bij het bestuur van de zone zullen de Gemeenschapscommissies, de lokale overheidsinstanties (OCMW's en gemeenten), de bicommunautaire en monocommunautaire verenigings-, openbare en private sector en de onafhankelijke dienstverleners die in het gebied actief zijn, worden betrokken.

IV. Gewestelijke coördinatie

Er bestaat een reeks ondersteuningsopdrachten voor de ambulante zorg/eerstelijnszorg, maar die zouden baat hebben bij een betere coördinatie: gezondheidsbevordering, verschillende observatoria en studiediensten, diensten voor permanente opleiding en ondersteuning (Abrumet, Brusano, OPGG, Brustars, CREBIS, CBCS, KCWWZ, BruZEL, Observatoire du sida et des sexualités, FEDITO, Eurotox, Cultures et Santé, Question Santé, Bruprev, FARES enz. om enkele voorbeelden van gewestelijke structuren te noemen). Het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad en het CMDC nemen een bijzondere plaats in en vervullen een openbaredienstopdracht in het kader van de Diensten van het Verenigd College. Zij moeten echter worden opgenomen in het landschap van ondersteuningsstructuren.

Het doel op korte termijn is samenwerking te bevorderen/structureel te maken en doelstellingen voor het Gewest te definiëren. Op lange termijn zou, in overleg met de betrokken diensten, moeten worden gestreefd naar een beter gecoördineerde samenwerking van de operatoren.

2. Voor continuïteit van de zorg zorgen

Het is wenselijk dat de verschillende institutionele actoren de institutionele complexiteit die inherent is aan het Gewest, overwinnen en samenwerken om continuïteit te bieden in de hulp- en zorgtrajecten voor de burgers, in het bijzonder voor personen die in complexe situaties verkeren. Er moet worden vermeden dat overgangsmomenten, zowel in het privéleven van de burgers als in hun gebruik van de diensten, leiden tot een verlies van rechten of stopzetting van zorgen.

a. Netwerking intensiveren

Talrijke ervaringen met netwerkvorming tonen aan dat wanneer zich complexe problemen voordoen met een persoon of gezin, het gezamenlijk optreden van de actoren op het terrein volgens een multidisciplinaire logica het mogelijk maakt passende oplossingen te vinden; het maakt het eenvoudiger ook mogelijk om langdurige en op de behoeften toegespitste begeleiding te verlenen.

Veel professionals en diensten zijn al betrokken bij netwerkpraktijken. Sommige daarvan zijn echter nog niet voldoende ontwikkeld, noch gestructureerd.

Het is van belang om op alle niveaus, zowel op individueel als op collectief niveau, vormen van coördinatie en duurzame samenwerking tot stand te brengen die erop gericht zijn de schotten tussen sectoren en tussen hulp- en zorglijnen te overstijgen, gezamenlijk werk aan te moedigen, convergerende referentiekaders voor actie te ontwikkelen, en de personen in de verschillende structuren gedurende hun hele traject te begeleiden.

Eveneens van belang is het herzien van de regelgeving, de financieringsmodaliteiten en de organisatie van de actoren in de ambulante zorg om hen in staat te stellen hun opdrachten te vervullen, overeenkomstig de in het GWGP ontwikkelde beginselen.

Dit alles vereist menselijke middelen, maar ook, via opleiding en installatie van innoverende systemen, een verhoging van de doeltreffendheid op het organisatorische vlak, in termen van kennis van het bestaande aanbod, delen van informatie en goede praktijken.

b. Hulp- en zorgtrajecten definiëren en ondersteunen

Het formaliseren van de banden tussen de actoren op het terrein en tussen hen en de burgers is een waarborg voor de continuïteit van de hulp en de zorg, niet alleen in haar tijdsdimensie (levenslange begeleiding) maar ook in haar relationele dimensie (identificatie van referentiepersonen, gedeelde kennis van situaties, enz.).

De gedeelde verantwoordelijkheid voor een publiek via een netwerk van actoren en de definiëring van geprivilegieerde banden tussen diensten, doorverwijzings- en coördinatieprotocollen kunnen aanzienlijk bijdragen tot het verzekeren van de overgangen tussen de verschillende specialismen, instellingen of interventielijnen.

Daartoe is het nodig dat de zorgverlening door de verschillende diensten beter wordt gestructureerd. De diversiteit van aanbod, culturen en interventieplaatsen is een troef die behouden moet blijven. Het gaat er niet om nieuwe diensten uit te vinden, maar om de bestaande actoren beter met elkaar te verbinden en dicht bij elkaar te brengen door de generalistische en gespecialiseerde benaderingen, de welzijns- en gezondheidssector, de formele en informele middelen meer te harmoniseren op de verschillende niveaus: wijk, hulp- en zorgzone of gewest. Dat impliceert onder meer dat de diverse reglementeringen met betrekking tot de organisatie van de hulp- en zorgverlening nader tot elkaar moeten worden gebracht en coherent moeten worden gemaakt.

c. *De aantrekkelijkheid van de hulp- en zorgberoepen vergroten*

De continuïteit van hulp en zorg hangt ook af van de aanwezigheid van werknemers in de sectoren in het algemeen. Het is echter bekend dat er voor verschillende van die beroepen een tekort bestaat en dat de aantrekkelijkheid van banen in een stadsgewest als Brussel specifieke vragen oproept. Of het nu gaat om huisvesting, mobiliteit, kosten van levensonderhoud, of mogelijke baremaverschillen tussen gewesten. Alle mogelijke hefboomen moeten dus worden aangewend om de aantrekkelijkheid van banen in de welzijns- en gezondheidssector tot een belangrijk punt te maken bij de uitvoering van het GWGP, in overleg met de sociale partners. Het non-profitakkoord 2021-2024 is een goed voorbeeld van die dynamiek.

3. *De banden tussen welzijns- en gezondheidsdiensten van de eerste lijn, huisartsgeneeskunde en ziekenhuizen verbeteren*

De huisartsgeneeskunde, de welzijns- en gezondheidsdiensten van de eerste lijn, en de ziekenhuizen zijn intrinsiek complementair. Goede praktijken die gericht zijn op een betere coördinatie tussen die verschillende soorten actoren, zoals de SYLOS⁷⁰-projecten, moeten worden gesteund en ontwikkeld.

Ook minder voor de hand liggende linken, zoals de noodzakelijke mobiliteit van patiënten van en naar gezondheidsprofessionals of instellingen die gezondheidsdiensten verlenen, moeten worden versterkt: het beleid inzake patiëntenvervoer moet hier aandacht aan besteden.

De operationele banden tussen de eerste lijn en het ziekenhuis dienen te worden ontwikkeld in het kader van de opdrachten van de hulp- en zorgzones.

a. *Overgangen tussen eerste lijn en ziekenhuis vergemakkelijken*

Een belangrijk werkterrein is de verbetering van het beheer van de informatiestroom en van de follow-up tussen het ziekenhuis en de eerste lijn bij de ziekenhuisopname en bij het ontslag van de persoon die in het ziekenhuis ligt. De tool voor elektronische uitwisseling van patiëntengegevens, het Brussels Gezondheidsnetwerk, die een gemakkelijke, veilige en betrouwbare gegevensuitwisseling mogelijk maakt, is een belangrijk instrument om dat te bereiken; hetzelfde geldt voor een nauwere en meer geformaliseerde coördinatie tussen de hulp- en zorgverleners van de eerste en de tweede lijn. Beide elementen zouden kunnen worden geïntegreerd in de erkenningsnormen voor de ziekenhuizen en de opdrachten van de hulp- en zorgzones.

70 Unger, J. P., Criel, B., Van der Vennet, J., Dugas, S., Ghilbert, P., De Paepe, P., & Roland, M. (2004). Health districts in Western Europe: the Belgian local health systems project. *British Medical Journal*. <https://www.bmj.com/rapid-response/2011/10/30/health-districts-western-europe-belgian-local-health-systems-project>. Belche, J. L., Duchesnes, C., Van der Vennet, J., Monet, F., Crismer, A., & Darras, C. (2014). Le Système Local de Santé (SYLOS) en 2014: une approche de la concertation entre lignes de soins à l'échelon local par la recherche-action. 1er symposium de recherche en médecine générale, Brussel.

De uitwisseling van medische gegevens zal plaatsvinden binnen het strikte kader van de wetten betreffende de rechten van de patiënt en de gezondheidsgegevens.

Die versterking van de samenwerking moet ook betrekking hebben op de banden tussen welzijns- en gezondheidsdiensten van de eerste lijn, en in het bijzonder de medische wachtdienst, en de spoeddiensten. Het beroep op de spoedgevallendiensten van ziekenhuizen neemt gestaag toe, in het bijzonder bij de kinderen jonger dan 15 jaar en de mensen van 65 jaar en ouder. Om het ongerechtvaardigde gebruik van die spoeddiensten tegen te gaan, moeten de alternatieven zichtbaarder worden gemaakt en dienen de coördinatie en de samenwerking tussen de eerste- en tweedelijnszorg te worden versterkt. De gewestelijke financiële stimulansen voor het opzetten en de werking van de eerste lijn, en de federale financiering voor medische noodhulp, zullen op elkaar moeten worden afgestemd om voldoende capaciteit voor die overdrachten van zorg mogelijk te maken.

De alternatieven voor ziekenhuisopname verzekerd door extramurale diensten, zoals bijvoorbeeld palliatieve thuiszorg, diensten voor geestelijke gezondheidszorg, geboortehuizen, enz., moeten geleidelijk worden ontwikkeld en hun efficiëntie moet worden geëvalueerd.

Ook dienen de vervoerdiensten, om te garanderen dat zij een kwaliteitsvolle dienstverlening bieden, te worden erkend op basis van strikte criteria. Deze criteria moeten onder meer de verplichting inhouden om toegankelijke en transparante tarieven te hanteren.

b. Samenwerkingen ontwikkelen in het kader van de ziekenhuisnetwerken

De rol van de ziekenhuissector blijft fundamenteel voor het waarborgen van het recht van iedere burger op toegankelijke gespecialiseerde zorg van goede kwaliteit, zowel preventief als curatief. De sector heeft de jongste decennia echter meerdere golven ondergaan van rationalisering, waarbij bedden, eenheden en zelfs ziekenhuissites werden gesloten, en van omschakeling van activiteiten.

Tegelijkertijd wordt de functie van het ziekenhuis ingrijpend gewijzigd door de toename van de vergrijzing en de afhankelijkheid, de explosie van chronische ziekten alsook de medische en technologische evolutie die een steeds korter verblijf in het ziekenhuis mogelijk maakt of een verblijf in het ziekenhuis zelfs voorkomt: het ziekenhuis evolueert in de richting van acute zorgverlening, toegenomen specialisatie en intensievere samenwerking met de eerste lijn voor ambulante zorgverlening of thuiszorg aan de patiënt.

De Brusselse ziekenhuizen zijn nog niet klaar met hun omschakeling om het hoofd te bieden aan deze grote demografische, epidemiologische, technologische en organisatorische veranderingen. Bepaalde hergroeperingen van instellingen zijn al afgerond, andere zijn nog aan de gang.

Inzake ziekenhuisbeleid heeft het Verenigd College zich ertoe verbonden te werken aan een wetgevend kader dat beter op deze evolutie is afgestemd. Drie transformatieassen krijgen de voorkeur: verdieping van de logica van de netwerken om het aanbod beter af te stemmen op de behoeften van de bevolking, verbetering van de samenwerking tussen het ziekenhuis en de eerste lijn in de zorg voor de patiënt (zie hierboven), en vernieuwing van het erkenningsbeleid

De wet van 28 februari 2019 voorziet in de verplichting voor alle ziekenhuizen om deel uit te maken van een erkend ziekenhuisnetwerk. Voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest preciseert de wet dat de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie als opdracht heeft maximaal drie netwerken op het Brusselse grondgebied te erkennen. In 2020 heeft het Verenigd College ordonnanties uitgevaardigd om hergroeperingen en synergieën te bevorderen in activiteiten die rechtstreeks verband houden met de patiënt, alsook op het gebied van logistieke en administratieve ondersteuning. Uiteindelijk zijn er twee netwerken gevormd, die in 2021 hebben gevraagd om erkenning. Ze bestrijken gebieden die groter zijn dan een hulp- en zorgzone — iets waarmee rekening zal moeten worden gehouden bij de toekomstige oriëntering van het ziekenhuisbeleid.

Op deze manier zullen de netwerken bijdragen tot de verplichtingen van elk ziekenhuis om ervoor te zorgen dat de basisdienstverlening toegankelijk is voor de bevolking in elke zone, zonder dat er doublures — oorzaken van verlies aan efficiëntie — ontstaan of blijven bestaan. Deze reorganisatie van de activiteiten moet beantwoorden aan een drievoudige doelstelling: nabijheid, kwaliteit en efficiëntie. Er wordt hierbij rekening gehouden met Brusselse ziekenhuizen die niet tot deze twee netwerken behoren.

Voor de meer gespecialiseerde zorg voorziet de wet van 28 februari 2019 in een gewestoverstijgend aanbod op een beperkt aantal referentiesites. De ziekenhuisnetwerken worden er derhalve toe aangezet om overeenkomsten te sluiten met deze referentiesites.

Met het oog op rationalisering van bepaalde sterk gespecialiseerde diensten op bepaalde ver van elkaar gelegen geografische locaties, zou het vervoer van de patiënten erheen geen belemmering mogen vormen voor de toegang tot deze diensten.

c. Gewestelijk strategisch plan voor het zorgaanbod van de ziekenhuizen

Met het oog op een kwaliteitsvol, compleet, toegankelijk en identiek aanbod voor alle Brusselaars in elke hulp- en zorgzone, moeten we de rol van het ziekenhuis in het zorglandschap durven herdefiniëren. Die herdefiniëring en de hieronder ontwikkelde strategie, en de uitvoeringsbesluiten ervan, zullen tot stand komen door regelmatig advies in te winnen bij de ziekenhuiskoepels, met name binnen de Adviesraad van de GGC.

In een algemene organisatie van de zorg die de constante en doeltreffende aansluiting tussen de eerste en de tweede zorglijn garandeert, gaat het erom een concept van erkenning te ontwikkelen waarbij wordt gewaakt over de toegankelijkheid van de ziekenhuisdiensten, de kwaliteit van de zorg, het goede bestuur, de betrokkenheid van de patiënt, de deelname van het personeel aan de organisatie van de zorg, alsook de duurzaamheid en de veerkracht van deze zorg.

Wat het zorgaanbod betreft, stelt de GGC erkenningsnormen vast die aangeven welke diensten de algemene ziekenhuizen minimaal moeten aanbieden, hetzij op elke locatie, hetzij op minstens één van hun locaties of in de hulp- en zorgzone waarin ze zich bevinden, of in samenwerking met andere ziekenhuizen, met name binnen het netwerk waarvan ze deel uitmaken. Die minimale diensten zijn de volgende:

- Eerste opvang voor spoedgevallen
- Kraamafdeling
- Afdelingen interne geneeskunde en algemene chirurgie
- Medische daghospitalisatie
- Geriatrische dienst
- Geriatrische (sp6) en cardiopulmonale (sp1) revalidatie
- Acute psychiatrische zorg, ook voor kinderen en adolescenten
- Beantwoording van verzoeken om zwangerschapsonderbreking
- Beantwoording van behoeften aan palliatieve zorg
- Beantwoording van verzoeken om euthanasie

De ziekenhuisbehoeften die door de GGC als prioritair zijn aangemerkt voor investeringen in de komende tien jaar zijn de volgende:

- Aanbod aan diensten op het vlak van geriatrische (sp6) en cardiopulmonale (sp1) revalidatie
- Aanbod aan psychiatrische dienstverlening
- Communicatie naar en vanwege de andere zorgverleners buiten het ziekenhuis, indien mogelijk via een gedeeld patiëntendossier
- Ontwikkeling van geboortehuizen
- Voortdurende opleiding van het personeel, met inbegrip van het leren van talen
- Welzijn en ontwikkeling van het personeel op het werk, met bijzondere aandacht voor de knelpuntberoepen
- Rationeler gebruik van hulpbronnen, met name door recyclage, de praktijk van de circulaire economie of de verbetering van de energieprestaties, met inbegrip van koolstofneutraliteit
- Verbetering van de milieu-impact, met name wat betreft de verontreinigende emissies, de mobiliteit, de biodiversiteit en de ecosystemen
- Aanpassing aan de klimaatveranderingen
- Medische innovatie
- Cyberveiligheid

Ten slotte verbindt de GGC zich ertoe om de vijf jaar een regelmatige en transparante evaluatie uit te voeren van de toegankelijkheid en de kwaliteit van de ziekenhuisdiensten en hun zorgaanbod, om bij de ziekenhuisactoren, de gezondheidsprofessionals en de inwoners van elke hulp- en zorgzone na te gaan of aan hun behoeften wordt voldaan en welke behoeften nog moeten worden verbeterd of ontwikkeld over een periode van tien jaar.

4. Continuüm van hulp en zorg voor ouderen waarborgen

Mensen met een verlies of gebrek aan autonomie zijn de eerste begunstigden van een hulp- en zorgaanbod georganiseerd volgens een 'wijkbenadering'.

Op de eerste rij daarvan bevinden zich de ouderen. 28,1% van de Brusselse bevolking ouder dan 65 jaar loopt het risico kwetsbaar te worden⁷¹; bijna een op de drie Brusselaars van 65 tot 79 jaar oud, alsook de helft van de 80-plussers wonen alleen, en het merendeel is vrouw.

Het eerste streven bestaat erin de Brusselaars een waarborg van autonomie te bieden, d.w.z. te garanderen dat elkeen een ruime waaier aan beschikbare alsook financieel en geografisch toegankelijke diensten zoals thuishulp en -zorg, dagopvang, kortverblijf, enz. kan genieten die hem de mogelijkheid zouden moeten bieden om langer in een vertrouwde omgeving te blijven wonen. Om deze ambitie te verwezenlijken, is het van belang een geïntegreerd zorgtraject voor ouderen uit te stippelen dat continuïteit van banden, hulp en zorg biedt.

Twee transversale beginselen voeren de boventoon: anticipatie en autonomie van de persoon.

Uit vele individuele situaties blijkt dat het noodzakelijk is op anticiperende wijze te werk te gaan. Beslissingen worden al te vaak te laat genomen, of het nu gaat om het aanpassen van de woning, het inschakelen van thuishulp of het verhuizen naar een residentie. Dat beperkt het aantal oplossingen en kan uitmonden in de logica van het voldongen feit, die zoveel mogelijk moet worden vermeden.

Eerbiediging van de autonomie en de participatie van de oudere vereist dat bij het overleg en de beslissingen met betrekking tot hulp altijd wordt uitgegaan van het standpunt van de oudere en zijn omgeving. Derhalve moet de persoon in kwestie altijd als volwaardige partner bij de beslissingen over zijn zorgtraject worden betrokken. Gezien de snelle toename van het aantal ouderen dat niet in België is geboren, is het ook van belang voortdurend aandacht te besteden aan de multiculturele dimensies. Er moet ruimte zijn voor verschillende overtuigingen, zowel bij de reflectie omtrent de aangeboden hulp en zorg als bij de gevoelige kwesties die het levenseinde oproept.

⁷¹ Kwetsbaarheid wordt gedefinieerd als «een gebrek aan fysiologische reserve dat ouderen belet het hoofd te bieden aan de problemen waarmee zij worden geconfronteerd».

a. Hulp en zorg lokaal organiseren

De filosofie achter de herschikking van het aanbod naar het niveau van de wijken toe bestaat erin de Brusselaars zoveel mogelijk hulp en zorg in hun eigen leefomgeving te bieden en de voordelen van deze verankering zo lang mogelijk te behouden.

Een dergelijk model is bedoeld om het lokale sociale netwerk te versterken, de bewoners te betrekken bij de sociale en culturele activiteiten in de wijk, en de aanpak van hun dagelijkse zorg- en hulpbehoeften op gecoördineerde wijze te organiseren.

Werken aan sociale cohesie, iedereen in staat stellen zich thuis te voelen in zijn wijk en contacten te hebben met zijn burens zijn essentiële elementen van de strijd tegen sociaal isolement. Die werkzaamheden ter voorkoming van isolement, en dus soms, voor ouderen, van vroegtijdige verhuizing naar een rusthuis⁷², steunen op meerdere mechanismen. Die kunnen de vorm aannemen van gestructureerde wijknetten, zoals degene die zijn opgezet door verschillende verenigingen die het mogelijk maken vrijwilligers en ouderen of hulpbehoevenden met elkaar in contact te brengen en onderlinge hulpverleningsrelaties te doen ontstaan. Het betreft ook de dagcentra, die — lokaal — aan thuiswonende ouderen ondersteuning, zorg en animatie aangepast aan hun mogelijkheden bieden.

In 2018 zijn er drie innovatieve proefprojecten opgestart om een model van geïntegreerde organisatie van hulp en zorg per wijk, dat het thuis blijven wonen van ouderen moet bevorderen, uit te testen. De evaluatie van deze projecten heeft het mogelijk gemaakt de goede praktijken alsook de valkuilen die met het oog op de ontwikkeling van een wijkbenadering moeten worden vermeden, te identificeren. De volgende stap moet nu bestaan in het vergroten van hun actieradius, onder meer via de nieuwe lokale welzijns- en gezondheidscontracten (zie hierboven), die steunen op deze ervaring en de middelen ervan uitbreiden om een breder publiek te bereiken.

b. Hulp en zorg bij iedere Brusselaar aan huis brengen

Thuishulp en -zorg moeten iedere persoon met verlies aan autonomie en in het bijzonder iedere oudere in staat stellen langer in hun eigen omgeving te wonen en vroegtijdige opname in een rusthuis (RH) of rust- en verzorgingstehuis (RVT) te vermijden.

Bovendien kunnen hulp- en zorgverleners een belangrijke rol spelen in de vroegtijdige opsporing van eventuele problemen en de eerste mijlpaal vormen in de strijd tegen sociaal isolement. Door in de loop van de tijd een vertrouwensrelatie op te bouwen, kunnen zij voor de betrokkene ook als schakel dienen naar het uitgebreide netwerk van de andere, al dan niet professionele, hulpbronnen toe.

Momenteel echter verhinderen twee belangrijke obstakels dat het volledige potentieel van dit hulp- en zorgaanbod wordt benut: enerzijds is het totale aanbod aan thuis hulp en -zorg op de schaal van het Gewest ontoereikend om aan de huidige vraag te voldoen; anderzijds wordt de aanwending van dit aanbod momenteel onvoldoende gefaciliteerd en gevaloriseerd. De communicatie met betrekking tot de verschillende bestaande mogelijkheden moet worden verbeterd.

⁷² Carboneille, S. (2017). *De profielen van de bewoners O en A in rusthuizen voor bejaarden (ROB) in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Trajecten, oriënteringslogica, opvang en alternatieven*. Brussel: Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/rapports-externes/rapport_oa_in_rob_2017.pdf

Naast de diensten voor huishulp en -zorg vertegenwoordigen ook de mantelzorgers een formidabele capaciteit voor de begeleiding van afhankelijke personen. Het is belangrijk na te denken over de rol die zij kunnen spelen, over hun statuut, en over de manier waarop hun inbreng het best kan worden gecoördineerd met het professionele aanbod.

c. Alternatieve woon- en ondersteuningsplaatsen ontwikkelen

De in 2020 gelanceerde programmatiestudie zal een gedetailleerd beeld moeten geven van het aantal beschikbare bedden in RH's en RVT's volgens de vergrijzing van de bevolking en de spreiding ervan over het Brusselse grondgebied. Toch kan nu al worden vastgesteld dat de bejaarden die in Brussel in een instelling zijn opgenomen, in vergelijking met de andere gewesten verhoudingsgewijs een lichter afhankelijkheidsprofiel vertonen. Het is dan ook de vraag of het passend is dat zij in rusthuizen verblijven. Door een betere afstemming en spreiding van het dienstenaanbod zouden deze profielen eventueel langer thuis kunnen blijven wonen als zij dat wensen, of kunnen verhuizen naar minder gemedicaliseerde gemeenschapswoningen dan rusthuizen.

De programmatiestudie moet het beleid van de komende jaren in staat stellen actie te nemen op twee fronten: enerzijds het thuis blijven wonen van weinig afhankelijke personen faciliteren, en anderzijds zorgen voor een toereikend aanbod aan bedden voor de meer afhankelijke personen (met inbegrip van dementerenden).

Om het hoofd te bieden aan de diversiteit van de situaties waarmee de Brusselaars in de loop van hun leven worden geconfronteerd, moeten er dus alternatieve leefoplossingen worden gecreëerd voor volledige autonomie enerzijds en zorgverlening aan personen in instellingen anderzijds. Ook hier zou het ideaal zijn een continuüm aan antwoorden te kunnen bieden naargelang de behoeften: hulp bij het thuiswonen (huishulp, afstandsbegeleiding, dag(verzorgings)centrum), aanpassing en verhoging van het comfort van woningen, kangoeroewoningen, serviceresidenties, begeleid wonen, gemeenschapstehuizen. Dat geldt evenzeer voor ouderen als voor andere groepen die tijdelijk of permanent problemen hebben op het vlak van autonomie: gehandicapten, mensen met psychiatrische problemen, enz.

In het Brussels Gewest bestaan al meerdere alternatieven, maar die zijn eerder zeldzaam en vaak duur. Het verruimen van het aanbod aan financieel toegankelijke en aangepaste woningen is uiteraard een eerste vereiste, maar we moeten nu al nadenken over andere oplossingen, zoals het omzetten van RH/RVT-bedden in sociale serviceresidenties of het creëren van alternatieve huisvesting.

Er dient ook aandacht te worden besteed aan de verbetering van de kwaliteit van leven en zorg binnen de RH's/RVT's, onder meer via uitbreiding van de participatie van bewoners en personeel in de organisatie van deze instellingen, herziening van de omkaderingsnormen met het oog op een beter evenwicht tussen verzorgende en niet-verzorgende profielen binnen de instellingen, en vergroting van de openheid van deze instellingen naar hun directe omgeving toe.

d. *Het levenseinde begeleiden*

De begeleiding van het levenseinde en de mogelijkheid om euthanasie aan te vragen worden soms verwaarloosd of zijn soms onvoldoende gekend, niet alleen door de zorgverleners, maar ook en vooral door de bevolking in het algemeen. Gezien de medische ontwikkelingen en de bevolkingsgroei zullen in de toekomst echter steeds meer patiënten baat hebben bij een palliatieve of continue zorgaanpak, of misschien zelfs een medisch ondersteund levenseinde wensen.

De beschikbare Brusselse ambulante diensten volstaan momenteel niet om de vraag naar palliatieve en continue zorg te beantwoorden. Het is dus noodzakelijk het aanbod uit te breiden. Bovendien doen de omvang van de populaties in een preciaire situatie in het Brussels Gewest evenals de multiculturaliteit aanwezig op het grondgebied welbepaalde behoeften ontstaan en vergen zij een aanpak die in het bijzonder op de specifieke kenmerken is afgestemd.

Het komt erop aan het aanbod en de kwaliteit van de palliatieve en continue thuiszorg te ontwikkelen, waardoor een al te systematisch beroep op de ziekenhuizen of instellingen kan worden vermeden en tegemoet kan worden gekomen aan de wens van de Brusselaars om ondanks hun ziekte in goede omstandigheden thuis te blijven wonen. Een dergelijke ontwikkeling vereist versterking van de vaardigheden van de eerstelijnsactoren in het bieden van palliatieve en continue thuiszorg, en vergroting van de omvang van de palliatieve tweedelijnssteams, die optreden ter ondersteuning van de huisartsen en thuisverpleegkundigen. In het kader van hun taken op het gebied van continue en palliatieve zorg zullen zowel de zorgprofessionals als de zorginstellingen worden herinnerd aan hun verplichtingen om in te gaan op verzoeken om informatie over of toepassing van euthanasie.

In ons Gewest vallen de continue begeleiding en de begeleiding van het levenseinde, net als vele andere materies, onder de verantwoordelijkheid van verschillende bestuursniveaus. Overleg en coördinatie van de verschillende op het terrein aanwezige actoren zijn van essentieel belang opdat de patiënt continue en coherente zorg zou ontvangen. Dat geldt des te meer doordat de mobiliteit van de patiënten tussen verschillende zorgomgevingen (ziekenhuis, rusthuis, thuis) vaak noodzaakt tot overleg tussen professionals om onderbreking van de zorgverlening te vermijden. De opdracht tot organisatie van de actoren op het terrein is toevertrouwd aan de gewestelijke ondersteuningsstructuur van de eerstelijnsgezondheidszorg (BRUSANO).

5. *Geestelijke gezondheid van de bevolking verbeteren*

Meer dan andere aandoeningen bevinden geestelijke gezondheidsproblemen zich aan de samenvloeiing van gezondheidskwesties en sociale problematieken. Het mentale evenwicht is al verstoord door de ervaring van moeilijke levensomstandigheden: bestaansonzekerheid, intrafamiliaal geweld, ongeschikte of onbestaande huisvesting, verlies van werk, isolement, opleiding, ballingschap, enz. De werking van de sociale gezondheidsdeterminanten is nog belangrijker wanneer het gaat om geestelijke gezondheid.

Het is dan ook niet verwonderlijk dat uit de gezondheidsenquête 2018 (Sciensano) blijkt dat de psychische problemen in België toenemen en dat de situatie in Brussel erger is dan die in de andere twee gewesten. 39% van de bevolking van het Gewest heeft psychische problemen. De studie toont aan dat mensen met een laag opleidingsniveau kwetsbaarder zijn op het gebied van geestelijke gezondheid. In Brussel zegt 50% van de mensen met een diploma van de lagere school of zonder diploma last te hebben van psychische problemen.

Deze stand van zaken heeft belangrijke gevolgen voor de begeleidingscapaciteiten van de gehele welzijns- en gezondheidssector. Tal van professionals worden op een bepaald moment geconfronteerd met een inwoner van Brussel die, bovenop de redenen waarom hij of zij om follow-up vraagt, psychische problemen vertoont.

Het is van belang om, op een snelle manier, zo goed mogelijk te kunnen inspelen op de toename van de psychische moeilijkheden van de bevolking en, op meer structurele wijze, ook in te grijpen op de oorzaken ervan door de levensomstandigheden van de Brusselaars aanzienlijk te verbeteren via het onderwijs-, werkgelegenheids- en huisvestingsbeleid.

a. Aanbod aan geestelijke gezondheidszorg versterken en beter coördineren

De hoge prevalentie en het diepgaande sociale karakter van geestelijke gezondheidsproblemen nodigen ons uit beleidslijnen te ontwikkelen die ons in staat stellen de begeleiding uit te breiden tot de doelgroepen die zich het meest in moeilijkheden bevinden. Door plaatsen in te richten waar gemeenschapsacties op het gebied van geestelijke gezondheid kunnen plaatsvinden of therapeutische zorgen kunnen worden verleend, moeten we een geestelijke gezondheidszorg bieden die is bestemd voor doelgroepen die er gewoonlijk niet door worden bereikt. Er moet ook een mobiel zorgaanbod worden ontwikkeld dat is gericht op bepaalde meer specifieke groepen, zoals adolescenten, jongvolwassenen en patiënten met een dubbele diagnose (geestelijke gezondheid en handicap), en op het vergemakkelijken van bepaalde bijzonder delicate overgangen van de gebruikers in de zorgtrajecten, zowel intrasectoraal (tussen het ziekenhuis, de ambulante sector en het zelfstandig wonen) als intersectoraal (tussen de eerste lijn, de gehandicaptensectoren, jeugdzorg en kinderopvang).

De banden tussen lichamelijke zorg, geestelijke zorg en sociale bijstand moeten worden versterkt met respect voor de bereidheid van de patiënt om deze verschillende aspecten in zijn zorg te integreren. Er bestaan al gezamenlijke monitoringpraktijken; deze moeten worden geëvalueerd en met name in aanmerking worden genomen bij de implementatie van de hervorming van de nieuwe conventie van de eerstelijnspsychologen.

In bredere zin moet de welzijns- en gezondheidssector de vaardigheden van de professionals in geestelijke gezondheidszorg kunnen mobiliseren om ze, in situ, ter beschikking te stellen aan andere professionals of diensten die met geestelijke gezondheidsproblemen worden geconfronteerd.

De versterking van dit soort dynamieken vereist het verbeteren van de coördinatie tussen de welzijns- en gezondheidsactoren bij de dagelijkse interventies, maar ook het rond de tafel brengen van de verschillende instanties en bevoegdheidsniveaus die betrokken zijn bij de problematieken van de geestelijke gezondheid om de organisatie van het aanbod op dit gebied te verbeteren.

b. *Zorgstructuren en residentiële alternatieven voor ziekenhuisopname ontwikkelen*

Alle zorgactoren erkennen dat er een gebrek is aan plaatsen voor de behandeling van psychische gezondheidsproblemen. Met een totaal van 1.608 psychiatrische bedden⁷³ blijft Brussel ver onder het residentiële aanbod dat nodig is om te voldoen aan de behoeften van de Brusselse en niet-Brusselse patiënten behandeld in de instellingen binnen het Gewest.

De opvangplaatsen buiten het ziekenhuis moeten worden vermeerderd en gediversifieerd om over een zo breed mogelijk scala aan oplossingen te beschikken. Dat omvat het optrekken van het aantal bedden in psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT's) en initiatieven voor beschut wonen (IBW's), alsook het eventueel creëren van crisisopvang, preventief en als alternatief voor psychiatrische spoedopnames. Bij gebrek aan beschikbare plaatsen van dit type blijven de patiënten soms gehospitaliseerd in psychiatrische afdelingen of bevinden ze zich in onaangepaste structuren: rusthuizen voor bejaarden, niet-erkende opvangstructuren, of zelfs op straat.

De omkaderingsnormen voor de verschillende residentiële structuren, onder andere de ziekenhuizen, moeten eveneens worden herzien om een betere kwaliteit van de zorg, naleving van praktijken gericht op herstel en de-institutionalisering van de zorg in de gemeenschap, alsook leefbaarheid van de instellingen te verzekeren. De herziening van de omkadering voor ziekenhuisbedden, onder meer voor de kwestie van de opnamen ter observatie, zal een gemeenschappelijke bereidheid van Brussel en van de federale staat vereisen. Bovendien moet het kwalitatieve aspect van de inspecties in de verblijfsinstellingen, waaronder de rusthuizen, worden verbeterd. En dat op basis van de getuigenissen van bewoners, families en vakbondsvertegenwoordigers.

De revalidatiesector zal ook worden geraadpleegd om samen met de GGC te beoordelen in hoeverre de overeenkomsten kunnen evolueren ten aanzien van de bovengenoemde doelstellingen, met behoud van hun respectieve actieterreinen.

Ten slotte moet steun worden verleend aan de oprichting van laagdrempelige opvangvormen die, zonder specifiek als behorend tot de geestelijke gezondheidssector te worden geïdentificeerd, zorg verlenen via collectieve en gemeenschapsacties. Die 'ontmoetingsplekken', die herstel mogelijk maken door valorisatie van en deelname aan sociale en culturele activiteiten, zijn bedoeld om te kaderen in de plaatselijke netwerken en in intersectoraal buurtwerk. Ondersteuning van de ontwikkeling van de peer support-functie zal ook een van de assen binnen de acties op het vlak van communautaire geestelijke gezondheidszorg zijn waaraan voorrang moet worden gegeven.

c. *De ontwikkeling van netwerken ‘Brumenta’ voor volwassenen en ‘Bru-stars’ voor kinderen ondersteunen*

Sinds 2002 en vooral sinds het laatste protocol van akkoord ondertekend in de IMC⁷⁴ Gezondheid in december 2021, implementeren de federale staat en de gemeenschappen en gewesten een model om aan alle behoeften inzake geestelijke gezondheid op een bepaald grondgebied te voldoen, in overeenstemming met wat staat geschreven in de gids “Naar een betere geestelijke gezondheidszorg”⁷⁵. De doelstelling bestaat erin aan de patiënt een alomvattende en geïntegreerde aanpak te bieden, ongeacht het punt waarop hij het netwerk binnenkomt.

Brumenta, de federale operator en garant van de uitvoering van deze hervorming in Brussel, zal bij zijn opdrachten blijven steunen op het Overlegplatform Geestelijke Gezondheid en de Interfederatie van de Ambulante Zorg, evenals op de organisatie van de gewestelijke zorgzones, waarvoor momenteel wordt gezorgd door de vier antennes 107: Rézone, Hermes plus, Norwest en Bruxelles Est.

Meer specifiek met betrekking tot kinderen en adolescenten werd de gids “Naar een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren”⁷⁶ in 2015 goedgekeurd in de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid. Dat is geconcretiseerd in de creatie van het ‘Bru-Stars’-netwerk. Dat netwerk, federale operator en garant van de implementatie van de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en adolescenten, zal verder worden ondersteund door het Gewest en zal worden afgestemd op de organisatie en de territorialisering van de zorg in het Brussels Gewest.

Bru-Stars bestaat uit partners uit, onder andere, de ambulante en de residentiële geestelijke gezondheidssector evenals de gehandicapten-, jeugdzorg-, onderwijs-, kinderopvang- en justitiesector, en wordt gesteund door de federale overheid en alle bevoegde gefedereerde entiteiten op het Brusselse grondgebied. De crisisprogramma’s en de programma’s voor vroegtijdige opsporing, de creatie van mobiele teams en de oprichting van één enkel contactpunt voor Brussel zullen worden gesteund om aan deze doelgroep kwaliteitsvolle en geïntegreerde zorg te blijven verlenen.

In lijn daarmee en overeenkomstig de bovengenoemde theoretische voorwaarden zal ook bijzondere aandacht worden besteed aan de doelgroep van de ouders. De vergrijzing van de bevolking leidt tot nieuwe behoeften, zowel op ambulant als op residentieel niveau, en de ontwikkeling van het aanbod zal moeten worden aangepast aan het ontstaan van die specifieke behoeften.

74 Interministeriële Conferentie

75 [Bruxelles.pdf \(psy107.be\)](#)

76 [Guide de la réforme des soins en santé mentale pour les enfants et les adolescents.pdf \(wallonie.be\)](#)

d. *Bewustmaking en destigmatisering ontwikkelen*

Mensen met geestelijke gezondheidsproblemen worden vaak gestigmatiseerd en zijn vaak het slachtoffer van stereotypering. Hun situatie wekt angst en afwijzing op. Al in 2001 verklaarde de WHO dat stigmatisering het grootste obstakel is dat in het proces van geestelijke gezondheidszorg moet worden overwonnen. Voor velen veroorzaakt de stigmatisering meer leed dan de ziekte zelf. Bovendien verhindert ze dat men een beroep doet op de geestelijke gezondheidszorg.

In het kader van een geïntegreerd hulp- en zorgbeleid is het dan ook van belang deze dynamieken te bestrijden, aanvaarding van het psychische probleem en van de mensen die ermee te maken hebben, te bevorderen, en de toegang tot de diensten voor geestelijke gezondheidszorg te vergemakkelijken.

De perspectieven voor actie zijn veelvoudig, van de implementatie van preventieve beleidsmaatregelen tot de verveelvoudiging van 'ontmoetingsplekken' over steun aan hulp- en zorgprojecten die werken aan destigmatisering door het mengen van doelgroepen.

De niet-dirigistische en niet-prescriptieve geestelijke gezondheidszorg zal worden versterkt en bevoorrecht in de initiatieven die zullen worden ontwikkeld om deze doelstelling van destigmatisering te verwezenlijken.



AS 4: Gezamenlijk een geïntegreerd welzijns- en gezondheidsbeleid uitbouwen

De versnippering van de bevoegdheden op het gebied van welzijns- en gezondheidsbeleid is schadelijk voor alle betrokkenen. In het Brussels Gewest zijn de bevoegdheden op het gebied van welzijn en gezondheid verdeeld over zeven bevoegdheidsniveaus: het federale niveau, de Federatie Wallonië-Brussel, de Franse Gemeenschapscommissie (FGC), de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC), de Vlaamse Gemeenschap (VG) met de Vlaamse Gemeenschapscommissie (VGC) en de lokale besturen.

Die situatie leidt tot incoherenties tussen de genomen beleidsmaatregelen, dubblures of lacunes in de dekking, en te grote complexiteit in het aanbod en de toegankelijkheid van de diensten. De versnippering van het beleid, verantwoordelijkheden en sectoren bemoeilijkt een samenhangend beheer van het welzijns- en gezondheidsbeleid in hun juridische, administratieve en operationele dimensie.

De klemtoon moet worden gelegd op het werken aan harmonisering, vereenvoudiging en coördinatie tussen de entiteiten die bevoegd zijn voor welzijn en gezondheid in het Gewest. Gezien de hierboven herhaalde complexiteitsfactoren kan deze integratie slechts geleidelijk tot stand komen. Het betreft in de eerste plaats het welzijns- en gezondheidsbeleid van de FGC en GGC (via het huidige GWGP). Om rekening te houden met de beslissende rol van het gewestelijke welzijns- en gezondheidsbeleid, zal het GWGP in de loop van dit jaar — 2022 — worden aangevuld met het toekomstige Rapport inzake armoede en sociale en gezondheidsongelijkheden.⁷⁷ Dat zal tegelijk de relevante maatregelen van het GWGP en de aanvullende bijdragen van de gewestelijke regering en van de VGC bevatten. De talrijke overlegmomenten met het federale niveau die in het bijzonder onder de aandacht zijn gebracht in het kader van het beheer van de gezondheids crisis, zullen hier niet worden besproken.

1. Welzijns- en gezondheidsbeleid van de GGC en de FGC integreren

a. Een continu proces van integratie en coördinatie

Voor de eerste keer in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest biedt het GWGP de gelegenheid om een meer geïntegreerde visie te ontwikkelen op het welzijns- en gezondheidsbeleid dat op ons grondgebied moet worden gevoerd.

Om aan de uitdagingen die dat met zich meebrengt, het hoofd te bieden, is het van belang een bestuurskader op te zetten dat het mogelijk maakt om, op de verschillende betrokken niveaus, alle vereiste hefboomen te activeren: betrokkenheid en coördinatie van alle actoren, verbetering van de kwaliteit en de veiligheid in de instellingen, ondersteuning van de besluitvorming en de interventies door het gebruik van bewijsmateriaal, verhoging van de capaciteiten van de teams door kennisoverdracht en opleiding, en definiëring van gedeelde en transparante evaluatie- en opvolgingsmodaliteiten.

⁷⁷ Om rekening te houden met de vele interacties tussen armoede- en gezondheidsproblematieken, zal het Armoederapport worden aangevuld met een deel over sociale en gezondheidsongelijkheden.

Het GWGP zal — na de Staten-Generaal waarop de ontwikkeling ervan is gebaseerd — deel uitmaken van een voortdurend proces van samenwerking met welzijns- en gezondheidsactoren. Het is namelijk van essentieel belang te erkennen dat dit document een beginpunt is en geen eindpunt. Het vormt een voorlopige samenvatting van de strategische beginselen en doelstellingen bestemd om de verschillende actoren bijeen te brengen, alsmede van de acties die reeds lopen of zijn voorgesteld voor de realisatie daarvan. Het GWGP is een evoluerend proces. Het is de bedoeling dat het regelmatig wordt geëvalueerd, herzien en verbeterd om acties voor te stellen die zo goed mogelijk inspelen op de problemen en behoeften van alle Brusselaars.

In die zin is er aan het GWGP een stuurinstantie verbonden die zowel de uitvoering als de voortdurende evaluatie en de periodieke herziening ervan leidt. Een dergelijke instantie zal minstens moeten bestaan uit vertegenwoordigers van het kabinet/de kabinetten bevoegd voor het welzijns- en gezondheidsbeleid (met inbegrip van gezondheidsbevordering) binnen de GGC en de FGC en van de administratieve organen bevoegd voor de genoemde materie (DVC van de GGC, Iriscare en de Diensten van het College van de FGC), het VGC-Collegelid bevoegd voor Welzijn en Gezondheid (als gastlid), alsook uit verschillende deskundigen die worden uitgenodigd in functie van de behandelde onderwerpen (bijvoorbeeld Bruss'Help en New Samusocial op het gebied van dakloosheid). Het pluralisme van de deskundigheid zal worden gewaarborgd.

In dat kader zullen er, transversaal aan de Brusselse entiteiten, verschillende (bestaande of te creëren) werkgroepen en een adviesorgaan worden opgericht met het oog op de verdere uitvoering van het GWGP en de regelmatige evaluatie en herziening ervan. Het adviesorgaan zal met name bestaan uit vertegenwoordigers van de adviesraden van de GGC, de FGC en de VGC en van de technische commissies van Iriscare.

Het GWGP is ook een werkinstrument dat op het terrein moet worden vertaald in organisatorische veranderingen, de totstandkoming van samenwerkingsverbanden en toenaderingen, de creatie of vernieuwing van praktijken. Om succes te boeken, moet dit streven naar verbetering de steun krijgen van zoveel mogelijk actoren die — dag na dag — instaan voor de dienstverlening. In de dynamiek van operationalisering van het plan dient erop te worden toegezien dat er rekening wordt gehouden met en ruimte wordt gelaten voor de deskundigheid van de professionals om de visies zo goed mogelijk aan te passen aan de beperkingen van het terrein. Momenten van communicatie, overleg en collectieve reflectie samen met de operatoren zijn de beste garanties om goede ideeën om te zetten in goede praktijken.

Alleen op basis van een dergelijk geïntegreerd 'leerproces' kunnen de noodzakelijke transformaties van het Brusselse welzijns- en gezondheidsbeleid geleidelijk worden doorgevoerd, als antwoord op de verstrengeling van bevoegdheden en het gebrek aan coördinatie ervan, om het hoofd te bieden aan de sociale en gezondheidsongelijkheden die het Brusselse grondgebied kenmerken.

Een gezamenlijk decreet en ordonnantie waarin deze elementen zijn vervat, zal worden voorgesteld aan de Vergaderingen van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en de Franse Gemeenschapscommissie.

Op een meer administratief niveau zullen de integratiewerkzaamheden ook betrekking hebben op het coherent maken van de geproduceerde regelgevende teksten. Door de FGC en de GGC dienen er zoveel mogelijk dezelfde regelgevingen te worden ontwikkeld. Er wordt voorzien in afstemming met de Brusselse regeringen en de Vlaamse en Franse gemeenschap voor wat betreft hun bevoegdheden op vlak van welzijn en gezondheid in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad.

Ten slotte moeten de administratieve procedures waar mogelijk worden vereenvoudigd. Voor de Brusselaars zou dat in de eerste plaats moeten gericht zijn op de procedures voor opening en behoud van rechten (zie as 2.2.). Voor de welzijns- en gezondheidsprofessionals zou die vereenvoudiging de administratieve lasten voor zowel werknemers als werkgevers moeten verminderen, bijvoorbeeld door het groeperen van werkgevers en het bundelen van middelen, zoals administratieve en beheerslasten, te vergemakkelijken.

b. Burgerparticipatie

Bij de uitvoering van het welzijns- en gezondheidsbeleid worden de begunstigde doelgroepen nog te vaak buiten de keten van ontwikkeling, toezicht op de uitvoering en evaluatie van het overheidsbeleid gehouden. De Brusselse burgers moeten, met name via de patiëntenverenigingen, meer zeggenschap krijgen over de institutionalisering van het welzijns- en gezondheidsbeleid, over hun betrokkenheid bij de keuze van de behandeling, over hun mogelijkheid om te kiezen voor toegang tot een bepaalde dienst, enz. Hoewel die verschijnselen gedeeltelijk te wijten zijn aan een gebrek aan passend aanbod of zelfs aan een gebrek aan informatie voor de doelgroepen, zijn ze ook het resultaat van het gebrek aan betrokkenheid van de doelgroepen bij de werkmethodes van de welzijns- en gezondheidsstructuren en bij de keuzes die daarin worden gemaakt.

De structurele implementatie van de burgerparticipatie in de monitoring van het Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan zal een meer terugkerende controle op de welzijns- en gezondheidsactie van de overheid door de burger, en bijgevolg een voortdurende verbetering ervan mogelijk maken.

De toegenomen participatie van de burgers in het Brusselse welzijns- en gezondheidssysteem is gericht op de realisatie van twee hoofddoelstellingen.

Een democratische doelstelling: de gebruiker of patiënt is niet alleen een passieve begunstigde van een dienst, hij is bovenal een actieve burger die zijn mening mag geven over de organisatie van het welzijns- en gezondheidsbeleid.

Een doelstelling inzake doeltreffendheid van de implementatie van het beleid en verbetering van de kwaliteit van de zorg: de ervaringen van de burger moeten kunnen worden gevaloriseerd en bijdragen tot de verbetering van de welzijns- en gezondheidstrajecten. De participatie van de mensen maakt het immers mogelijk de geboden hulp en zorg aan te passen, zowel op individueel als op collectief vlak, door meer rekening te houden met de realiteiten op het terrein.

Om doeltreffend te zijn, moeten de maatregelen inzake patiënten- en gebruikersparticipatie kaderen in een klimaat van vertrouwen en wederzijdse aanvaarding. Het gaat er dus in de eerste plaats om een echte participatiecultuur te ontwikkelen.

Die participatie moet worden gestructureerd rond de betrokkenheid van de burgers bij de uitwerking en monitoring van het strategische instrument dat het GWGP vormt, en rond hun betrokkenheid, voor zover mogelijk, bij de uitvoering van specifieke projecten die gericht zijn op het bereiken van de in het GWGP vastgelegde doelstellingen.

Concreet zal in het kader van de regelmatige (driejaarlijkse) evaluatie van het GWGP een burgerpanel worden opgericht dat advies moet uitbrengen en aanbevelingen moet doen over het geheel of een deel van dit plan. Om ervoor te zorgen dat dat panel feedback ontvangt, zal het in de komende twee jaar minstens tweemaal worden bijeengeroepen. Daarnaast kunnen er op frequentere wijze specifieke, meer gerichte evaluaties worden georganiseerd, waarbij de burgers ad hoc worden betrokken.

c. Gemeenschapsactie en steun voor de kwaliteit van interventies en praktijken op het terrein

De burgerparticipatie staat ook centraal in de gemeenschapsactiestrategieën. Gemeenschapsacties hebben hier betrekking op initiatieven van individuen, organisaties of gemeenschappen (hetzij territoriaal, hetzij met een gedeelde identiteit) die gericht zijn op het aanbrengen van een of meer collectieve en solidaire oplossingen voor een gemeenschappelijk probleem of een gemeenschappelijke behoefte, en die bijdragen tot het beïnvloeden van de gezondheidsdeterminanten, het verbeteren van de gezondheid en het verminderen van de sociale en gezondheidsongelijkheden. Het is inderdaad essentieel dat de projecten worden ontwikkeld op basis van analyses van de vraag en gemeenschapsdiagnoses waarbij de in eerste instantie betrokken personen worden betrokken (zoals bijvoorbeeld het geval is bij de lokale welzijns- en gezondheidscontracten).

Daarom draagt het plan, met name dankzij de sector gezondheidsbevordering, bij tot de ontwikkeling van gemeenschapsacties rond gezondheid, in het bijzonder in buurten met kwetsbare doelgroepen, en steunt het de vorming en begeleiding van actoren die gemeenschapsacties rond gezondheid wensen te implementeren. Daarnaast moet de actie van de ondersteunings- of begeleidingsdiensten van de tweede lijn ook gericht zijn op de verbetering van de praktijken en de kwaliteit van de tussenkomsten van de actoren in het veld. Dat zal gebeuren door de uitvoering en opvolging van andere tussenkomststrategieën en -methoden, zoals gezondheidseffectbeoordeling, gezondheidsgeletterdheid, gecoördineerde strategieën en intersectoraliteit.

2. Rapport inzake armoede en sociale en gezondheidsongelijkheden

Overeenkomstig de huidige ordonnantie van 20 juli 2006 betreffende het opstellen van het armoederapport van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, is dit rapport een samengesteld rapport en bevat het de jaarlijkse Welzijnsbarometer, het thematisch rapport, de synthese van het rondetafelgesprek en het Brussels actieplan armoedebestrijding (en bestrijding van sociale en gezondheidsongelijkheden). Om rekening te houden met de vele interacties tussen armoede- en gezondheidsproblematieken, zal het Armoederapport worden aangevuld met een deel over sociale en gezondheidsongelijkheden.

Dat rapport omvat de aanvullende bijdragen in verband met armoede en sociale en gezondheidsongelijkheden van de vier Brusselse regeringen: Gewest, VGC, GGC en FGC (voor aangelegenheden die buiten het toepassingsgebied van dit referentiekader vallen).

Daartoe is een interministeriële werkgroep belast met het verzamelen en opvolgen van de aanvullende bijdragen van de Brusselse regeringen aan het Brussels actieplan. Die zullen een overzicht bevatten van de maatregelen die zijn genomen ter bestrijding van armoede en sociale en gezondheidsongelijkheden.

Het doel van het actieplan is de uitdagingen rond armoede en sociale en gezondheidsongelijkheden, waarvan de oorzaken multidimensionaal zijn, te integreren in verschillende bevoegdheidssterreinen die verder gaan dan het welzijns- en gezondheidsbeleid: milieu, huisvesting, werkgelegenheid, opleiding, onderwijs, enz.

In dat verband zal aandacht worden besteed aan de bevoegdheden van andere beleidsniveaus om de relevante elementen in het kader van de Brusselse IMC Welzijn-Gezondheid te bespreken en de in Brussel vastgestelde problematieken waarover de Brusselse regering geen gezag heeft, door te geven aan de bevoegde ministers en regeringen.

Zoals voordien al het geval was, zal ervoor worden gezorgd dat de deelname aan het proces van de uitwerking van dit rapport wordt geoptimaliseerd. Die deelname omvat, op vrijwillige basis, de betrokken organisaties, verenigingen en personen, onder andere de OCMW's, de openbare of private organisaties en verenigingen die actief strijden tegen bestaansonzekerheid, armoede, ongelijke toegang tot rechten en sociale en gezondheidsongelijkheden, en ook de mensen die in armoede leven.

3. *Besluitvorming en interventie op welzijns- en gezondheidsgebied ondersteunen*

a. *Gegevensinzameling structureren*

Voor het definiëren van het op het terrein te voeren beleid en het beoordelen van het effect ervan is het nodig te beschikken over een geheel van kwaliteitsvolle gegevens die een zo volledig mogelijk beeld geven van de situatie waarop men invloed wil uitoefenen en van de opeenvolgende transformaties daarvan.

De beschikbare gegevens zijn steeds diverser en de kracht van de digitale technologie maakt steeds verder geavanceerde analyses mogelijk. Om die analyses te realiseren, zijn koppelingen en verbindingen tussen de gegevensbronnen noodzakelijk. Die analyses moeten worden uitgevoerd met inachtneming van de regels inzake de persoonlijke levenssfeer en onder meer de AVG.

De benodigde gegevens hebben zowel betrekking op de behoeften aan, als op het aanbod en het verbruik van diensten, en moeten de genderdimensie integreren. Het verzamelen van gegevens die relevant zijn voor de besluitvorming over en de oriëntering van de actie (omvang en ernst van de problematieken, kenmerken van de doelgroepen, aard en frequentie van het beroep op de diensten, enz.) maakt het mogelijk de interventie te sturen, de resultaten ervan te meten en indien nodig de oriëntaties ervan te herzien. Het is even nuttig voor de actoren in het veld om hun inspanningen zo goed mogelijk af te stemmen als voor de overheidsactoren om het meest doeltreffende beleid te bepalen.

Wat de gegevens over het verbruik van diensten betreft, moet er een verzameling van gestandaardiseerde kwantitatieve gegevens worden georganiseerd om over de relevante informatie te beschikken voor het voeren van het welzijns- en gezondheidsbeleid. In de praktijk moet die verzameling mogelijk zijn zonder de relatie met de gebruikers te schaden. Ze kan diverse vormen aannemen naargelang de behoeften, van de klassieke verzameling van informatie tijdens het onthaal of de begeleiding van de gebruiker tot de realisatie van gemeenschapsdiagnoses of burgerforums.

Om rekening te houden met alle complexiteit die vaak kenmerkend is voor welzijns- en gezondheidskwesaties, moet ze vergezeld gaan van kwalitatieve gegevens aan de hand waarvan de cijfergegevens kunnen worden gekaderd en de diversiteit van de realiteiten tot uitdrukking kan worden gebracht.

Uitwisselingen en koppelingen van gegevens die analyse van vraag en aanbod mogelijk maken, zullen worden ondersteund. De naleving van de AVG is een voortdurende bekommernis.

Het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn is de referentie-instelling voor de welzijns- en gezondheidsgegevens in het Brussels Gewest. De integratie van het CMDC-CDCS in het OGW en de ontwikkeling van de inzameling van gegevens over het zorgverbruik zullen ertoe bijdragen dat het Gewest over de nodige instrumenten beschikt om de gegevens te verwerken en te gebruiken als informatiebron voor acties.

b. Intersectorale aanpak bevorderen door kennisoverdracht en opleiding

De coördinatie van de actoren in het veld heeft niet alleen betrekking op organisatorische aspecten. Het gaat er ook om gedeelde werkculturen te versterken en praktijkgemeenschappen tot stand te brengen op basis van diverse sectorale referentiesystemen en historische.

Om de specifieke sociaal-politieke contexten en organisatorische omgevingen te overstijgen, is het van belang de kennisoverdracht tussen actoren te bevorderen, ofwel door het opzetten van plaatsen voor dialoog en overleg, ofwel door permanente opleiding, ofwel door de uitwisseling van werknemers tussen diensten.

Binnen de ziekenhuisinstellingen en -netwerken zal dat principe, onverminderd het vakbondsstatuut, bijvoorbeeld inhouden dat het personeel, met name het verplegend personeel, dat meer dan 50% van het personeel uitmaakt, meer moet worden geraadpleegd over de verbetering en kwaliteit van de diensten die er worden verleend.

Het is de bedoeling een breder gebruik van de beschikbare kennis te stimuleren om veranderingen in de praktijk en de besluitvorming tot stand te brengen. Onder kennis wordt verstaan: de kennis voortspruitend uit onderzoek, uit de theoretische en praktische knowhow van de actoren, en uit de gegevensanalyse.

c. Steunpunten voor de eerstelijnsdiensten ontwikkelen

De actieprioriteit van de veldwerkers is het verlenen van de nodige hulp en zorg aan de Brusselaars. Om daar ten volle in te slagen, is het onvermijdelijk de problemen collectief aan te pakken en een geheel van vaardigheden en bekwaamheden te mobiliseren. In zijn eentje staat de actor in de welzijns- en gezondheidssector vaak machteloos.

De structuren ter ondersteuning en begeleiding van de tweede lijn brengen professionals bijeen die in staat zijn om aan de veldwerkers methodologische, strategische en reflectieve ondersteuning te bieden op basis van vaardigheden die de laatstgenoemden wegens tijdsgebrek niet aan de dag kunnen leggen. Het is op dit niveau dat er mogelijkheid bestaat tot inzameling en analyse van de gegevens, sociaal-politieke reflectie, organisatie van passende opleidingen, alsook ontwikkeling van een bredere visie — op een langere termijn — op de prioriteiten.

Dergelijke structuren, zoals Bruss'Help voor de sector hulp aan daklozen, Brusano, de CBCS of diensten die pijlers vormen in gezondheidsbevordering, zijn onmisbaar om bepaalde coördinatieopdrachten te vervullen, lessen te trekken uit het verrichte werk, kritisch na te denken over de gevoerde acties en even afstand te nemen voor het uitvoeren van moeilijke opdrachten in steeds complexere omgevingen. De beschikbaarheid van het dienstenaanbod volgens een logica van een op de behoeften afgestemde aanpak, van territorialisering en intersectoraliteit moet de gelegenheid vormen om na te denken over de reorganisatie van de noodzakelijke steunpunten.

d. Participatief onderzoek ontwikkelen

Van de professionals wordt steeds meer verlangd dat zij welzijns- en gezondheidskwesties op innovatieve wijze benaderen en er op innovatieve wijze op reageren. Samen met de burgers beschikken zij over de meest gedetailleerde kennis van die situaties, maar ze missen de tijd en de middelen, met name de methodologische middelen, om die te formaliseren, in actieplannen om te zetten en er andere actoren of sectoren baat bij te doen hebben.

Een essentiële bron van nuttige kennis en actiecapaciteiten wordt momenteel dus totaal verwaarloosd. Nochtans vormt professionele kennis, net als kennis die voortvloeit uit de ervaring van de burgers, een uitstekende bron voor het verbeteren van de praktijken, het produceren van innovatieve oplossingen en het openen van reflectiepistes.

In het kader van de ondersteuning van de eerstelijns werkers zou het zinvol zijn de mogelijkheid te ontwikkelen om participatief onderzoek te voeren waarbij de betrokken professionals in alle stadia (probleemstelling, productie van gegevens, evaluatie, verspreiding van de resultaten) worden betrokken. Dergelijke experimenten, die bijvoorbeeld in het CREMIS in Montreal zijn uitgevoerd, hebben hun doeltreffendheid en de reële meerwaarde die ze vormen bij de ontwikkeling en verspreiding van innoverende oplossingen aangetoond.



GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE



Verantwoordelijke uitgevers: Bernadette Lambrechts (algemeen directeur Gewestelijke Franstalige Overheidsdienst Brussel) | Paleizenstraat 42, 1030 Brussel
Nathalie Noël (Leidinggevend ambtenaar Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie) | 1040 Brussel