

VERANDER



**ATELIER**


DU CHANGEMENT

# **VERSLAG**

**over de werkzaamheden  
van oktober 2022  
tot en met januari 2023**

**Veranderateliers**



A large yellow triangle graphic pointing to the right, occupying the left and bottom-left portions of the page.

We hebben ervoor gekozen om dit verslag in de mannelijke vorm op te stellen en geen inclusieve taal te gebruiken, hoewel de meerderheid van de werknemers/werkneemsters van de welzijns- en gezondheidssector vrouwen zijn en ook de deelnemers/deelneemsters aan de Veranderateliers deze trend weerspiegelen. We zijn ons bewust van de verhoudingen tussen mannen en vrouwen; de keuze om de mannelijke vorm te gebruiken is dan ook geen weerspiegeling van een ideologische vooringenomenheid. Het gaat gewoon om een praktische keuze: het gebruik van inclusieve taal leek ons het lezen van de tekst te bemoeilijken en te verzwaren, en zelfs onleesbaar te maken.

## Achtergrond en modaliteiten

De Veranderateliers (VA) bestaan uit een breed proces van informatie, advies en co-constructie voor alle actoren, professionele en andere, die betrokken zijn bij de territoriale reorganisatie van het eerstelijns hulp- en zorgaanbod in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

De bijeenkomsten, een gezamenlijke organisatie van Brusano en de CBCS/het Crebis met de steun van de GGC, zijn bedoeld om mensen bewust te maken van de uitdagingen van een territorialisering van het welzijns- en gezondheidsaanbod en van de lopende hervormingen in dit verband, met name het Interfederaal Plan voor Geïntegreerde Zorg (IFP) en het Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan (GWGP), om ze te analyseren en concrete acties te formuleren die door de actoren op het terrein kunnen worden ingezet.

Deze territoriale organisatie is gebaseerd op verschillende geografische gebieden: de groepen wijken, de gemeenten, de zorgzones en het Gewest. De VA's hebben hun aandacht gericht op de meerwaarde van het tussenniveau: de zorgzones. Er werden drie centrale thema's onderzocht: de toegang tot hulp en zorg, de continuïteit van de zorg en de uitwerking van een geïntegreerd welzijns- en gezondheidsaanbod.

De VA's hebben van augustus 2022 tot januari 2023 in elk van de vijf zorgzones drie initiatieven aangeboden: opendeurdagen, focusgroepen en een digitale enquête. Een honderdtal personen, professionals op het terrein, begunstigen en burgers, hebben aan de initiatieven deelgenomen.

## Belangrijkste resultaten

Er werden vier centrale functies voor de zorgzones geïdentificeerd:

- Verzamelen, centraliseren en verspreiden van de kennis voor de welzijns- en gezondheidsactoren
- Inventariseren van de bestaande hulpbronnen en organiseren van plaatsen voor overleg voor de professionals
- Ondersteunen van de diensten door de administratieve, logistieke, organisatorische en communicatieve taken te bundelen
- Aanbieden en organiseren van opleidingen

Deze vier functies sluiten aan bij de opdrachten die de gewestelijke overheden aan de zorgzones hebben toegekend: kennis, netwerking, coördinatie en bevordering en preventie van het welzijn en de gezondheid.

Voor elk van deze functies werden ook voorstellen voor acties geïdentificeerd die prioritair moeten worden uitgevoerd om de organisatie van het werk van de welzijns- en gezondheidssector in Brussel te verbeteren, ten behoeve van het welzijn van zijn burgers. Elke actie gaat gepaard met voorwaarden om te slagen die de implementatie vergemakkelijken

### KENNIS

#### VOORSTEL 1

Uitwisselen van de lokale diagnoses om ze te versterken

#### VOORSTEL 2

Ondersteunen van de ontwikkeling van een repertorium van de Brusselse welzijns- en gezondheidsactoren

### NETWERK

#### VOORSTEL 3

Ontwikkelen van de onderlinge kennis van de actoren op het terrein

#### VOORSTEL 4

Creëren van gecentraliseerde informatie- en communicatiepunten voor professionals en begunstigen

### COÖRDINATIE

#### VOORSTEL 5

Opzetten van een « éénloketsysteem »

#### VOORSTEL 6

Ontwikkelen en afstemmen van de liaisonfuncties

#### VOORSTEL 7

Opzetten van permanenties voor opvang

### PREVENTIE EN GEZONDHEIDSBEVORDERING

#### VOORSTEL 8

De burgers bewustmaken van welzijns- en gezondheidskwesities door middel van communicatiecampagnes die zijn aangepast aan het niveau van de zorgzone

#### VOORSTEL 9

De actoren op het terrein ondersteunen bij preventie en gezondheidsbevordering

## Transversale voorwaarden voor succes

---

De deelnemers hebben transversale aandachtspunten aangehaald waar rekening mee moet worden gehouden om de overgang van een sectorale naar een territoriale organisatie te doen slagen:

- Voortbouwen op wat er al bestaat
- De werkomstandigheden verbeteren en de strijd aanbinden tegen de verzadiging van de diensten
- De financiering bestendigen
- De vrijheden van vereniging en keuze van begunstigden en professionals respecteren
- De toegang tot de rechten vergemakkelijken
- De stem van de begunstigde valoriseren
- Het territoriale en extraterritoriale beleid op elkaar afstemmen
- Het territorialiseringsproces begeleiden

## Het vervolg

---

De resultaten van het proces dat gedurende deze 6 maanden werd uitgevoerd, zullen in elke zorgzone worden voorgesteld. Zij zullen de concrete implementatie van de zorgzones en de voortzetting van de werkzaamheden met alle actoren aanvullen.

<b>1. CONTEXT</b>	<b>3</b>
1.1. <b>Vraag 6</b>	
1.2. <b>Territoriale reorganisatie</b>	<b>7</b>
1.2.1. Uitdagingen	7
1.2.2. Niveaus van de reorganisatie	7
1.2.3. Structureerende problemen	7
<b>2. METHODOLOGIE</b>	<b>8</b>
2.1. <b>Voorziening van de veranderateliers (VA)</b>	<b>8</b>
2.2. <b>Vijf raadplegingsprocedures</b>	<b>9</b>
2.2.1. Verkennende bijeenkomsten	10
2.2.2. Presentaties	10
2.2.3. Opendeurdagen	10
2.2.4. Focusgroepen	10
2.2.5. Digitale consultatie (DC)	11
2.3. <b>Beperkingen van de oefening</b>	<b>12</b>
2.3.1. Een beperking qua tijd	12
2.3.2. Een beperking qua vertegenwoordiging	12
2.4. <b>Proces voor de analyse van de inhoud</b>	<b>13</b>
2.4.1. Eerste analysefase	13
2.4.2. Tweede analysefase	13
<b>3. MOGELIJKHEDEN EN RISICO'S VAN DE ZORGZONES</b>	<b>14</b>
3.1. <b>Mogelijkheden van de zorgzones</b>	<b>14</b>
3.1.1. Verspreiden/verzamelen/centraliseren van kennis	14
3.1.2. Inventariseren wat er bestaat en overleg organiseren	15
3.1.3. De diensten ondersteunen door bepaalde taken te bundelen	15
3.1.4. Opleidingen organiseren en aanbieden	15
3.2. <b>Bezorgdheden en risico's met betrekking tot territorialisering</b>	<b>15</b>
3.2.1. Complexiteit van het territorialiseringsproces	15
3.2.2. Afstemming en definitie van de rollen	15
3.2.3. Grenzen tussen de zorgzones en interne verschillen	16
<b>4. ACTIEPISTES</b>	<b>17</b>
4.1. <b>Kennis</b>	<b>17</b>
4.2. <b>Netwerk</b>	<b>20</b>
4.3. <b>Coördinatie</b>	<b>23</b>
4.4. <b>Preventie en bevordering van de gezondheid</b>	<b>26</b>
<b>5. AANDACHTSPUNTEN EN TRANSVERSALE VOORWAARDEN VOOR SUCCES</b>	<b>27</b>
5.1. <b>Voortbouwen op wat er al bestaat</b>	<b>27</b>
5.2. <b>De werkomstandigheden verbeteren en de strijd aanbinden tegen de verzadiging</b>	<b>27</b>
5.3. <b>De financiering bestendigen</b>	<b>29</b>
5.4. <b>De vrijheden eerbiedigen</b>	<b>29</b>
5.5. <b>De toegang tot rechten vergemakkelijken</b>	<b>29</b>
5.6. <b>De stem van de begunstigde valoriseren</b>	<b>30</b>
5.7. <b>De competenties en het grondgebied op elkaar afstemmen</b>	<b>30</b>
5.8. <b>De overgang begeleiden</b>	<b>31</b>

# 1. CONTEXT

De Veranderateliers (VA) werden bedacht om de welzijns- en gezondheidssector te begeleiden bij de overgang naar een territoriale organisatie die is voorzien op vier niveaus (wijken, gemeenten, zorgzones, Gewest). Het doel van deze territorialisering is een verbetering van de toegang tot diensten, de continuïteit van de zorg en de integratie van het geïntegreerde welzijns- en gezondheidsaanbod.

## ➤ 1.1 Vraag

De organisatie van de Veranderateliers ligt in de lijn van de territoriale reorganisatie van het eerstelijns welzijns- en gezondheidsaanbod, en meer in het algemeen van de welzijns- en gezondheidssector in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Het Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan (GWGP) dat in oktober 2022 door de Brusselse minister van gezondheid en welzijn A. Maron werd voorgesteld, vormt het programmakader voor deze transformatie op het Brussels grondgebied.

Bovendien gaat het Interfederaal Plan voor Geïntegreerde Zorg (IFP), dat vanaf 2025 is voorzien door federaal minister F. Vandenbroucke, gepaard met twee overgangsjaren (2023 en 2024) waarin op locoregionaal niveau zal moeten worden nagedacht over de implementatie van een actieplan en ondersteuning van de welzijns-/gezondheidswerkers om hen te helpen zich beter te integreren.

Vanuit dit ambitieuze verlangen naar verandering, leek het de CBCS/het Crebis en Brusano essentieel om een breed proces voor informatie, advies en co-constructie op te zetten voor alle actoren, professionals of niet, die zijn geïnteresseerd in de territoriale benadering van het aanbod. Het doel van deze dynamiek is om te helpen bij het opstellen van analyses en operationele voorstellen ter ondersteuning van het coördinatiewerk beoogd door het GWGP en het IFP, met name op het niveau van de zorgzones.

De vraag viel niet in dovemansoren bij de overheid en leidde tot de financiering van activiteiten waarvan de resultaten in dit verslag worden gepresenteerd.

## 1.2 Territoriale reorganisatie

### 1.2.1 Uitdagingen

De organisatie van een meer geïntegreerd en op een territoriale basis gestructureerd eerstelijns welzijns- en gezondheidsaanbod wil een antwoord bieden op twee grote uitdagingen: enerzijds de toenemende ongelijkheid op het gebied van welzijn en gezondheid tussen de wijken en de inwoners van het Gewest, en anderzijds de grote moeilijkheden die ze ondervinden met betrekking tot de toegankelijkheid en continuïteit van de zorg- en hulpverlening, met name door een steeds nauwere verstrengeling van sociale problemen, culturele problemen, lichamelijke en geestelijke gezondheidsproblemen.

De algemene ambitie om het beleid, de middelen en de praktijken op het terrein beter te integreren gebeurt via het uitwerken van een gedeelde visie en beter gecoördineerde acties op het terrein op een territoriale basis.

### 1.2.2 Niveaus van de reorganisatie

Om deze doelstelling te bereiken, schetst het GWGP vier verschillende actie- en organisatieniveaus van het aanbod: de wijk, de gemeente, de zorgzone en het Gewest.

Bovendien is het IFP van plan om een integratiemanagement op locoregionaal niveau op te zetten, dat zou overeenkomen met de zorgzone.

De zorgzone omvat alle actoren van een bepaalde geografische zone met 250.000 tot 300.000 inwoners. Het gaat om een gebied met een omtrek die groot genoeg is voor de implementatie van overheidsmaatregelen en de oprichting van een met andere niveaus geïntegreerd welzijns- en gezondheidsnetwerk. De integratie wordt ontwikkeld en bevordert binnen eenzelfde gebied, maar ook tussen de gebieden.

Deze niveaus worden op elkaar afgestemd naargelang van de mate van nabijheid en specialisatie van de aangeboden diensten. Het doel is immers om een gestructureerd en passend aanbod van hulp en zorg op verschillende niveaus te bieden op basis van de specifieke kenmerken en behoeften van de bevolkingsgroepen die er wonen.

### 1.2.3 Structurerende vraagstukken

Brusano en de CBCS/het Crebis hebben drie grote thema's vastgesteld waarop de reorganisatie van het welzijns- en gezondheidsaanbod positieve effecten zou moeten hebben.

Die thema's brengen de meest dringende behoeften in kaart waarmee de Brusselaars worden geconfronteerd en hebben als ijkpunt gediend voor de organisatie van het werk van de VA.

#### a/ Toegang tot hulp- en zorgverlening

Gezien de grote ongelijkheden tussen burgers, tussen verschillende soorten doelgroepen en tussen wijken van het Gewest op het gebied van de toegankelijkheid tot rechten, hulp- en zorgverlening, is het belangrijk om het welzijns- en gezondheidsaanbod zodanig te vernieuwen dat elke persoon op het Brusselse grondgebied zijn vraag kenbaar kan maken en een passend antwoord op zijn behoeften kan krijgen van de betrokken diensten. Een betere toegang tot hulp- en zorgverlening veronderstelt dat we de behoeften binnen het grondgebied beter analyseren om het dienstenaanbod er beter op af te stemmen, de informatie over het beschikbare aanbod en het onthaal bij de diensten verbeteren, de diensten die werken volgens een logica van 'gaan naar' verveelvoudigen en, in het algemeen, de toegangsvoorwaarden beperken en meer middelen uittrekken voor de coördinatie, oriëntatie en begeleiding naar de juiste dienst.

#### b/ Continuïteit van de zorg

Om echt doeltreffend te zijn, moet de hulp- en zorgverlening zodanig worden georganiseerd dat de continuïteit van de zorg van de begunstigden wordt gegarandeerd, ongeacht de overgangen die zij hebben doorgemaakt. Het is de bedoeling om onderbrekingen in de begeleiding, het verlies van rechten of stopzetting van de zorg te voorkomen, en te zorgen voor een vlotte overgang van de ene status, toestand of dienst naar de andere. Dat berust op de collectieve erkenning van een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid voor de behoeften van het individu gedurende zijn hele leven. Om dat doel te bereiken kan het nodig zijn om plaatsen voor permanent overleg te ontwikkelen, om overeenstemming te bereiken over de bevoegdheidsgebieden en de verantwoordelijkheden van elke belanghebbende en om de obstakels en voorwaarden tussen de betrokken actoren op hetzelfde grondgebied te beperken.

#### c/ Bouwen aan een geïntegreerd welzijns- en gezondheidsaanbod

Een betere coördinatie van het aanbod en een verbetering van de samenwerking tussen professionals kunnen het beheer van complexe welzijns- en gezondheidssituaties op het niveau van een grondgebied vergemakkelijken. Voor de ontwikkeling van een dergelijke transversale benadering, gericht op de persoon, die rechtstreeks verband houdt met gezondheidsbevordering en het aanpakken van de gezondheidsdeterminanten, zijn tools en voorzieningen voor coördinatie en overleg nodig.

## 2. METHODOLOGIE

Voor de VA werd een ambitieus en meervoudig systeem opgezet: vijf raadplegingsprocedures om de meningen en ervaringen van een gediversifieerd publiek te verzamelen.

### ➤ 2.1 Voorziening van de Veranderateliers (VA)

De VA werden opgezet door de CBCS/het Crebis en Brusano met steun van de GGC. Ze zijn bedoeld als een ruimte voor professionals, hulpverleners, begunstigden, zowel Frans- als Nederlandstaligen, zowel in de welzijns- als in de gezondheidssector, om:

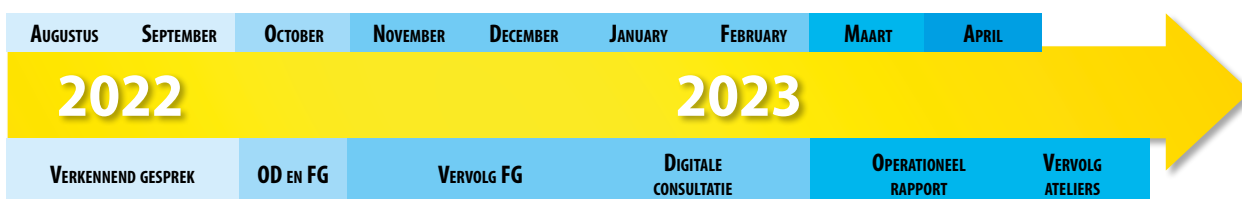
- kennis te nemen van de uitdagingen van de hervormingen in de welzijns- en gezondheidssector, voornamelijk rond de reorganisatie op territoriale basis (bv. GWGP, Interfederaal Plan voor Geïntegreerde Zorg) (aspect informatie)
- vragen te stellen over wat er in het kader van dit proces wordt geïmplementeerd (aspect raadpleging)
- samen te bepalen hoe de opdrachten van de zorgzone moeten worden uitgevoerd (aspect co-constructie)

De VA bestaan uit vijf initiatieven:

- verkennende bijeenkomsten
- presentaties
- opendeurdagen (OD)
- focusgroepen (FG)
- een digitale consultatie (DC)

Met deze verschillende tools konden we een gediversifieerd publiek bereiken, meningen en voorstellen van meerdere actoren verzamelen en transversale en multisectorale gesprekken voeren op verschillende niveaus, van de wijk tot het Gewest, en met structuren die afhankelijk zijn van verschillende subsidiërende overheden. Er ging bijzondere aandacht naar de talen, opdat het systeem toegankelijk zou zijn voor zowel Frans- als de Nederlandstaligen: panelen en brochures in beide talen, samenvattingen of herformuleringen in de andere taal enz.

De fasen volgden elkaar zo op dat elke fase bijdroeg aan de volgende, volgens de hieronder aangegeven timing.





Alle tijdens dit proces verzamelde gegevens vormden het analysemateriaal dat resulteerde in dit verslag.

Ter aanvulling van deze belangrijke fasen werd een specifieke website opgezet om de voorziening van de VA te ondersteunen (<https://verander-atelier-changement.brussels>).

De voorziening van de Veranderateliers wil zich onderscheiden van de top-down-benadering van de implementatie van het GWGP en gebruik maken van een bottom-up-methodologie: het is aan de professionals om samen te bepalen hoe de verandering moet worden doorgevoerd. De VA hebben al het nut bewezen van onderlinge bijeenkomsten om samen te werken aan begrippen in verband met de territorialiteit.

Bovendien moet worden opgemerkt dat deze eerste grote samenwerking tussen Brusano en de CBCS/het Crebis binnen een bijzonder strakke timing plaatsvond.

De deelnamecijfers in de verschillende fasen van het proces zijn te vinden in de bijlage (cf. bijlage, deelname Opendeurdagen en Focusgroepen), net als de algemeen positieve beoordelingen over de opendeurdagen waarbij verschillende deelnemers hun verwachtingen uitspraken voor de concrete implementatie van maatregelen die de territoriale structurering vergemakkelijken (zie bijlage, beoordelingsformulier).

## 2.2 Vijf raadplegingsprocedures

### 2.2.1 Verkennende bijeenkomsten

Vóór de Veranderateliers vinden drie soorten verkenningen plaats: verkennende bijeenkomsten met betrekking tot de inhoud van het GWGP, individuele gesprekken en voorbereidende bijeenkomsten betreffende de voorziening van de VA.

#### a/ Verkennende bijeenkomsten

De eerste drie verkennende bijeenkomsten hebben plaatsgevonden in augustus en september 2022. Ze bestonden uit **focusgroepen van drie uur met ongeveer tien verschillende personen bij elke sessie**. De deelnemers van de welzijns- en gezondheidssector maakten deel uit van verschillende vzw's, platformen, ziekenfondsen, wijkgezondheidscentra en OCMW's.

In tegenstelling tot de werving die werd uitgevoerd voor de volgende voorzieningen (brede oproep op basis van een oproep tot kandidaatstelling, selectiecriteria), gebeurde de werving

voor deze verkennende bijeenkomsten op basis van het lokale netwerk van de CBCS/het Crebis. We hebben diensten en actoren geselecteerd die naar onze mening complementaire visies op de Brusselse welzijns- en gezondheidssector konden geven.

Eerst gaven we een korte presentatie van het GWGP, die werd gevolgd door vragen om verduidelijking en reacties van de deelnemers. Daarna organiseerden we twee brainstormingsessies om voorbeelden van problemen te verzamelen, om ons vervolgens te richten op wat er niet werkte en op de verbeterpunten. Afhankelijk van de sessies kaartten we het thema van de toegankelijkheid of van de continuïteit aan.

Veel eerste reacties betroffen het GWGP zelf. Deze reacties/kritiek hadden voornamelijk betrekking op het gebrek aan transparantie van het proces en, meer bepaald, op het feit dat het 'achterstevoren' werd uitgevoerd, d.w.z. dat de werknemers pas werden geraadpleegd toen het GWGP al geschreven was en niet eerder. De deelnemers wilden bijvoorbeeld weten hoeveel speelruimte ze hadden om te veranderen wat er al was gedaan (zie bijlage, verslag verkennende bijeenkomsten).

#### b/ Individuele gesprekken

Daarnaast werden er ook individuele gesprekken gevoerd, van mei tot juli, met enkele actoren die goed op de hoogte waren van de uitdagingen waarmee de Brussels welzijns- en gezondheidssector wordt geconfronteerd. Dankzij die ontmoetingen konden we tegelijkertijd onze kennis van de reeds bestaande integratievoorzieningen perfectioneren en centrale kwesties vaststellen die tijdens het proces van de VA moesten worden aangekaart.

#### c/ Voorbereidende bijeenkomsten

Het derde type bijeenkomst stelde ons in staat om de beoogde voorziening voor de VA voor te stellen aan een tiental actoren van de welzijns- en gezondheidssector, waaronder Nederlandstalige diensten: federaties, netwerkcoördinatoren, ondersteunende diensten en diensten voor analyses, actoren voor gezondheidsbevordering en een patiëntenorganisatie. Die bijeenkomsten waren vooral bedoeld om de actoren te informeren over de VA en hen aan te moedigen om eraan deel te nemen en de uitnodiging om deel te nemen te verspreiden. Hun samenwerking was essentieel om een gediversifieerd publiek te bereiken. We hebben ook hun meningen en suggesties over de gepresenteerde voorziening verzameld. Deze bijeenkomsten belichtten ook **de noodzaak om te informeren over de uitdagingen van het GWGP, een vertrouwensklimaat te creëren en follow-**

**up te garanderen.** Ze hebben ons in staat gesteld om i) de consistentie in de communicatie van de VA te verbeteren opdat de verschillende fasen goed zouden worden begrepen en opdat de in elke fase verzamelde informatie zou bijdragen aan de volgende, ii) waakzaam te zijn in onze communicatie over de mogelijke manoeuvreerruimte en te benadrukken wat er niet onder onze controle of beslissingsbevoegdheid viel, en ten slotte iii) het belang in te zien van het erkennen van wat er al bestaat. Ze hebben ons ook gewezen op de geringe beschikbaarheid van de actoren in het veld voor dergelijke bijeenkomsten. Daarom hebben we flexibele opendeurdagen en focusgroepen georganiseerd tijdens de middagpauze.

### 2.2.2 Presentaties

We hebben **een reeks presentaties gegeven over de VA voor diverse doelgroepen.** Ze vonden gedurende het hele proces plaats, met twee belangrijke doelen: ten eerste via de benadering van de VA meer personen bewustmaken van de uitdagingen van een territoriale organisatie, in het bijzonder de personen die zich niet hadden kunnen vrijmaken voor de FG of OD; ten tweede informeren over de voortgang van het proces en de verschillende fasen ervan. Omdat we volgens een strakke timing moesten werken, beslisten we alleen te reageren op externe verzoeken die rechtstreeks aan ons waren gericht. Er was dus geen voorafgaande selectie van de instellingen waar we onze presentaties hebben gegeven. We hebben ook deelgenomen aan het colloquium georganiseerd door het Platform Geestelijke Gezondheid en aan de Adviesraad voor Huisvesting van november (zie bijlage, overzichtstabel van de externe bijeenkomsten).

### 2.2.3 Opendeurdagen

We hebben **vijf opendeurdagen georganiseerd, verspreid over de maand oktober, om in elk van de vijf zorgzones aanwezig te kunnen zijn.** Elke opendeurdag duurde drie uur en werd gedurende de dag twee keer herhaald (voormiddag en namiddag) om verschillende tijdstippen te kunnen voorstellen en zo veel mogelijk personen te kunnen bereiken.

Het ging erom de actoren van de zorgzone te ontmoeten rond gemeenschappelijke bekommernissen, de uitdagingen van de sleutelbegrippen te begrijpen, prioriteiten te stellen voor acties, pistes voor te stellen om deze uit te voeren, inspirerende ideeën voor te leggen en zichtbaar te maken wat er al bestaat.

#### Deelnemers:

De uitnodigingen voor deze opendeurdagen werden verstuurd naar het netwerk van de twee organiserende verenigingen (de CBCS en Brusano), maar ook naar het netwerk van Le Forum

– Bruxelles Contre les Inégalités. De communicatie over de opendeurdagen gebeurde via de databases, newsletters, websites en sociale netwerken (Facebook en LinkedIn) van deze organisaties. Deze laatsten konden voor het verspreiden van informatie ook rekenen op de Interfederatie van de Ambulante Zorg (IFA) en andere organisaties die ze hadden ontmoet vóór de implementatie van de voorziening.

Op de opendeurdagen waren er **op de vijf dagen samen in totaal 209 deelnemers.**

#### Au programme :

- Voormiddag (9-12 u.) of namiddag (14-17 u.) naar keuze: rondleiding met presentatie
- 12-14 u.: netwerklunch

Er werden negen verklarende en participatieve panelen gebruikt als ondersteuning om **diverse thema's aan te kaarten: vaststellingen en uitdagingen, territoriale benadering, toegang/toegankelijkheid, continuïteit en geïntegreerde welzijns- en gezondheidsorganisatie** (zie bijlage, panelen OD).

Bij aankomst kregen de deelnemers een presentatiebrochure (zie bijlage, brochure). Deze brochure bevatte: een presentatie van de organisatie van de opendeurdagen, een korte uitleg over de logica van de zorgzones, een miniatuurversie van de negen verklarende en participatieve panelen (met de mogelijkheid om ze in een groter formaat te bekijken via een QR-code) en de drie posters die werden gebruikt om de thema's toegang, continuïteit en de geïntegreerde welzijns- en gezondheidsorganisatie te introduceren (zie bijlage, posters).

### 2.2.4 Focusgroepen

De focusgroepen (FG) gingen tegelijkertijd met de opendeurdagen van start en vonden plaats in elk van de vijf zorgzones, van oktober 2022 tot januari 2023, a rato van één sessie per maand, of in totaal vier sessies per zorgzone (en 20 sessies voor het hele Gewest).

De modaliteiten voor de verspreiding van de oproep tot kandidaatstelling aan de FG waren dezelfde als voor de opendeurdagen (zie 2.2.3). Voor het geval dat het aantal kandidaturen te groot zou zijn, hadden we een selectieprocedure voor de kandidaten toegevoegd (op basis van aangekondigde en transparante criteria (grondgebied, sector, functies, geslacht enz.) om het evenwicht in de vertegenwoordiging van de deelnemers na te leven). Voor vier van de vijf zorgzones hoefden we die niet uit te voeren aangezien het aantal kandidaturen de vastgestelde limiet

van het aantal plaatsen (20 deelnemers per focusgroep) niet had overschreden. Alleen in de zorgzone West lag het aantal kandidaturen hoger dan de vastgestelde limiet (vijftigtal kandidaturen). We hebben er echter toch voor gekozen om ze allemaal te behouden door deze focusgroep in twee subgroepen op te splitsen.

#### Deelnemers:

In totaal hebben 109 personen aan minstens één sessie van een focusgroep deelgenomen. Elke FG telde gemiddeld een twintigtal deelnemers. Voor de zorgzones Zuid-Oost en Noord was het aantal deelnemers lager.

Wat de profielen van de deelnemers betreft, vertegenwoordigden **de functies van coördinator, directeur, verantwoordelijke en project- of missieverantwoordelijke meer dan de helft van de deelnemers**. Dan komen de zelfstandigen en de in een dienst werkzame veldwerkers.

Er was een zekere diversiteit van de vertegenwoordigde diensten: ziekenhuizen, OCMW's, LGWC (lokale gezondheids- en welzijnscontract), wijkgezondheidscentra, ziekenfondsen, BAR's (buurtactierelais), gezinsplanning, apotheken, coördinatiecentra voor thuishulp en thuiszorg, hogescholen, CAW's, CASG's, burenhulpnetwerken enz., maar er was toch een overwicht van verenigingen die met specifieke doelgroepen werken (ouderen, verslaafden, personen met geestelijke gezondheidsproblemen). Ook de Nederlandstalige werknemers en verenigingen waren vertegenwoordigd. We moeten echter wel opmerken dat de vertegenwoordiging op bepaalde grenzen stuitte (zie 2.3.2).

#### Op het programma:

Elke focusgroep duurde twee uur en had als doel in kleine groepen met steeds dezelfde personen een gunstig kader te creëren om **dieper in te gaan op de voorstellen voor concrete en operationele pistes voor acties**. Elke sessie behandelde respectievelijk een van de drie thema's van het GWGP: de toegang, de continuïteit en de geïntegreerde welzijns- en gezondheidsorganisatie. De laatste sessie was gewijd aan de bespreking en validatie van de verzamelde resultaten (restitutie focusgroep).

Zoals voor elk proces dat berust op collectieve intelligentie, namen we de tijd om het eens te worden over de regels die in acht moeten worden genomen om in een constructieve en respectvolle sfeer te kunnen werken (zie bijlage, paneel regels FG).

Elke themasessie begon met de kritische lezing van een fictieve situatie met elementen van reële situaties (casus genaamd), om de bespreking te vergemakkelijken en opnieuw te focussen (zie bijlage, casussen). Er werd gevraagd om het denkwerk zoveel mogelijk te richten op het niveau van de zorgzone. Tijdens een eerste brainstorming konden de deelnemers zich uitspreken over de casus: de problemen die hij aan het licht bracht, maar ook de discrepantie met hun praktijk op het terrein. In de tweede brainstorming vroegen we hen om zich los te maken van de casus en de interventies te richten op mogelijke oplossingen voor de problemen die ze hadden vastgesteld in hun praktijk.

Tussen elke sessie ontvingen de deelnemers per e-mail een verslag van de vorige sessie (zie bijlage, verslagen) waarop ze konden reageren tijdens de volgende sessie of per e-mail.

#### 2.2.5 Digitale consultatie (DC)

Na de analyse van de tijdens de opendeurdagen en focusgroepen verzamelde voorstellen, stelden we **een online enquête voor om de voorstellen verder uit te werken, de prioriteiten verder te bepalen en de voorwaarden voor de implementatie ervan te verduidelijken**. Met de enquête wilden we ook de personen bereiken die de andere initiatieven niet hadden kunnen bijwonen. De enquête werd opgesteld door de CBCS en Brusano. Het specifiek voor de burgers bestemde gedeelte werd vervolgens door een gebruiker beoordeeld en verbeterd.

De digitale consultatie (DC) was zowel in het Frans als in het Nederlands beschikbaar. Ze bestond uit 2 gedeelten: een voor professionals en een voor gebruikers. Afhankelijk van het profiel van de respondenten, hadden sommigen de mogelijkheid om op beide gedeelten te antwoorden als ze dat wilden. De invultijd van de enquête werd geschat op minder dan 10 minuten. De vragenlijst bevatte zowel gesloten als open vragen. De verkregen antwoorden zijn anoniem.

De digitale consultatie (DC) was online beschikbaar op de site van de Veranderateliers, van 10 januari tot 3 februari 2023. Ze werd op dezelfde manier en via dezelfde netwerken verspreid als de opendeurdagen en de focusgroepen.

De vragenlijst bestond uit zeven vraaggroepen (zie bijlage, overzicht vragen digitale consultatie):

- identificatie van de profielen van de respondenten
- keuze van prioritaire domeinen uit de vier voor de zorgzones geïdentificeerde missies (zie 2.4.1), om de professionals te ondersteunen en de begeleiding te verbeteren

- verduidelijking van concrete acties per vraaggroep per domein/missie, de mogelijkheid om verduidelijkingen of opmerkingen bij elke actie te geven, en tenslotte een vraag die de mogelijkheid bood om andere acties voor het betrokken domein voor te stellen
- algemene open vraag met ruimte voor vrije opmerkingen

De DC heeft in totaal **266 antwoorden** verzameld, waarvan ongeveer 240 bruikbare. Ongeveer 20% van de antwoorden was in het Nederlands. 25% van de respondenten hadden ook aan de OD deelgenomen, en 15% aan een FG. 60% van de respondenten had aan geen enkel ander initiatief van het VA deelgenomen. **De DC heeft dus zijn doel om een breder publiek te bereiken dan dat van de andere initiatieven van de VA niet gemist.**

De respondenten waren voornamelijk professionals (**212 antwoorden**), maar ook een dertigtal burgers hebben de enquête ingevuld.

De grote meerderheid van de **professionals** was tewerkgesteld in een organisatie, maar er waren ook **een dertigtal zelfstandigen** en 6 vrijwilligers. De ene helft van deze professionals had leidinggevende en coördinerende taken, de andere helft was betrokken bij de begeleiding, hulp en zorg en had direct contact met de gebruikers. Sommigen waren actief in beide categorieën. Onder diegenen die personen begeleiden/verzorgen was er een **grote verscheidenheid aan beroepen**, meer dan twintig. Vier beroepen waren echter sterker vertegenwoordigd: huisartsen en sociaal assistenten/maatschappelijk werkers (elk ongeveer 20%), en verpleegkundigen en psychologen (elk ongeveer 10%). Een tiental antwoorden was afkomstig van personeel van ondersteunende diensten, advies-/onderzoeksdiensten en politieke diensten.

Van de burgers die hebben geantwoord, bevond 80% zich in de arbeidsgeschikte leeftijd (25-69 jaar), de anderen waren ouder. Twee derde bevonden zich niet in een gecompliceerde sociale of medische situatie, waarvan ze dachten dat ze die niet het hoofd konden bieden. De woonplaatsen waren vrij verdeeld over het Brussels Hoofdstedelijk Gewest: 13 van de 19 gemeenten waren vertegenwoordigd.

## ➤ 2.3 Beperkingen van de oefening



De VA's werden geconfronteerd met verschillende beperkingen qua tijd en qua vertegenwoordiging die grenzen stellen aan de oefening.

### 2.3.1 Een beperking qua tijd

We hadden zeer **weinig tijd voor het opzetten, het organiseren en het analyseren van de verzamelde gegevens**. Zo overlaptten de beslissingen en politieke agenda's met de agenda van de VA's. De definitie van de zorgzones was bijvoorbeeld nog niet bevestigd toen we van start gingen met de opendeurdagen en de focusgroepen, wat bij de deelnemers voor heel wat vragen en frustraties zorgde. We hebben dus methodologische en thematische keuzes moeten maken om de deadlines te kunnen respecteren (zie 2.1).

### 2.3.2 Een beperking qua vertegenwoordiging

Ondanks de belangstelling voor de benadering bij veel professionals, was **de effectieve deelname aan de opendeurdagen niet slecht, maar toch beperkt** ten opzichte van het aantal welzijns- en gezondheidsprofessionals in het gebied.

Wat de profielen van de deelnemers betreft, bekleedden de professionals uit de welzijns- en gezondheidssector die aan de focusgroepen hebben deelgenomen **hoofdzakelijk coördinerende en vertegenwoordigende functies**, al namen ook veldwerkers deel aan de bijeenkomsten. Bepaalde belangrijke sectoren of functies in het kader van een reorganisatie (bv. LGWC, BAR, OCMW's, ziekenhuizen, gezinssituaties, jeugd) waren minder goed vertegenwoordigd. Dankzij de digitale consultatie konden echter een honderdtal professionals deelnemen die rechtstreeks in contact staan met gebruikers voor begeleiding, hulp of zorg, in een twintigtal verschillende beroepen (zie 2.2.5). Aangezien de digitale consultatie minder tijd vergde, was ze nuttig om deze actoren op het terrein te bereiken.

Deze gegevens zijn belangrijk omdat ze **op zich al een vaststelling vormen** en vragen stellen bij dit specifieke proces en de voorwaarden voor deelname van de stakeholders aan toekomstige raadplegings- en samenwerkingsinitiatieven.

Er zijn verschillende hypothesen die de vrij geringe deelname kunnen verklaren:

- Veel veldwerkers vertelden ons dat ze **geen tijd hadden om aan deze bijeenkomsten deel te nemen** omdat ze te veel werk hadden. Het voorstel van de VA's creëert dus een conflict tussen de deelname aan bijeenkomsten om de situatie in de toekomst te verbeteren en het reageren op de noodgevallen in het veld.
- Volgens de veldwerkers vallen de uitdagingen die in de VA's aan bod komen, **onder de verantwoordelijkheid van de directiefuncties**. We moeten dus beter communiceren over dit voorstel om de interesse te wekken van alle niveaus en deze te betrekken, om te kunnen profiteren van de onmisbare ervaring van de veldwerkers.
- Omdat we niet op het directe verband met het GWGP (zie 2.1) wilden wijzen, was onze **communicatie misschien niet duidelijk en motiverend genoeg** voor sommige potentieel betrokkenen.

Deze verminderde betrokkenheid van de werknemers uit de welzijns- en gezondheidssector en verwante sectoren brengt ons ertoe de **volgende waarschuwingen te formuleren**:

- wanneer we in dit verslag over de welzijns- en gezondheidssector spreken, gaat het om de deelnemers aan het VA-proces.
- de gepresenteerde voorstellen mogen niet als representatief worden beschouwd voor de welzijns- en gezondheidssector; ze weerspiegelen alleen wat de deelnemers aan het proces hebben aangehaald.

## 2.4 Proces voor de analyse van de inhoud

### 2.4.1 Eerste analysefase

De eerste fase bestond uit een thematische analyse van de tijdens de opendeurdagen en focusgroepen verzamelde gegevens, om er de belangrijkste mogelijke missies voor de zorgzones en de door de deelnemers aangeduide prioriteiten uit te filteren. Zo konden de gegevens worden afgestemd op het werk van de WG Grondgebied<sup>1</sup> en kon de analyse worden teruggekoppeld naar de deelnemers van de focusgroepen tijdens de sessie van januari.

<sup>1</sup> WG Grondgebied is een werkgroep die werd opgericht op initiatief van het Kabinet Maron om de grote lijnen, opdrachten en het bestuur op het niveau van de zorgzone te conceptualiseren. De werkgroep bestaat uit leden van het Kabinet, gemeenten, wetenschappelijke experts en vertegenwoordigers van steunpunten en actoren uit de welzijns- en gezondheidssector.

We gingen daarvoor als volgt te werk:

- Analysen van de gegevens om ze te kunnen groeperen:
  - opname van alle tijdens de opendeurdagen en focusgroepen vermelde problemen en mogelijke oplossingen in een Excel-tabel
  - toewijzing van elk probleem aan een meer algemene problematiek (bv. probleem = openingsuren -> problematiek = onthaal)
  - identificatie van acht problematieken: onderlinge professionele kennis, kennis van het aanbod door de gebruiker, basisaanbod, onthaal, coördinatie, uitwisseling van gegevens, territorialisering, mobiliteit
  - analyse van de voorgestelde acties voor deze acht problematieken om te kijken welke acties betrekking hadden op de zorgzones en welke functies dit verleende aan de zorgzones
  - identificatie van vier hoofdfuncties: verbeteren en uitwisselen van de kennis over welzijn en gezondheid, helpen om het aanbod te verrijken door een grotere complementariteit, opleidingen geven en administratieve ondersteuning bieden
  - vergelijking van de geïdentificeerde missies met de functies vermeld in de nota van de WG Grondgebied (kennis, netwerk, coördinatie, preventie)
  - afstemming van de functies van de WG Grondgebied met de na de analyse geïdentificeerde missies
- Gebruik van de resultaten van de thematische analyse om de digitale consultatie vorm te geven
- Vorbereiding van de restitutie focusgroepen in januari
  - twee ateliers van ½ dag
  - beslissing over de inhoud van de restitutie van januari
  - de acties van de zorgzones verder sorteren en groeperen per functie van de zorgzone
  - voorbereiding van een presentatie voor de focusgroepen

### 2.4.2 Tweede analysefase

De tweede fase bestond uit het aanvullen of wijzigen van de eerste resultaten op basis van:

- de feedback verzameld na de restituties van de verschillende focusgroepen
- de resultaten van de digitale consultatie die plaatsvond in januari 2023

Dankzij deze analysefasen kon rekening worden gehouden met de input die gedurende het hele proces (van de opendeurdagen tot de digitale consultatie) werd geproduceerd.

Al deze input werd gebruikt om dit verslag op te stellen.

# 3. MOGELIJKHEDEN EN RISICO'S VAN DE ZORGZONES

*De deelnemers aan de VA's onderkennen bepaalde mogelijkheden van de zorgzones, maar wijzen ook op risico's en bezorgdheden met betrekking tot de territorialisering.*

## ➤ 3.1 Mogelijkheden van de zorgzones

De deelnemers aan de VA's onderkennen bepaalde mogelijkheden van de zorgzones, maar wijzen ook op risico's en bezorgdheden met betrekking tot de territorialisering.

### 3.1.1 Mogelijkheden van de zorgzones

Er bestaan veel **diagnostieken** maar ze zijn niet bij iedereen bekend, en ze worden nog minder gedeeld en besproken om tot een uniforme kennis van de welzijns- en gezondheidssituatie van de zorgzone te komen.

De zorgzones zouden de bestaande diagnostieken kunnen verzamelen, centraliseren en gesprekken kunnen organiseren rond de welzijns- en gezondheidssituatie van de zorgzone. Aan de hand van die verzamelde en gedeelde kennis zouden **specifieke doelstellingen voor de zorgzones** kunnen worden vastgesteld om geleidelijk **een cultuur en identiteit van de zorgzone op te bouwen** waarin de actoren op het terrein gemeenschappelijke doelstellingen nastreven.

Er kan ook gebruik worden gemaakt van de beoordelingen van andere projecten (107, LGWC, senioren-projecten enz.) om er lessen uit te trekken voor de goede werking van de zorgzone.

Dit zou helpen om met één stem namens de zorgzone aan de politiek door te geven waar het systeem in gebreke blijft, waar het niet goed werkt en waar er hiaten zijn tussen vraag en aanbod.

### 3.1.2 Inventariseren wat er bestaat en overleg organiseren

Naast de diagnostiek van de welzijns- en gezondheidssituatie, zou de zorgzone een repertorium kunnen maken van **alle actoren van de welzijns- en gezondheidssector en de netwerken en bestaande initiatieven in de zorgzone**. Hoewel een volledig repertorium van het welzijns- en gezondheidsaanbod moet gebeuren op maat van het Gewest, zou op het niveau van de zorgzone kunnen worden ingezoomd op het aanbod en de lopende initiatieven. Dat zou nuttige informatie zijn voor de Adviesraad bij de toekenning van erkenningen. Een up-to-date kadaster van de beschikbare bedden in de zone wordt ook bijzonder nuttig geacht.

Om deze kennis tussen actoren op het terrein te ondersteunen, zou de zorgzone verschillende tools kunnen opzetten, zoals een website met alle informatie, alle activiteiten op maat van de zorgzone (gedeelde agenda) of zelfs 'chat'-platformen tussen actoren.

Zodra de diensten geïnventariseerd zijn, zou de zorgzone **de ontmoetingen tussen professionals moeten bevorderen** zodat ze elkaar beter leren kennen, om samen te werken – in plaats van elkaar te beconcurreren – en oplossingen te vinden voor de welzijns- en gezondheidsproblemen in de zorgzone, en protocollen uit te werken. Die ontmoetingen zouden ook helpen om goede praktijken te verspreiden (bv. gele dozen) en de gebreken te inventariseren. De rol van de zorgzone zou erin bestaan een plaats voor deze uitwisselingen ter beschikking te stellen en deze ontmoetingen te organiseren.

### 3.1.3 De diensten ondersteunen door bepaalde taken te bundelen

De zorgzone zou ondersteuning kunnen bieden voor administratieve, logistieke en organisatorische taken, of taken op het gebied van communicatie (zie 4.3 en 4.4).

### 3.1.4 Opleidingen organiseren en aanbieden

Ten slotte zou de zorgzone een rol kunnen spelen op het gebied van opleiding. Het zou gaan om het ondersteunen van de bestaande cursussen en 'peer'-opleidingen of het organiseren van opleidingen die specifiek zijn voor de behoeften van de zorgzone.

## ➤ 3.2 Bezorgdheden en risico's met betrekking tot territorialisering

### 3.2.1 Complexiteit van het territorialiseringsproces

Zowel voor de gebruiker als voor de professionals is het extreem moeilijk om hun weg te vinden in het Brusselse welzijns- en gezondheidslandschap. We moeten ervoor zorgen **dat de zorgzone geen extra laag van de huidige 'lasagne' wordt** en een al onleesbaar systeem niet nog complexer maakt.

De rollen en functies van de zorgzone moeten dus een echte meerwaarde bieden voor het veld en voor de burgers-gebruikers en uiteindelijk **het landschap vereenvoudigen**

**om de toegang tot diensten** te vergemakkelijken en de non-take-up te verminderen.

We moeten de samenhang verzekeren tussen wat er apart is (op het niveau van de zorgzone) en wat er gegroepeerd is (op het niveau van het gewest) en het delen van informatie op gewestelijk niveau bevorderen om de kennis en informatie niet verder te versnipperen.

### 3.2.2 Afstemming en definitie van de rollen

**De coördinatie van welzijn-gezondheid op territoriaal niveau bestaat al**, voornamelijk op het niveau van de wijk of de gemeente. De eerste stap is het erkennen en ophoofden van alle diensten die samenwerken om ons er op te baseren en ze te versterken.

Daarna **is een duidelijke afstemming tussen niveaus nodig** opdat de operatoren op het terrein het landschap zouden begrijpen en er hun weg in zouden vinden.

Er moet worden nagedacht over de plaats van elke dienst, wat er het meest logisch is: gewest, zorgzone, gemeente, wijken? Zodra het antwoord op deze vraag is gegeven, moet de rol van de verschillende partijen worden herbekeken opdat alles logisch zou zijn: de rol van de coördinatoren op de verschillende niveaus en hun onderlinge afstemming en de afstemming met de operatoren op het terrein moeten worden verduidelijkt (bv. LGWC, BAR, CHW, CPPS). Ook de CAW (Centra Algemeen Welzijnswerk), CASG (Centre d'Action Sociale Globale), buurthuizen en lokale dienstencentra spelen een belangrijke rol als laagdrempelige en algemene eerstelijnsdiensten. Er werden veel ideeën naar voren gebracht op andere niveaus dan de zorgzone die niet in het document zijn opgenomen, maar terug te vinden zijn in de bijlage (zie bijlage, voorstellen op andere niveaus dan de zorgzone).

Bij de implementatie van deze structuren moet rekening worden gehouden met de tijd die de welzijns- en gezondheidswerkers moeten besteden aan de ontwikkeling van proefprojecten. Voor de BAR staken de werknemers bijvoorbeeld ontzettend veel energie in het opleiden van nieuwkomers, maar dit werk werd door niemand erkend.

Het **coördinatiewerk op zich moet worden erkend en gefinancierd** om de dienstverlening aan de burgers-gebruikers niet in het gedrang te brengen. Dit werk mag echter de begeleiding en opvolging van de gebruikers niet vervangen, om de toegankelijkheid van de diensten niet te ondermijnen door langere wachttijden.

### 3.2.3 Grenzen tussen de zorgzones en interne verschillen

Door de implementatie van zorgzones kan het aanbod worden aangepast aan de bevolkingsgroepen die er wonen. Alle actoren die werkzaam zijn in een zorgzone, hebben een verantwoordelijkheid ten opzichte van de bevolkingsgroepen die er wonen of rondreizen. Ze moeten dus collectief zorgen voor het welzijn van hun bevolkingsgroep door hen de noodzakelijke hulp en zorg te bieden. Dit omvat monitoring om een gebrek aan middelen vast te stellen en adequaat in te spelen op de behoeften of op de opkomst van nieuwe behoeften die een aanpassing van het aanbod vereisen. Die monitoring moet de zorgzones in staat stellen om de autoriteiten aan te spreken; een afstemming tussen de zorgzones en het Gewest is dus essentieel.

De grenzen tussen de zorgzones blijven fictief in die zin dat de bevolking mobiel is en vrij is in haar keuze om zich te laten begeleiden of verzorgen. Daarnaast moet er solidariteit zijn tussen de zorgzones ten behoeve van de bevolking, bijvoorbeeld wanneer bepaalde diensten verzadigd zijn. De zorgzones moeten dus op elkaar worden afgestemd, en we moeten zorgen voor hun poreusheid en ze niet als grenzen maar eerder als doorgeefluiken beschouwen.

Het probleem van de **diensten die zich aan de grenzen** van de zorgzones bevinden of die op het hele grondgebied van het Gewest actief zijn, moet worden aangepakt om te voorkomen dat de diensten noodzakelijkerwijs worden opgesplitst in vijf entiteiten en dat dit onderbrekingen in het traject van de begunstigden veroorzaakt.

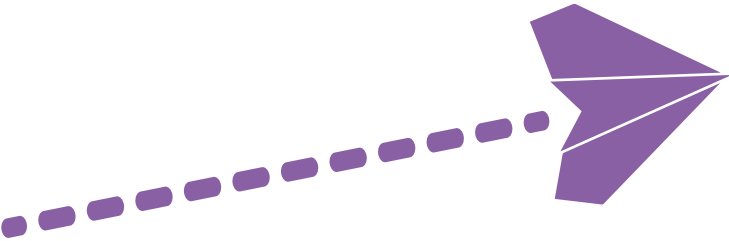
We moeten erkennen dat **de zorgzones geen homogene gebieden zijn**. We kunnen niet werken op basis van middelen op het niveau van de zorgzones. Vandaar de noodzaak **om rekening te houden met lokale bijzonderheden** (wijk, groep wijken) in de zorgzones om het aanbod dienovereenkomstig aan te passen. We merken met name op dat er armoedehaarden zijn in zorgzones die meer welvarende gemeenten bestrijken.

Bovendien zijn bepaalde problematieken, zoals **zeldzame ziekten**, moeilijk te territorialiseren wegens hun specifieke karakter.

De deelnemers maken zich zorgen over de te grote **omvang** van de zorgzones voor welzijns- en gezondheidswerk, dat gedetailleerde kennis van de gebruikers en structuren vereist en alleen op wijkniveau kan worden uitgevoerd.



# 4. ACTIEPISTES



Op basis van de opendeurdagen, focusgroepen, digitale consultatie en presentaties, formuleren we hieronder actiepiestes gegroepeerd rond vier mogelijke rollen voor de zorgzones die overeenstemmen met de door de WG Grondgebied vermelde opdrachten: kennis, netwerk, coördinatie en preventie. Voor al deze thema's maken we een onderscheid tussen twee soorten acties: prioritair en aanvullende. De acties die als prioritair worden beschouwd, werden niet direct als dusdanig geïdentificeerd door de deelnemers, maar liggen in de lijn met wat er is gezegd en bij de vaststelling ervan werd rekening gehouden met het huidige hervormingslandschap, de mogelijke rollen die we zouden willen toewijzen aan de zorgzones en een inschatting van de haalbaarheid van de acties (middelen, wat er al bestaat, implementatietermijn enz.).

## ➤ 4.1 Kennis

---

De zorgzone moet een rol spelen om de kennis over de noden en behoeften van de bevolking en over het huidige aanbod in de zorgzone te centraliseren, organiseren en ter beschikking te stellen. Daartoe komt het er voornamelijk op aan om diagnoses uit te wisselen en op te lijsten wat er al bestaat, maar ook om specifieke doelstellingen te bepalen voor de zorgzone en de zichtbaarheid van de diensten in het gebied te verbeteren.

#### 4.1.1 Prioritaire acties

##### **VOORSTEL 1**

###### **Uitwisselen van diagnoses om ze te versterken**

Er zijn veel diagnoses op verschillende niveaus: wijk (BAR, CHW, BRICO, CASG), groep wijken (LGWC), gewest (OGW), sector. Deze diagnoses zijn in het algemeen niet bekend bij alle actoren van de zorgzone. **Een gedetailleerde kennis van de welzijns- en gezondheidssituatie op het niveau van de zorgzone zou echter helpen om samen** de welzijns- en gezondheidsparameters aan te pakken om de welzijns- en gezondheidssituatie van de bevolking in de zorgzone te verbeteren.

Er werden verschillende niveaus van verdieping voorgesteld voor deze actie die afhankelijk van het beoogde niveau in verschillende fasen kunnen worden geïmplementeerd:

###### **1<sup>e</sup> niveau :**

- **oplijsten van de bestaande diagnoses** in de zorgzone
- **de diagnoses verspreiden** en ze beschikbaar stellen op een plaats die toegankelijk is voor de welzijns- en gezondheidsprofessionals, eventueel via een digitaal platform
- **de diagnoses bespreken** volgens een overeen te komen frequentie met de welzijns- en gezondheidsprofessionals van de zorgzone om de balans op te maken van de evolutie van de zorgzone. Specifieke acties kunnen worden overwogen en besproken in verband met elders gedefinieerde doelstellingen van de zorgzone (zie 4.1.2)

###### **2<sup>e</sup> niveau :**

- **samen beslissen welke gegevens relevant zijn op het niveau van de zorgzone** en op welke manier ze moeten worden uitgewisseld (kwantitatieve en kwalitatieve gegevens, ontbrekende gegevens, bestaande databases en manier van uitwisselen)
- ervoor zorgen dat de diagnoses en gegevens up-to-date zijn

###### **3<sup>e</sup> niveau :**

- de verzamelde **diagnoses** analyseren om een goed inzicht te krijgen in de dynamiek van het aanbod en de behoeften in de zorgzone
- ook de bestaande grijze literatuur **verzamelen** met informatie over de behoeften en het aanbod in de zorgzone

##### **Voorwaarden voor de implementatie**

- zorgen voor regionale samenhang tussen de zorgzones, zeker wat betreft de manier van gegevens uitwisselen, het formaat van de gegevens en acties die relevant zijn voor de diagnoses op het niveau van de zorgzones
- aandacht besteden aan het kwalitatieve, niet alles is in cijfers uit te drukken. Het welzijns- en gezondheidswerk mag niet alleen worden beoordeeld op basis van gekwantificeerde diagnoses, bepaalde acties kunnen niet voldoen aan gekwantificeerde productiedoelstellingen
- wijzen op de interne verschillen in de zorgzone in de zorgzone-diagnoses. Elke zorgzone heeft immers wijkspecifieke kenmerken die zich niet weerspiegelen in statistieken of gemiddelden berekend op het niveau van de zorgzone
- de passende middelen ter beschikking stellen (tools, tijd en financiering), afhankelijk van het beoogde niveau voor deze actie
- de tijd die wordt besteed aan bijeenkomsten en debatten erkennen en valoriseren. Er moeten stimulansen worden gevonden om de deelname aan de bijeenkomsten aan te moedigen en er moet financiering worden verstrekt zodat de deelname de dienstverlening aan de begunstigden niet in de weg staat.

##### **Voorbeelden van inspirerende praktijken**

- een hefboom op dat gebied kan het erkenningsmechanisme zijn, en de bestaande coördinatiepraktijken zoals de LOK (Lokale Kwaliteitsgroep) of gelijksoortige praktijken waar de tijd die aan deze bijeenkomsten wordt besteed in aanmerking wordt genomen en naar waarde wordt geschat.

## **VOORSTEL 2** **Ondersteunen van de ontwikkeling van een repertorium van de Brusselse welzijns- en gezondheidsactoren**

In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest zijn er verschillende repertoria van de welzijns- en gezondheidsactoren. Voorbeelden zijn Sociaal Brussel, Zipster, Zorgzoeker, sectorale repertoria en nog vele andere. De repertoria zijn echter onvolledig, niet up-to-date en niet gebruiksvriendelijk, noch voor de begunstigden noch voor de professionals. Het voorstel bestaat uit het bijdragen aan en ter beschikking stellen van één, gestructureerd en up-to-date repertorium met de welzijns- en gezondheidsactoren die actief zijn op het Brusselse grondgebied. De rol van de zorgzone bij het opstellen van dit repertorium zou zijn om:

- **op te lijsten wat er al bestaat**
- **te helpen bij het aanvullen en bijwerken van het repertorium**
- **in te zoomen op de actoren van de zorgzone** om meer details te bieden

### *Voorwaarden voor de implementatie*

- de verzadiging van de diensten aanpakken: het nut van het repertorium is rechtstreeks afhankelijk van de toegankelijkheid van de diensten. Als de diensten verzadigd zijn, heeft het repertorium weinig nut want het heeft geen zin burgers door te verwijzen naar diensten die verzadigd zijn
- werken aan de toegang tot rechten: het heeft geen zin mensen naar diensten te leiden waarop ze geen beroep kunnen doen wegens een gebrek aan rechten (werken aan de vereenvoudiging van de administratieve procedures en aan een betere kennis van deze procedures door professionals)
- zorgen voor een gewestelijke samenhang van het repertorium, zowel qua structuur als qua wijze van aanvullen. Het is niet de bedoeling om te eindigen met vijf repertoria, maar om één gewestelijk repertorium te hebben met algemene informatie en meer gedetailleerde lagen per zorgzone
- het repertorium moet in real time en gemakkelijk aan te vullen zijn, er moeten met name middelen en tijd worden voorzien en toegewezen voor de aanvulling en bijwerking van het repertorium
- een gebruiksvriendelijke versie van het repertorium ter beschikking stellen voor de gebruikers en een uitgebreider repertorium voor professionals. Het gebruik van begrijpelijke pictogrammen voor de aangeboden diensten is nuttig gebleken. De pictogrammen moeten op gewestelijk niveau op elkaar af worden gestemd en er moeten plug-ins

- (software om automatisch gegevens op te halen) worden geïmplementeerd voor de professionals en diensten
- een tweetalige versie van het repertorium voorzien
- in het repertorium alle professionals van de welzijns- en gezondheidssector in Brussel opnemen, ongeacht de taalgroep en de subsidiërende overheid
- het repertorium ondersteunen met oplossingen die interprofessionele contacten mogelijk maken (zie 4.2), want het repertorium is slechts een hulpmiddel
- de vrijheden van vereniging niet beperken, noch professionals en begunstigden verhinderen om de grenzen van de zorgzones over te steken. Het repertorium moet helpen om middelen buiten de zorgzone te vinden om de tekorten aan te pakken en de zorgzone te verbeteren door te steunen op deze middelen

### *Voorbeelden van inspirerende praktijken*

- de bestaande repertoria
- de bestaande apps. Een voorbeeld daarvan Le Bon Plan van Dune vzw: een app voor gebruikers die automatisch bepaalde gegevens van Brussel Sociaal ophaalt en ze weergeeft in de vorm van pictogrammen. De app is zeer gebruiksvriendelijk.

### *Te verduidelijken*

- de informatie die in het repertorium moet worden opgenomen (detailniveau, maar ook bijvoorbeeld de verzadigingsgraad, een overzicht van de beschikbare bedden of plaatsen)
- de afstemming van de niveaus en afstemming tussen wat er nieuw is en wat er al bestaat
- de vorm van het repertorium: gemeenschappelijke tool die elke vereniging/dienstverlener kan personaliseren via zijn eigen kanalen, tool waarmee elke vereniging/dienstverlener zijn eigen lokale kaart kan creëren, ophalen en afdrucken
- de reikwijdte van het repertorium, met name:
  - deelname van de actoren aan netwerken?
  - informele netwerken (vrijwilligers, mantelzorgers)?
  - initiatieven en projecten?
  - ondersteunende diensten?
  - diensten van de ziekenfondsen?
  - patiëntennetwerken?
  - ondersteunende gemeenschappen?
- de manier om gedetailleerde kennis van de actoren en het netwerk op te nemen
- de mogelijkheid om opleidingssessies te voorzien over het gebruik van het repertorium en de mogelijke personalisering ervan.

### 4.1.2 Aanvullende acties

De deelnemers brachten nog andere ideeën voor acties op het gebied van kennis naar voren, met name:

➔ **De doelen van de zorgzone bepalen:** op basis van een gedetailleerde kennis van de welzijns- en gezondheidssituatie van de zorgzone dankzij het delen van diagnoses, zou elke zorgzone zich doelen kunnen stellen (specifieke en gerelateerd aan gewestelijke doelen) en een actieplan kunnen opstellen om de situatie te verbeteren en de nodige budgetten te kunnen aanvragen.

➔ **Het aanbod zichtbaar maken in het straatbeeld:** de presentatie van het aanbod harmoniseren en zichtbaar maken door het aanbrengen van gemakkelijk te herkennen pictogrammen op de gevel van gebouwen. De organisaties zouden hun eigen naam behouden, maar een algemeen gemeenschappelijk identificatiesymbool toevoegen zodat ze overal gemakkelijk te herkennen zijn. Over de homogenisatie van symbolen zou op het niveau van het Gewest moeten worden beslist, maar de toepassing ervan zou op het niveau van de zorgzone gebeuren.

## ➤ 4.2 Netwerk

De kennisfunctie maakt de identificatie mogelijk van de verschillende diensten die actief zijn in de zorgzone, maar het soort informatie dat wordt verzameld en verspreid, of het nu op papier of in digitale vorm is, blijft zuiver abstract en is niet altijd voldoende om de samenwerking te waarborgen. In de netwerkfunctie gaat het erom dit niveau te overstijgen om **een onderlinge kennis te hebben** die een dynamiek kan ondersteunen die vertrouwen schept en een collectieve identiteit met betrekking tot het referentiegebied en zijn bevolking creëert waardoor een gevoel van gedeelde verantwoordelijkheid ontstaat. Daarvoor is het vooral van belang om de onderlinge kennis tussen professionals te ontwikkelen en centrale informatiepunten te hebben om samen oplossingen te vinden.

### 4.2.1 Prioritaire acties

#### VOORSTEL 3

#### Ontwikkelen van de onderlinge kennis van de actoren op het terrein

Tijdens de VA's werd er een gebrek aan kennis tussen de diensten van eenzelfde zorgzone vastgesteld. Dit voorstel wil dit gebrek aanpakken door de onderlinge kennis te ontwikkelen.

Die wordt opgebouwd door regelmatige bijeenkomsten en uitwisselingen tussen diensten of professionals van eenzelfde zorgzone, niet alleen om te weten wie er in de andere diensten werkt, maar ook op welke manier en met wie. In dat verband kan de zorgzone twee acties ondersteunen. Ten eerste, samen en regelmatig **investeren in derde plekken**. Bijeenkomsten zoals die welke worden georganiseerd in het kader van de VA's zouden een goed vertrekpunt kunnen zijn om een netwerk op het niveau van de zorgzone op te zetten. Ten tweede, om dit netwerk te versterken, is het nodig om **transversale intersectorale onderdempelingen te organiseren**. De derde plekken worden dan verlaten om naar de andere diensten te gaan. Professionals zouden zo de andere diensten en hun cultuur beter kunnen leren kennen, maar ook structurele verbanden kunnen creëren en de juiste dienst op het juiste moment kunnen inschakelen.

#### Voorwaarden voor de implementatie

- een verbindend beroep financieren of, ten minste, de tijd erkennen die wordt besteed aan onderdempelingen en bijeenkomsten in de functies van welzijns- en gezondheidsprofessionals
- logistieke ondersteuning hebben om de verschillende bijeenkomsten (met inbegrip van de onderdempelingen) te organiseren
- identificeren wat er al bestaat om inspiratie te putten uit goede praktijken, de diensten/groepen te identificeren die bijeenkomsten kunnen organiseren en bestendigen wat er formeel of informeel al bestaat
- een groot aantal welzijns- en gezondheidsactoren uitnodigen om aan de bijeenkomsten deel te nemen
- de banden identificeren tussen bepaalde dienstverleners of structuren die momenteel onvoldoende zijn om ervoor te zorgen dat ze onderlinge kennis kunnen uitwisselen
- ervoor zorgen dat de voorgestelde plaatsen en uren voor de bijeenkomsten gemakkelijk toegankelijk zijn, en zorgen voor verschillende modaliteiten (face-to-face, online)
- de deelname van professionals aan de bijeenkomsten en onderdempelingen legitimeren door ze op te nemen in de beschrijving van hun functies of opdrachten, en de nodige tijd en middelen te voorzien, ook voor zelfstandigen
- een echte samenwerkingscultuur ontwikkelen door vanaf de studies activiteiten voor het delen van kennis op te zetten

#### Voorbeelden van inspirerende praktijken

Er bestaan al voorbeelden van intersectorale onderdempelingen, bijvoorbeeld 'De Rezoneweek', een onderdempeling opgezet door de antenne 107 van Brussel-

Zuid, het project 'Papillon' van Maya en de 'kijkstages' van BruZel. Dat zou bruggen kunnen slaan tussen de Franstalige en Nederlandstalige diensten.

### *Te verduidelijken*

- de meest geschikte bestaande plaatsen voor een eerste contact tussen welzijns- en gezondheidsprofessionals op het niveau van de zorgzone
- aantal bijeenkomsten per jaar
- mogelijkheid om de sectoroverschrijdende onderdempelingen uit te breiden naar de ziekenhuizen. Daarmee zouden bruggen kunnen worden geslagen met een actor op het terrein, wat, zoals we verderop zullen zien (zie 4.3.2), van belang is om in te spelen op de continuïteit van de hulp en zorg

## **VOORSTEL 4**

### **Creëren van gecentraliseerde informatie- en communicatiepunten voor professionals en begunstigden**

De welzijns- en gezondheidsprofessionals worden overstelpt met informatie en hebben vaak niet genoeg tijd. Ze moeten deelnemen aan opleidingen, reageren op noodsituaties door hun persoonlijk netwerk in te schakelen en oplossingen vinden voor steeds complexere situaties, soms zonder de hulp van andere werknemers. **Op een efficiënte en gestructureerde manier de juiste informatie op het juiste moment kunnen vinden** en meningen kunnen delen zonder zich te hoeven verplaatsen zou hun werkomstandigheden kunnen verbeteren. Daartoe voorziet dit voorstel twee specifieke acties op het niveau van de zorgzone. Ten eerste: om het vinden van informatie en de communicatie tussen professionals te bevorderen zou **een digitaal platform ontworpen kunnen worden**. Dit zou een gedeelde agenda en een chat moeten bevatten. De agenda kan worden gebruikt om de informatie over alle evenementen (opleidingen, bijeenkomsten, beurs enz.) op het niveau van de zorgzone te centraliseren. De chat zou dan weer helpen om adviezen en goede praktijken te delen wanneer er snel oplossingen moeten worden gevonden voor de begunstigde. Ten tweede: om het gebruik van persoonlijke netwerken te overstijgen en de informatie op de netwerken toegankelijk te maken voor de verschillende diensten van een zorgzone, moet er worden **nagedacht over één referentiepersoon** in samenhang met de bestaande voorzieningen. De bedoeling van die functie zou zijn om de professionals naar de juiste diensten door te verwijzen en hen te helpen in situaties waarin dossiers geblokkeerd zijn.

### *Voorwaarden voor de implementatie*

- oplist van en voortbouwen op wat er al bestaat
- nadenken over een gebruiksvriendelijk digitaal platform
- opleiding geven over het gebruik en updaten van het platform
- de chat van het platform reserveren voor het delen van algemene informatie en de vertrouwelijkheid van de gebruikersgegevens waarborgen
- zorgen voor moderatie en een duidelijk kader ('beschermingsmaatregelen') om een consistente en respectvolle inhoud op het platform te behouden
- een selectie van activiteiten voorzien die op het platform worden doorgegeven
- ervoor zorgen dat de functie van referentiepersoon een zeker neutraliteit garandeert ten opzichte van de diensten die in de zorgzone werken. Tijdens voorstellen en heroriëntaties zou ze alle diensten moeten aangeven die relevant zijn voor de gebruiker, met inbegrip van de diensten die gewoonlijk verzadigd zijn. Het is aan de werknemer om dan een keuze te maken
- de functie van referentiepersoon linken aan vergelijkbare functies in andere zorgzones om indien nodig te kunnen doorverwijzen naar de diensten in de andere zorgzones
- voortbouwen op en onderhouden van de banden met wat er op wijkniveau gebeurt (bv. wijkreferent, BAR), maar ook met de andere voorzieningen van andere zorgzones

### *Voorbeelden van inspirerende praktijken*

- gratis nummer van de Federatie van de Maatschappelijke Diensten dat werd opgezet tijdens de coronacrisis, helpdesk Brusano
- de 'Chathub' van de OCMW's: dit is een communicatieplatform met een directe link naar verschillende diensten van de OCMW's (nog niet genoeg gebruikt)

### *Te verduidelijken*

- modaliteiten voor het opzetten van de functie van referentiepersoon: telefoonlijn, fysieke aanwezigheid op een ontmoetingspunt...
- mogelijkheid voor uitwisselingen per thema via de chat van het platform
- specifieke diensten van de referentiepersoon op het niveau van de zorgzone voor professionals die complexe situaties opvolgen

## 4.2.2 Aanvullende acties

Er werden nog andere acties genoemd, zoals de behoefte om banden tussen de verschillende netwerken tot stand te brengen en de noodzaak om een gevoel van gedeelde verantwoordelijkheid te creëren (het eerste helpt om het tweede te versterken).

### ➔ **Banden ontwikkelen met informele netwerken**

Het is belangrijk om banden te ontwikkelen met informele netwerken, d.w.z. de vrijwilligers, burens of mantelzorgers rond de personen (bv. «Bras dessus bras dessous», «CitiSen'», «Accolage»).

Professionals erkennen de informele netwerken als waardevolle partners. Ze helpen om: een tussenpersoon te vinden die een coördinatie rond de persoon kan opzetten; te anticiperen op toekomstige behoeften en zo te zorgen voor preventie; het isolement te doorbreken door het affectieve en relationele centraal te stellen in de relatie; aan de alarmbel te trekken wanneer een persoon van de radar verdwijnt (bijvoorbeeld een oudere persoon die niet meer wordt gezien op de welzijns- en gezondheidsplaatsen die hij regelmatig bezoekt).

De zorgzone zou bijvoorbeeld de volgende drie soorten activiteiten kunnen ondersteunen:

- **regelmatig welzijns- en gezondheidsbeurzen organiseren** die openstaan voor drie doelgroepen: begunstigden, informele netwerken en professionals. Dat zou de begunstigden kunnen informeren over en bewustmaken van de diensten die in de zorgzone worden aangeboden en een eerste contact mogelijk maken met de nog niet gekende informele netwerken.
- **bruggen kennen en slaan tussen het informele netwerk en de professionele diensten.** Het is belangrijk om in de eerste plaats de ondersteunende (fysieke en digitale) netwerken te kennen om al die informatie te groeperen en centraliseren (maar we moeten erop toezien dat het bestaan van de meest informele netwerken niet in gevaar komt). Deze gegevensverzameling moet het vervolgens mogelijk maken om een beslissingsboom te creëren om te zien waar de acties van de informele netwerken stoppen en waar die van de welzijns- en gezondheidswerkers beginnen
- **legitimeren van deze informele netwerken via een kader** om hen een vergoeding en een contract te kunnen aanbieden en hen ondersteuning te bieden (opleiding, overdracht van vaardigheden, psychologische ondersteuning). Er werd echter op

gewezen dat aangezien deze netwerken in wezen informeel zijn, een kader hen zou kunnen schaden. Ook hier is het van essentieel belang om te steunen op de bestaande goede praktijken (bv. het project 'Connecter' in Molenbeek), maar er moet ook voor worden gezorgd dat de overbelasting als gevolg van de verzadiging van de diensten zich niet naar de informele netwerken verplaatst

### ➔ **Een gedeelde verantwoordelijkheid ontwikkelen**

Een verantwoordelijkheid ontwikkelen in een gebied brengt een verandering in praktijken en mentaliteit mee. Die verantwoordelijkheid dwingt tot samenwerking op het niveau van de zorgzone met alle belanghebbenden om de welzijns- en gezondheidssituatie van de zorgzone te verbeteren. Het betekent samenwerken en samen beslissen over de verbeterpunten door eventueel gemeenschappelijke doelen te bepalen. Het werken aan de verwezenlijking van deze doelen zorgt op zijn beurt voor een sterker gevoel van gedeelde verantwoordelijkheid voor het gebied. Het is een opwaartse spiraal. Om hierin te slagen is natuurlijk een goede kennis vereist van de actoren op het terrein in het algemeen, maar ook van het netwerk rond het individu in het bijzonder. Daarom zou het, net als bij andere acties, wenselijk zijn om een zicht te hebben op de beschikbare opvangplaatsen. Die verantwoordelijkheid kan zich uitstrekken tot het opvolgen van de begunstigde, zelfs wanneer hij een dienst verlaat, om er zeker van te zijn dat hij goed blijft evolueren. Uiteraard kunnen deze opvolging en coördinatie alleen gebeuren met de toestemming van de gebruiker en zonder inmenging.

### ➔ **«Wandelingen» organiseren**

'Wandelingen' organiseren voor professionals om de verschillende diensten van de zorgzone te ontdekken, zodat zij het aanbod rondom hen beter kennen. Die wandelingen zouden thematisch kunnen zijn, bijvoorbeeld naar het model van de Rezoneweek.

## ➤ 4.3 Coördinatie

Coördinatie betekent **de afstemming tussen de actoren die te hulp schieten in complexe situaties, maar ook het beheer van de middelen** waarover de actoren op het niveau van de zorgzone beschikken.

Die coördinatie wordt zowel geformaliseerd in termen van organisatie (ontwikkeling van het onthaal, formaliseren van actieprotocollen, herverdeling van het aanbod, vergemakkelijken van de backoffice) als van ondersteuning van de informele sector.

### 4.3.1 Prioritaire acties

#### VOORSTEL 5

##### Opzetten van een « éénloketsysteem »

Het zou de bedoeling zijn om één loket per zorgzone op te zetten om **de toegang tot diensten te vergemakkelijken en hulp te bieden bij de acties**: alle vragen behandelen met betrekking tot het welzijns- en gezondheidsaanbod en het antwoord onmiddellijk coördineren. Dankzij dit éénloketsysteem zou elke gebruiker een duidelijk antwoord kunnen krijgen en naar de juiste dienst kunnen worden doorverwezen. Sommigen zouden wellicht alle welzijns- en gezondheidsdiensten op dezelfde plek kunnen groeperen om de heroriëntaties te vereenvoudigen en een duidelijk zichtbaar welzijns- en gezondheidscentrum aan te bieden (bv. CAW, Geïntegreerde Welzijn en Gezondheidscentra, CASG), maar dat is niet de enige mogelijkheid.

#### Voorwaarden voor de implementatie

- een geschikte plaats vinden (gemakkelijk herkenbaar en toegankelijk, niet stigmatiserend enz.)
- ervoor zorgen dat het onthaalpersoneel over de nodige informatie beschikt om een antwoord te kunnen bieden
- de verschillende niveaus op elkaar afstemmen

#### VOORSTEL 6

##### Ontwikkelen en afstemmen van de liaisonfuncties

Het doel is om **de verschillende bestaande liaisonfuncties onderling op elkaar af te stemmen en om deze te ontwikkelen**. Van de bestaande liaisonfuncties zorgen sommige voor de verbinding tussen structuren/dienstverleners of tussen diensten en gebruikers op gemeenschapsniveau,

terwijl andere op individuele begeleiding zijn gericht.

Wat de individuele begeleiding betreft, zou deze liaisonfunctie verschillende vormen kunnen aannemen. Voor de meest complexe dossiers zouden referentiecoördinatoren kunnen zorgen voor de verbinding tussen begunstigden en de actoren rondom hen.

Wat de verbinding tussen diensten en gebruikers betreft, zal deze liaisonfunctie in eerste instantie verantwoordelijk zijn voor het opmaken van een stand van zaken van wat er al bestaat en een netwerk van de actoren: de eerste essentiële stap om de actoren te coördineren en de continuïteit van de zorg te waarborgen, want er zijn veel diensten en van onderlinge coördinatie is nauwelijks sprake.

#### Voorwaarden voor de implementatie

- zorgen voor de ondersteuning van de bestaande functies zodat ze elkaar binnen de wijk en tussen verschillende wijken kennen en zichtbaar zijn voor de begunstigden
- opzetten van *caseloads* om de coördinatie tijd in de werklust van bepaalde werknemers in aanmerking te nemen. Daarna moet de tijd worden gemeten die nodig is om kwaliteitswerk te leveren (bijvoorbeeld via timesheets) om een voorstel tot vergoeding te kunnen doen (naar het voorbeeld van wat er in de apotheken werd gedaan voor de vergoeding van de vaccinatietijd)
- de coördinatie toevertrouwen aan diensten die daarvoor over de nodige middelen beschikken
- de zorgzone de mogelijkheid geven om ondersteuning te bieden, met name door *casemanagers* of referenten in dienst te nemen
- feedback/evaluatie geven: de resultaten opvolgen en evalueren, steunen op de ervaring en getuigenissen van personen die al transversale functies hebben uitgeoefend en aan verschillende projecten hebben deelgenomen, met name om de impact ervan te beoordelen
- een aanpak hanteren die is gericht op de behoeften en levensdoelen van de persoon
- de geplande overlegmomenten voor de specifieke functies aanpassen aan de mogelijkheden van zelfstandigen (uurroosters) om hen te motiveren aan coördinatieactiviteiten deel te nemen, en een financiële vergoeding voorzien

#### Voorbeelden van inspirerende praktijken

- casemanager: zich inspireren op het project 'Miriam' te Schaarbeek en de dienst van een team van casemanagers opgericht door Brusano
- buurtreferent: praktijkgemeenschappen in Brusano, PEP's van ONE, werken per twee bij Dionysos
- BAR, CHW



### Te verduidelijken

- noodzaak aan expertise van het terrein om de rol van liaisonfunctie te vervullen
- locatie van de functies: gedecentraliseerd of ondergebracht in een instelling?
- creatie van de functie van *casemanager*?
- plaats van de huisarts in deze coördinatie: voor sommigen is die centraal, voor anderen is het niet zijn taak en wordt hij er niet voor vergoed



## VOORSTEL 7

### Opzetten van permanenties voor opvang

De opvang moet worden uitgebreid en verbeterd door een coördinatie op het niveau van de zorgzones om **meer opvangplaatsen en -tijden te kunnen aanbieden** en personen met een verzoek te kunnen bereiken.

Zorgen voor een betere opvang betekent in de eerste plaats **de toegang vergemakkelijken door de openingsuren** van de belangrijkste diensten uit te breiden naar 24/7 en de mogelijkheden van persoonlijk contact te vergroten met meer **fysieke loketten**. Het opzetten van een **wachtsysteem** op het niveau van de zorgzone zou daarbij kunnen helpen. Dit wachtsysteem zou rouleren tussen de verschillende diensten, zoals bij de apotheken.

De opvang verbeteren betekent ook **de voorwaarden voor de opvang verbeteren** door het personeel de mogelijkheid te bieden harmonieuzere relaties te ontwikkelen, in vertrouwen, en een efficiëntere zorg te garanderen. Daarbij moet rekening worden gehouden met de taalkundige en culturele complexiteit van de Brusselse gebruikers.

Het ontwikkelen van **opvang voor iedereen** zou elke dienst helpen om mensen door te verwijzen en eventueel fysiek te begeleiden naar de volgende dienst. Zo kan elke persoon zich op zijn gemak voelen, op een plek waar er naar hem wordt geluisterd en waar er voor hem wordt gezorgd, ongeacht de deur waarop hij klopt.



### Voorwaarden voor de implementatie

- opleidingen aanbieden aan het onthaalpersoneel zodat het beter is uitgerust om personen op te vangen (bv. de culturele bemiddelaars zouden kennis kunnen delen om adviezen te kunnen geven)
- een beroep doen op de diensten die culturele bemiddeling aanbieden wanneer er taalproblemen en/of problemen met

de vertaling van documenten zijn (bv. Ciré, Brussel Onthaal, Setis)

- opzetten van permanenties zonder afspraak voor de meest kwetsbare groepen
- het eerste verzoek van de gebruiker verder uitdiepen om, vanaf het begin en in één keer, de vele behoeften te kunnen identificeren die aangepakt moeten worden
- met betrekking tot de organisatie van een wachtsysteem:
  - ervoor zorgen dat deze activiteit gelegitimeerd wordt door ze op te nemen in de werklast en de opdrachten van de werknemers/structuren en door vergoedingen te voorzien, met inbegrip van 'redelijke' financiële vergoedingen
  - de reële behoeften van de groepen en diensten onderzoeken waarvoor een uitbreiding van het aantal uren relevant is (bijvoorbeeld een verpleegpost)



### Voorbeelden van inspirerende praktijken

- Laagdrempelig onthaal: Transit
- Onthaal EntrAide des Marolles



### Te verduidelijken

- opzetten en bevorderen van bemiddelaarsfuncties: welzijns- en gezondheidsreferent voor de gebruikers. Naast het fysiek begeleiden van de gebruikers, moet deze bemiddelaar er ook voor zorgen, na de persoon te hebben doorverwezen, dat hij wel degelijk een antwoord heeft gekregen op zijn of haar verzoek (naar het voorbeeld van de netwerken van psychosociale begeleiders die werden opgericht door het hepatitis C-netwerk)

### 4.3.2 Aanvullende acties

Er werden nog andere acties genoemd, zoals de noodzaak om **protocollen te formaliseren** om het traject van de gebruikers te vergemakkelijken, d.w.z. zorgen voor een soort systematisering van praktijken, met name voor uitstroom/doorstroomsituaties – ontslag uit het ziekenhuis, niet meer dakloos zijn, vrijlating uit de gevangenis enz. – (gedeeld dossier, ontslagdocumenten, doorverwijzing naar andere diensten, coördinatie van acties met de thuiszorg enz.), ontwikkelen van opvangplaatsen en zorgvoorzieningen (dispensarium, plaatsen van verbinding enz.), rationaliseren van het aanbod en ondersteunen van de informele sector.

#### ➔ Het gebruik van een gedeeld dossier ondersteunen

Het opzetten van een gedeeld dossier zou de coördinatie vergemakkelijken van de diensten rond de zorg en opvolging van personen en de onderbrekingen van de zorg van de ene dienst naar de andere beperken. Hoe dit dossier er precies moet



uitzien, moet nog worden besproken. De deelnemers zelf waren het niet allemaal eens over de inhoud en de personen die daar toegang toe zouden hebben.

We kunnen wel opmerken dat dit gedeelde dossier in alle transparantie zou moeten worden opgezet, **met het akkoord van de begunstigde** die moet weten wie tot welke informatie toegang heeft. Het zou alleen objectieve gegevens mogen bevatten: de geraadpleegde personen, de stand van zaken in verband met de genomen maatregelen, de periodes, de doorgangen en de tijd, maar strikt genomen niet de inhoud. Er zal **rekening moeten worden gehouden met de AVG en de gevoeligheid van bepaalde medische en sociale gegevens** (vooral de gegevens die onder het psychiatrische domein vallen) en er zal moeten worden nagedacht over de verschillende toegangen per beroep (bv. Abrumet). Het is essentieel om gebruik te maken van wat er al bestaat en er een sociaal luik aan toe te voegen (mogelijke voorbeelden: Abrumet, kruispunt van bestaande databases, *e-health*, de 'gele doos' in bepaalde gemeenten enz.).

Er kunnen twee opties in worden opgenomen: de uitstroom (het ontslag uit het ziekenhuis, de vrijlating uit de gevangenis, niet meer dakloos zijn) door te specificeren of de persoon 'kwetsbaar' is op sociaal vlak (huisvesting, omgeving enz.) en het opzetten van een waarschuwingssysteem wanneer de persoon lange tijd niet meer gezien is.

De gedeelde dossiers moeten op elkaar worden afgestemd op het niveau van het gewest, zelfs van het land. De zorgzones zouden ondersteuning kunnen bieden. De meerwaarde van het niveau van de zorgzone zou liggen in de ondersteuning bij de ontwikkeling van passende oplossingen voor de professionals en gebruikers, met name via het doorgeven van behoeften, aandachtspunten en feedback die niet zullen uitblijven in de verschillende ruimtes voor ontmoetingen en welzijns- en gezondheidsintegratie op het niveau van de zorgzone.

We moeten ervoor zorgen dat niet alle uitwisselingen worden geautomatiseerd en dat we de mogelijke risico's van de algoritmen niet uit het oog verliezen (bv. zorg weigeren aan personen die een aantal terugvallen hebben gehad). We zullen ook moeten zorgen voor een samenhang van de toepassingen op gewestelijk niveau.

#### ➔ De uitstroom-/doorstroomprotocollen systematiseren

Er moeten systematische uitstroomprotocollen worden opgezet (voor ontslag uit het ziekenhuis, vrijlating uit de gevangenis, niet meer dakloos zijn enz.), met een dossier waarin wordt gespecificeerd met welke professionals dit protocol moet worden geactiveerd. Het doel is **de continuïteit van de hulpverlening**,

**de begeleiding en de zorg te waarborgen** na het verblijf in het ziekenhuis, de gevangenis en op straat door te vermelden welke diensten de persoon in het verleden heeft gekregen om te zorgen voor een efficiënte en uitgebreide opvolging van de welzijns- en gezondheidssituatie.

Het is de bedoeling de begeleiding te personaliseren en niet te standaardiseren. De protocollen mogen evenmin een administratieve overbelasting voor de professionals en gebruikers meebrengen. In het dossier moeten de gezinnen en naasten worden opgenomen om hen op de hoogte te kunnen houden.

#### ➔ Het aanbod rationaliseren

Deze rationalisering zou neerkomen op een **herverdeling van het aanbod op het grondgebied van de zorgzone**, afhankelijk van wat er al bestaat, maar ook op een **(her)afbakening van de functies van elk**, zodat elke dienst binnen het kader van zijn opdrachten blijft. Wanneer andere diensten tekortschieten, gaan sommige actoren vaak verder dan hun opdracht om dit op te vangen.

Het zou gaan om: het coördineren en dichterbij elkaar brengen van de Franstalige en Nederlandstalige diensten; het ondersteunen en ontwikkelen van multidisciplinaire ambulante en mobiele eerstelijnsfuncties; het aansporen van het ziekenhuis om zijn verantwoordelijkheid te nemen op het gebied van welzijn-gezondheid.

De zorgzone zou een rol kunnen spelen bij het afbakenen van de functies van de diensten en het escaleren van de tekortkomingen. Er kan ook worden overwogen om de diensten samen te brengen rond eenzelfde problematiek (bv. Maia in Frankrijk voor mensen met Alzheimer).

#### ➔ De backoffice vergemakkelijken

**Een van de rollen van de zorgzone zou zijn om administratieve ondersteuning te bieden** om de administratieve belasting voor de werknemers te verminderen en hen meer tijd te geven voor andere taken.

De zorgzone zou met name de coördinatie en ontmoetingen tussen de professionals kunnen organiseren: de communicatie bevorderen (verzenden van e-mails, beheer van gedeelde agenda's enz.), een plek voor overleg bieden en het overleg organiseren.

#### ➔ Een gratis dispensarium oprichten

**In elke zorgzone zou een gratis dispensarium kunnen worden opgericht** waar gebruikers die dat wensen op elk moment terecht kunnen om zich te laten verzorgen en hun medicatie in te nemen.

#### ➔ Plaatsen van verbinding creëren

Parallel met de welzijns- en gezondheidsloketten **neutrale plaatsen van verbinding ontwikkelen en promoten** waar iedereen welkom is, met of zonder een direct verzoek. Ze moeten los staan van de welzijns- en gezondheidsdiensten.

## ➤ 4.4 Preventie en bevordering van de gezondheid

De bedoeling van deze functie is om invloed uit te oefenen op de gezondheidsdeterminanten, d.w.z. alle (sociale en andere) factoren die een invloed hebben op de gezondheidstoestand van de bevolking.

### 4.4.1 Prioritaire acties

#### ➤ VOORSTEL 8

**De burgers bewustmaken van welzijns- en gezondheidskwesties door middel van communicatiecampagnes die zijn aangepast aan het niveau van de zorgzone**

Deze actie beoogt **de kennis van lokale diensten bij professionals en gebruikers te verbeteren**, maar ook **de lokale acties inzake preventie en gezondheidsbevordering te ondersteunen** door ze de nodige weerklank te geven op het niveau van de zorgzone.

Er worden verschillende communicatiemiddelen voorzien om de doelgroepen te bereiken, waaronder synchrone campagnes op straat en in de welzijns- en gezondheidsinstellingen, affiches en flyers met een beschrijving van de lokale diensten, artikelen en uitzendingen, informatiesessies aangepast aan de deelnemers, meertalige en toegankelijke didactische media en tools, bewustmakingsacties (bv. «Place à nos droit» op het E. Bockstaelplein) en gratis feestelijke themabijeenkomsten

#### ➤ Voorwaarden voor de implementatie

De communicatiecampagnes moeten in het bijzonder aangepast zijn aan een lager opgeleid publiek.

#### ➤ VOORSTEL 9

**De actoren op het terrein ondersteunen bij preventie en gezondheidsbevordering**

Deze actie omvat:

- het ondersteunen van de kennis van professionals door het verspreiden van methoden en hulpmiddelen voor samenwerking, het luisteren naar en het identificeren van de levensdoelen van personen
- de opleiding van professionals om gebruikers te ondersteunen bij het begrijpen en gebruiken van de informatie over hun gezondheid en sociale situatie (geletterdheid)
- de actoren op het terrein bewustmaken van de gezondheidsdeterminanten en van een bredere visie op wat gezondheid voor de inwoners inhoudt

Het is voornamelijk de bedoeling om de verworven kennis over deze transversale kwesties te delen en te bundelen, en de verbindingen (links en logistiek) tussen de bestaande expertise en de opleidingsbehoeften en tools op het niveau van de zorgzone te vergemakkelijken.



#### Voorwaarden voor de implementatie

- de middelen van de sector van de gezondheidsbevordering verbeteren zodat de expertise ervan kan worden verspreid en overgedragen
- de bestaande initiatieven doorgeven (platformen, bibliotheken van hulpmiddelen, goede praktijken)
- de opleidingscentra, basisscholen en middelbare scholen, verenigingen voor gezondheidsbevordering, burgergroepen enz. betrekken
- de welzijns- en gezondheidsprofessionals opleiden met betrekking tot de preventie en gezondheidsbevordering tijdens hun basisopleiding en op continue basis gedurende hun hele loopbaan

### 4.4.2 Aanvullende acties

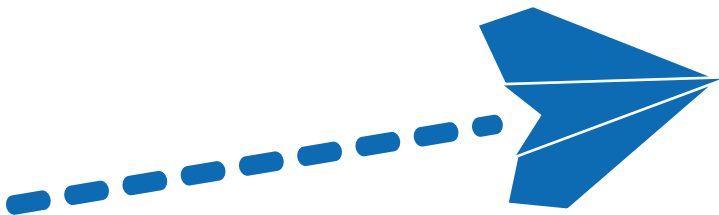
#### ➤ De kennis van de welzijns- en gezondheidsverenigingen bevorderen

Informatie over welzijn, gezondheid en gezondheidsbevordering opnemen in opleidingsprogramma's voor burgerschap zodat de gebruikers er indien nodig gebruik van kunnen maken.

# 5. AANDACHTSPUNTEN EN TRANSVERSALE VOORWAARDEN VOOR SUCCES

Tijdens de VA's brachten de deelnemers een aantal aandachtspunten naar voren. Het opzetten van de territoriale benadering in Brussel kan slechts slagen – en dus tot een verbetering van de welzijns- en gezondheidstoestand van de Brusselaars en van de welzijns- en gezondheidswerkers leiden – als de bevoegde overheidsniveaus een passend antwoord op deze aandachtspunten bieden. Die voorwaarden voor succes zijn transversaal, dat wil zeggen dat het basisvoorwaarden zijn voor het opzetten van een territorialisering ongeacht de behandelde thema's.

## ➤ 5.1 Voortbouwen op wat er al bestaat



Het is belangrijk om **wat er al bestaat te kennen, gebruiken en ontwikkelen** om overlapping met wat er al is te voorkomen. Er werden ook veel **voorbeelden van projecten, standpunten en werkwijzen** genoemd als mogelijke basis voor verdere ontwikkeling. Er zijn bijvoorbeeld al coördinatiecentra of maatschappelijke werkers die coördinatiewerk verrichten (bv. l'EntrAide des Marolles of de Ligue de Santé Mentale die de coördinatie in wijken, zones of gewesten organiseren), de functies van casemanagers, hulp- en zorgnetwerken, burgerstructuren en lokale diensten (BAR, buurthuizen, CAW, CASG enz.) waaruit we inspiratie kunnen putten of die we moeten ondersteunen en verder ontwikkelen. We zouden ook een aanwezigheid kunnen overwegen van de **diensten van het OCMW en van de gemeente in de geïntegreerde welzijns- en gezondheidscentra** om loketten en steunpunten buiten de muren van de openbare structuren te openen. De wijkgezondheidscentra zijn ook plaatsen om in te investeren, want ze maken contacten met verschillende beroepen van de welzijns- en gezondheidssector mogelijk.

Het op de voorgrond plaatsen van wat er al bestaat en werkt, betekent ook de tekortkomingen en storingen escaleren die binnen afdelingen of tussen afdelingen worden waargenomen zodat deze worden aangepakt.

## ➤ 5.2 De werkomstandigheden verbeteren en de strijd aanbinden tegen de verzadiging

Het minste wat je kunt zeggen, is dat de welzijns- en gezondheidssector er niet best aan toe is: onzekerheid van de werknemers, verloop, burn-out, verzadiging van de diensten, te lange wachttijden, moeilijkheden bij de aanwerving. Door de discrepantie tussen het volume van behoeften/de vraag en de capaciteit van het aanbod (behoeften > aanbod) doen de professionals vaak te veel, vooral in noodsituaties op welzijns- en gezondheidsgebied. Sommigen doen niet alleen te veel in hun corebusiness, maar gaan ook buiten het strikte kader van hun opdracht om continuïteit of opvang te garanderen. Het gebrek aan valorisatie van niet-erkende taken (vooral op het gebied van coördinatie) is een voedingsbodem voor burn-outs.

De territoriale benadering biedt een antwoord op de verbetering van de algehele gezondheid van de Brusselaars en kan in zekere mate bijdragen aan de verbetering van de kwaliteit van het werk van de actoren. Maar de benadering op zich is niet genoeg; ze moet gepaard gaan met maatregelen om de verzadiging van de diensten te verminderen.

Het hoge percentage burn-outs is een van de tekenen van de zware werkomstandigheden, de **te grote werklast en het gebrek aan respect en valorisatie van het statuut** van de werknemers. Deze werkomstandigheden kunnen op verschillende manieren worden verbeterd:

- het creëren van jobs (met name maatschappelijk werkers en facilitators) zou de werknemers een aantal taken uit handen kunnen nemen zodat ze meer tijd zouden hebben om vertrouwensrelaties op te bouwen met de doelgroep, te netwerken en hun kennis van andere structuren te vergroten
- jongeren bewustmaken van deze beroepen zou het aanwerven in deze sector vergemakkelijken
- werknemers opleiding geven over nieuwe thema's (werkloosheid, schuldbemiddeling enz.)
- de voornaamste partijen betrekken (wijkbewoners, vrijwilligers, ervaringsdeskundigen enz.) door hen de kans te bieden maatschappelijk werker te worden en vergoed te worden.

De verbetering van de werkomstandigheden houdt ook een verbetering van het dagelijkse leven van de werknemers in.

We stellen een hoog verloop van werknemers uit de welzijns- en gezondheidssector vast, wat maakt dat het netwerk van contactpersonen instabieler wordt. De persoon die vertrekt neemt immers het netwerk dat hij heeft opgebouwd mee en er is geen tijd voorzien voor de overdracht tussen werknemers.

Aspecten die ruimte scheppen voor verbeteringen van het dagelijkse leven van professionals zijn onder andere:

- mobiliteit: gemakkelijk kunnen rijden en parkeren in Brussel is al langer een eis van de thuishulp- en -zorgsector. De **mobilitieitsproblemen** zijn essentieel, zowel voor de gebruikers als voor de professionals. Hoe kun je thuiszorg promoten als het moeilijk is voor de professionals om zich te verplaatsen?
- aparte **telefoonlijnen** voorzien voor de professionals van de welzijns- en gezondheidssector om de OCMW's en de ziekenhuizen te bereiken (zoals de groene lijn van het UMC Sint-Pieter).
- herevalueren van de tijd die nodig is voor de welzijns- en gezondheidshandelingen, met name thuis maar hier ook de coördinatiefunctie in opnemen met een **erkenning van de tijd voor het werk en de coördinatie**. Zonder zal het geïntegreerde territoriale welzijns- en gezondheidsmodel *wishful thinking* blijven

Er moet ook meer erkenning komen voor de belangrijke rol van de **huisarts**. Hij is de vertrouwenspersoon en eerste contactpersoon die preventief kan optreden en kan helpen om het verblijf in het ziekenhuis te beperken. Het huidige tekort aan huisartsen in Brussel roept vragen op over het numerusclaususbeleid op dat gebied. Meer huisartsen betekent een betere welzijns- en gezondheidssituatie in Brussel.

Het is ook belangrijk om de diensten te ontlasten en een **oplossing te vinden voor de verzadiging**. De doorverwijzing van gebruikers naar verzadigde diensten zorgt ervoor dat het systeem alleen maar meer vastloopt. Om de strijd aan te binden tegen de verzadiging zijn meer financiële middelen en een verbetering van de werkomstandigheden nodig. Zo kunnen de werknemers in de sector aan de slag blijven en verloopt het aanwerven gemakkelijker. Naast de uitputting van de werknemers heeft de verzadiging nog meer negatieve effecten: verslechtering van de situatie van de gebruikers, medicalisering van sociale problemen, overbevraging van de diensten (zich wenden tot meerdere loketten voor hetzelfde verzoek) en verplaatsing van de werklast naar informele netwerken die geen ondersteuning krijgen of die niet zijn opgeleid en uitgerust om die aan te pakken. Naast de te grote werklast voor de werknemers, de angst en het wachten voor de begunstigen, leidt verzadiging er ook toe dat bepaalde

structuren op het terrein **quota's** gaan toepassen waarbij de moeilijkste groep aan de kant wordt geschoven of zelfs op een zwarte lijst wordt gezet. Als de informatie dan tussen de structuren wordt gedeeld, zijn deze gebruikers a fortiori uitgesloten van alle diensten. Om dit te voorkomen moeten de zorgzones bruggen bouwen, naar het voorbeeld van het Bitume-netwerk in Brussel voor daklozen en het WaB-netwerk in de Federatie Wallonië-Brussel voor druggebruikers. Naast deze groep die op de zwarte lijst staat, moet er ook rekening worden gehouden met de groepen die net boven de minimumvoorwaarden zitten om hulp te krijgen en van wie de situatie eerst erger moet worden voordat er een antwoord kan worden gezocht. Ten slotte moet er rekening worden gehouden met alle personen die niet in de administratieve vakjes passen.

### ➤ 5.3 De financiering bestendigen

**Het toekennen van structurele en geïndexeerde financiering** is een cruciaal probleem. De logica van projectoproepen moet maximaal worden beperkt, aangezien deze een kortetermijnvisie creëert ten koste van de dienstverlening aan de gebruiker, tijdrovend is en de actoren op het terrein tegen elkaar uitspeelt. Door deze financiering per project worden vaak personen aangeworven met de belofte van subsidies. Aangezien de subsidies niet altijd op tijd komen, moeten de instellingen met eigen middelen werken en kunnen ze tekorten in hun begroting hebben. Structurele financiering zou bestendigen wat er al bestaat, de efficiëntie vergroten en de arbeidsonzekerheid, het personeelsverloop en de overbelasting verminderen. Ook moeten de duur van de erkenningen en van de deadlines voor terugbetalingen worden herbekeken.

Veel deelnemers waren verbaasd over de wanverhouding tussen de nieuwe middelen die worden toegekend aan onderzoek en coördinatiefuncties en de middelen voor de versterking van de teams. Wat is het nut van coördinatie als er geen werknemers meer zijn op het terrein? Er zijn ook veel vragen in verband met de verdeling van de financiële middelen tussen de verschillende zorgzones, de criteria voor deze verdeling en de impact op de bestaande middelen.

Ten slotte moeten de **coördinatietaken**, het klinisch overleg en de deelname aan besluitvormingsorganen op het niveau van de zorgzones **worden erkend en correct worden gefinancierd**. Die erkenning zou de betrokken actoren nog meer kunnen aansporen om aan de overlegmomenten deel te nemen.

### ➤ 5.4 De vrijheden eerbiedigen

**De vrijheid van vereniging moet behouden blijven.** Iedereen moet kunnen beslissen om een vereniging op te richten en samen te werken met wie hij wil.

**De vrije keuze van de begunstigde en de professional moet gegarandeerd zijn.** De begunstigde mag niet verplicht worden om een beroep te doen op de diensten van zijn zorgzone. Hij moet de vrijheid hebben om zich te wenden tot een professional naar keuze, net zoals de professional de vrijheid moet hebben om een begunstigde van zijn keuze te helpen, ongeacht of deze in zijn zorgzone woont of niet.

**Het recht op anonimiteit moet gevrijwaard worden.** Vaak moeten er voor de coördinatie tussen professionals gegevens uitgewisseld worden. Daarbij moet het recht op anonimiteit gevrijwaard worden, vooral ook om een laagdrempelige opvang te kunnen opzetten. In tweede instantie moeten we ook voorkomen dat de gegevens worden gebruikt om de hoeveelheid gebruikte diensten per gebruiker te beoordelen/evalueren/vast te stellen om ze te beperken (quota).

Niet alle professionals staan unaniem achter het delen van dossiers en zelfs de voorstanders ervan dringen aan op het respecteren van **het beroepsgeheim, de AVG-regels en de noodzaak om de echte toestemming** van de begunstigde te hebben. De begunstigde moet ook zelf zijn dossier kunnen beheren. Ten slotte moeten er ook veiligheidsmaatregelen worden ingebouwd. De laagdrempelige opvang kan in strijd zijn met de samenstelling van dossiers. Het moet nog steeds mogelijk zijn om voor bepaalde doelgroepen geen dossier samen te stellen. Het dossier moet altijd in het voordeel van de gebruiker zijn en als hij dit weigert, mag deze beslissing zich niet tegen hem keren door hem de toegang tot bepaalde diensten te weigeren.

Elk beroep heeft zijn specifieke kenmerken, zijn praktijken, zijn identiteit en er worden verschillen geclaimd tussen structuren op het terrein. De geïntegreerde welzijns- en gezondheidsorganisatie moet deze verschillen van praktijken erkennen en respect hebben voor de vrijheden van elk beroep. De integratie vergt tijd, en alles wat de zorgzone kan opzetten om professionals te helpen om elkaar beter te begrijpen, zal direct bijdragen aan het succes ervan.

## ➤ 5.5 De toegang tot rechten vergemakkelijken

De toegang tot rechten en diensten voor iedereen blijft ingewikkeld om uit te voeren. Er kunnen verschillende pistes worden bekeken om de toegang te vergemakkelijken: beperking van de voorwaarden, automatisering, laagdrempelige fysieke toegang, destigmatisering.

Hoe moeilijker mensen het hebben, hoe meer ze de stappen die ze moeten ondernemen als beproevingen zien. Er is veel vooruitgang mogelijk in termen van toegankelijkheid als er minder **voorwaarden** voor de toegang tot rechten zouden zijn. Indien de voorwaarden niet kunnen worden ingetrokken, moeten ze vereenvoudigd of gestroomlijnd worden met behulp van eenvoudige en unieke criteria (bv. BVT-statuu). Dat zou een grote invloed hebben op de toegankelijkheid en het welzijn van de Brusselaars. Het zou bovendien de diensten ontlasten op administratief niveau en tegelijkertijd de verzadiging verminderen.

Dezelfde redenering pleit voor **de automatisering van rechten** in het algemeen met bijvoorbeeld, voor bepaalde bijzonder kwetsbare doelgroepen, een automatische inschrijving bij de HZIV. Digitalisering zou deze automatisering vergemakkelijken.

Hoewel digitalisering een voordeel is voor de automatisering, mag ze het fysieke onthaal niet vervangen. In welzijns- en gezondheidswerk zijn verbinding en vertrouwen essentieel. Daarbij is het **fysieke onthaal**, met tijd voor de mens en met uitgebreide uurregelingen en fysieke aanwezigheden, uitermate belangrijk. Die vertrouwensband houdt in dat de welzijns- en gezondheidswerker zijn **begeleidende functie** moet kunnen blijven uitoefenen en geen controleur mag worden.

Om de non-take-up van rechten als gevolg van de digitalisering te verminderen, zouden **de loketten voor essentiële diensten** (zoals die van de ziekenfondsen) moeten worden heropend op gewestelijk niveau.

Op wijkniveau moet er **opnieuw worden geïnvesteerd in de al bestaande ontmoetingsplaatsen en nabijheidsfuncties**, bijvoorbeeld voortbouwen op de BAR's, buurthuizen, CAW's, CASG's en andere lokale diensten. Deze plaatsen en functies maken het eerste fysieke en menselijke contact en een eventuele latere ondersteuning mogelijk.

De te late aanpak van problemen heeft uiteraard te maken met de verzadiging van de welzijns- en gezondheidsdiensten, maar ook met de **stigmatisering van de groepen** die een beroep doen op OCMW's, een stigmatisering die heerst in de media, in de discoursen en in het economisch systeem. Door deze stigmatisering gaan de mensen die in aanmerking komen hun steunaanvraag uitstellen of weigeren. Een communicatiecampagne die het gebruik van de hulpdiensten destigmatiseert, kan de drempel van bepaalde diensten verlagen.

## ➤ 5.6 De stem van de begunstigde valoriseren

**Er moet rekening worden gehouden met de ervaring van de gebruikers**, zowel in de bestaande overlegorganen als in de toekomstige beleidsvorming. Er zijn veel patiënt-actoren, ervaringsdeskundigen, vertegenwoordigers van gebruikers enz. van wie de kennis en ervaring niet voldoende worden benut.

De gebruikers moeten worden opgeleid om woordvoerders te worden door voort te bouwen op de bestaande initiatieven op dat gebied, door te zorgen voor een vertegenwoordiging van de gebruikers (bijvoorbeeld voor de meest kwetsbaren), en ten slotte door 'de juiste gebruikers op de juiste plaatsen' te mobiliseren, d.w.z. in de relevante besluitvormings- of overlegorganen.

De gebruikers worden erkend als waardevolle partners, niet alleen om na te denken over de veranderingen die in de verschillende diensten van de welzijns- en gezondheidssector nodig zijn, maar ook om deel te nemen aan elke beslissing die op hen betrekking heeft. Zij bezitten ervaringskennis die betrekking heeft op hun traject. Op elk moment moet er een rol voorzien zijn voor de begunstigde in zijn traject, zowel via zijn directe netwerk als via de coördinatiefuncties of de overlegorganisatie die op hem betrekking heeft. Dit opdat men rekening zou houden met zijn levensproject bij de genomen beslissingen en het opgezette begeleidingsplan. Dit impliceert ook dat professionals gebruik moeten maken van deze expertise en dat ze opgeleid moeten zijn om te luisteren en rekening te houden met de stem van de gebruiker.

## ➤ 5.7 De competenties en het grondgebied op elkaar afstemmen

De definitie van zorgzones leidt onvermijdelijk tot een geografische afbakening ervan. De zo gecreëerde afbakeningen mogen niet beperkend zijn, integendeel: ze moeten poreus zijn en het verkeer van personen en de overdracht van informatie toelaten.

De grenzen mogen de hierboven vermelde vrijheden niet in het gedrang brengen. Naast de zorgzones moet gedacht worden aan een **tussenruimte**, d.w.z. een ruimte waar de personen die niet tot een zorgzone behoren begeleiding kunnen krijgen, in het bijzonder de rondtrekkende groepen (migranten en/of daklozen bijvoorbeeld). Dat impliceert ook supralokale bruggen slaan om in een andere ruimte groepen te kunnen bereiken die in een zorgzone op de zwarte lijst had kunnen staan. Tenslotte moeten de zorgzones onderling informatie uitwisselen om te weten wat er gebeurt en wat er werkt in de andere zorgzones en daar inspiratie uit putten.

Het welzijn van de Brusselaars hangt af van **ministeriële bevoegdheden** die verder gaan dan het welzijn en de gezondheid. Het is van essentieel belang dat er bruggen worden geslagen tussen ministeriële bevoegdheden, ook tussen **bestuursniveaus** (COCOF, GGC, FWB, VG, VGC) en verschillende taalgemeenschappen. Zo werden het **immigratiebeleid, de huisvesting, de werking van justitie, het sociaal recht, het onderwijs en het gevangeniswezen** genoemd als elementen die een grote impact hebben op de gezondheidstoestand en het sociaal welzijn van de Brusselaars en op de verzadiging van de diensten. Laten we het voorbeeld van de gevangenis nemen, die onder het Ministerie van Justitie vallen en waarbinnen er weinig of geen algemene gezondheidszorg is en weinig of geen begeleiding om de vrijlating voor te bereiden. Het rechtskader bestaat nochtans al (basiswet van 2005), maar de artikelen over de gezondheid hebben nog steeds geen uitvoeringsbesluiten en worden dus niet toegepast. Daarnaast moeten we het nut erkennen van de Psychosociale Diensten (PSD) van de gevangenis die de verbinding vormen tussen de gevangenis en de buitenwereld, maar waarvan de rol minder controlerend en meer ondersteunend zou moeten zijn.

Bovendien zou een harmonisatie van de praktijken met betrekking tot de OCMW's zeer nuttig zijn. Over de OCMW's werd het volgende opgemerkt:

- het *gentlemen's agreement* van Brulocalis uitbreiden naar iedereen (zo zouden de personen in de opvangcentra

niet van OCMW moeten veranderen als ze van gemeente veranderen binnen het opvangcentrum)

- uiteenlopende praktijken naar boven toe harmoniseren
- de reactietijden verminderen
- een cultuur van dienstverlening en facilitering bevorderen
- de middelen voor de sociale coördinatie van de OCMW's verbeteren
- de gezondheid meer geïntegreerd opnemen in de sociale coördinatie van de OCMW's

Tenslotte kandesituatie alleen verbeteren alsook de ziekenhuizen worden opgenomen in de denkoefening en territoriale reorganisatie. Er moet een ziekenhuisverantwoordelijkheid zijn op het niveau van de zorgzone. En meer in het algemeen moeten alle beroepen rond de welzijns- en gezondheidssector in aanmerking worden genomen (bv. begeleiders, opvoeders enz.) en moet ervoor worden gezorgd dat het welzijns- en gezondheidsaspect steeds gezamenlijk worden georganiseerd.

## ➤ 5.8 De overgang begeleiden

De deelnemers waren niet tevreden over het **proces** dat resulteerde in het GWGP. Volgens hen werd het proces op de verkeerde manier uitgevoerd: het besluit ging vooraf aan het overleg. Het proces zou moeten vertrekken van de basis en de behoeften en niet top-down mogen worden uitgevoerd zoals nu het geval is. Het voortraject van de Staten-Generaal van Gezondheid had al tot veel frustraties geleid. Hoewel sommigen de limieten van de huidige organisatie erkennen, zijn ze geen voorstander van de **territoriale benadering**. Ze ervaren deze benadering als een verplichting en niet als een oplossing voor de problemen van de welzijns- en gezondheidssector.

De deelnemers betreuren het **gebrek aan informatie** over het GWGP, de opzet ervan en de afstemming met de bestaande en toekomstige diensten. Het door de VA's opgezette proces zou een antwoord kunnen bieden op het gebrek aan informatie over de hervormingen en nieuws en in de toekomst kunnen worden voortgezet.

Bovendien werkt de sector al in een netwerk en heeft hij al een territoriale multidisciplinaire aanpak. We moeten het **bestaande** erkennen, valoriseren, versterken, financieren en indien mogelijk in andere gebieden inzetten in plaats van nieuwe organen te creëren of nieuwe manieren van werken af te dwingen.

In dit overgangsproces is het essentieel om transparant te communiceren, regelmatig te informeren en te luisteren naar professionals en gebruikers.

## PRIORITAIRE ACTIES

### KENNIS

#### VOORSTEL 1

Uitwisselen van de lokale diagnoses om ze te versterken

#### VOORSTEL 2

Ondersteunen van de ontwikkeling van een repertorium van de Brusselse welzijns- en gezondheidsactoren

### NETWERK

#### VOORSTEL 3

Ontwikkelen van de onderlinge kennis van de actoren op het terrein

#### VOORSTEL 4

Creëren van gecentraliseerde informatie- en communicatiepunten voor professionals en begunstigden

### COÖRDINATIE

#### VOORSTEL 5

Opzetten van een « éénloketsysteem »

#### VOORSTEL 6

Ontwikkelen en afstemmen van de liaisonfuncties

#### VOORSTEL 7

Opzetten van permanenties voor opvang

### PREVENTIE EN GEZONDHEIDS- BEVORDERING

#### VOORSTEL 8

De burgers bewustmaken van welzijns- en gezondheidskwesties door middel van communicatiecampagnes die zijn aangepast aan het niveau van de zorgzone

#### VOORSTEL 9

De actoren op het terrein ondersteunen bij preventie en gezondheidsbevordering



# ACRONIEMEN

AVG:	Algemene Verordening Gegevensbescherming
BAR:	Buurtactierelais
BRICO:	Bureau de Recherche et d'Investigation Commun
BVT (statuut):	Begunstigde van een Verhoogde Tegemoetkoming
CASG:	Centre d'Action Sociale Globale
CAW:	Centrum Algemeen Welzijnswerk
CHW:	Community Health Worker
COCOF:	COmmision COmmunautaire Française
CPPS :	Gezondheidsbevordering en preventie medewerker
DC:	Digitale Consultatie
FG:	Focusgroep
FWB:	Federatie Wallonië-Brussel
GGC:	Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie
GWGP:	Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan
IFP:	Interfederaal Plan voor Geïntegreerde Zorg
KCE:	Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
LDC:	Lokaal DienstenCentrum
LGWC:	Lokale Gezondheids- en Welzijnscontracten
OCMW:	Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn
OD:	Opendeurdagen
OGW:	Observatorium voor Gezondheid en Welzijn
PMS (centrum):	Psycho-medisch-sociaal
RVT (Residentie):	Rust- en verzorgingstehuis
SA:	Sociaal assistent
VA:	Veranderateliers
VG:	Vlaamse Gemeenschap
VGC:	Vlaamse GemeenschapsCommissie
WG:	Werkgroep

# LIJST VAN DE BIJLAGEN

die op de website van de VA's staan

## *Materiaal voor de verzameling van gegevens*

- Brochure met presentatie van de opendeurdagen
- Panelen gebruikt voor de opendeurdagen
- Casussen
- Paneel met regels FG
- Vragenlijst digitale consultatie

## *Verslagen*

- Verslag van de drie verkennende bijeenkomsten
- Verslagen van de FG's

## *Vertegenwoordiging van de deelnemers*

- Deelname Opendeurdagen en Focusgroepen
- Overzichtstabel van de externe bijeenkomsten

## *Andere*

- Voorstellen op andere niveaus dan de zorgzone
- Feedbackformulieren van de Opendeurdagen





## CONTACT

[www.verander-atelier-changement.brussels](http://www.verander-atelier-changement.brussels)

 +32 2 880 29 80

Een initiatief van de vzw **BRUSANO** [[www.brusano.brussels](http://www.brusano.brussels)] en **CBCS** [[www.cbcs.be](http://www.cbcs.be)]  
In samenwerking met Crebis, en met de steun van de GGC



COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE  
GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE