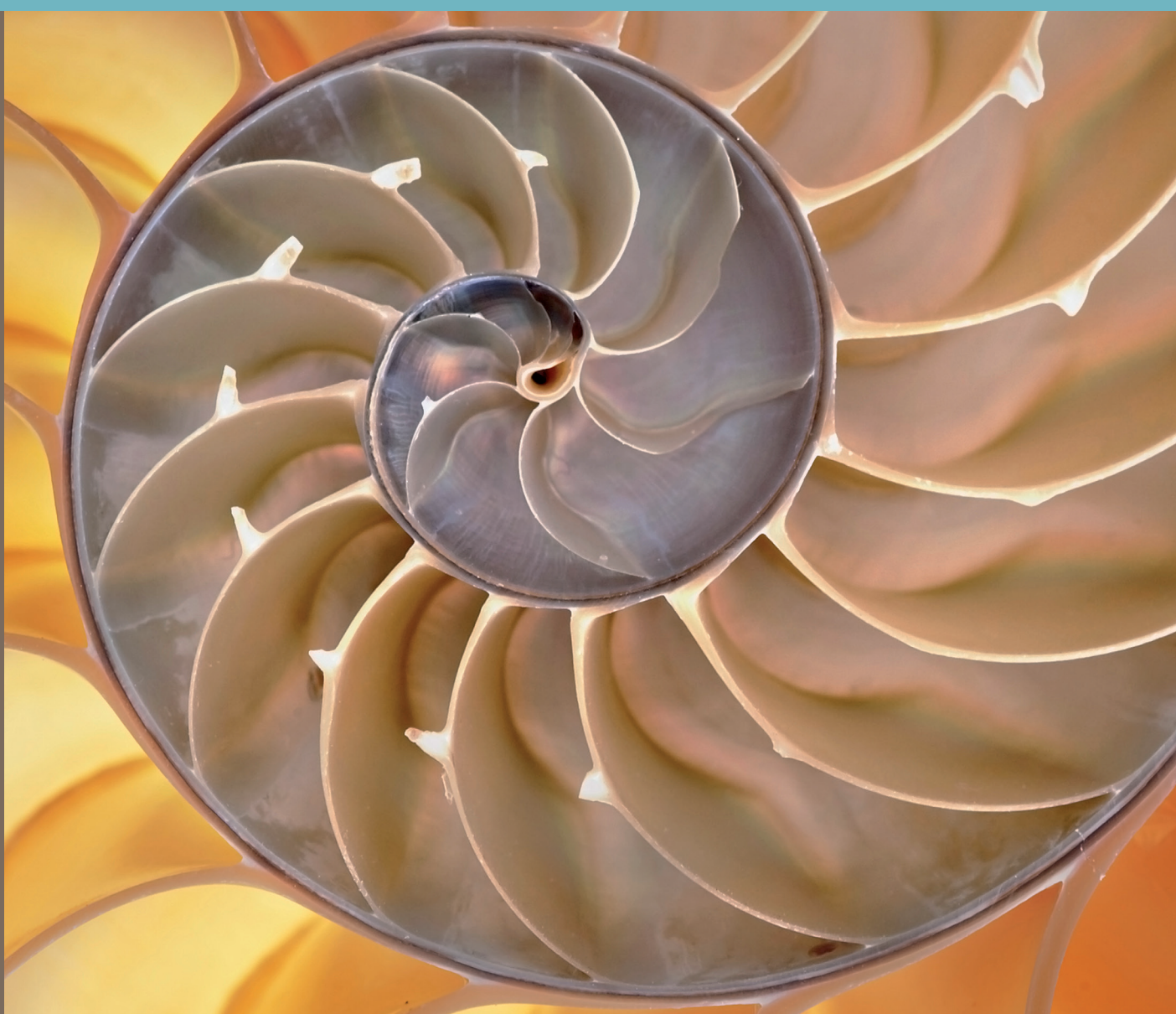


ORGANISATIE VAN DE EERSTELIJNSZORG EN -HULP IN HET BRUSSELS HOOFDSTEDELIJK GEWEST

VISIENOTA - INTERFEDERATIE VAN DE AMBULANTE ZORG

SEPTEMBER 2020 - POLITIEKE VISIENOTA



L'Inter-fédération ambulatoire est une instance qui rassemble des représentants de différentes fédérations social-santé actives en région bruxelloise dans le but d'échanger de l'information et de se concerter.

L'IFA regroupe les représentants mandatés des fédérations social-santé suivantes :

- la Fédération des services sociaux
- la Fédération des services bruxellois d'aide à domicile
- la Fédération des maisons médicales
- la Fédération laïque de centres de planning familial
- la Fédération des Centres Pluralistes de Planning Familial
- la Ligue bruxelloise pour la santé mentale
- la Fédération bruxelloise francophone des institutions pour toxicomanes
- la Fédération bruxelloise pluraliste des soins palliatifs et continus
- la Fédération bruxelloise des centres de coordination de soins et de services à domicile
- le Centre d'appui – Médiation de dettes
- la Fédération des maisons d'accueil et des services d'aide aux sans-abri

COLOPHON

Conseil bruxellois de coordination sociopolitique ASBL

Organisme intersectoriel de coordination agréé par la Commission communautaire française

RPM 418.480.071

Rue Mercelis 27
B-1050 Bruxelles

+32 (0)2 511.89.59

info@cbcs.be

www.cbcs.be

Auteurs du document

Evelyne Wetz, Jacques Moriau
et Alain Willaert

Coordinateur général

Alain Willaert

Conception graphique et production

www.witvrouwen.be

Editeur responsable

Michel Roland
Rue Mercelis, 27
1050 Ixelles



CONSEIL BRUXELLOIS DE
COORDINATION SOCIOPOLITIQUE

Intersectoraal coördinerend orgaan erkend door de
Franse Gemeenschapscommissie

POLITIEKE VISIENOTA

Redactie: Evelyne Wetz, Jacques Moriau en Alain Willaert

VOORWOORD

ECONOMISCHE, SOCIALE EN POLITIEKE CONTEXT

BELEIDSVISIE

1. NIET-COMMERCIELE LOGICA
2. «BOTTOM-UP» BENADERING
 - 2.1. Dialoog met de actoren op het terrein
 - 2.2. Participatie van de burgers-gebruikers
3. COHERENTE BRUSSELSE AANPAK
4. TOEGANKELIJKHEID ALS LEIDRAAD
 - 4.1. Geografische toegankelijkheid
 - 4.2. Basisaanbod van hulp- en zorgdiensten
 - 4.3. Onvoorwaardelijke opvang
 - 4.4. Financiële toegankelijkheid
5. LANGE TERMIJNAANPAK
 - 5.1. Denken in termen van investering
 - 5.2. Doelstellingen gebaseerd op verschillende termijnen
6. INTERSECTORALITEIT ALS STRUCTUREREND ELEMENT
7. EVALUATIE

ACTOREN EN TOOLS

1. DE MEDEWERKERS
 - 1.1. Tijd
 - 1.2. Duurzaamheid en flexibiliteit
 - 1.3. Inzamelen van kwantitatieve en kwalitatieve gegevens
 - 1.4. Evolutie van de expertises en functies
2. DE BURGERS-GEBRUIKERS
 - 2.1. Informatie en destigmatisering
 - 2.2. Voorwaarden voor participatie
3. GEMEENSCHAPSDIAGNOSE ALS ANALYSETOOL
4. ZICHTBAARHEID EN LEESBAARHEID

VOORWOORD

Deze nota is bedoeld als uiteenzetting van de opvattingen van de verschillende coördinerende en/of vertegenwoordigende organen van de in het “Décret ambulatoire/Decreet ambulante diensten”¹ samengebrachte sectoren over de organisatie van de eerstelijnszorg en -hulp.

De diensten die bij deze instanties zijn aangesloten, richten zich potentieel tot alle inwoners van Brussel, die we “burgers-gebruikers” noemen. Dit begrip houdt geen enkele aansporing in en is niet bedoeld als definitie van een bepaalde vorm van burgerschap die zou moeten worden bereikt. Het strekt ertoe iedereen in te sluiten, ongeacht zijn of haar situatie, capaciteiten, beperkingen, middelen en behoeften. Het erkent de gelijke waardigheid van elke persoon en de plicht van de samenleving om die waardigheid te respecteren en garant te staan voor de uitoefening van de hiermee verbonden rechten, te beginnen met de meest fundamentele.

Deze nota is een visienota en geen programma. Ze gaat niet in op de manier waarop de diensten concreet op het terrein moeten worden ingericht, noch op kwesties die verband houden met de financiering van het aanbod.

De nota wil een bezinningsinstrument zijn dat het mogelijk maakt om de problematiek van de organisatie van het aanbod op het niveau van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest in haar geheel te onderzoeken.

Deze nota kan dus worden gekoppeld aan twee andere vraagstukken, met name dat van de op te richten structuren en de kwestie van de toewijzing van middelen. Twee operationele instrumenten die door de Brusselse overheden worden ondersteund, geven hiertoe een aanzet: Brussels Takes Care (het Geïntegreerd Sociaal Gezondheidsplan)² en het Relance- en herontwikkelingsplan³ dat na het uitbreken van de COVID-19-pandemie werd ingevoerd.

Het is onze bedoeling om het debat naar zoveel mogelijk gevestigde plaatsen van overleg, raadpleging en besluitvorming te brengen, om zo te werken aan de bepaling van een langetermijnvisie op het gebied van sociaal gezondheidsbeleid voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

¹ Décret van de Franse gemeenschapscommissie van 05 maart 2009 betreffende het aanbod van ambulante diensten in de domeinen van de sociale actie, het gezin en de gezondheid.

² “Het is vandaag immers essentieel dat een geïntegreerd Brussels welzijns- en gezondheidsplan wordt opgesteld dat geldt als gemeenschappelijke leidraad voor alle entiteiten die bevoegd zijn op het Brussels grondgebied, binnen een territoriale benadering van het welzijns- en gezondheidsbeleid (...)” leest men op bladzijde 30 van de Gezamenlijke algemene beleidsverklaring van de Brusselse Hoofdstedelijke Regering en het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie voor de zittingsperiode 2019 – 2024.

³ <https://www.cbcs.be/Plan-de-relance-du-Gouvernement-bruxellois>

ECONOMISCHE, SOCIALE EN POLITIEKE CONTEXT

De toename van de kwetsbaarheid, de armoede, de uitsluiting en het isolement van een belangrijk deel van de Brusselse bevolking is een grote uitdaging voor de samenhang van onze maatschappij.

De sociale, gezondheids- en politieke context die op het ogenblik van het schrijven van deze nota heerst en die er voor een groot deel de motivatie voor is, is bekend en wordt door de meerderheid van de actoren gedeeld. Het is niet nodig om deze hier in detail uiteen te zetten.

We wijzen enkel op de volgende structurele elementen⁴:

- Institutionele complexiteit;
- Zorgwekkende toename van de bestaansonzekerheid en de ongelijkheid;
- “Epidemiologische transitie” (toename van chronische ziekten, complexe situaties en vergrijzing);
- Toename van de psychische problemen;
- Toenemende multiculturaliteit;
- Terugkerende problemen op het vlak van de toegankelijkheid, getraptheid en continuïteit van hulp- en zorgverlening.

Wij zijn van mening dat deze uitdagingen alleen kunnen worden aangepakt door ons systeem van herverdeling van de rijk-

dom opnieuw in evenwicht te brengen⁵ en door een versterkte en onvoorwaardelijke solidariteit en sociale bescherming.

De overheid moet garant staan voor deze solidariteit en haar rol in de bescherming en de maatschappelijke integratie van het individu moet worden versterkt.

Een visie op gezondheids- en sociaal beleid kan dus maar samenhangend zijn als ook en in de eerste plaats de structurele oorzaken van armoede worden aangepakt: uitsluiting van onderwijs, werkloosheid en werkgelegenheidsvallen, onderkwalificatie, discriminatie bij aanwerving, gebrek aan betaalbare huisvesting, te laag vervangingsinkomen om in de basisbehoeften te voorzien, stijgende kosten van de zorg, administratieve procedures die steeds meer beperkingen opleggen, enz.

Daarom moeten beleidsmaatregelen niet alleen ingrijpen op de factoren die armoede in de hand werken, maar ook rekening houden met het verband tussen gezondheid en sociale ongelijkheid⁶. Sociale ongelijkheden kunnen echter niet worden gereduceerd tot louter sociale gezondheidsdeterminanten. Zo kan een visie op gezondheids- en sociaal beleid ook maar coherent zijn als ze wordt gekoppeld aan beleid voor gezondheidsbevordering, preventie en risicobeperking. De versterking en ontwikkeling van synergieën tussen deze verschillende beleidslijnen voorkomt dat het gezondheids- en sociaal beleid verzandt in een louter palliatieve en curatieve logica.

⁴

Zie in dit verband ook het intersectorieel verslag 2018 van het CBCS: <https://www.cbcs.be/Rapport-intersectoriel-2018>

⁵

Zie FOD Sociale Zekerheid, De evolutie van de sociale situatie en de sociale bescherming in België 2019. Lent décrochage caché, 2019, beschikbaar op: <https://socialsecurity.belgium.be/sites/default/files/content/docs/fr/publications/silc-analyse-situation-et-protection-sociale-belgique-2019-synthese-fr.pdf>

⁶

Zie Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, Iedereen even gezond in Brussel? Recente cijfers en kaarten over sociale ongelijkheden in gezondheid, Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, Brussel, 2019; H. Van Oyen et alii, eds., Sociale ongelijkheden in gezondheid in België, Gent, Academia Press, 2010.

BELEIDSVISIE

Onze visie op het aanbod van eerstelijnszorg en -hulp in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest berust op de volgende principes:

- 1 – Niet-commerciële logica
- 2 – Bottom-up benadering
- 3 – Coherente Brusselse aanpak
- 4 – Toegankelijkheid als leidraad
- 5 – Lange termijn aanpak
- 6 – Intersectoraliteit als structurerend element
- 7 – Een kwalitatieve benadering van de evaluatie

1 NIET-COMMERCIEËLE LOGICA

Onze diensten richten zich tot alle Brusselaars, met bijzondere aandacht voor de meest kwetsbaren. Daarom moet de **financiering openbaar blijven**, om te voorkomen dat een logica van vermarkting, privatisering en commercialisering zou leiden tot ontsporingen zoals een ongelijke toegang tot en kwaliteit van de hulp- en de zorgverlening, en een selectieve bediening van de burgers-gebruikers.

De diensten moeten dus over de nodige middelen kunnen beschikken om volgende zaken mogelijk te maken:

- Tegemoet komen aan de groeiende behoeften van de Brusselse bevolking en zorgen voor een adequaat aanbod van diensten die zijn afgestemd op die behoeften, met

name wat betreft openingsuren en toegankelijkheid van lokalen;

- Opzetten van netwerkpraktijken en innovatieve projecten alsook, parallel hieraan, versterken van de algemene coördinatie en de administratieve en financiële functies;
- Uitbouwen van expertise door stabiliteit te brengen in het personeelsverloop, competenties te ondersteunen en te investeren in de bij- en nascholing van medewerkers.

2 « BOTTOM-UP » BENADERING

Een visie op gezondheids- en sociaal beleid kan niet worden uitgewerkt en uitgevoerd zonder de inbreng van zowel de actoren op het terrein als de burgers-gebruikers, die vanuit een bottom-up perspectief twee essentiële hulpbronnen vormen.

2.1. Dialoog met de actoren op het terrein

Onze sectoren kunnen en willen een bijdrage leveren aan het democratisch debat door de inbreng van hun kennis over de veelheid en diversiteit van de behoeften van de bevolking, de problemen die moeten worden aangepakt en de maatschappelijke veranderingen die gaande zijn.

In deze dialoog is een belangrijke rol weggelegd voor de federaties. Zij bieden ruimte voor debat tussen de verschillende diensten over de kern van hun activiteiten. Zij vormen het eerste niveau van collectivisering van de uitdagingen, schakelen de eisen van op het terrein door en denken samen na over sectoroverschrijdende vraagstukken en uitdagingen. **Zo kan de bijdrage van expertise en visie**

uit de praktijk de samenhang van het beleid op het gebied van de sociale gezondheid versterken. Daarom vinden wij het essentieel om ruimten te voorzien, hierin te (her)investeren en deze te (her)activeren, waar een continue dialoog mogelijk is tussen de actoren op het terrein en de centra waar beleidsbeslissingen worden genomen.

2.2. Participatie van de burgers-gebruikers

De beleidsvorming moet ook rekening houden met de inbreng van het publiek dat gebruik maakt van onze diensten.

Burgers-gebruikers zijn reeds aanwezig in verschillende fora voor overleg en participatie. Maar deze aanwezigheid roept een reeks vragen op die moeten worden beantwoord, wil de visie die in deze nota wordt uitgewerkt concrete vorm krijgen.

Deze vragen hebben betrekking op de representativiteit van de aanwezige

burgers-gebruikers, alsmede op hun verantwoordelijkheid en statuut. Het is nodig om te verduidelijken in wiens naam deze burgers-gebruikers spreken, om hun representativiteit te verbreden en te versterken, en om de band tussen hun beleefde ervaringen en de besluitvorming te formaliseren.

Ook moet het statuut van de burgers-gebruikers worden verduidelijkt en officieel worden erkend: bij het feit dat zij deelnemen aan dergelijke professionele debatfora moet rekening worden gehouden met hun situatie en hun deelname mag geen invloed hebben op hun officieel statuut (invaliditeit, werkloos-

heid, OCMW-begunstigde, enz.) of op hun inkomen. Voor bepaalde groepen waarvan de problematiek bijzonder stigmatiserend werkt of die zelfs in een illegale situatie verkeren, is het nodig dat hun mandaat aan deze situatie wordt aangepast teneinde ze adequaat te beschermen.

3 COHERENTE BRUSSELSE AANPAK

Op het Brussels grondgebied zijn de bevoegdheden op het vlak van sociale bijstand en zorgverlening verdeeld over 7 bevoegdheidsniveaus: de federale overheid, de Vlaamse Gemeenschap (VG) met de Vlaamse Gemeenschapscommissie (VGC) als ondergeschikte administratie, de Franse Gemeenschap en de Franse Gemeenschapscommissie (COCOF), de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC) en de lokale overheden. Deze institutionele opsplitsing leidt in de praktijk tot zo'n kluwen dat wie een beroep wil doen op een eerstelijnsdienst voor een haast onmogelijke taak staat. En toch moet de toegankelijkheid van onze diensten een prioriteit blijven.

We hebben nood aan een **gemeenschappelijke en coherente visie op het beleid dat door de verschillende overheden op regionaal niveau wordt gevoerd**. Een dergelijke visie moet een gecoördineerd optreden gericht op het behalen van gemeenschappelijke doelstellingen mogelijk maken.

Het gaat erom het beleid dat door elk van de overheden wordt gevoerd, wederzijds te versterken door verder te bouwen op wat de anderen doen, dubbel werk te vermijden en zo de organisatie, de toegankelijkheid en de leesbaarheid van het aanbod van onze diensten te verbeteren. Dit streven naar efficiëntie mag echter niet leiden tot een standaardisering van het hulp- en zorgaanbod.

Hiervoor zal op zijn minst een harmonisatie nodig zijn van de regelgevende teksten van de verschillende niveaus die verantwoordelijk zijn voor dezelfde problematiek. Dit zou alle ministers in staat stellen om transversale sociale en gezondheidskwesties op een coherente wijze aan te pakken. Het zou interessant zijn om, in het kader van een Brussels sociaal- en gezondheidsbeleid, na te denken over de mogelijkheid om de teksten van de Gemeenschappen (CoCoF-GGC) aan elkaar te «spiegelen».

Overigens stellen we vast dat **een ambitieus beleid met de meeste kans op slagen een beleid is dat de hulp- en zorgverlening in gedeelde bevoeg-**

dheden integreert. Meer investeren in de sociale en gezondheidssector heeft positieve gevolgen voor een reeks andere beleidsterreinen en draagt bij tot een algemene vermindering van de menselijke en financiële kost van problemen waar de samenleving mee te maken krijgt⁷. De transversale beleidsaanpak (binnen eenzelfde overheid maar ook tussen verschillende bevoegdheidsniveaus) maakt het gemakkelijker om maatregelen te identificeren die kansarmoede

en onzekerheid in de hand werken en die, naar het oordeel van professionals, een tegenstrijdigheid creëren tussen de toegewezen doelstellingen en de beperkingen die deze maatregelen met zich meebrengen. Zo zorgen de toenemende voorwaardelijkheid van bepaalde rechten en hun beperking in de tijd ervoor dat deze rechten niet worden uitgeput, en de actoren op het terrein met de rug tegen de muur worden gedwongen.

4 TOEGANKELIJKHEID ALS LEIDRAAD

Voor het geheel van onze diensten geldt dat elke Brusselaar gelijke toegang moet krijgen tot een hulp- en zorgaanbod in de buurt, dat te voet of met het openbaar vervoer bereikbaar moet zijn.

Zo steunen wij een **territoriale aanpak** van het dienstenaanbod met aandacht voor **minimumeisen op het vlak van gelijkheid van behandeling** van alle Brusselaars.

Deze gelijkheid van toegang veronderstelt:

De organisatie van dit aanbod vereist dat de planning van bepaalde diensten en de samenwerkingsstructuur tussen de verschillende gefedereerde entiteiten worden aangepast.

- Dat het basisdienstenaanbod wordt bepaald rekening houdend met alle aangeboden diensten, ongeacht de deelstatelijke subsidiërende overheid;
- Dat de interventiegebieden voor het hele Gewest worden vastgelegd.

Z

Een concreet voorbeeld is het Housing First-model dat in sommige Europese landen wordt toegepast en waarbij alle ministers van de regering een bijdrage leveren aan dit plan ter bestrijding van dakloosheid. De aanzienlijke investeringen die hiermee gepaard gingen, hebben positieve gevolgen gehad op andere gebieden, waaruit blijkt dat een dergelijk beleid efficiënter is op het vlak van de toewijzing van overheidsmiddelen.

Zie met name: https://www.researchgate.net/publication/285199088_Housing_First_Impact_on_Costs_and_Associated_Cost_Offsets_A_Review_of_the_Literature

4.1. Geografische toegankelijkheid

Algemeen beschouwd, is een van de belangrijkste obstakels geografisch van aard. Wat de geografische toegankelijkheid betreft, moeten we definiëren wat we bedoelen met buurtruimte.

We beginnen met op te merken dat er **twee niet-exclusieve logica's zijn, die elkaar op het terrein overlappen** en die samen moeten worden beschouwd om het terrein te begrijpen:

- Een buurtlogica die bijgevolg een geografische bereikbaarheid op deze schaal impliceert;
- Een logica van uitstraling over het hele Gewest, wat dus een visie op toegankelijkheid op deze schaal impliceert.

Sommige diensten passen in een van deze logica's (wijkgezondheidscentra, sociale diensten en geestelijke gezondheidszorg werken meer volgens de logica van een wijk; diensten voor palliatieve zorg werken volgens de logica van een gewest), terwijl het actieterrein van andere diensten zich op lokaal en/of gewestelijk niveau bevindt, afhankelijk van hun opdracht (centra voor gezinsplanning, thuiszorg, diensten voor schuldbemiddeling). Het is van essentieel belang om rekening te houden met deze realiteit bij het vastleggen van de ruimten waarin de basiszorg zal worden aangeboden.

4.2. Basisaanbod van hulp- en zorgdiensten

Dit basisaanbod, dat in een wijklogica en op regionale basis kan worden uitgedacht, moet in verband worden gebracht **met de kwestie van de verantwoordelijkheid ten aanzien van de bevolking en de kwestie van de keuze van de begunstigde**. We gaan verder in deze nota nog in op het belang van de verantwoordelijkheid van de diensten ten aanzien van de bevolking.

De keuze van de begunstigde moet in brede zin worden opgevat. Het is absoluut noodzakelijk dat er een minimale dienstverlening wordt gegarandeerd op buurt- of gewestniveau zonder dat deze eis een begunstigde belet om zich om welke reden dan ook⁸ buiten dit gebied te begeven, overeenkomstig het beginsel van **vrijheid van keuze**, dat een vereiste blijft in het kader van de ambulante diensten. Een sterk netwerk van hulp- en zorgdiensten moet ervoor zorgen dat iedereen de mogelijkheid heeft om al dan niet voor een lokale dienst te opteren.

Om een dergelijk sterk netwerk van hulp- en zorgdiensten in de praktijk uit te bouwen, is het noodzakelijk om **een minimale dienstverlening** aan te bieden.

Deze minimale dienstverlening zou geografisch worden gespreid op basis van de volgende criteria⁹:

- De bevolkingsdichtheid als indicator voor wijken waar kansarmoede heerst en waar dus een potentiële zorgvraag kan ontstaan

⁸ We denken bijvoorbeeld aan mensen die ervoor kiezen om een zwangerschapsonderbreking te laten uitvoeren buiten hun lokale gemeenschap.

- Het risico op armoede en sociale uitsluiting
- Het aantal ziekenhuizen en scholen per wijk
- De aanpak van specifieke doelgroepen/problemen in het kader van de schaarsheid aan expertise op het vlak van het beheer van deze doelgroepen/problemen.

Deze criteria alleen zijn echter niet voldoende en moeten samen met andere worden afgewogen om te kunnen oordelen over de relevantie van de aanwezigheid van diensten op het lokale niveau. Een lage bevolkingsdichtheid (of het feit dat de lokale diensten niet verzadigd zijn) op het niveau van een wijk of gemeente zou bijvoorbeeld niet de facto mogen leiden tot de beperking van het aantal diensten in die wijk of gemeente als sommige van die diensten de enige zijn die expertise aanbieden voor zeer specifieke problemen. Er moet ook rekening worden gehouden met het feit dat sommige factoren van sociale uitsluiting niet noodzakelijkerwijs een lokale territoriale basis hebben.

We vestigen ook de aandacht op het feit dat het bestaan van een buurtdienst niet betekent dat deze ook werkelijk toegankelijk is. Er bestaan namelijk ook organisatorische obstakels voor de toegankelijkheid van een hulp- en zorgaanbod (openingstijden, verzadiging...). We komen later nog op dit punt terug.

Om het aanbod te stimuleren en een betere spreiding van de diensten te verzekeren, moeten de werkzaamheden van de federaties en de overheid gecoördineerd worden. De federaties moeten eerst hun behoeften en de verzadiging van bestaande diensten periodiek evalueren. Deze evaluatie zou de overheid in staat stellen de inrichting van nieuwe diensten of de toekenning van erkenningen te financieren, niet alleen in functie van de hierboven beschreven territoriale logica, maar ook van de behoeften op het terrein (wat niet enkel kan worden afgeleid uit het feit dat een dienst al dan niet verzadigd is). Er moet een evenwicht worden gevonden tussen de beslissingen van de overheid en de vrijheid van vestiging van de teams. Wij zijn van mening dat de vestigingsplaatsen van bestaande diensten in vraag moet kunnen worden gesteld om zo goed mogelijk tegemoet te komen aan de behoeften van de bevolking.

4.3. Onvoorwaardelijke opvang

Wij zijn de mening toegedaan dat op het ambulante niveau (zowel in de sociale als in de gezondheidssector) de **logica van het trapsgewijze aanbod¹⁰ weinig relevant is.**

⁹

ommige van de gekozen criteria zijn gebaseerd op de behoeftenanalyse die is uitgevoerd in het kader van de PROTEIN-studie in 2017.

¹⁰

De logica van het trapsgewijze aanbod bestaat erin dat de toegang tot een dienst voorwaardelijk wordt gemaakt aan het doorlopen van tussenliggende stappen.

¹¹

Zie het hoofdstuk "Zichtbaarheid en leesbaarheid" hieronder.

In de gezondheidssector, waar de vraag zich zou kunnen stellen, lijkt het ons bijvoorbeeld niet gerechtvaardigd om een gebruiker te verplichten een huisarts te raadplegen alvorens zich aan te bieden bij een dienst geestelijke gezondheidszorg. Anderzijds vinden wij dat, in de mate van de toegezegde middelen (zie hierboven),

erkende ambulante diensten (herkenbaar aan het uithangbord¹¹) een **verplichting moeten hebben om patiënten te behandelen (verantwoordelijkheid ten aanzien van de bevolking).**

Deze verantwoordelijkheid ten aanzien van de bevolking houdt ook in dat,

wanneer een persoon zich aanbiedt bij een dienst die niet relevant is voor de betreffende zorgvraag, de persoon in kwestie moet worden doorverwezen naar de meest geschikte dienst om een onvoorwaardelijk onthaal en opvang op het niveau van de hele sector te garanderen.

Met deze doelstelling stelt zich de vraag van de **beschikbare tijd en middelen voor de tussenkomst**. Veel diensten betreuren het fast work, de moeilijkheid om tegemoet te komen aan zorgvragen en het gebrek aan tijd om coördinatietaken uit te voeren, die niettemin van essentieel belang zijn.

Deze vaststelling noopt tot de conclusie dat **de onthaal- en opvangcapaciteit van de ambulante diensten moet worden versterkt en gherdefinieerd**. De opvangfunctie moet op een kwalitatieve manier worden verzekerd, met de nodige

personeelsmiddelen, tijd en opleidingen. Op deze manier zou de onthaalfunctie een deel van de oplossing kunnen bieden voor het probleem van de onderbevraging van bepaalde diensten. Wij stellen voor om een 0,5-functie¹² binnen de Brusselse ambulante basisdiensten te versterken, als aanvulling op de bestaande laagdrempelige diensten. Het doel van deze 0,5-functie is dus niet om een nieuwe lijn van diensten te creëren die op termijn zou kunnen leiden tot een dualisering van het aanbod in functie van de bevolking. Overigens ondersteunen we bestaande initiatieven, zoals Platform 0.5.

De opvangverplichting zou ook de continuïteit tussen de diensten kunnen waarborgen. Verder verdient het aanbeveling om het werken met vlottende arbeidsuren te vergemakkelijken, in de vroege avond, en hiervoor financiële middelen ter beschikking te stellen.

12

De 0,5-functie in de meerderheidsakkoorden van juli 2019: "De Regering beoogt een volledige dekking van de bevolking op het gewestelijk grondgebied met de ontplooiing van een perspectief van proportioneel universalisme en volksgezondheid waarbij het administratief statuut van uitgesloten personen geen rol speelt. Daartoe zal de Regering in het Brussels Welzijns- en Gezondheidsplan een operationeel luik opnemen dat voorziet in een "0,5-functie", zoals deze wordt omschreven in de ordonnantie betreffende het eerstelijnszorgbeleid van 4 april 2019. De Regering zal ook elke specificiteit, elk uitsluitingsmechanisme en alles wat de toegang tot zorg in de weg staat opsporen. Op basis daarvan zal zij de "0,5-functie" in Brussel organiseren via de middelen en interventiecapaciteit van de actoren in het gezondheids- en welzijnsstelsel. Er zal een "0,5-overleg" worden opgezet en er zal samengewerkt worden met alle actoren en met de Brusselse IMC Sociaal-Gezondheid om deze functie tot ontwikkeling te brengen op het Brussels grondgebied."

4.4. Financiële toegankelijkheid

Betaalbaarheid is ook een uitdaging. We stellen verschillen vast in de financiële toegankelijkheid van de sectoren.

De toegankelijkheid van onze diensten moet onvoorwaardelijk zijn, het financiële aspect mag dus in geen geval een belemmering vormen. Wanneer de kosteloosheid van de dienst niet gegarandeerd is, moet de bijdrage van de burger-ge-

bruiker gezamenlijk worden afgesproken tussen de dienst en de gebruiker op basis van zijn of haar inkomen en op basis van het vertrouwensbeginsel.

5 LANGE TERMIJNAANPAK

5.1 Denken in termen van investering

Een beleidsvisie op welzijn en gezondheid moet **op de lange termijn worden uitgedacht**. Om te kunnen beschikken over de middelen om dit beleid uit te voeren, is het essentieel om in termen van investeringen te denken, in het besef dat de effecten van deze investeringen niet onmiddellijk zichtbaar zullen zijn.

De effecten van het welzijn- en gezondheidsbeleid kunnen niet op korte termijn worden gemeten; er moet gedacht worden in termijnen die in overeenstemming zijn met de behandelde problemen (sommige plannen in het buitenland, maar ook in België, zijn gespreid over 10 jaar of meer).

Zo niet is de kans groot dat de gesubsidieerde diensten slechts oppervlakkige antwoorden bieden, wat niet alleen de problemen van de bevolking verergert, maar ook een verspilling van energie en financiële middelen voor de overheden betekent.

5.2 Objectifs basés sur des temporalités différentes

Aanvullend kunnen projecten met een kortere looptijd worden gestart.

Hetzij omdat ze innovatief zijn en binnen een bepaalde periode moeten worden geëvalueerd, hetzij omdat ze worden opgezet als antwoord op een probleem of een behoefte waarvan men weet dat ze slechts gedurende een bepaalde periode zal aanhouden.

6 INTERSECTORALITEIT ALS STRUCTUREEREND ELEMENT

In een context van verpaupering, waarin situaties chronisch en complexer van aard worden, is het ook noodzakelijk om in te zetten op een **globale en gecoördineerde aanpak tussen alle diensten**, met inbegrip van andere hulp- en zorgprofessionals (huisartsen, OCMW's, ziekenhuizen, enz.) en degenen die een actieve rol spelen in de gezondheidsdeterminanten (gezondheidsbevordering, huisvesting, tewerkstelling, enz.).

De aandacht voor de bevolkingsgroepen die het moeilijkst toegang krijgen tot hulp- en zorgverlening moet een maximaal aantal wijkactoren mobiliseren, die allemaal op zeker ogenblik een rol kunnen spelen in de hulp- en zorgverlening naar de bevolking toe.

Intersectoraliteit wordt vooropgesteld als een gemeenschappelijk structureerend beginsel. Daartoe moeten gecoördineerde acties en interventies van verschillende actoren op twee niveaus worden overwogen:

- Op het niveau van de basisdiensten moeten zij deel uitmaken van de organisatie en de werking zelf van het aanbod;
- Op wijkniveau zullen ze voornamelijk gebaseerd zijn op de organisatie van en deelname aan de lokale coördinatieacties.

Eenzijds moeten de diensten de middelen krijgen om deel te nemen aan deze netwerking, maar ook om op lokaal niveau organisatorische, overleg- en informatiefuncties op te zetten: netwerkcoördinatoren en facilitatoren, buurtzorgreferenten, enz. Anderzijds hebben we professionals nodig die de link kunnen leggen tussen kwetsbare bevolkingsgroepen en het dienstenaanbod: gemeenschapsorganisatoren, interculturele bemiddelaars, ervaringsdeskundigen.

7

EVALUATIE

Er moet een onderscheid worden gemaakt tussen verschillende evaluatieschalen:

- De evaluatie van de diensten;
- De evaluatie van het beleid op globaal niveau (link met de diensten van de GGC en de VGC);
- De geschiktheid van de tools.

Wat de evaluatie van de diensten betreft, is een **controle op het juiste gebruik van de financiële middelen** die ons in functie van onze opdrachten worden toegewezen volkomen legitiem en gewenst. Anderzijds laat een technocratische, gestandaardiseerde evaluatie die beperkt blijft tot een quasi-boekhoudkundige benadering van onze activiteiten, niet toe om na te gaan of de diensten hun opdrachten wezenlijk vervullen.

Een dergelijke benadering stelt de kwantiteit boven de kwaliteit van het werk dat met de burger-gebruiker wordt uitgevoerd en kan daarom misleidend zijn. Bovendien is het zo dat, in de sociale wetenschappen, de effecten van een actie niet altijd kwantitatief meetbaar of zelfs zichtbaar zijn op korte termijn. Het risico bestaat dat bepaalde kwalitatieve effecten over het hoofd worden gezien, terwijl ze een reële toegevoegde waarde vormen voor de bevolking.

Wat de algemene evaluatie van het beleid betreft, zijn wij van mening dat de actoren op het terrein een rol moeten spelen, aangezien zij **een essentiële kwalitatieve dimensie kunnen toevoegen** aan de kwantitatieve beoordelingen.

Enkel een kwalitatieve evaluatie¹³ van de gewestelijke mechanismen (van alle bevoegde entiteiten in Brussel) maakt het immers mogelijk om de impact van de werkzaamheden op het terrein in de verf te zetten in relatie tot de problemen en de behoeften van de bevolking.

De evaluatie van de diensten, elk apart beschouwd, kan evenwel geen rekening geven van de algemene reikwijdte van het beleid. Wij zijn van mening dat **de federaties en coördinerende actoren een doorslaggevende rol moeten spelen in de ontwikkeling van deze meer globale evaluatie**. Onze federaties zijn dan ook bereid om actief mee te werken aan deze evaluatie en aan de ontwikkeling van de nodige tools en instrumenten voor de implementatie ervan.

Deze instrumenten moeten de kwantitatieve en kwalitatieve componenten combineren die nodig zijn om te kunnen oordelen of de diensten een adequaat antwoord bieden op de behoeften en de zorgvragen van de bevolking.

¹³

V Ridde et G. Mak, "La place des données qualitatives dans les évaluations en santé publique", Actualité et dossiers en santé publique, n°69, décembre 2009, pp. 32-34; KCE, Een evaluatieprotocol voor RIZIV conventies, KCE reports 299Bs, 2018.

ACTOREN EN TOOLS

1

DE MEDEWERKERS

In deze visienota willen we opnieuw de nadruk leggen op de **werkomstandigheden die niet alleen noodzakelijk zijn voor het welzijn van de werknemers, maar ook voor de kwaliteit van de geleverde diensten en het vermogen om aan de behoeften van de bevolking te voldoen**. Onze diensten willen een werkomgeving kunnen bieden die gastvrij en aangepast is, waarin talent wordt gewaardeerd en tot ontplooiing kan komen. Een omgeving ook waarin de werktijd afwisselend wordt besteed aan hulp- en zorgtaken, opleiding, uitwisseling tussen professionals en coördinatie met andere partners.

De betrokkenheid van de verenigingssector wordt gekenmerkt door een voortdurende zoektocht naar professionalisme, een aanpassings- en innovatievermogen die bepaalde behoeften van de bevolking aan het licht hebben gebracht en originele interventiemethoden mogelijk hebben gemaakt.

Onze teams streven ernaar om de mensen die ze helpen centraal te stellen, steunend op een veelzijdige en stevige theoretische basis, binnen een flexibele werkomgeving. Zij voeren in alle onafhankelijkheid de opdrachten uit die hen worden toevertrouwd door de overheid, die zelf de controle behoudt en de richting aangeeft in het kader van een permanent overleg.

Deze kenmerken moeten verder worden ontwikkeld en gewaarborgd.

1.1. Tijd

Helpen en verzorgen kost tijd. Onze diensten moeten **over voldoende tijd kunnen beschikken om de mensen degelijk te kunnen ontvangen, hun situatie te analyseren en hiermee vervolgens aan de slag te gaan**. De verscheidenheid aan situaties maakt het noodzakelijk om een beroep te kunnen doen op een verscheidenheid aan functies en specialismen. Er is dus tijd nodig om een adequate interventie te kunnen organiseren. Deze garantie moet kunnen worden geboden aan de burgers-gebruikers en dus ook aan de professionals.

De medewerkers moeten voldoende tijd krijgen om op een kwalitatieve en aan elke situatie aangepaste manier in te grijpen. Zo kunnen deze diensten ontsnappen aan de haast permanente noodtoestand waarin zij verkeren, met de daaruit voortvloeiende interne spanningen, stress en uitputting. Dit houdt ook in dat de dienst in staat moet zijn om de evolutie van de praktijk en de interventiemethoden op te volgen, met tijd voor analyse, evaluatie en opleiding.

Binnen eenzelfde dienst kan een aanpak op lange termijn (vastgelegd in een "dienstenproject", d.w.z. de vaststelling van de prioriteiten van de dienst) ook gecombineerd worden met een aanpak op korte of middellange termijn, belichaamd in specifieke projecten, zolang deze combinatie de duurzaamheid van de arbeidsomstandigheden niet ondermijnt.

Tijd is ook een factor waarmee rekening moet worden gehouden in het kader van de coördinatie tussen diensten en van de interne ondersteunende functies (administratie, directie, enz.) die onontbeerlijk zijn geworden in een context van steeds complexere netwerken en toenemende administratieve verplichtingen. Men kan van de diensten immers niet verlangen dat zij nog meer taken op zich nemen, zonder daar de nodige middelen en tijd tegenover te stellen.

Werken binnen een netwerk is met name iets wat op lange termijn moet worden bekeken. Het vereist immers dat men andere werkmethoden en -culturen leert kennen, dat vertrouwensbanden worden gesmeed tussen professionals en instellingen en dat deze banden verder worden ontwikkeld in functie van de situaties die worden behandeld. Nogmaals, de kwaliteit van het antwoord op de behoeften van de burgers-gebruikers hangt ervan.

Verder vergen ook de permanente vorming van de werknemers en het tot stand brengen van een grotere participatie vanwege de burgers-gebruikers de nodige tijd. We hebben al te vaak moeten vaststellen dat tal van maatregelen op korte termijn werden genomen, om vervolgens het probleem opnieuw te zien opduiken of vast te stellen dat het niet werd opgelost. De erkenning dat werk op lange termijn een succesfactor is in hulp- en zorgverlening is een belangrijke kwestie die wij in het beleid wensen op te nemen.

1.2 Duurzaamheid en flexibiliteit

De toenemende toepassing van commerciële managementtechnieken is een nefaste evolutie in de hulp- en zorgverlening, omdat het werk hierdoor wordt gesegmenteerd en tegelijkertijd wordt gereduceerd tot het bereiken van bepaalde gestandaardiseerde doelstellingen.

De arbeidsomstandigheden moeten de aan onze diensten toegewezen doelstellingen weerspiegelen: ze moeten kunnen steunen op **toereikende basisvoorwaarden** en de nodige **flexibiliteit bieden om zich te kunnen passen aan de diversiteit** van situaties en contexten.

De publieke financiering van de diensten moet ervoor zorgen dat zij aan de behoeften van de bevolking kunnen voldoen, binnen een stabiel en duurzaam kader dat **werkzekerheid met een aantrekkelijk loon** combineert. Om die reden moet de loonkloof tussen onze sectoren en andere sectoren, die het moeilijk maakt om gekwalificeerd personeel aan te werven, worden verkleind.

Het is ook belangrijk dat de diensten over **de infrastructuur en de materiële middelen** kunnen beschikken, die nodig zijn om kwaliteitswerk te leveren (dat ook door de burgers-gebruikers als zodanig wordt ervaren).

De groeiende versplintering van de beleidsniveaus in Brussel moet zich op het terrein kunnen vertalen in een grotere flexibiliteit in de manier waarop de administratie nieuwe vormen van organisatie en samenwerking tussen diensten kan erkennen. De rigiditeit van bepaalde regelgevende kaders vormt een obstakel dat het bereiken van bepaalde door de overheden zelf toegewezen doelstellingen in de weg staat.

1.3 Inzamelen van kwantitatieve en kwalitatieve gegevens

De duurzaamheid en de flexibiliteit van de hulp- en zorgverlening hangen ook af van de wijze waarop het geleverde werk wordt opgevolgd.

Er moeten kwantitatieve gegevens worden verzameld, rekening houdend met hun relevantie en de wijze waarop zij kunnen worden verzameld zonder de relatie met de burgers-gebruikers te schaden. Deze gegevensvergaring is echter alleen waardevol **als aanvulling op kwalitatieve gegevens**, gelet op de diversiteit van de problemen die zich voordoen en van de antwoorden die erop worden gegeven.

Zo moet bijvoorbeeld worden bekeken hoe de gemeenschappelijke en collectieve aanpak, de praktijken op het vlak van preventie, overleg en coördinatie verder kunnen worden versterkt: werkgebieden die weinig gevaloriseerd worden en toch noodzakelijk zijn.

1.4 Evolutie van de expertises en functies

Coördinerende functie en administratieve ondersteuning

- De coördinatie- en administratieve ondersteuningsfuncties worden weinig of niet gevaloriseerd. Hoewel de psycho-medisch-sociale functies die deel uitmaken van het multidisciplinaire team van de ambulante diensten sterk hebben geprofiteerd van de professionalisering en verloning die het gevolg waren van de erkenning van deze diensten door de overheid vanaf de jaren zeventig, is dit niet het geval geweest voor de coördinerende en administratieve functies in bepaalde sectoren. Deze functies zijn echter wel per decreet vastgelegd, en dus verplicht, en des te noodzakelijker naarmate de administratieve en beheersmatige verplichtingen toenemen. Volledig geïntegreerd in het werkkader zouden zij de arbeidsomstandigheden en de werking van de gehele dienst aanzienlijk kunnen bevorderen.

Informatisering

- Meer fundamenteel staan menselijke relaties centraal in het werk op het gebied van maatschappelijk welzijn en zorgverlening. In die zin kan dit werk niet worden teruggebracht tot of vervangen door enige vorm van automatisering, noch op het gebied van analyse, noch op het gebied van besluitvorming. De informatisering moet een secundair instrument blijven, dat bijdraagt tot het werk maar ten dienste staat van overleg en reflectie, die het domein van de professionals blijven.

Multidisciplinariteit vereist

- In veel van onze diensten kan men niet heen om de vereiste van multidisciplinariteit (maatschappelijk assistenten, artsen, psychologen, advocaten, enz.), diplomavereisten en opleidingsvereisten van het personeel, wil men een kwaliteitsvol werk garanderen. Teamwerk en de competenties van het personeel maken het mogelijk om een adequaat antwoord te bieden op de complexiteit van de situaties, en de problemen van gebruikers op een geïntegreerde manier aan te pakken.

Onafhankelijkheidsvereiste

- Handelen in dienst van de emancipatie van de burgers-gebruikers impliceert dat onze diensten geen instrumenten mogen zijn voor sociale controle of economische bijsturing. De methodologische en ethische onafhankelijkheid van de professionals is een essentiële voorwaarde.

2

DE BURGERS-GEBRUIKERS

De hulp- en zorgverlenende diensten bepalen hun werk op basis van de behoeften van de mensen en doelgroepen waartoe zij zich richten. Deze personen en groepen staan dus in het middelpunt van hun overwegingen en interventies. De diensten moeten **rekening houden met de ontwikkeling van deze behoeften door de participatie van de burgers-gebruikers aan hun acties en denkwerk te versterken.**

Die participatie vindt plaats op verschillende niveaus, in verschillende stadia en neemt verschillende vormen aan. Ze is veel ruimer dan enkel het betrekken van gebruikers bij professionele overlegorganen. Participatie mag noch een verplichting zijn voor de burgers-gebruikers, noch een belemmering vormen voor de vertrouwensrelatie die de kern vormt van de hulp- en zorgverlening.

2.1. Informatie en destigmatisering

Een eerste manier om de participatie van de burgers-gebruikers te versterken is het verstrekken van **permanente en toegankelijke informatie** over sociale en gezondheidskwesties, over bestaande antwoorden, over maatregelen die zouden kunnen worden genomen en over de rechten van de burgers-gebruikers.

Onze diensten en federaties dragen deze verantwoordelijkheid en willen op dit vlak een proactieve houding aannemen. Deze ruime informatieverstrekking wil ook bijdragen tot het wegnemen van het stigma rond sociale en gezondheidsproblemen en rond de betrokken personen, door te getuigen van de realiteit van het leven, door de nadruk te leggen op het respect voor elke persoon en zijn behoeften, en door de vrije meningsuiting te bevorderen.

Onze informatiemedia en -middelen moeten dus afgestemd worden op de doelgroepen, wat noodzakelijkerwijs een goede kennis vereist van deze verschillende doelgroepen, hun vertegenwoordigers, hun woordenschat, enz.

2.1.1 Binnen de diensten

De informatieplicht geldt ook wanneer mensen in contact komen met onze diensten. Die zien erop toe dat zij geïnformeerd worden over de diensten die tot hun beschikking staan, over hun rechten (in het bijzonder met betrekking tot de persoonsgegevens die worden verzameld in het kader van de bijstand- en zorgtaken), over hun mogelijkheden om een beroep te doen op een derde partij (binnen of buiten de dienst) en over de mogelijkheid om bemiddeling in te schakelen of een klacht in te dienen.

Meer in het algemeen leidt de verbetering van de communicatie tussen professionals en burgers-gebruikers tot een hogere kwaliteit van het welzijns- en zorgwerk.

Individueel deelnemen

De versterking van de participatie gebeurt in de verschillende stadia en benaderingen van de hulp- en zorgverlening. Dit moet op een doordachte manier gebeuren, en aangepast aan de sectoren, de diensten en hun omgeving.

- Tijdens en na de tussenkomst van onze diensten vragen de professionals naar de mening van de burgers-gebruikers over de werking van de diensten. Deze gegevensverzameling moet op verschillende manieren kunnen gebeuren (ideeënbusen, overlegruimten/tijd, enz.), zowel formeel als informeel. De diensten moeten hun personeel kunnen opleiden in dit soort benaderingen en moeten aan de slag kunnen gaan met de ingewonnen adviezen;
- De inbreng van burgers-gebruikers kan bijdragen tot de verbetering van de informatieverstrekking en tot de ontwikkeling van beter aangepaste communicatiekanalen;
- De diensten kunnen ervoor kiezen om burgers-gebruikers bij hun organisatie te betrekken of hen er in op te nemen. De meningen en opvattingen van die personen worden dan, op gelijke voet met deze van de andere betrokkenen, meegenomen in de overwegingen en beslissingen over de werking van de diensten;
- We moedigen de overheden en diensten aan om samen na te denken over de voorwaarden voor een betere integratie van ervaringskennis, onder meer door de aanwerving van peer helpers¹⁴ in de teams die dat wensen.

Gezamenlijk deelnemen

- Participatie impliceert ook een meer collectieve dimensie. Een lokale aanpak, gericht op de behoeften van de bewoners en gebaseerd op de middelen van de wijk, moet in ruime mate uitgaan van de vragen, de competenties en de bedenkingen van de burgers-gebruikers. De nabijheid vergemakkelijkt deze aanpak.

Meer ten gronde moet het optreden van onze diensten gepaard gaan met collectief en gemeenschapswerk. Deze benaderingen, waarbij mensen besluiten om samen een actie op het getouw te zetten, maken het mogelijk om bepaalde kwesties in het beleid op te nemen en personen te destigmatiseren, die immers niet meer tot hun problemen worden gereduceerd. Ze geven hen de mogelijkheid om bepaalde obstakels (sociaal, institutioneel, geografisch, enz.) te overwinnen, geïdentificeerde problemen samen aan te pakken en de gehele aanpak een nieuwe dynamiek te geven.

De professionals spelen dan een ondersteunende rol, waarvan de contouren samen met de groep worden vastgelegd.

2.1.2. Binnen de fora voor beleidsbesprekingen

We willen ook dat de burgers-gebruikers meer worden betrokken bij de verschillende overleg- en besluitvormingsgroepen waarin professionals en vertegenwoordigers van de overheid samenkomen om het openbaar hulp- en zorgbeleid te bepalen.

¹⁴

Allart M. et Lo Sardo S., La pair-aidance en FWB: état des lieux et guide méthodologique, 2020: <http://www.le-forum.org/uploads/Pair-aidance-web.pdf>

2.1.3 In het onderzoek

De studies en visies die worden uitgewerkt om een beter zicht te krijgen op de situatie en toekomstige richtingen¹⁵ te schetsen, moeten zich meer laten inspireren door de standpunten van burgers-gebruikers, met aandacht voor kwesties zoals relevantie, methode en representativiteit. Waar mogelijk stimuleren wij de ontwikkeling van participatief onderzoek in samenwerking met zowel professionals op het terrein als gebruikers.

2.1.4 In de evaluatie

Hetzelfde geldt voor de evaluatie van het hulp- en gezondheidsbeleid, zowel de evaluatie door de politiek (met name wat betreft de werking van de erkende diensten) als de evaluatie die proactief wordt uitgevoerd door de diensten of sectoren zelf. In deze evaluaties moet rekening worden gehouden met de meningen en opmerkingen van de gebruikers. Gebruikers louter naar hun mening vragen voor de vorm kan niet volstaan.

2.2. Voorwaarden voor participatie

Wij stellen alles in het werk om de voorwaarden voor participatie door onze doelgroepen te bevorderen.

Dat houdt het volgende in:

Aandacht voor het aspect tijd.

- De burgers-gebruikers hebben tijd nodig. We moeten de voorwaarden creëren die hen in staat stellen de tijd te nemen om te participeren, op de momenten en in het tempo die hen het beste uitkomen. Dit houdt onder meer in dat er een onderscheid wordt gemaakt tussen de tijd die besteed wordt aan de besluitvorming inzake het beleid en de tijd die nodig is voor bepaalde benaderingen, zoals buurtwerk.

Aandacht voor de methode.

- Om te kunnen participeren, moeten de burgers-gebruikers in staat zijn om het discours te begrijpen en zelf begrepen te worden. Dat houdt onder meer in dat zij een opleiding moeten kunnen volgen als zij dat wensen, terwijl de welzijn- en gezondheidsprofessionals de mogelijk

heid moeten krijgen om nieuwe tools te ontwikkelen en nieuwe werkculturen te beproeven.

Aandacht voor de voorzieningen.

- De instellingen moeten ook een reeks aanpassingen kunnen doorvoeren om de materiële en organisatorische voorwaarden te scheppen voor een grotere participatie van de burgers-gebruikers. De wens om bij te dragen, om suggesties te doen, om te creëren en zich te engageren kan pas tot uiting komen als de burger-gebruiker zich kan identificeren met de plaats en er zich kan thuis voelen. De lokalen van onze diensten moeten dan ook een gastvrije leefruimte zijn die voor iedereen toegankelijk is.

¹⁵

Het onderzoek betreft zowel het werk van academische instellingen (universiteiten, hogescholen) als dat van onderzoeksafdelingen binnen sommige federaties of steunpunten (zoals het CBCS en het CREBIS), waarbij deze laatste het voordeel bieden dat zij kunnen aansluiten bij de praktijk op het terrein, waarvan zij de standpunten kunnen bundelen.

3 GEMEENSCHAP- SDIAGNOSE ALS ANALYSETOOL

Het is noodzakelijk om gemeenschapsdiagnoses van wijken uit te werken en contact op te nemen met de bewoners.

Hiertoe moet, ofwel binnen de diensten zelf tijd worden vrijgemaakt om de nodige competenties te kunnen ontwikkelen, ofwel een adequate ondersteunende dienst worden ingeschakeld.

In een logica van verantwoordelijkheid naar de bevolking toe, volstaat het immers niet om enkel tegemoet te komen aan de uitgedrukte behoeften. De diensten moeten in staat zijn om onvervulde

behoefte, alsook de meest kwetsbare bevolkingsgroepen te identificeren. Verder volgens moeten zij als antwoord hierop een aanbod samenstellen en programma's ontwikkelen die deze bevolkingsgroepen kunnen bereiken.

Deze programmering van het aanbod moet uiteraard worden uitgewerkt in samenhang met alle interventieniveaus.

4

ZICHTBAARHEID EN LEESBAARHEID

Om een kwalitatief aanbod van hulp- en zorgverlening te garanderen, dat voor iedereen in de ambulante sectoren toegankelijk is, is het van essentieel belang om te informeren, d.w.z. om tools en praktijken te ontwikkelen die de informatie toegankelijk maken.

In dit verband, alsook om de zichtbaarheid van de ambulante sector in Brussel te verbeteren, stellen wij voor om een **gemeenschappelijk identificatiesysteem** voor alle sectoren te ontwikkelen. Dit kan worden gekoppeld aan de redactie van een **Gemeenschappelijk charter van de ambulante diensten** waarin kwaliteitscriteria voor de hulp- en zorgverlening zouden worden opgenomen (opgesteld in overleg tussen de federaties en de overheid).

Het Charter en het gemeenschappelijk identificatiesysteem zouden fungeren als garantie naar de burger toe voor de kwaliteit en de waarden van de dienst waartoe hij zich wendt.

Bij uitbreiding zou het identificatiesysteem ook dienstig zijn om diensten te identificeren met een officiële erkenning, die dus niet zijn onderworpen aan een commerciële logica.

De overheid zou een **communicatiecampagne voor de algemene bevolking kunnen opzetten om de ambulante sector meer bekendheid te geven en leesbaarder te maken.**

Deze communicatiecampagne zou ook het probleem kunnen aanpakken van de niet-bereikte doelgroepen, d.w.z. groe-

pen die de diensten niet kennen en er dus de facto geen toegang toe hebben. Er is dus een verband tussen leesbaarheid of bekendheid met de sector en toegankelijkheid.

Om adequaat in te spelen op de behoeften en met het oog op een bredere toegankelijkheid is het noodzakelijk dat deze communicatiecampagne in de 5 meest gebruikte talen in Brussel wordt gevoerd, tevens rekening houdend met de verschillende obstakels die de informatievergaring in de weg staan, waaronder de digitale kloof.