

herfst-winter 2024 • halfjaarlijks

02 Zinneke

De verandering
van de welzijns-en
gezondheidsorganisatie
in Brussel

Le social-santé
en transformation
à Bruxelles

Ontcijfering

Bevolkingsverantwoordelijkheid
begrijpen

Getuigenissen

Pijn onder woorden brengen

Innovatieve projecten

Een dak, een foodtruck
en rechten



Zinneke^{NL}

nr. 2 • herfst-winter 2024 • halfjaarlijks

Het nieuwe magazine over de
transformatie van de welzijns- en
gezondheidssector in Brussel!



Collectief actie ondernemen om
de welzijns- en gezondheids-
organisatie te veranderen

Zinneke nr. 2
Herfst-winter 2024
Halfjaarlijkse publicatie
van Brusano VZW
Breydelstraat 40, 1040 Brussel

info@brusano.brussels

Hebben meegewerkt aan dit nummer

Anne-Sophie Lambert (UCLouvain);

Marie Moermans (Le ralliement des
fourchettes);

Nicolas Sann (Autrement Dit);

en het team van Brusano, in het bijzonder
Anouchka, Aurélie, Daphné, Gaétane, Pablo,
Pierre en Valentine.

Vertaling

Akira

Correcties

Petra Van Caneghem

Verantwoordelijke uitgever

Valentine Musette

Breydelstraat 40
1040 Brussel

Grafische vormgeving en lay-out

Switch asbl

Illustratie omslag

Matilde Gony

Drukwerk

Daddy Kate Print



Met de steun van de GGC

GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE

Zinneke, Seizoen 1, aflevering 2

We kregen vele felicitaties met de geboorte van Zinneke en we willen jullie daar hartelijk voor bedanken. Die complimenten moedigen ons aan om ons doel verder na te streven: een magazine aanbieden dat de transformatie van de welzijns- en gezondheidssector in Brussel onderbouwt, verklaart, toelicht en het debat opent.

In dit tweede nummer ontcijferen we een begrip dat centraal staat in het huidige proces, namelijk “verantwoordelijkheid voor de bevolking”. Het leek ons nuttig om dit nog redelijk onbekende en vaak verkeerd begrepen concept onder de aandacht te brengen. Als de term “verantwoordelijkheid” als een last wordt gezien en in zijn strikt juridische zin wordt beschouwd, roept hij bij sommige mensen misschien wantrouwen en bezorgdheid op.

Maar wees gerust: hier wordt geen oordeel geveld over individuele behandelingen en wordt niemand als individu verantwoordelijk gesteld voor de toestand van een begunstigde. Er wordt geen zwaard van Damocles boven de hoofden van professionals gehangen, dat alleen kan worden afgewend door een correcte diagnose en/of gepaste ondersteuning. In plaats van de last van het welzijn op de schouders van één individu te leggen, gaat verantwoordelijkheid voor de bevolking over een globale kijk op actie, om hulp en zorg gecoördineerd te organiseren binnen een gebied. Het gaat hier om een ethische en collectieve verantwoordelijkheid die inhoudt dat alle behoeften van de betrokken bevolking, ook van wie geen zorg vraagt, adequaat worden vervuld.

We leggen het allemaal in detail uit in onze Ontcijfering en, zoals je zal zien, is het eenvoudig te begrijpen en niet moeilijk om te verdedigen, maar wel erg moeilijk te implementeren.

Uitleggen is goed. Maar tonen is ook goed. Bij Zinneke onderbouwen we onze ideeën graag met concrete voorbeelden. We staven ons betoog met feiten en getuigenissen. In de pagina's die volgen delen begunstigten hun ervaringen en ontdek je de conclusies van onderzoeken die, elk op hun eigen niveau, disfuncties of tekortkomingen aan het licht brachten in de huidige organisatie van hulp en zorg en worden er suggesties gegeven om die te verhelpen.

Last but zeker not least zetten we enkele innovatieve en inspirerende projecten van professionals die het voortouw nemen bij de veranderingen die op til zijn, in de verf.

We wensen je veel leesplezier en een leerrijke ervaring toe.

- p. 05** Stand van zaken **Onder de loep** Een blik op enkele van de problemen waarmee de welzijns- en gezondheidssector in Brussel wordt geconfronteerd en op de manieren om tot actie over te gaan.
Dat analyseren we!
- p. 11** Getuigenissen **Pijn onder woorden brengen** We leggen ons oor te luisteren bij de begunstigden van de Brusselse welzijns- en gezondheidsdiensten.
Dat vertellen we!
- p. 13** Ontcijfering **Naar de kern van verantwoordelijkheid voor de bevolking** Verkennen van een fundamenteel, weinig bekend concept dat voor meerdere interpretaties vatbaar is.
Dat verduidelijkt!
- p. 20** Het terrein in actie(s) **Zij timmeren aan de weg** Als de welzijns- en gezondheidsactoren een nieuwe koers varen.
Dat beweegt!
- p. 28** Toolbox Een divers en gevarieerd repertorium van instrumenten om je werkwijze te verrijken.
Dat helpt!



Onder de loep

Een aantal studies en onderzoeksprojecten heeft de aandacht gevestigd op de uitdagingen in de welzijns- en gezondheidssector in Brussel en suggesties gedaan om tot actie over te gaan. Een kleine, subjectieve selectie.

Gezondheid, de spiegel van welzijn

Dit jaar heeft het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad zijn nieuwe “Gezondheidsindicatoren van het Brussels Gewest” gepubliceerd (de vorige dateren van 2016).

De auteurs maken van bij het begin duidelijk dat het rapport *“een actueel overzicht biedt van de gezondheid van de Brusselse bevolking, ingebed in de continu veranderende demografische, sociale en multiculturele context van het Gewest”*. Het herinnert ons eraan hoezeer gezondheid samenhangt met sociale ongelijkheden *“die in het Brussels Gewest prominenter dan ooit naar voren komen”*.

Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest vertoont een paradoxale situatie. Met zijn intrinsiek rijke, eerder jonge, multiculturele en groeiende bevolking is het een vruchtbare voedingsbodem voor hulpbronnen en creativiteit, vooral in de dienstensector. Ondanks die gunstige context lopen de inwoners echter een groot armoederisico, met grote verschillen tussen de wijken en gemeenten van het centrum en van de eerste kroon - die over het algemeen kwetsbaarder

zijn - en die in de tweede kroon, in het bijzonder in het zuidoosten - die er warmer bijzitten. Niet iedereen in Brussel is gelijk op het gebied van gezondheid en welzijn. Eén indicator vat

die vaststelling goed samen: de levensverwachting. Terwijl de levensverwachting voor het hele gewest 84 jaar is voor vrouwen en 79

jaar voor mannen, is er een verschil van 5,5 jaar voor vrouwen en 6,6 jaar voor mannen tussen Sint-Pieters-Woluwe (de rijkste gemeente) en Sint-Joost (de armste).

Daaruit blijkt dat gezondheid voor een groot deel wordt bepaald door sociale factoren, zoals de levensstijl van specifieke sociale en culturele groepen, maar ook door omgevingsfactoren, zoals toegang tot groen of blootstelling aan vervuiling, die zelf weer gecorreleerd zijn met de rijkdom van de bevolking.



“Gezondheid hangt samen sociale ongelijkheden die in het Brussels Gewest prominenter dan ooit naar voren komen.”

De belangrijkste aandachtspunten die in de indicatoren worden benadrukt, gaan over chronische ziekten, kankerscreening, vaccinatie tegen infectieziekten, uitdagingen op het gebied van geestelijke gezondheid, toegankelijkheid van eerstelijnsgezondheidszorg en de behoeften van ouderen. Hoewel sommige vaccinatieprogramma's effectief zijn, vooral voor baby's, blijken andere ontoereikend. Systematische screening moet nog worden opgevoerd, onder andere voor borst- en baarmoederkanker. Bovendien hebben Brusselaars te weinig contact met een huisarts en maken ze te weinig gebruik van het globaal medisch dossier, een vaststelling die in verband moet worden gebracht met de toename van het bezoek aan spoedgevallendiensten.

De belangrijkste oorzaken van vroegtijdige sterfte (d.w.z. overlijden vóór de leeftijd van 75 jaar) in het Gewest zijn coronaire hartziekten, beroertes en kanker van de luchtwegen (luchtpijp, strottenhoofd, longen); allemaal ziekten die worden bepaald door voeding, een zittende levensstijl en/of roken. Ook andere minder morbide aandoeningen, die echter tot een zekere mate van invaliditeit kunnen leiden, worden vastgesteld: geestelijke gezondheidsproblemen (alcoholisme, depressie, drugsgebruik bij mannen, ziekte van Alzheimer bij vrouwen) en levensstijlgerelateerde

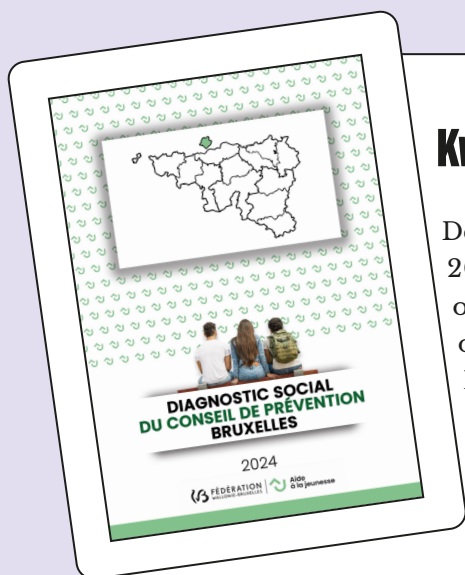
ziekten (coronaire hartziekte, borstkanker, luchtwegaandoeningen).

Er moet ook worden opgemerkt dat de algemene stijging van de levensverwachting nieuwe behoeften doet ontstaan, zoals thuiszorg en voorzieningen die meer korte verblijven voor ouderen bieden.

Er is dus heel wat werk aan de winkel, wetende dat, zoals de auteurs concluderen, *“gezondheidsverbetering niet enkel bereikt kan worden door toegang tot zorgdiensten, maar ook door een inzet op de sociale determinanten van gezondheid zoals werkgelegenheid, inkomen, huisvesting en leefmilieu”*. We willen daaraan toevoegen dat de sociale determinanten van gezondheid een wisselende mate van gevoeligheid hebben, die afhangt van de sociale en culturele groep. Het is daarom belangrijk om rekening te houden met de verschillende – soms zelfs uiteenlopende – gevoeligheden binnen de bevolking, om welzijns- en gezondheidsstrategieën en -diensten aan te passen aan die diversiteit.

Bron: Mathysen, D., Mendes da Costa, E., Sarah Missine, Girès, J., Fele, D., Yannart, M., “Gezondheidsindicatoren van het Brussels Gewest 2024”, **Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad**

Toegang: op de website van vivalis.brussels



Kwetsbaarheid: jongeren in gevaar

De “Diagnostic social 2024” (Sociale beoordeling 2024), opgesteld door de Franstalige preventieraad van Brussel, is een instrument op basis waarvan de betrokken

politieke en sociale actoren de prioriteiten kunnen bepalen bij de uitvoering van preventieve acties gericht op jongeren, en in het bijzonder kwetsbare jongeren.

1 | De “Sociale beoordeling” waarin het wetboek van preventie, hulpverlening aan de jeugd en jeugdbescherming voorziet is een instrument voor het analyseren en observeren van het zichtbare of onzichtbare geweld waarvan jongeren het slachtoffer kunnen zijn, in het bijzonder jongeren die in een kwetsbare sociaaleconomische omgeving leven.

De bevindingen in dit document zijn het resultaat van het werk van de 21 Franstalige AMO-organisaties (“Action en Milieu Ouvert”) in Brussel. Op basis van hun ervaring in het veld hebben ze de sociale factoren in kaart gebracht die het leven van (zeer) jonge mensen van 0-22 jaar kunnen verstoren en hen kunnen blootstellen aan allerlei risico’s.

Een aantal van die factoren bevestigt de situaties die we hadden verwacht.

In het schoolsysteem zijn er tal van problemen, die variëren van (fysiek en verbaal) geweld tot ongepaste oriëntering, een gebrek aan beheersing van de onderwijstaal en onvoldoende communicatie tussen de school en de ouders. Op het gebied van beroepsinschakeling lijken isolement en uitsluiting van veel jongeren, vooral uit achterstandswijken, te zijn verergerd sinds de covidpandemie.

Die situatie is des te zorgwekkender omdat ze de bestaande moeilijke levensomstandigheden nog verergerd. In de meest achtergestelde buurten komen daar ook nog problemen met ondermaatse huisvesting en veiligheid bij.

Het meest verontrustende aspect van de beoordeling gaat over de kwetsbaarheid van jongeren en gezinnen, een fenomeen dat door alle actoren wordt benadrukt. Deze situatie is in verschillende opzichten zorgwekkend, want ze heeft een directe invloed op andere aspecten, zoals lichamelijke en geestelijke gezondheid en onderwijs. Veel jongeren stoppen met school om financiële redenen, terwijl anderen hun slaagkansen in gevaar brengen door school en werk te proberen combineren. Armoede

draagt ook bij aan spanningen in gezinnen of verergerd die, met alle gevolgen van dien. Bovendien slagen sommige gezinnen er niet in om hun recht op sociale bijstand te activeren omwille van administratieve problemen die ze niet kunnen oplossen.

Ook wordt de nadruk gelegd op de toenemende verslaving aan beeldschermen. Jongeren sluiten zich af van de echte wereld om hun toevlucht te zoeken in virtuele relaties.

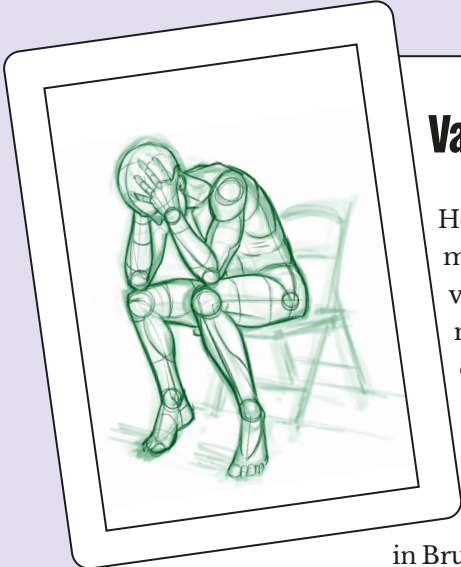
“Veel jongeren stoppen met school omwille van financiële problemen.”

Aangezien *“preventie tot doel heeft de ‘wet van de reproductie van reëel of symbolisch geweld’*

tegen te gaan, waaronder het ‘enorme structurele geweld’ van armoede”, sluiten de auteurs van de beoordeling hun werk af met de conclusie dat er een intersectorale aanpak moet worden ontwikkeld, *“waarmee de noodzaak van een geïntegreerde aanpak in ons preventiebeleid wordt bevestigd”*. Ze erkennen dat *“sociale uitdagingen en ongelijkheden niet geïsoleerd kunnen worden aangepakt”* en benadrukken *“het cruciale belang van een voortdurende dialoog en nauwe samenwerking tussen de verschillende betrokken spelers en sectoren”*. (vrije vertaling)

Bron: Toussaint, Ph., Disneur, A., Verhaegen, P., Azaoum, S., Agbemavor, S., El Mallouli S., “Diagnostic social 2024 du Conseil de prévention de Bruxelles”

Toegang: op de website van aidealajeunesse.cfwb.be



Van verslaving naar sociaal isolement

Het staat vast dat de meeste mensen met verslavingsproblemen meervoudige en complexe behoeften hebben. Helaas is de organisatie van ondersteuning en zorg

in Brussel te versnipperd, waardoor het moeilijk is om die mensen de juiste hulp te bieden.

Een studie onderzocht de “behoefte en complexe zorgtrajecten van mensen met verslavingsstoornissen in het Brussels Gewest”. Aan mensen in deze situatie, die voornamelijk gerekruteerd werden uit specialistische diensten en afdelingen voor geestelijke gezondheidszorg, werd gevraagd om hun behoeften aan te duiden in een lijst van 23 gebieden, die gingen van vervoer tot sociale relaties, geld of huisvesting, en om aan te geven of in die behoeften werd voorzien door zorgaanbieders of diensten. Gemiddeld rapporteerden respondenten behoeften op 9 gebieden; in 6 daarvan werd niet in de behoeften voorzien.

Het eerste gebied van behoeften - die al dan niet zijn vervuld - dat wordt genoemd, is ondermaats psychologisch welzijn. Het meest genoemde gebied van onvervulde behoeften zijn romantische relaties.

Op basis daarvan zijn drie overkoepelende profielen opgesteld.

01 De eerste groep zijn **mensen met weinig behoeften**. Ze zijn ouder (gemiddeld 48 jaar) en hebben vaak alcoholproblemen. Daarnaast hebben hun behoeften te maken met romantische relaties, lichamelijke gezondheid, huisvesting en voeding.

02 Een tweede groep zijn **mensen die voornamelijk behoeften hebben die worden ingevuld door de professionals**. Die mensen zijn iets jonger (gemiddeld 37 jaar) en gebruiken vaak cocaïne. Ze zijn in contact geweest met een breed scala aan verschillende diensten en hun onvervulde behoeften gaan vooral over liefdesrelaties, seksualiteit en het onderhouden van het huishouden.

03 Tot slot bestaat de derde groep uit **mensen met de meeste onvervulde behoeften**. Deze groep bestaat uit veertigers die verschillende middelen gebruiken en minder contact hebben gehad met welzijns- en gezondheidsprofessionals. Deze groep, die sociaal zeer slecht geïntegreerd is (werkloos, dakloos...), heeft onvervulde behoeften op het gebied van psychologisch welzijn, financiën, romantische en sociale relaties. Sommigen hebben uiteindelijk “de juiste persoon” ontmoet, maar vaak na jaren van ellende.

“De mensen lijden in de eerste plaats onder de moeilijkheid om aanvaard en gehoord te worden.”

Respondenten halen de slechte informatieoverdracht tussen professionals en de vreselijk lange wachtlijsten aan. Daarnaast ervaren ze ook een gebrek aan authenticiteit en luisterbereidheid in veel therapeutische relaties, houdingen die als stigmatiserend worden ervaren. Tot slot melden ze soms een gebrek aan interesse van professionals in zaken die niet direct binnen hun vakgebied vallen.

Algemeen benadrukt dit onderzoek de zware sociale eenzaamheid die de respondenten ervaren en toont het aan dat zorgvragers een plaatsje moeten kunnen bemachtigen in het hulp- en zorgsysteem; wie daar niet in slaagt, blijft onder de radar en stapelt moeilijkheden op.

In een tijd waarin sommigen verslavingsstoornissen in de sfeer van delinquentie onderbrengen en erop reageren met repressie, herinneren deze resultaten ons eraan dat die stoornissen zich zelden buiten een zware levenscontext ontwikkelen. De betrokkenen lijden in de eerste plaats onder de moeilijkheid om aanvaard en gehoord te worden. Voor professionals in de welzijns- en gezondheidszorg betekent samenwerken om geïntegreerde hulp en zorg te bieden ook rekening houden met mensen met de meest complexe behoeften, voor wie niemand alleen kan zorgen. Dat voorkomt dat ze “onzichtbaar” worden en

draagt tegelijkertijd bij aan een rustiger leven in de wijken.

Bron: Chantry, M., en Nicaise, P., “Parcours-Usagers de Drogues (Parcours-UD)”, een onderzoek naar de ondersteuningsbehoeften en zorgtrajecten van mensen met stoornissen in middelengebruik in het Brussels Gewest. Institut de Recherche Santé et Société (IRSS), UCLouvain op verzoek van het Brussels Platform voor Geestelijke Gezondheid.

Toegang: te publiceren op de website van platformbxl.brussels

Het belang van voorzieningen voor de gezondheid van bevolkingsgroepen

“De aanwezigheid en evenwichtige spreiding van voorzieningen over het grondgebied zijn essentieel voor de kwaliteit van het stedelijk leven. Een aanbod van voorzieningen dicht bij de bewoners stimuleert niet alleen actieve verplaatsingen en duurzaamheid, maar verbetert ook de levenskwaliteit en sociale cohesie in de wijken. Tijdens de verschillende fasen van de pandemie speelden scholen, voorzieningen voor jonge kinderen, culturele en sportvoorzieningen en gezondheids- en recreatie-infrastructuren een belangrijke rol voor de bewoners van het Gewest voor sociale cohesie, gezondheid, economische vitaliteit enzovoort. Omgekeerd heeft hun sluiting hun fundamentele rol op individueel en collectief niveau aan het licht gebracht.”

Dit uittreksel uit de “Stand van zaken beschikbare voorzieningen” van perspective.brussels illustreert de grote en diverse uitdaging die het voorzieningenaanbod in een gebied vormt. Naast hun primaire functie hebben infrastructuurvoorzieningen een directe of

indirecte impact op de levens(kwaliteit) van de betrokken bewoners. Want hoewel ze in de eerste plaats voorzien in een specifieke behoefte, worden sommige van die

“Een aanbod van voorzieningen dicht bij de bewoners stimuleert niet alleen actieve verplaatsingen en duurzaamheid, maar verbetert ook de levenskwaliteit en sociale cohesie in de wijken.”

infrastructuren ook ontmoetingsplaatsen die bijdragen aan de sociale cohesie, waardoor een rijke dynamiek ontstaat die de banden tussen bewoners en hun gebied versterkt.

Het werk van Perspective maakt een inventaris op van de openbare voorzieningen, - die “voorzien in een collectieve behoefte en een aanbod bieden voor een breed publiek” - en die aanwezig zijn in de 19 gemeenten op het gebied van sport, cultuur (inclusief sociaal-cultureel), onderwijs, kinderopvang, studentenleven en welzijn en gezondheid.



Het zou een illusie zijn om te proberen de 145 pagina's van dit uitermate informatieve document hier samen te vatten. We raden je daarom aan het te raadplegen en de delen te lezen die je het meest aanspreken. Anderzijds willen we de aandacht vestigen op een aantal belangrijke punten rond het onderwerp dat ons nauw aan het hart ligt, namelijk de transformatie van de welzijns- en gezondheidssector in Brussel.

We lezen er het volgende: *“In termen van ongelijkheid in gezondheid spelen de sociaaleconomische positie en geografische spreiding van huishoudens een belangrijke rol, wat zich manifesteert via een sociale gradiënt die sociaaleconomisch niveau en gezondheidstoestand met elkaar verbindt. Deze invloed wordt gevoeld vanaf de geboorte en gedurende het hele leven. (...) Deze ongelijkheden kunnen onder andere worden verklaard door het verband tussen gezondheid, levenskwaliteit en milieu, met name door verschillen in woonkwaliteit, blootstelling*

aan milieuoverlast (luchtvervuiling, stank, lawaai, trillingen) en toegang tot groene en recreatieve ruimten.” En de auteurs leggen de link met de huidige hervorming waarbij het er op termijn om gaat *“het aanbod aan hulp en zorg uit te tekenen en te structureren op territoriale basis”*. Ze voegen eraan toe: *“In het kader van deze opdrachten zal het voor Perspective interessant zijn contact op te nemen met het niveau van de ‘zorgzone’ om in de planning, de analyses en de uitgewerkte diagnoses met betrekking tot de problematieken rekening te kunnen houden met de uitdagingen op welzijns- en gezondheidsvlak.”*

Bron: Donders, E. (Coord.),
Van De Castele, Y. (Eds.),
“Stand van zaken beschikbare
voorzieningen - Aanbevelingen
en denkpistes”, perspective.
brussels, maart 2024.

Toegang: op de website van
perspective.brussels

Getuigenissen

Pijn onder woorden brengen



We hebben ons oor te luisteren gelegd bij begunstigen van welzijns- en gezondheidsdiensten. Uit hun ervaringen blijken expliciete behoeften, maar vaak ook de tekortkomingen van het huidige systeem. Een selectie.

“Voor mij werkt het om het probleem vanuit verschillende invalshoeken aan te pakken. Ik gebruik angst als voorbeeld, maar dit geldt voor veel ziektes of situaties; het is goed dat je met een psycholoog kunt praten, maar dat is niet voldoende. Ook artsen, kinesitherapeuten, gynaecologen, workshops, discussiegroepen kunnen een ander licht op de zaak werpen... Elke keer is er een interessante inbreng.”

Noa

“Het is waar, ik drink. Heel veel. Te veel. Maar het is de enige manier om mijn hersenen te verdoven, om me te laten stoppen met denken, om mijn verlangen om mezelf naar de verdommenis te helpen, te vergeten.”

Fabrice

“Je huis verliezen na 15 jaar zonder ook maar één huurbetaling te hebben gemist, dat is hard. Ik woon alleen met mijn dochter, ik ben werkloos en ik weet niet of ik iets kan vinden... We bezochten een appartement waarvan mijn dochter zei: ‘Dit is echt een krot’. Maar zelfs daar werd ik geweigerd. Blijkbaar ben ik niet betrouwbaar.”

Christiane

“Ik ben zes maanden geleden mijn job verloren en ik kan niets vinden in mijn vakgebied. Actiris biedt me een opleiding aan, maar ik ben een alleenstaande moeder met een kind van anderhalf en met mijn werkloosheidsuitkering kan ik de crèche niet betalen. Ik ben bang dat ik een sanctie ga krijgen als ik weiger.”

Léa

“Ik heb enkele maanden als prostituee gewerkt. Ik kon mijn studentenjob en lessen niet meer combineren. Ik was uitgeput, ik viel uit en ondanks alles had ik nauwelijks genoeg om van te leven. Het leek de enige oplossing om mijn studie niet op te geven. Ik schaamde me niet, ik walgde er meer van... Wat me deed stoppen was de angst om te wennen aan dit makkelijke geld en wat erbij komt kijken.”

Cathy

“Als we bij ons zeggen dat iemand diabetes heeft, bedoelen we dat hij rijk is en te veel eet. Dus ik zei tegen mezelf: ‘Ik heb de rijkemensenziekte’. Ik was bang. Ik huilde omdat het voor mij, in mijn hoofd, de dood was... Niemand in mijn omgeving heeft diabetes.”

Clotilde

“Er zou meer uitleg gegeven moeten worden. Iemand die ziek is, is als een kind dat advies en goede begeleiding van zijn ouders nodig heeft. We willen gewoon goed begeleid worden door artsen en verpleegkundigen... Dat maakt deel uit van de behandeling. Het is geen geneesmiddel, maar een psychologisch redmiddel met een grote impact.”

Maman Bobo

“Ondanks een tussenkomst van zijn huisarts lukte het me niet om een afspraak bij een psychiater te bemachtigen voor mijn zoon. Uiteindelijk kreeg hij een crisis op straat. De politie bracht hem naar een psychiatrische spoeddienst, maar hij werd daar dezelfde dag nog ontslagen. Omdat hij ouder was dan 18, weigerden ze me iets te vertellen over zijn toestand. De volgende dag had hij weer een crisis. De politie greep weer in en dit keer werd hij onder dwang opgenomen.”

Alice

“Als je een probleem hebt met je vrouw, en ik ben je vriend en ik zeg tegen jou: ‘Ik heb nu even geen tijd om naar je te luisteren, maar over twee dagen kun je me er alles over vertellen’, dan weet ik niet of dat gaat werken... Je hebt nu iemand nodig om tegen te praten, nu moet je verbinding maken. Morgen is het te laat.”

Jean-Jacques

“Ook al willen specialisten hun patiënten goed volgen, ze kunnen dat niet eeuwig blijven doen. Dus vroeg of laat word je steeds minder vaak opgevolgd of zetten ze je opvolgconsultaties zelfs stop als ze het gevoel hebben dat hun werk erop zit. Het probleem is dat als er geen echte afstemming is met de huisarts - als je die al hebt -, je op een punt komt dat de huisarts de zorg voor je opneemt zonder je achtergrond te kennen.”

Aurélien

“Op het vlak van gezondheid gaat het wel, er is altijd een oplossing. Het probleem is hygiëne. In de centra pik je alle mogelijke ziektekiemen op. Om nog maar te zwijgen van schurft en bedwantsen... Daarom slapen veel mensen liever buiten.”

Khalid

Naar de kern van *verantwoordelijkheid voor de bevolking*

In het vorige - en eerste - nummer van *Zinneke* hebben we het al gehad over de door de federale en gewestelijke overheden gewenste reorganisatie van de welzijns- en gezondheidszorg op territoriale basis. De herstructurering van het aanbod is gebaseerd op de afbakening van zones van “*verantwoordelijkheid voor de bevolking*”. Dat is een weinig of zelfs onbekend concept dat voor verschillende interpretaties vatbaar is. Wij diepen het verder uit.

Stel je Brussel voor. Stel je de inwoners voor, hun culturele diversiteit, hun leeftijden, hun netwerken, hun dagelijkse activiteiten en de vele situaties die daardoor ontstaan.

Stel je nu de verschillende behoeften voor die voortkomen uit al die situaties, de evolutie in de tijd en de uiteenlopende levensdoelen van de mensen die deze behoeften ervaren. Sommige daarvan zijn individueel. Andere behoeften hebben te maken met de omgeving of de levenscontext en worden ervaren door meerdere mensen, een gemeenschap of zelfs de hele bevolking van een of

meer wijken. Ze kunnen zijn veroorzaakt door een gezondheidsprobleem - een lichamelijke of psychische ziekte - maar ook door een maatschappelijk probleem dat verband houdt met inkomen, werk, huisvesting, buurtrelaties, mobiliteit, toegang tot gezonde voeding of groene ruimten, enzovoort.

Stel je ten slotte voor dat elk individu en elke gemeenschap beschikt over zijn eigen middelen (al dan niet professionele ondersteuning) en over zijn eigen vaardigheden om met on-

voorziene gebeurtenissen om te gaan en om zijn integriteit, evenwicht en welbevinden te behouden en te herwinnen.



Wegens de diversiteit van situaties moet hiervoor een groot aantal welzijns- en gezondheidsactoren gemobiliseerd worden om aan de vastgestelde behoeften te voldoen. Niemand heeft namelijk alle middelen, kennis en legitimiteit om een wetenschappelijk, professioneel, technisch, sociaal legitiem en valide antwoord te geven op al die behoeften. Daarom worden er verschillende professionals ingeschakeld en ontstaat er een relatie van onderlinge afhankelijkheid. Om een coherent en doeltreffend collectief antwoord te geven, moeten de professionals hun onderlinge afhankelijkheid coördineren.¹ Op individuele schaal worden ze collectief verantwoordelijk voor de situatie, in de ethische en niet de juridische zin van het woord. Op territoriale schaal worden ze ertoe aangespoord om bijzondere aandacht te besteden aan de bevolking als geheel. Dat bedoelt men met verantwoordelijkheid voor de bevolking.

Generalistische benadering

De generalistische benadering richt zich op gezondheid, maar ook op wat de gezondheid van individuen en gemeenschappen bepaalt: de fysieke omgeving (huisvesting, luchtkwaliteit, groene ruimten, ruimtelijke ordening), de sociaaleconomische omgeving (inkomen, werk, onderwijs...) en de sociale omgeving (ondersteunend netwerk, isolatie, uitsluiting...). De intensiteit van de middelen die ingezet worden, hangt af van de behoeften. Dit is een holistische benadering van situaties, hoe complex ook. Ze is gebaseerd op drie eenvoudige principes²:

- Rekening houden met een breed spectrum aan factoren die de situatie bepalen en met alle beschikbare middelen;
- Prioriteit geven aan acties die gezondheid, welzijn en sociale banden bevorderen;
- De geboden ondersteuning en diensten afstemmen op de specifieke kenmerken van de persoon of het gezin en hun lokale en sociale omgeving.

¹ Cfr Contandriopoulos et al., 2001.

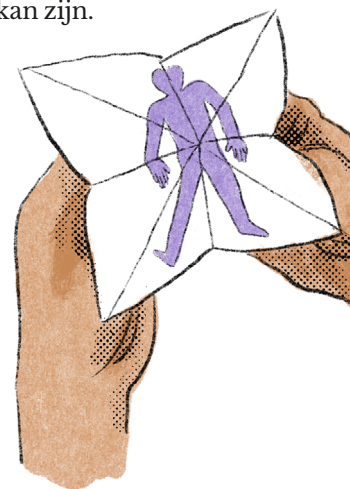
² Cfr Etz et al., 2021.

³ Idem.

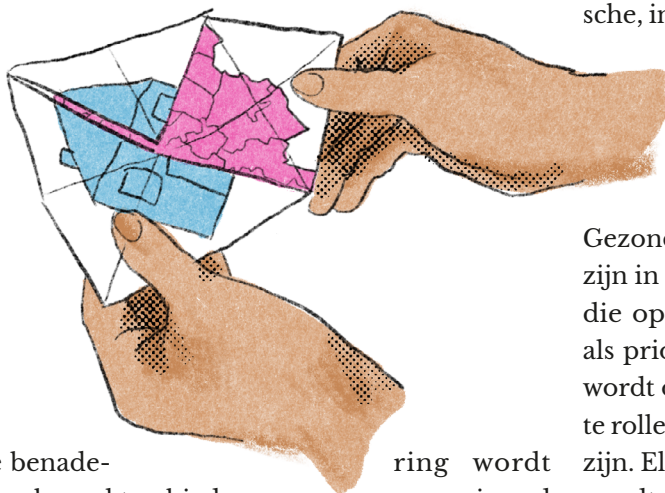
⁴ World Health Organization, 2008.

Deze samenwerking gebeurt weliswaar op territoriale basis, maar belemmert het vrije verkeer van begunstigen of professionals zeker niet. De grenzen zijn niet strikt afgebakend en de gebieden lopen in elkaar over en interageren met elkaar op de schaal van het gewest.

Tot daar de theorie. In de praktijk is de implementatie van verantwoordelijkheid voor de bevolking gebaseerd op twee complementaire benaderingen, die ontwikkeld worden in gebieden van verschillende grootte en die blijkbaar tot in het oneindige gecombineerd zullen worden. De generalistische benadering wordt op lokale schaal toegepast en speelt in op veel voorkomende en gemeenschappelijke behoeften van de bevolking. De gerichte benadering dient als ondersteuning daarvan om specifieke situaties aan te pakken waarvoor organisatie op grotere schaal nodig kan zijn.



We staan even stil bij het tweede principe: om de acties te kunnen vaststellen die het grootste potentieel hebben om het welzijn, de gezondheidsbevordering en de leefomgeving van het individu te verbeteren, moeten we de specifieke situatie in zijn algemene context en in een allesomvattend kader (algemene gezondheid, sociale context...) plaatsen. Dat betekent dat we rekening moeten houden met zowel de expertise van professionals als met de kennis, ervaring en hulpmiddelen van het individu en zijn of haar gemeenschap³. Op de schaal van het gebied vereist dit principe dat professionals een gedeelde visie ontwikkelen op de problemen en kansen die ze aantreffen, zodat ze kunnen inspelen op de behoeften van de hele bevolking. Daarbij differentiëren ze de intensiteit van de middelen naargelang de situatie van elk individu – met andere woorden, ze implementeren proportioneel universalisme.⁴



Deze benadering wordt op een beperkt gebied georganiseerd omdat ze een uitvoerige en globale kennis van de aangetroffen levenssituaties vereist. Dat brengt met zich mee dat duurzame partnerschappen worden opgezet met mensen en gemeenschappen en dat hen inspraak wordt gegeven in de beslissingen die hun leven, gezondheid en welzijn beïnvloeden.

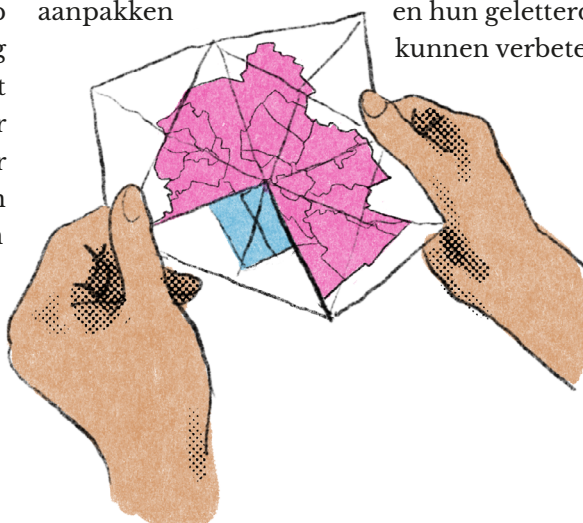
“Deze benadering wordt op een beperkt gebied georganiseerd omdat ze een uitvoerige en globale kennis van de aangetroffen levenssituaties vereist.”

Een dergelijke benadering is gebaat bij ondersteuning door een netwerk van multidisciplinaire, generalistische en lokale actoren (thuishulp, maatschappelijk werker van het OCMW, wijkverpleegkundige, buurthuis, wijkgezondheidscentrum, huisarts, apotheker, eerstelijnspsycholoog...). Door samen te werken in zo'n netwerk kunnen welzijns- en gezondheidsprofessionals afstappen van strikt individuele ondersteuning en actie ondernemen op de schaal van gemeenschappen, zoals de bevolking van een wijk. Die professionals ondersteunen niet alleen de mensen die bij hun praktijk, wachtkamer of instelling aankloppen met een zorgvraag, maar spelen in op de behoeften van alle mensen in hun werkgebied en houden ook rekening met wie geen zorg vraagt. Dat betekent dat ze ook mensen tegemoetkomen die het verst verwijderd zijn van hulp en diensten en mensen die niet in staat zijn om aan te kloppen of een vraag te formuleren.

Vandaag ontwikkelen dergelijke lokale netwerken in Brussel zich over het algemeen volgens een organische, informele of spontane dynamiek, afhankelijk van de kwaliteit van de relaties tussen de actoren actief in de wijk. Enkele initiatieven die in de steigers staan, moeten deze dynamiek geleidelijk aan versterken. Een voorbeeld daarvan zijn de Lokale Welzijns- en Gezondheidscontracten, waarvan er momenteel 18 zijn in het gewest. Ze worden gelanceerd in wijken die op basis van de behoeften van de inwoners als prioritair worden beschouwd. In zo'n contract wordt overheidsgeld toegewezen om projecten uit te rollen waarbij meerdere lokale spelers betrokken zijn. Elk Lokaal Welzijns- en Gezondheidscontract wordt gecoördineerd door een wijkreferent. Die stelt een lokale diagnose en ondersteunt dan een diverse groep lokaal actieve actoren om activi-

teiten die de vastgestelde problemen aanpakken te lanceren en in goede banen te leiden. Een ander, meer recent voorbeeld zijn de “Preventiebijeenkomsten”, die bedoeld zijn om de introductie van gezondheidsbevorderende prak-

tijken te stimuleren en de toegang tot screening en vaccinatie te verbeteren door terugkerende plaatselijke collectieve evenementen te organiseren. Die evenementen worden gecoördineerd door de preventie- en gezondheidsbevorderingsmedewerk(st)ers. Ze brengen lokale partners samen om inwoners ruimtes te bieden waar ze gezondheidsuitdagingen (in de breedste zin van het woord) kunnen aanpakken en hun geletterdheid kunnen verbeteren.



Gerichte benadering

De gerichte benadering focust op de specifieke kenmerken van een situatie. Om een samenhangend welzijns- en gezondheidssysteem tot stand te brengen dat aan alle hierboven uiteengezette welzijns- en gezondheidsbehoeften kan voldoen, worden de drie principes van de generalistische benadering gecombineerd met drie principes van de gerichte benadering:⁵

- De factoren die de situatie specifiek maken, in kaart brengen en rangschikken;
- Interpreteren hoe die elementen de situatie specifiek maken, met behulp van specialistische kennis;
- Een plan opstellen om die factoren te managen.

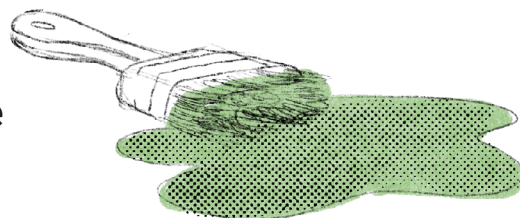
Net als bij de generalistische benadering kunnen die principes worden toegepast op individueel of territoriaal niveau. Op individueel niveau moeten de specifieke kenmerken van de aangetroffen situaties die bijzondere expertise vereisen, worden ondersteund. Tegelijk moet het mogelijk blijven om een generalistische benadering toe te passen. Op de schaal van het gewest houden die principes in dat we ons richten op bepaalde subgroepen van de bevolking die zich in specifieke situaties bevinden en dat we trajecten ontwikkelen om hun ondersteuning te bevorderen als aanvulling op de generalistische benadering.

Die benadering wordt gedragen door verschillende soorten actoren en organisaties: specialisten in bepaalde leeftijdsgroepen, professionals die werken in programma's die gestructureerd zijn rond specifieke situaties (zeer kwetsbare situaties, geestelijke gezondheid, levensende...), ziekenhuizen die gedurende een beperkte periode diensten aanbieden die gespecialiseerde kennis en/of technologieën vereisen enzovoort.

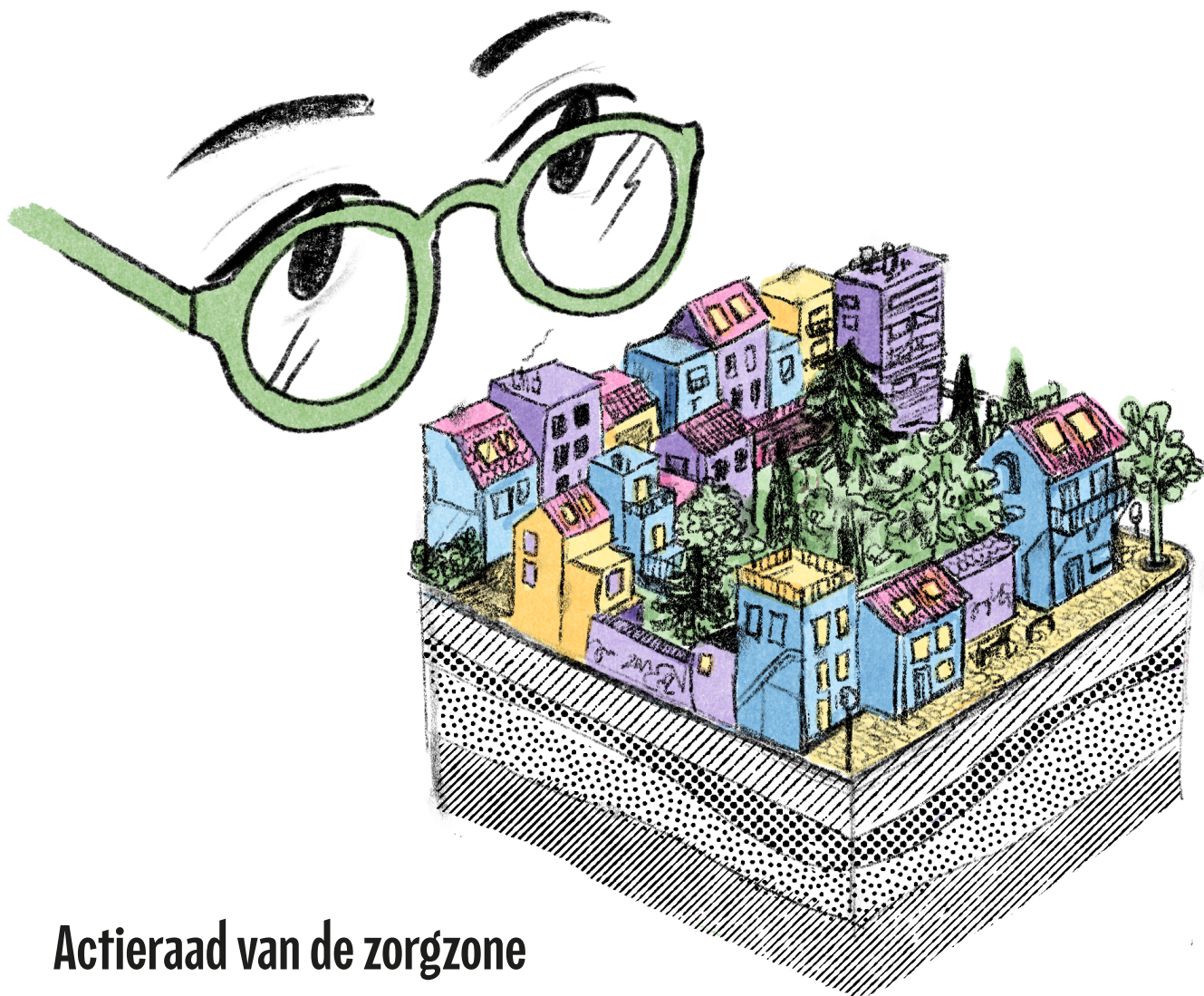
Om efficiëntieredenen – het bestrijken van een voldoende grote populatie – zijn deze professionals en organisaties meestal op een grotere schaal georganiseerd dan de wijk. Dit gebied moet groot genoeg zijn om alle diensten en vaardigheden te bundelen die nodig zijn om te reageren op alle welzijns- en gezondheidsproblemen van de bevolking en tegelijk klein genoeg om de specifieke behoeften, uitdagingen en prioriteiten op die schaal te begrijpen. In Brussel zijn dat de zorgzones.

Voor bepaalde doelgroepen (met name mobiele groepen: mensen die op straat leven, mensen zonder wettig verblijf, maar ook mensen met zeldzame ziekten...) organiseren de actoren zich op een nog ruimere schaal, die van het gewest.

“ Als we erin willen slagen om de generalistische en gerichte benaderingen te combineren om in te spelen op alle welzijns- en gezondheidsbehoeften in het gebied, moeten we participatieve bestuursstructuren opzetten op de schaal van de zorgzone. ”



⁵ Etz et al., 2021.



Actieraad van de zorgzone

Als we erin willen slagen om de generalistische en gerichte benaderingen te combineren om in te spelen op alle welzijns- en gezondheidsbehoeften in het gebied, moeten we participatieve bestuursstructuren opzetten op de schaal van de zorgzone. Die structuren moeten enerzijds zorgen voor de integratie van de generalistische en gerichte benaderingen en anderzijds de dialoog en besluitvorming tussen verschillende groepen professionals en organisaties bevorderen. Ze gaan uit van een generalistische benadering en zijn verantwoordelijk voor de ontwikkeling van programma's die inspelen op specifieke behoeften door de lokale multidisciplinaire netwerken te verbinden met andere meer gespecialiseerde professionals en organisaties. In Brussel hebben die structuren nu de vorm aangenomen van Actieraden van de zorgzone.

Om de generalistische benadering en de gerichte benadering in een zorgzone harmonieus te combineren is een gedetailleerd begrip van het gebied,

de sociaaldemografische kenmerken van de bevolking, de behoeften en het aanwezige aanbod nodig. Die kennis wordt opgebouwd met behulp van zogenaamde "koude" gegevens, die worden gepubliceerd door gewestelijke observatoria en nationale databases. Ze worden vergeleken met andere, zogenaamde "warme" gegevens, die direct ter plaatse worden verzameld en die de werkelijke situatie van professionals en bewoners weerspiegelen. Al die informatie is nu nog verspreid, maar zal op termijn worden verzameld en samengevoegd op het niveau van elke zorgzone. Uiteindelijk zal de kennis die geleidelijk aan wordt ontwikkeld en voortdurend wordt bijgewerkt, een dynamische aansturing van de activiteiten mogelijk maken. De leden van de Actieraad van de zorgzone beslissen samen over de acties die in hun gebied ondernomen worden en zullen gebruik kunnen maken van die gegevens om rekening te houden met verschillende invalshoeken, prioriteiten te bepalen en hun keuzes te sturen.

Tijd geven

Om een systeem echt te transformeren, moeten we niet de pijlers vervangen, maar wel het doel (de functie) en de structuur (de interacties tussen de onderdelen) aanpassen. Door het Brusselse welzijns- en gezondheidsaanbod op territoriale basis te reorganiseren rond gebieden van “verantwoordelijkheid voor de bevolking” wordt de focus werkelijk verlegd. We richten ons niet langer enkel op de mensen die bij onze diensten aankloppen, maar zijn ook collectief verantwoordelijk voor de bevolking die in ons werkgebied woont.

De nieuwe organisatie steunt op onveranderde pijlers: de welzijns- en gezondheidszorgactoren op de verschillende territoriale niveaus leveren dagelijks kwalitatief hoogstaand werk met begunstigden; dat wordt niet ter discussie gesteld. De gewenste evolutie van het systeem nodigt hen echter uit en stimuleert hen om op een andere manier samen te werken. Het is dankzij hun deelname aan overleg- en besluitvormingsfora en de aanpassingen die daaruit voortvloeien, dat alle behoeften geleidelijk aan beter kunnen worden ingevuld om de verantwoordelijkheid voor de bevolking te garanderen. Professionals in de sector kunnen zich ontmoedigd

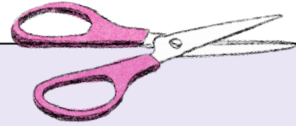
of zelfs opstandig voelen door de omvang van de opdracht die voor hen ligt en het gebrek aan middelen waarover ze beschikken om die uit te voeren. Dat gevoel is volkomen legitiem. Het heeft onder meer te maken met het feit dat de veranderde doelstelling een nieuwe inzet van de vaardigheden vereist, en dat kost tijd. Daarom is er op het niveau van elk gebied voor ondersteuning gezorgd om de deelname van de actoren aan te moedigen zodat ze de collectieve opdrachten kunnen oppakken. Die ondersteuning wordt geboden door speciale teams die verantwoordelijk zijn voor de functies van projectmanagers, wetenschappelijke ondersteuning, communicatie enzovoort.

Een nieuwe doelstelling halen die gericht is op het transformeren van een systeem is een langetermijnproces. Dat kost nu eenmaal tijd en vraagt om een echte collectieve mobilisatie.

Maar de kleine overwinningen die deze verandering geleidelijk opbouwen, gebeuren hier en nu. De evolutie zal voelbaar worden door samenwerking en kennisdeling, voordat ze een zichtbaar effect heeft op de gezondheid en het welzijn van de bevolking.

*Anne-Sophie Lambert
Gaétane Thirion*

“ We richten ons niet langer enkel op de mensen die bij onze diensten aankloppen, maar zijn ook collectief verantwoordelijk voor de bevolking die in ons werkgebied woont. ”



Wat zegt *de wet:*

“Verantwoordelijkheid voor de bevolking is een concept dat is ontworpen om een algemene aanpak op een bepaald gebied te versterken. Alle welzijns- en gezondheidsactoren, in de breedste zin van het woord, die in het gebied aanwezig zijn, moeten zich betrokken voelen bij de doelstelling om dat welzijn te verbeteren, gezien de inzet en de middelen die hen door de overheid ter beschikking worden gesteld. In dat opzicht delen ze een collectieve verantwoordelijkheid. Het doel is dus om te denken in termen van actie en om hulp en zorg op een geïntegreerde manier te organiseren op basis van de behoeften van de gebieden en hun bevolking, in plaats

van alleen op basis van het bestaande aanbod en de uitgedrukte vraag. Dit veronderstelt het gebruik van opsporings- en diagnose-instrumenten, de ontwikkeling van gezondheidsbevorderende en preventieve praktijken (op welzijns- en gezondheidsgebied) en de toepassing van gemeenschapsacties.” (vrije vertaling)

Definitie uit het **Gezamenlijk decreet en ordonnantie van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en van de Franse Gemeenschapscommissie betreffende de organisatie van de ambulante sector en de eerste lijn voor welzijn en gezondheid in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad**, 25 januari 2024

Bibliografie

- Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., Touati, N., & Rodriguez, R. (2001). *Intégration des soins : Dimensions et mise en œuvre*.
- Etz, R., Miller, W., & Stange, K. (2021). *Simple rules that guide generalist and specialist care*. *Family Medicine*, 53(8), 697-700.
- Meadows, D. (2023). *Pour une pensée systémique*. Rue de l'échiquier.
- World Health Organization. (2008). *The world health report 2008 : primary health care now more than ever*, 125.

Bestemming oplossingen

We gingen op zoek naar Brusselse actoren uit de welzijns- en gezondheidssector die niet wachten om een andere koers te varen.

LA COLOC'

INFO EN CONTACT

ACTIVITEITENGEBIED

autrement-dit.be/la-colloc

Brussels Hoofdstedelijk Gewest

Onder één dak

La Coloc' is een cohousingproject in de Demolderlaan in Schaarbeek, maar niet zomaar een cohousing. Het project is opgezet op initiatief van Autrement Dit, een "service d'accompagnement socio-éducatif" (SASE). In het huis wonen studenten samen met zelfstandig wonende jongeren die begeleid worden door de vereniging.

Concreet wordt het gebouw - een voormalig herenhuis - bewoond op basis van een renovatiehuurovereenkomst. Het huisvest de kantoren van de vereniging op de begane grond, terwijl de twee bovenste verdiepingen zijn ingericht met elk drie

slaapkamers met een gedeelde badkamer en keuken. Op de ruime zolder is er een zitruimte die voor iedereen toegankelijk is. Vier van de huurders zijn studenten en de andere twee zijn jongeren die onder de verantwoordelijkheid van Autrement Dit vallen. Ze kunnen allemaal rekenen op (meer dan) betaalbare huisvesting, met een huur van 375 euro inclusief lasten.

We spraken met Nicolas Spann, codirecteur van Autrement Dit om meer te weten te komen over dit project, dat de vereniging en haar begunstigden uit de impasse van de Brusselse huurmarkt heeft gered.



Nicolas Spann
codirecteur van Autrement Dit

Hoe is het project La Coloc' tot stand gekomen?

Autrement Dit is een begeleidingsdienst met een socio-educatieve opdracht in de sector van de jeugdhulpverlening. We ondersteunen zowel jongeren in hun gezinsomgeving als jongeren die werken aan hun zelfstandigheid. Die laatsten zijn 16 jaar of ouder en hebben geen andere keuze dan zelfstandig te wonen: ze zijn immers in een residentiële instelling geplaatst waar ze weg moeten omdat ze bijna meerderjarig worden of wonen in een gezin waar de sfeer om een of andere reden funest is geworden, waardoor ze er niet langer kunnen blijven. Wij hebben de verantwoordelijkheid om die jongeren te ondersteunen, hen te helpen een woning te vinden, hen te leren omgaan met financiële middelen en een budget te beheren terwijl ze een levensproject uitbouwen, of dat nu op school of sociaal-professioneel is.

Sinds we in 2017 van start zijn gegaan, zijn we vaak op moeilijkheden gestuit die te maken hebben met de leeftijd van onze jongeren (ze hebben namelijk niet altijd een meerderjarige borgsteller), en met de Brusselse vastgoedmarkt, waar de huurprijzen de pan uit rijzen. Het is niet gemakkelijk om een betaalbare woning te vinden waarvan de eigenaar instemt om een huurovereenkomst met een jong of zelfs zeer jong iemand te ondertekenen, en we worden vaak afgewezen. De zoektocht kan dus erg lang worden en soms stappen de jongeren uit de ondersteuning en verdwijnen ze zonder oplossing. Ze belanden dan in kraakpanden, bij vrienden en soms zelfs op straat. Wij vonden deze situatie ondraaglijk. Het team besloot in overleg met de raad van bestuur om een huisvestingsoplossing te zoeken die heel snel aan jongeren kan worden aangeboden, zodat ze vanaf de start van hun ondersteuning een dak boven het hoofd hebben, een plek om tot rust te komen. We kregen de kans om een extra personeelslid aan te nemen en zij ging aan de slag om dit project te ontwikkelen.



Nadat we de sector verkend hadden, werden we geïnspireerd door een model dat in de Rijkeklarenstraat in het stadscentrum was opgezet door een andere SASE, Les Sentiers de la Varappe. Het basisidee was om geen “getto” te creëren voor jongeren die zelfredzaam willen worden, elk met hun eigen moeilijkheden. Vandaar de beslissing om de doelgroepen te mengen, “onze” jongeren en doorsnee studenten.

Nu moesten we het nog in de praktijk brengen...

Toen het model eenmaal was bepaald, moesten we niet alleen financiering vinden, maar ook een pand. We hadden het geluk verwezen te worden naar Foyer Shekina, een vereniging die ook actief is in de jeugdhulpverlening, maar residentieel. Deze vereniging stond op het punt te verhuizen naar een gebouw in aanbouw in Haren en had nog niet besloten wat ze zou doen met het gebouw waaruit ze zou vertrekken en waarvan ze eigenaar was. We namen contact op en stelden ons project voor. Het sprak hen aan en we zijn een samenwerking aangegaan: Shekina blijft eigenaar van het pand en wij hebben een renovatiehuurovereenkomst met een looptijd van 15 jaar. Om rond te komen voor de renovatie doen we een beroep op verschillende bronnen – subsidies, stichtingen, projectoproepen, schenkingen ... – en sluiten we een kleine lening af.

Waarom de 4/2-verdeling tussen studenten en zelfstandig wonende jongeren?

We hebben ons gebaseerd op de ervaring van Les Sentiers de la Varappe. Zij hebben verschillende verhoudingen uitgetoetst en het lijkt erop dat 4/2 het meest relevant is voor de collectieve dynamiek. Er zijn altijd iets meer studenten dan zelfstandig wonende jongeren en omdat ze langer blijven, vormen ze een harde kern die voor continuïteit in de dynamiek zorgt.

Een 3/3-verhouding kan bijvoorbeeld zorgen voor een disbalans. Als een student een weekend of een week weggaat, zullen de jongeren in de meerderheid zijn. Hoewel we er niet van uitgaan dat de situatie meteen uit de hand zal lopen, is dat een risico dat we liever beperken.

Hoe kiezen jullie de bewoners?

Voor studenten zijn onze enige criteria dat ze student en jonger dan 25 jaar moeten zijn. We adverteren op grote schaal, ontmoeten de kandidaten, leggen het project aan hen voor, proberen er zeker van te zijn dat ze erachter staan en gemotiveerd zijn en dan kiezen we.

De prijs is aantrekkelijk. In ruil vragen we een engagement, vooral dat ze het hele jaar doorlopend aanwezig zijn, inclusief weekends en schoolvakanties. Uiteraard mogen ze even weg gaan, maar dan moet er een beurtrol worden opgesteld zodat er altijd minstens twee studenten aanwezig zijn.

We vragen hen ook om deel te nemen aan een vergadering die we eerst om de twee weken organiseren en daarna elke maand. Zo zijn we er zeker van dat ze het eens kunnen worden over de cohousingregels, dat de sfeer goed is en dat de collectieve dynamiek werkt, want daar staan wij garant voor.

Voor de zelfstandig wonende jongeren gaat het als volgt: als we een aanvraag voor ondersteuning ontvangen, gaan we in gesprek met de jongere en zijn vertegenwoordiger. We bekijken de situatie, plannen en verwachtingen van de jongere en stellen de dienst en onze aanpak voor. Als beide partijen graag willen samenwerken, vindt er een formelere bijeenkomst plaats bij de dienst Jeugdhulp of de rechtbank om ons engagement officieel te bevestigen en doelstellingen vast te leggen.

Voor ons is La Coloc' slechts een van de vele begeleidingsmiddelen. Afhankelijk van de jongere en zijn situatie stellen we hem voor om in het project in te stappen... of niet. Jongeren die bijvoorbeeld tien jaar in instellingen hebben doorgebracht, die altijd in groep hebben geleefd, dromen maar van één ding: een kot voor zichzelf, een ruimte waar ze in hun eigen bubbel kunnen zijn. Hen opnemen in La Coloc' zou contraproductief kunnen zijn.

Welke vorm van contractuele verbintenis gaan jullie met hen aan?

Voor huurbeheer hebben we een partnerschap met een sociaal verhuurkantoor (SVK), omdat we niet tegelijkertijd verhuurder en sociaal begeleider willen zijn. De contracten worden dus ondertekend met het sociaal verhuurkantoor.

Voor studenten zijn dit huurovereenkomsten van een jaar, verlengbaar tot maximaal drie jaar. Voor jongeren die op zichzelf wonen, gaan we uit van een basis van drie maanden, die verlengd kan worden tot een jaar. Voor hen is het vaker een tijdelijke oplossing, een springplank naar iets anders. Dankzij deze periode van drie maanden is een zekere mate van flexibiliteit mogelijk. Sommigen zijn aan het eind van de drie maanden klaar om uit te vliegen. Anderen hebben wat meer tijd nodig en aan het eind van de driemaandelijke periode kunnen ze de balans opmaken.

Zitten er nog andere projecten in de pijplijn?

Voor een kleine en relatief nieuwe organisatie als de onze was het een hele uitdaging om dit project op te zetten. We denken niet dat we dit op korte termijn nog een keer zullen doen. Maar we verkennen andere mogelijkheden om onze ondersteuning voortdurend te verbeteren. We nemen jongeren bijvoorbeeld mee op een zeilboot naar de Canarische Eilanden. Dat is totaal anders dan La Coloc', maar net zo waardevol. Zo kunnen we werken aan het overwinnen van grenzen, zelfvertrouwen, samenleven, elkaars ruimte respecteren, solidariteit... De jongeren die aan boord gaan zijn bemanningsleden, geen passagiers. Dat betekent dat ze deelnemen aan alle handelingen: het hijsen van het grootzeil, aan het roer staan... Iedereen heeft een belangrijke rol en iedereen moet samenwerken om te slagen. In een week of tien dagen ontwikkelen ze door dit project een hele reeks uiterst interessante individuele, sociale en collectieve vaardigheden. Voor sommige jongeren is het bijna een inwijdingservaring.



Capuche, *Housing First* voor jongeren

Autrement Dit is lid van de vzw Capuche, die synergieën wil opzetten rond huisvestingsproblematiek voor kwetsbare jongeren.

“ In dit kader voeren we samen met andere diensten concrete projecten uit (opzetten van een fonds om de huurwaarborg te lenen aan jongeren die niet in aanmerking komen voor de verschillende bestaande systemen, opsporen en creëren van permanente, gezonde en betaalbare huisvesting...) en denken we na over de meer politieke dimensie van onze actie, over de beste manier om te lobbyen. We sluiten aan bij een dynamiek die wordt ondersteund door Capuche, waarin we onze ervaring op het terrein inbrengen. ”



© Pierre Titeux/Brusano

DE VERBONDEN VORKEN

INFO EN CONTACT

ACTIVITEITENGEBIED

ralliementdesfourchettes.be

Momenteel Elsene, Evere en Ukkel, maar mogelijk het hele Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Gezond, smakelijk... en goedkoop!

“We weten dat voedselhulp zoals we die kennen voorwaardelijk, statisch en niet vlot toegankelijk is. Dus dachten we: waarom zetten we geen mobiel systeem op om naar de mensen toe te gaan, dat niet gebonden is aan voorwaarden en openstaat voor iedereen. Zo kwamen we op het idee van een solidaire foodtruck die kriskras door het Brussels Hoofdstedelijk Gewest rijdt en vegetarische gerechten aanbiedt tegen een vrije bijdrage, naar gelang van de middelen van de mensen.”

We, dat zijn de sociale restaurants van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en de Federatie van de Maatschappelijke

Diensten die in december 2021 beslisten om de vzw Le ralliement des fourchettes (“De verbonden vorken”) op te richten om twee problemen aan te pakken: de strijd tegen bestaansonzekerheid en de toegang tot kwaliteitsvoeding. Met de steun van de Stichting 4Wings heeft de vereniging haar solidaire foodtruckproject kunnen realiseren, dat nu vier wekelijkse afspraken op de planning heeft. Helaas is de toekomst onzeker.

Marie Moeremans, algemeen coördinator, gedelegeerde voor het dagelijks bestuur, sprak met ons over het heden en de toekomst van de vereniging.



Marie Moeremans
Algemeen coördinator

Wat bieden jullie concreet aan met jullie solidaire foodtruck?

Concreet bieden we tegen een vrije bijdrage maaltijden aan die bereid worden door onze sociale partnerrestaurants op basis van onverkocht voedsel uit supermarkten, maar ook uit bakkerijen en van de ochtendmarkt. We nemen de maaltijden ‘s ochtends in ontvangst en delen ze dezelfde dag nog uit, op de middag.

Waar zijn jullie te vinden en op welke basis worden die locaties gekozen?

Op maandag staan we op het Flageyplein in Elsene, samen met twee mobiele organisaties, Bulles en Rolling Douche. Op dinsdag zijn we te vinden bij Spullenhulp, ook in Elsene, op woensdag in Homborch in Ukkel en op donderdag in het PCS (project voor sociale cohesie) “De Là-Haut”, in de wijk Platon in Evere.

We proberen ons te richten op plaatsen waar geen of onvoldoende voedselhulp is. We willen mensen met beperkte middelen bereiken, maar ook op een strategische locatie aanwezig zijn die een sociale mix mogelijk maakt, wat voor ons van groot belang is. We streven ernaar om de barrières tussen verschillende doelgroepen te doorbreken en de solidariteit tussen burgers te bevorderen door ons systeem van vrije prijzen: wie meer kan betalen, zorgt ervoor dat anderen minder hoeven te betalen. Vanuit dat oogpunt is onze dinsdaghalte bij Spullenhulp in Elsene echt superleuk. Er is een echte mix van lokale winkeliers, werknemers van Spullenhulp, bezoekers van Spullenhulp en veel studenten van de ERG, de nabijgelegen École de recherche graphique, die duidelijk ook in financiële moeilijkheden verkeren.

Zijn er nog andere stopplaatsen gepland?

We zouden graag elke dag op pad gaan, of zelfs twee keer per dag, maar daarvoor zou Arnaud, onze chauffeur, meer moeten werken. Hij werkt momenteel 3/5^e, meer kunnen we ons niet veroorloven.

Hoe werken jullie financieel?

We konden de vereniging starten dankzij de steun van de Stichting 4Wings. Zo konden we de foodtruck kopen en uitrusten en kunnen we onze werkingskosten dekken. We ontvangen ook een inbreng van de Cocof om het loon van Arnaud en mijzelf te betalen. Dat is alles. Het partnerschap met 4Wings liep in augustus af en we verloren alle aanbestedingen waarop we hadden ingetekend omdat het voedselhulp is, wat niet op lange termijn, niet duurzaam is... We zitten dus in het ongewisse voor 2025.

Om heel eerlijk te zijn, kunnen we met ons model van burgersolidariteit niet break-even draaien. We geven een referentieprijs van € 3,5 voor soep en een warme maaltijd, maar als we de aankoop van de maaltijd en de recipiënten meerekenen, hebben we € 5 nodig om break-even te draaien, en dat is niet het geval. Dus hoe beter het werkt, hoe meer we verliezen!



En loopt het goed?

Dat hangt af van de plaats. Bij Spullenhulp loopt het als een trein en verkopen we 130 tot 140 maaltijden. In Evere zitten we tussen de 60 en 85. In Homborch in Ukkel is het vrij weinig, met 30 tot 40 maaltijden. In Flagey verkopen we op dit moment zo'n 60 maaltijden, maar we zijn nog maar net begonnen en het zullen er waarschijnlijk meer worden.

Ik begrijp dat de toekomst onzeker is, maar hebben jullie toch plannen?

We zouden graag een eigen keuken hebben omdat de manier waarop het nu werkt, erg beperkend is: we doen veel verplaatsingen, we zijn gebonden aan de tijdschema's van de sociale restaurants, we hebben geen plaats om onze afwas te doen en geen koelruimte om onverkocht voedsel op te slaan. Bovendien worden de sociale restaurants overweldigd door de vraag van hun eigen structuur en kunnen ze het niet meer bijhouden. In het begin waren er vijf sociale restaurants die ons bevoorraden, nu is er nog maar één over. We proberen dit te compenseren door partnerschappen

aan te gaan met verenigingen – Opération Thermos levert ons een dag per week – of privérestaurants zoals Entropy Restaurant (Sint-Goriksplein), dat voor maandag kookt.

Een eigen keuken zou echt ideaal zijn, maar dat betekent een plek huren en inrichten, het loon van een kok betalen enzovoort. We zijn er nog lang niet!

Nog iets toe te voegen?

Ja, iets heel belangrijks voor ons: overal waar we komen, proberen we samenwerkingen aan te gaan met verenigingen en sectoren. We willen niet dat onze stopplaatsen alleen maar een voedselverdeelpunt zijn. We willen dat onze aanwezigheid daar banden smeedt met en tussen mensen. Daarom nodigen we andere verenigingen van allerlei aard uit, uit de culturele of gezondheidssector of wat dan ook, om samen met ons een animatie of dienst aan te bieden. Nogmaals, dit is een essentieel aspect van onze aanpak.



Een andere manier om aan “sociaal werk” te doen

In de nasleep van de lockdown tijdens de covidcrisis hekelden de maatschappelijk werkers die op het terrein aanwezig bleven de situatie waarmee ze werden geconfronteerd: *“Een situatie van bijna volledige digitalisering van het werk (want afstand was de regel) en waarin de gevraagde opdrachten meestal onmogelijk of zelfs zinloos waren, rekening houdend met de menselijke middelen die op het terrein overbleven, de middelen die ter beschikking werden gesteld en de urgentie van de sociale situatie waarin de inwoners van Laken zich bevonden.”* Volgens de Sociale coördinatie van Laken werden we geconfronteerd met een “ontmenselijking” van de openbare diensten en de administratie, die werd gekenmerkt door de schaarste aan ontmoetingsplaatsen, de miskennis van de menselijke band als essentieel onderdeel van sociaal werk en de segmentering van het individu, dat beschouwd werd als een dossier dat van dienst naar dienst gaat. Die afstand zorgde bij de begunstigden voor wantrouwen en woede ten opzichte van de instellingen.

Deze ontsporing in de relatie met de administratie ontstond niet tijdens covid, maar de gezondheidscrisis speelde wel een belangrijke rol in het versterken en het benadrukken van een beweging die al langer aan de gang was, maar onder de oppervlakte was gebleven. Als reactie daarop wilde PICOL, de vzw die de drijvende kracht is achter de sociale coördinatie van Laken, de relatie tussen de diensten en het publiek op zijn kop zetten en experimenteren met een nieuwe manier van “aan sociaal werk doen”. Zo ontstond Place à nos droits (Kom Je Rechten Opeisen) en kwamen op 23 juni 2022 alle welzijnsactoren van de wijk voor het eerst samen op het Bockstaelplein om een rechtstreeks antwoord te bieden op de problemen en vragen van de bewoners.

Sindsdien is dit initiatief, dat netwerken en “out-reach” combineert, van jaar tot jaar blijven groeien en aantrekkelijker geworden. Het evenement van afgelopen juni stelde zes expertisegebieden met evenveel thema’s voor: werkgelegenheid en opleiding; huisvesting; gezondheid en geestelijke gezondheid; gezin (jonge kinderen, jongeren, ouderen, scholen); buurtleven; rechten, juridische vragen en mensen zonder papieren. Elk thema had zijn eigen ruimte waar het publiek professionals kon ontmoeten die hun vragen konden beantwoorden en/of hen konden doorverwijzen naar de relevante actoren en diensten voor een meer gedetailleerde follow-up. Er was ook de mogelijkheid om vertrouwelijke kwesties onder vier ogen te bespreken en er waren vrijwillige vertalers aanwezig om mensen met weinig kennis van het Frans en het Nederlands te helpen.



RUIMTE VOOR ONZE RECHTEN!

DE SOCIALE PARTNERS IN JOUW BUURT KOMEN UIT HUN BUREAU'S EN BIEDEN EEN LUISTEREND OOR

VRIJDAG 23 JUNI – BOCKSTAELPLEIN

13U30 – 19U : MAAK PLAATS VOOR ONZE RECHTEN
19U30 – 20U30 : BUURTMAALTIJD
20U30 – 22U : CONCERT EN OPEN PODIUM

MAISON DE LA CREATION
PICOL
LAKEN

Toolbox

INFORMATIEBLAD FR

Verslaving: tips voor professionals in de gezondheidszorg

Door *Jéda bxl* (Fédération Drogues Addictions Bruxelles)

Deze factsheet (enkel beschikbaar in het Frans) biedt uitgebreide informatie voor de intake van een zorgvrager die (mogelijk) verslaafd is. Ze bestaat uit vier fasen - de situatie beoordelen; ondersteuning bieden; opties met geneesmiddelen; doorverwijzing - en biedt zowel praktische instructies als nuttige adressen.

Doelpubliek: Gezondheidsprofessionals in de eerste lijn.

→ fedabxl.be

WEBSITE NL FR

Palliaguide.be & Pallialine.be, guidelines voor palliatieve zorgen

Door *Fédération Bruxelloise Pluraliste des Soins Palliatifs et Continus & Palliatieve Zorg Vlaanderen*

Deze websites geven aanbevelingen voor goede praktijken voor symptoombestrijding in de palliatieve zorg. Bedoeling is om concrete ondersteuning te bieden voor de praktijk op het terrein.

Doelpubliek: Voornamelijk artsen, maar kan ook interessant zijn voor andere zorgverleners die te maken krijgen met palliatieve situaties.

→ palliaguide.be

→ palliatievezorgvlaanderen.be

INFOFICHES NL FR

+ NAARGELANG HET ONDERWERP ALB AR BG DARI EN FA
MARO PO PT ES RO RU UK TIG UKR

Meertalige informatiefiches voor migranten

Door *Medimmigrant*

Deze informatiefiches geven migranten praktische informatie over een hele reeks onderwerpen waarmee ze te maken krijgen als ze in België aankomen: Fedasil; OCMW; dringende medische hulp (DMH); wat te doen bij een (niet officieel aangegeven) arbeidsongeval...

Doelpubliek: Migranten en iedereen die betrokken is bij hun ondersteuning.

→ medimmigrant.be

PODCAST FR

“Toutes entières”, het verhaal van een strijd voor de integriteit van vrouwen

Door *Gams Belgique*

Deze podcast (enkel in het Frans) verkent bijna 30 jaar strijd van Gams Belgique tegen genitale verminking bij vrouwen. We ontdekken hoe de vereniging vooroordelen over het thema deconstrueert en haar actie ontwikkelt rond zes pijlers: preventie, bescherming, ondersteuning, opleiding en overleg, belangenbehartiging en expertise en internationale samenwerking.

Doelpubliek: Iedereen die in de problematiek is geïnteresseerd.

→ gams.be



podcast **TOUTES
ENTIÈRES**

AU-DELÀ DU TABOU DE L'EXCISION
 UN PODCAST DU GAMS BELGIQUE. RÉALISÉ PAR LEILA EL-MAHI, CO-PRODUIT AVEC RADIO PANIK



Luisteren en hulp om je beter te voelen

Door Centrum Algemeen Welzijnswerk (CAW)

Loopt het leven niet zoals je wenst? Het CAW biedt een telefoonlijn en chat aan. Je kunt er terecht als je vastloopt en kunt hulp krijgen op je pad. Ook een gesprek in levenden lijve is mogelijk. Alles is gratis, professioneel en vertrouwelijk.

Doelpubliek: Begunstigden die zich niet goed voelen.

→ caw.be



Guide des Lieux de Liens en Région de Bruxelles-Capitale

Door de Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale

Een Franstalige gids van plaatsen die zijn opgezet vanuit een alternatieve benadering van geestelijke gezondheid: mensen weer centraal stellen en een warm welkom bieden. De nadruk ligt op de band met de ander en toegankelijkheid voor iedereen. De initiatieven zijn verankerd in een wijkwerking en in een netwerk en helpen eenzaamheid te bestrijden en sociale integratie en steun tussen lotgenoten te bevorderen.

Doelpubliek: Begunstigden, professionals die een dergelijke plaats zoeken voor hun begunstigden.

→ lbsm.be



Als kleine kinderen groot worden: gevaren!

Door Logo (Lokaal GezondheidsOverleg)

Een interactieve vorming om tabak-, alcohol- en ander drugsgebruik en gamen bij jongeren te voorkomen of uit te stellen. Centraal staat het versterken van beschermende opvoedingsvaardigheden. Er wordt onder andere ingegaan op open communicatie en grenzen stellen.

Doelpubliek: Ouders van jongeren tussen 10 en 15 jaar, via preventiewerkers, opvoedingsondersteuners en andere welzijns- en gezondheidsprofessionals.

→ logobrussel.be



Dit magazine wil een collectief, participatief en dynamisch project weerspiegelen. We rekenen op jou om het tot leven te brengen!

Wil je jouw originele tools of innovatieve projecten met de wereld delen?

Heb je opmerkingen?

Een ervaring om te delen?

Vond je dit *Zinneke* een beetje, erg, heel erg ... of helemaal niet leuk?

Heb je ideeën om het verder te ontwikkelen?

Aarzel niet om contact met ons op te nemen:
zinneke@brusano.brussels



**Loop niet
het risico
een nummer
te missen!**

Zinneke wordt gratis verstuurd naar een selectie van welzijns- en gezondheidsprofessionals in Brussel. Het is ook beschikbaar op aanvraag via ons e-mailadres.

Ook jij kunt het dus thuisgestuurd krijgen zodra het uit is! Stuur een mail met je naam, voornaam en volledig adres naar zinneke@brusano.brussels, met als onderwerp "Abonnement".

Afspraak in het voorjaar voor nieuwe informatie en beschouwingen over de transformatie van de Brusselse welzijns- en gezondheidszorg.