

Panorama 1

**Recente outreach-initiatieven in Brussel:
Buurtactierelais, CHW, Preventie- en
gezondheidsbevorderingsmedewerkers,
Gezondheidsadviseurs (en anderen)**

Dankwoord

Deze Panorama kwam tot stand dankzij de deskundige inbreng van professionals uit verschillende organisaties: Brusano, CAW Brussel, mobiel team Précarité, Federatie van Bicommunautaire Maatschappelijke diensten, Foyer, Huis voor Gezondheid, Intermut, Kenniscentrum Welzijn Wonen Zorg, Onafhankelijke Ziekenfondsen, Lama Project, Vlaamse Gemeenschapscommissie.

Daarnaast konden we een beroep doen op de expertise van collega's van andere directies van Vivalis, waaronder voornamelijk de directie Gezondheid en Bijstand aan personen.

Onze dank gaat uit naar iedereen die heeft deelgenomen aan de verkennende gesprekken, het overleg, de interviews met medewerkers van de projecten en/of het nalezen van dit document: Yousra Ben Hassoune, Mariam Bidouze, Nouhaila Bouarfa, Houria Bounouch, Bastien Brack, Julie Cardon, Jan De Bie, Jef De Block, Annick Dermine, Victoria De Vlaminc, Asma El Moukadam, David Hercot, Céline Houtain, Eric Husson, Jean-Nicolas Kalitventzeff, Alexia Lescart, Ersilia Lopes Goudiaby, Foibé Masengesho, Valentine Musette, Marine Smeets, Gaétane Thirion, Ann Trappers, Emilie Vanderstichelen, Olivia Vanmechelen, Thomas Vanwynsberghe, Katrien Verbeek, Frédéric Verhagen, Marie Vlayen.

Colofon

Auteurs:

Corinne Malchair, Elisabeth Suciú

Nalezing: :

Jonathan Unger, Joost Boddaert, Catherine Giet, Emmanuelle Vanbesien, Derkje Van der Elst

Vertaling:

ISO Translation & Publishing

Lay-out:

Nazca agency & Partners

Voor citaten uit deze publicatie:

Observatorium voor gezondheid en welzijn van Brussel-Hoofdstad (2025) "Nieuwe outreach-initiatieven in Brussel: BAR, CHW, PGBM, Gezondheidsadviseurs (en anderen)" Panorama 1. Brussel: Vivalis.brussels.

Depotnummer:

D/2025/9334/79

Voor meer informatie:

Corinne Malchair corinne.malchair@vivalis.brussels
Elisabeth Suciú elisabeth.suciu@vivalis.brussels

Observatorium voor gezondheid en welzijn van Brussel-Hoofdstad - Vivalis.brussels

Belliardstraat 71, bus 1 - 1040 Brussel

Tel.: 02/552 01 89

observat@vivalis.brussels

<https://www.vivalis.brussels/nl/informereren/observatoire/observatorium-voor-gezondheid-en-welzijn-van-brussel>

Cette publication est également disponible en français.

Inhoudstafel

1 Voorwoord – Toewerken naar een beter inzicht in het welzijns- en zorgaanbod in Brussel	4
2 In een notendop	5
2.1 Korte voorstelling	5
2.2 Doel van deze programma's?	5
2.3 Wie doet wat?	5
2.4 Hun gemeenschappelijke deler?	6
2.5 Uitdagingen en drempels	6
2.6 Conclusie	7
2.7 Overzicht van de vier programma's	8
3 In detail	9
3.1 Algemene context	9
3.1.1 Inleiding en ruimer kader	9
3.1.2 Waar situeren deze nieuwe voorzieningen zich binnen het bestaande netwerk van welzijns- en gezondheidsorganisaties?	10
3.2 Buurtactierelais (BAR)	14
3.2.1 Voorstelling van het initiatief	14
3.2.2 Welke zijn de obstakels en uitdagingen?	21
3.3 Community Health Workers (CHW)	23
3.3.1 Voorstelling van het federaal kader	23
3.3.2 Voorstelling van het CHW-initiatief in het Brussels Gewest	24
3.3.3 Obstakels en uitdagingen?	30
3.4 De Preventie- en gezondheidsbevorderingsmedewerkers (PGBM)	30
3.4.1 Voorstelling van het initiatief	30
3.4.2 Wat zijn de obstakels en uitdagingen?	37
3.5 Gezondheidsadviseurs	40
3.5.1 Voorstelling van het initiatief	40
3.5.2 Obstakels en uitdagingen	46
3.6 Andere outreachende praktijken	47
3.6.1 Het 'STEK-Peterbos' en 'Zorgzaam Peterbos Solidaire' van SAAMO - Brussel	47
3.6.2 De mobiele teams Cover en Artha	48
3.6.3 Interculturele bemiddelaars in de gezondheidszorg van de Foyer	48
3.7 Conclusie	49
4 Woordenlijst	50
5 Literatuurbronnen	56



Voorwoord – Toewerken naar een beter inzicht in het welzijns- en zorgaanbod in Brussel

Het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn publiceert al vele jaren studies en tools die bijdragen tot een beter begrip van de welzijns- en gezondheidssituatie van de Brusselaars. Thema's die hierin aan bod komen, zijn gezondheidsdeterminanten en (non) take-up van rechten, zoals huisvesting, werk, veiligheid, sociale bijstand enz.

Om het welzijn van de Brusselaars te garanderen is een goed inzicht in het hulp- en zorgaanbod en de manier waarop dit georganiseerd is, van cruciaal belang. Helemaal in de lijn van deze doelstelling lanceert het Observatorium een nieuwe reeks: Panorama.

De Panorama die u nu in handen hebt, is het eerste nummer van de nieuwe reeks, waarin we de buurtinitiatieven van de afgelopen jaren extra onder de aandacht brengen. Projecten die er écht toe doen en essentiële schakels vormen in het huidige welzijns- en gezondheidssysteem.

Dit nummer belicht ook nieuwe, relatief onbekende initiatieven, waaronder de 'outreach'-projecten, die een antwoord willen bieden op een structureel, maar door de COVID-19-crisis ernstiger geworden probleem: te veel Brusselaars vallen uit de boot en vinden hun weg niet naar hulp- en zorgverleningsdiensten. Deze vaststelling leidde tot de oprichting en verdere uitbouw van vier initiatieven: **Buurtactierelais (BAR)**, **Community Health Workers (CHW)**, **Preventie- en gezondheidsbevorderingsmedewerkers (PGBM)** en **Gezondheidsadviseurs**. Ze delen alle vier hetzelfde doel: mensen met elkaar verbinden, de toegang tot hulp en zorg verbeteren en de sociale gezondheidsdeterminanten aanpakken.

Deze Panorama richt zich tot de medewerkers op het terrein, de ondersteunende actoren bij de hulp- en zorgverlening en de bevoegde administraties en beleidsmakers. De tekst laat zich op twee manieren lezen:

- Een toegankelijke en visuele samenvatting voor wie in de dagelijkse praktijk in contact komt of samenwerkt met deze voorzieningen, maar niet altijd precies weet wat ze inhouden;
- En een diepgaande analyse die de lezer meer inzicht verschaft in de contexten waarin deze initiatieven zijn ontstaan, hoe ze georganiseerd zijn, hun uitdagingen, hun complementariteit en de drempels waarmee ze worden geconfronteerd.

Daarnaast bevat dit overzicht ook **kaarten, gedetailleerde beschrijvingen, getuigenissen, een verklarende woordenlijst en aanvullende bronnen om het thema verder uit te diepen.**

Deze reeks wil bijdragen aan de onderlinge bekendheid van de structuren binnen het Brusselse werkveld. Meer inzicht leidt tot betere samenwerking, meer gerichte doorverwijzing en een gepaster antwoord op de behoeften. Dat is de boodschap die we met deze eerste Panorama willen meegeven.

Veel leesplezier!



In een notendop

2.1 Korte voorstelling

Ving u de termen 'Buurtactierelais, Community Health Workers, Preventie- en gezondheidsbevorderingsmedewerkers en Gezondheidsadviseurs' al ergens op, maar weet u niet precies waarvoor ze staan? Dit zijn de krachtlijnen van deze vier initiatieven.

De vier programma's zijn opgezet om mensen te bereiken die moeilijk toegang vinden tot hulp- en zorgdiensten en informatie te verstrekken over preventie en gezondheidsbevordering. Ze hebben elk hun eigen accenten, maar zijn tegelijk complementair.

2.2 Doel van deze programma's?

Deze vier programma's werden in het leven geroepen tijdens de COVID-19-pandemie om kwetsbare bewoners of mensen die moeilijk bereikbaar zijn voor de hulp- en zorgdiensten te bereiken, en om organisaties te ondersteunen die reeds outreachend werkten. Vandaag zetten ze hun werk voort om het contact met de bevolking in stand te houden en beter voorbereid te zijn op eventuele crisissituaties in de toekomst.

2.3 Wie doet wat?

- **De Buurtactierelais (BAR)** focussen zich in hun werk op de sociale gezondheidsdeterminanten bij bewoners in enkele van de meest kwetsbare wijken van Brussel. Maatschappelijk opbouwwerk staat centraal in hun werk, zowel bij individuele begeleiding als bij groeps- en gemeenschapsactiviteiten¹.
- **Community Health Workers (CHW)** helpen de bewoners uit enkele van de meest kwetsbare wijken in Brussel, andere dan waarin de BAR actief zijn, om toegang te krijgen tot het gezondheidssysteem.
- **De Preventie- en gezondheidsbevorderingsmedewerkers (PGBM)** vervullen een bredere opdracht binnen de hulp- en zorgzones². Ze versterken de banden tussen de betrokken actoren en organiseren via activiteiten gericht op preventie en gezondheidspromotie.
- **De Gezondheidsadviseurs** nemen rechtstreeks telefonisch contact op met een bepaalde groep personen om met hen te spreken en hen te informeren over specifieke campagnes (bijv. screening van sommige kankers) in het kader van preventieve gezondheidszorg. Ze geven ook workshops om het doelpubliek en de medewerkers van werkveld organisaties te informeren.

¹ De uitleg van deze termen vindt u in de woordenlijst onder de term 'Maatschappelijk opbouwwerk'.

² Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest is in het kader van het Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan (GWGP) (zie woordenlijst) ingedeeld in 5 zones van meerdere gemeenten en telden in 2024 tussen 188.155 en 319.935 inwoners.

2.4 Hun gemeenschappelijke deler?

- **Preventie en gezondheidsbevordering:** de vier initiatieven streven naar preventie en gezondheidsbevordering, waarbij de BAR specifiek focussen op de sociale gezondheidsdeterminanten.
- **Proactieve aanpak:** ze benaderen kwetsbare personen of Brusselaars die moeilijk de weg vinden naar de 'klassieke' zorgverlening of informatiekanalen, om zo een vertrouwensband op te bouwen (vindplaatsgericht of outreachend).
- **Samenwerking met actoren op het terrein:** de BAR, CHW en PGBM hebben nauw contact met de actoren op het terrein en voeren complementaire of gezamenlijke acties uit.
- **Onderlinge verbondenheid:** de medewerkers van de verschillende initiatieven staan met elkaar in contact via ontmoetings- en overlegmomenten en occasionele gezamenlijke activiteiten.

2.5 Uitdagingen en drempels

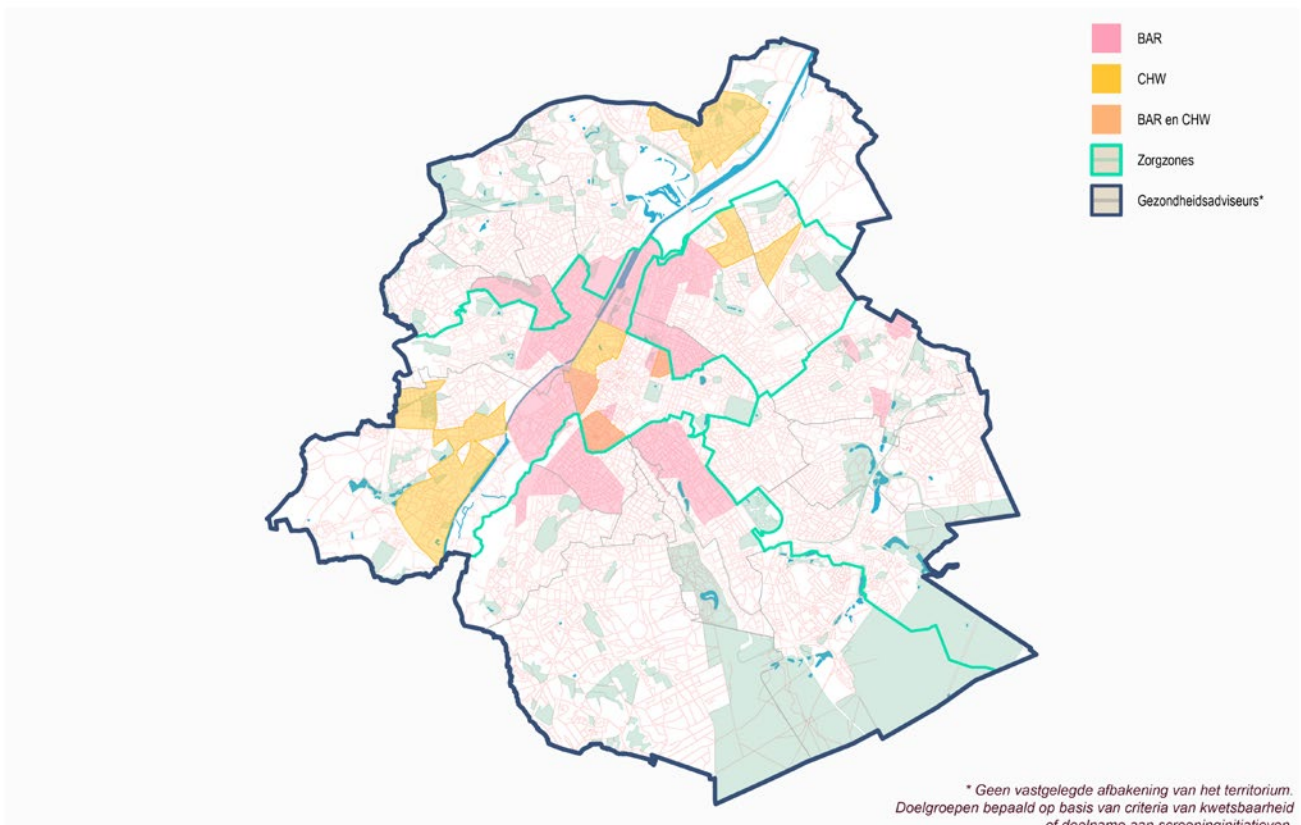
De vier initiatieven staan voor verschillende uitdagingen. De voornaamste zijn:

Hun rol verduidelijken

Het is niet altijd eenvoudig om de eigenheid van de initiatieven en hun onderlinge verschillen en complementariteit duidelijk te verwoorden. Een nieuw project inbedden in een bestaand geheel van diensten en verenigingen is een moeilijke oefening, vooral in een context van een zeer veelzijdig welzijns- en gezondheidsaanbod dat op zich onoverzichtelijk is.

Doorverwijzen naar de juiste hulpverlening

De doorverwijzing van personen naar de juiste voorzieningen botst op overbevroegde eerstelijnsdiensten of werkmethoden die niet zijn afgestemd op de noden van de doorverwezen personen.



Voor een stabiele werkomgeving zorgen

Een vertrouwensband opbouwen met de bewoners kost tijd. Een stabiel werkkader voor de initiatieven en hun medewerkers is cruciaal, om de acties een duurzaam karakter te kunnen geven. Sommige programma's worden nog steeds als project' beschouwd, wat hun werk op lange termijn onzeker maakt.

De onderlinge samenwerking versterken

De BAR en CHW verwerven een grondig inzicht in de dagelijkse situaties en dynamieken op zeer lokaal niveau, terwijl de PGBM complementaire expertise verstrekken op zoneniveau. Er ontstaan steeds meer raakvlakken in de hulpverleningsmethoden. Een verdere uitbouw van gemeenschappelijke projecten kan de uitwisseling van competenties bevorderen en de uitvoering van gezamenlijke acties bij een nieuwe crisis vergemakkelijken.

De kloof tussen sociale en gezondheidszorg overstijgen

Het institutionele en historisch gegroeide onderscheid tussen de sociale en gezondheidssector stemt niet overeen met de manier waarop de burgers hun problemen ervaren. Een woning zoeken, digitale tools kunnen gebruiken e.a., zijn sociale factoren die ook de gezondheid van mensen beïnvloeden. Om tegemoet te komen aan de noden van de bewoners is het van cruciaal belang dat tussen beide dimensies een brug wordt geslagen, opdat mensen makkelijker toegang kunnen vinden tot gezondheidszorg en sociale rechten.

2.6 Conclusie

Deze vier structuren werken onderling samen om de **banden te versterken** met de Brusselaars die daaraan nood hebben **en om de toegang tot hun rechten en zorgverlening te bevorderen**. Daarnaast willen ze zelf beter voorbereid te zijn op toekomstige gezondheids- en/of maatschappelijke crisissituaties.

2.7 Overzicht van de vier programma's

Structuren	Buurtactierelais (BAR) https://www.raq.brussels.nl/	Community Health Workers (CHW) https://www.chw-intermut.be/	Preventie- en gezondheidsbevorderingsmedewerkers (PGBM) https://www.brusano.brussels.nl/	Gezondheidsadviseurs https://www.solidaris-brabant.be/nl https://www.cm.be/nl https://www.lm-ml.be/nl https://www.mutualia.be/
Door wie worden ze gecoördineerd en gesubsidiëerd?	Coördinatie: Federatie van de Bicommunautaire Maatschappelijke Diensten (FBMD) Subsidiëring: Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC)	Coördinatie: Intermut (vzw IM) Subsidiëring: RIZIV	Coördinatie: Brusano Subsidiëring: Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC)	Coördinatie: intermutualistisch project met coördinatie door de Onafhankelijke Ziekenfondsen Subsidiëring: Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC)
Algemene beschrijving	Versterkt de banden met bewoners en speelt in op hun welzijns- en gezondheidsbehoeften via maatschappelijk opbouwwerk Bevordert de samenwerking met en tussen de welzijns- en gezondheidsactoren van de wijk	Streeft naar een betere toegang tot zorgverlening en minder ongelijkheden binnen de gezondheidszorg Helpt de bewoners opnieuw aansluiting te vinden bij het zorgsysteem Werkt samen met de lokale gezondheids- en welzijnsdiensten	Streeft naar betere preventie en gezondheidsbevordering, in de hulp- en zorgzones (waaronder de prioritaire thema's in Brussel) Verstevt de banden tussen de welzijns- en gezondheidsactoren	Neemt contact op met de doelgroepen om hun noden in kaart te brengen en hen te begeleiden bij het zetten van gezondheid bevorderende stappen Ze geven mensen ook praktische informatie over hun individuele rechten op gezondheidszorg. De proactieve contactname heeft als ruimer doel het bestrijden van sociaal isolement
De voornaamste doelstellingen?	- Non take-up van rechten bestrijden - De toegang tot zorgverlening en welzijnsdiensten verbeteren - Sociale determinanten aanpakken	- De begunstigen begeleiden in hun stappen naar gezondheidszorg - De begunstigen attent maken op gezondheidsthema's - De behoeften en drempels bij de toegang tot gezondheidszorg vaststellen om acties tot sociale verandering te bevorderen	- De bestaande acties op het vlak van preventie en gezondheidsbevordering onder de aandacht brengen - Het maatschappelijk opbouwwerk uitbreiden om burgers aan te moedigen gezondheidsbevorderende gewoonten aan te nemen en de deelname aan screenings en vaccinatie te verbeteren, vooral bij mensen die weinig aansluiting hebben met het systeem - De actoren ondersteunen die zich inzetten voor risicobeperking en deelname van kwetsbare doelgroepen aan vaccinatie en screening	Informeren, doorverwijzen en het handelingsvermogen versterken (empowerment), door: - De doelgroepen inzake gezondheidszorg identificeren en te ondersteunen - De gezondheidsgeletterdheid van de doelgroepen, met betrekking tot specifieke thema's verbeteren - De structurele drempels, waarmee de doelgroepen geconfronteerd worden in te kaart brengen
Door wie?	19 welzijnswerkers (met diverse profielen)	12 medewerkers in teams van 2 tot 4 personen per zone	19 medewerkers (met diverse profielen) - 5 teams van 3 tot 5 PGBM	16 medewerkers (maatschappelijk werkers verpleegkundigen met verschillende expertise)
Voor wie?	De inwoners en gebruikers van een wijk, met bijzondere aandacht voor kwetsbare personen die moeilijk de weg vinden naar de welzijns- en gezondheidsvoorzieningen	De inwoners en gebruikers van een wijk, met bijzondere aandacht voor kwetsbare personen moeilijk de weg vinden naar de welzijns- en gezondheidsvoorzieningen	- De welzijns- en gezondheidsactoren - De inwoners en gebruikers van een hulp- en zorgzone, met bijzondere aandacht voor kwetsbare personen die moeilijk de weg vinden naar de welzijns- en gezondheidsvoorzieningen	Specifieke doelgroepen (naargelang de preventiecampagnes) van kwetsbare inwoners van het Brussels Gewest
Waar?	1 BAR = 1 buurt = hostingpartner In 19 buurten Alle BAR zijn ondergebracht bij een 'hostingpartner' (een ambulante welzijns- of gezondheidsdienst), die fungeert als uitvalsbasis voor de opdrachten Verplaatsen zich indien nodig, binnen heel Brussel	Verdeeld over 4 zones in het BHG met elk 2 tot 4 wijken De activiteiten zijn niet gebonden aan een vaste locatie, maar vinden plaats in de gebouwen van de partners Verplaatsen zich indien nodig, binnen heel Brussel. De CHW zijn ook aanwezig in de andere gewesten	3 tot 5 PGBM in de 5 hulp- en zorgzones Verplaatsen zich indien nodig, binnen heel Brussel	Afhankelijk van de gevoerde campagne: telefonische contacten met de specifieke doelgroepen binnen het Brussels Gewest of een deel daarvan De Gezondheidsadviseurs zijn actief binnen vijf ziekenfondsen die aan het project deelnemen (het socialistische, christelijke, liberale, neutrale en onafhankelijke ziekenfonds). Deze werking bestaat ook in Wallonië
Hoe werkt het?	De BAR stemmen hun activiteiten af op de specifieke context van hun buurt. Ze zetten hun acties op via: - het maatschappelijk opbouwwerk, zowel op individueel niveau als op groeps- of gemeenschapsniveau - een proactieve en outreachende aanpak - de opbouw van een netwerk op buurtniveau (gericht op het leggen van contacten met en tussen de welzijns- en gezondheidsactoren in de buurt) - een individuele doorverwijzing van de bewoners naar de welzijns- en gezondheidsdiensten - collectieve initiatieven op het vlak van informatie, preventie en gezondheidsbevordering	De CHW geven informatie, verwijzen door en/of bieden individuele ondersteuning aan de kwetsbare personen die ze ontmoeten, om hun toegang tot gezondheidszorg te faciliteren. Ze stemmen hun acties af op de specifieke context van hun buurt. Ze zetten hun acties op via: - een outreachende, buurtgerichte aanpak - de opbouw van een netwerk op het niveau van de buurt - doorverwijzing en individuele begeleiding - groepsactiviteiten om de gezondheidsgeletterdheid en de zelfredzaamheid van inwoners te verbeteren	De PGBM werken rond 4 speerpunten: - De verzameling en verspreiding van informatie rond preventie via publicaties, waaronder 'Gezondheidspreventie Info', en bewustmakingscampagnes over deze thema's afhankelijk van de behoeften - De organisatie van maandelijkse 'Ontmoetingen rond gezondheidspreventie' in de wijken binnen de zorgzones, bedoeld voor publieksgroepen die moeilijk bereikbaar zijn voor campagnes en initiatieven rond preventie - Specifieke acties in samenwerking met de actoren uit de 0.5-lijn voor mensen die extra kwetsbaar zijn	De Gezondheidsadviseurs zetten twee soorten activiteiten op rond preventie en gezondheidsbevordering: - proactieve contactname, telefonisch of digitaal, met een Brussels doelpubliek in het kader van een specifieke preventiecampagne; evaluatie van de noden van de gecontacteerde personen, bewustmaking en informatie omtrent toegang tot zorg - workshops rond gezondheidspreventie en toegang tot zorg voor het doelpubliek en/of de medewerkers van de ziekenfondsen



In detail

3.1 Algemene context

3.1.1 Inleiding en ruimer kader

De initiatieven die aan bod komen in deze Panorama werden opgestart naar aanleiding of in het verlengde van de COVID-19-pandemie en van de ALCOV-strategie (Agir Localement Contre le Virus) die in het Brussels Gewest werd ontwikkeld en gecoördineerd door de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC). Het doel van deze strategie was de Brusselse bevolking te informeren en te sensibiliseren en als lokale tussenschakel te fungeren in de strijd tegen het coronavirus (bv. begrip van de gezondheidsmaatregelen, de toegang tot vaccinatie, de doorverwijzing naar de welzijns- en gezondheidsdiensten enz.).

De geïmplementeerde programma's zijn het resultaat van heel uiteenlopende vaststellingen die zowel vanuit de praktijk als door de overheid³ werden gerapporteerd. Enkele daarvan zijn:

- De lockdownmaatregelen zorgden voor een breekpunt in de sociale contacten, een situatie die voor iedereen lastig is gebleken, maar in het bijzonder voor geïsoleerde en/of kwetsbare mensen. Dit isolement heeft een grote impact gehad op de fysieke en mentale gezondheid van een deel van de bewoners, maar ook op de sociale cohesie binnen het Brussels Gewest.
- De reeds bestaande sociale ongelijkheden werden tijdens de crisis verder uitvergroot. Veel Brusselaars konden hun rechten niet laten gelden (o.a. omwille van gesloten loketten, isolement, angst enz.), met als zwaarst getroffen groep de mensen in armoede.
- De COVID-19-crisis heeft de kloof tussen de overheid en de bevolking blootgelegd. De overheidsinstanties hadden moeite om de Brusselaars te bereiken en te begrijpen met welke specifieke moeilijkheden ze worstelden. Aspecten die duidelijk werden onderschat in de algemene lockdownmaatregelen zijn o.a. de taalbarrière, digitale kloof, ongelijke toegang tot informatie (o.a. omdat sommige groepen de klassieke communicatiekanalen, zoals de Belgisch media, niet volgen), verschillen in leefomstandigheden (bv. overbevolkte woningen, beperkte ruimte om eten te stockeren enz.) en de lage gezondheidsgeletterdheid⁴. Als reactie op dit tekortschietend *community engagement*⁵ was men genooddaakt initiatieven op te zetten die de overheden, tijdens de crisis, in nauw contact konden brengen met de bevolking. Initiatieven die daarna duurzaam zouden worden verankerd, met het oog op mogelijke gezondheidscrisissen in de toekomst.

³ Deze vaststellingen zijn tijdens en na de crisis aan bod gekomen in publicaties van de federaties van de diensten en tijdens werkvergaderingen georganiseerd door het kabinet van de minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken (bijv. de WG Toegang tot rechten).

⁴ Schriftelijke en mondelinge informatie kunnen begrijpen en gebruiken in het dagelijkse leven om persoonlijke doelen te bereiken en kennis en vaardigheden uit te breiden.

⁵ Zie woordenlijst.

- Welzijns- en gezondheidswerkers uit de eerste lijn, de tweede lijn en de laagdrempelige hulpverlening (0.5-lijn)⁶ bereiken hun gebruikers en hun doelgroepen, maar niet de hele bevolking: *“Er gaapt een kloof: in het Brussels Gewest kijkt niemand om naar mensen die niet bij diensten of hulpverleners aankloppen.” (een publieke mandataris)*. De pandemie heeft naast kwetsbare en ‘onzichtbare’ mensen ook nieuwe bevolkingsgroepen zichtbaar gemaakt, die door de crisis en de verzwakte arbeidsmarkt in een bestaansonzekere situatie zijn beland. Tegen deze achtergrond is het nodig om ‘actief naar de mensen toe te gaan’ en in te zetten op de ‘nulde lijn’ en maatschappelijk opbouwwerk⁷.
- De welzijnswerkers op het terrein stelden vast dat gezondheid tijdens de COVID-19-crisis niet noodzakelijk bovenaan stond bij mensen in kwetsbare situaties. *“Ze deden uitspraken als: Ik laat me niet vaccineren zolang de afvalcontainer op straat niet hersteld is of zolang ik met dat waterlek zit in mijn sociale woning.” (een publieke mandataris)*. Gezondheidsbeleid en volksgezondheid konden niet worden losgekoppeld van de sociale problemen.

Deze vaststellingen zetten de overheid ertoe aan om meer vindplaatsgerichte acties te ondersteunen, waaronder projecten en initiatieven die na de COVID-19-crisis zijn behouden, verfijnd of aangepast aan de nieuwe omstandigheden.

De federale overheid lanceerde via de ziekenfondsen een nieuw initiatief: de Community Health Workers (CHW). Hun opdracht bestaat erin de toegang tot gezondheidszorg in kwetsbare buurten te verbeteren via informatie en begeleiding.

Tijdens de COVID-19-crisis zetten de Brusselse overheden via de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie⁸ drie nieuwe programma’s op om het luik gezondheidspreventie⁹ structureel en universeel te versterken. Alle drie zijn ze erop gericht een zo dicht mogelijk contact met de volledige bevolking te realiseren en actief naar de mensen toe te gaan, uitgaande van het principe van bevolkingsverantwoordelijkheid¹⁰: de Gezondheidsadviseurs focussen op proactief en individueel telefonisch contact met specifieke doelgroepen. De andere twee initiatieven zetten in op maatschappelijk opbouwwerk, maar elk met een eigen focus: de Buurtactierelais (BAR) leggen de nadruk op de sociale gezondheidsdeterminanten in kwetsbare buurten, terwijl de Preventie- en

gezondheidsbevorderingsmedewerkers (PGBM) zich toespitsen op gezondheidspreventie.

We benadrukken dat de BAR een beroep doen op een twintigtal organisaties uit de ambulante sector – hostingpartners – waaronder sommige Franstalig, Nederlandstalig of bicommunautair zijn (zie hoofdstuk 3.2.1.3), die ervoor zorgen dat ze zo dicht mogelijk bij de burgers staan. De werking van de PGBM werd ingebed in de hulp- en zorgzones¹¹.

Naast deze ‘nieuwe initiatieven’ hebben de overheid en verenigingen zich ook ingezet om de bevolkingsgroepen te ondersteunen die het – rechtstreeks of onrechtstreeks – hardst te verduren kregen door de COVID-19-crisis (voedselhulp, doorverwijzing naar financiële en administratieve hulpdiensten, toegang tot energie en water, gezinsondersteuning, psychosociale bijstand voor kinderen en jongeren, ouderen, geïsoleerde volwassenen enz.).

Deze vier initiatieven (BAR, CHW, Gezondheidsadviseurs en PGBM) worden gezien als nieuwe, outreach-initiatieven ten aanzien van de Brusselse bevolking. Ze zijn ontstaan tijdens de COVID-19-crisis en werden daarna voortgezet. Ze zijn bedoeld als voorbereiding op andere mogelijke crisissen en in bredere zin als initiatieven voor preventie en gezondheidsbevordering. We stellen ze in deze Panorama één voor één voor. Tot slot zullen we kort de andere vindplaatsgerichte projecten voor kwetsbare en moeilijke bereikbare doelgroepen belichten, die inzetten op gezondheid en de bijbehorende sociale determinanten en die ook in diezelfde periode zijn ontstaan. Sommige van deze initiatieven werden al eerder opgestart, in het kader van andere crisissen (bv. onthaal van Oekraïners, energiecrisis enz.).

3.1.2 Waar situeren deze nieuwe voorzieningen zich binnen het bestaande netwerk van welzijns- en gezondheidsorganisaties?

3.1.2.1 Toegang en organisatie van de hulp en zorg

Het aanbod van zorgverlening, hulp en begeleiding in Brussel is in handen van een uitgebreid netwerk van diensten. Hun taken lopen sterk uiteen. Ook hun toegankelijkheidsniveau voor de burgers verschilt wezenlijk.

⁶ Informatie over de zorgniveaus (lijnen) in de welzijns- en gezondheidszorg: zie verder.

⁷ Zie woordenlijst.

⁸ De GGC is de bicommunautaire commissie in het Brussels Gewest.

⁹ Het gaat om medewerkers die helpen bij de implementatie van de gezondheidsmaatregelen, zonder evenwel controles uit te voeren, zoals dat het geval was bij de field agents of call centers tijdens de COVID-19-pandemie.

¹⁰ Zie woordenlijst.

¹¹ Zie de woordenlijst voor informatie over het Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan (GWGP).

In de **Franstalige gezondheidssector** heeft men het vaak over **zorglijnen** om te verwijzen naar het toegangsniveau tot de zorg: de eerstelijnsdienst – voorzieningen waar de burger in eerste instantie terecht kan met een zorgvraag – en de tweedelijnsdienst of voorzieningen waarnaar de gebruiker vanuit de eerste lijn wordt doorverwezen. De zorgverlening wordt georganiseerd vanuit verschillende **zorgniveaus**: maatschappelijk opbouwwerk inzake gezondheid, eerstelijnszorg, tweedelijnszorg (gespecialiseerd) en derdelijnszorg (hooggespecialiseerd). Andere organisaties bieden ondersteuning aan de werknemers op het terrein (ondersteunende diensten, coördinaties, netwerken enz.). Dit niveau wordt aangeduid als '1,5'¹².

Ook in de **Nederlandstalige zorgsector** heeft men het over de verschillende 'zorglijnen', maar de termen dekken niet precies dezelfde lading. Het Nederlandstalige systeem telt vijf verschillende lijnen binnen de gezondheidszorg: de eerste lijn is rechtstreeks toegankelijke lokale zorg, zoals een huisarts, thuisverpleging, maatschappelijk werker enz. De tweede lijn is gespecialiseerde zorg na doorverwijzing van een huisarts, zoals een dermatoloog, cardioloog, enz. De derde lijn is gespecialiseerde zorg in een ziekenhuis of in centra, zoals revalidatie, gespecialiseerde ingrepen enz. De vierde lijn staat voor hooggespecialiseerde zorg in universitaire ziekenhuizen. De vijfde lijn is laagdrempelige zorg, zoals mantelzorg, crisiscentra, de zelfmoordlijn enz.¹³

In de **Franstalige sociale sector** wordt ook over 'lijnen' gesproken, maar de betekenis ervan stemt niet altijd overeen met die in de gezondheidszorg: de eerste lijn verwijst naar de organisaties die als eerste in contact komen met een zorgvraag (ambulante hulp, hulp aan huis enz.). De tweede lijn verwijst doorgaans naar ondersteunende organisaties voor hulpverleners op het terrein (ondersteuningsdiensten, coördinaties, netwerken enz.). De derde lijn bestaat uit diensten die expertise of gespecialiseerde ondersteuning verstrekken aan organisaties uit de tweede lijn, diensthouders, beleidsinstanties enz.

Het is belangrijk te vermelden dat sommige organisaties, zowel in de welzijns- als in de gezondheidssector, diensten kunnen combineren die onder meerdere lijnen of niveaus vallen.

Het feit dat bepaalde groepen Brusselaars moeilijk toegang krijgen tot zorgdiensten uit de eerste en tweede lijn, en tot eerstelijnszorg, bestond al vóór de pandemie. Non take-up van rechten en toegangsdrempels tot voorzieningen zijn thema's die regelmatig door professionals worden aangekaart in publicaties¹⁴, studiedagen enz. De drempels die mensen ervaren bij de toegang tot hulp en zorg zijn van uiteenlopende aard: de mate van vertrouwen in een instantie, dienst of hulpverlener; het vermogen van personen om hun hulpvraag helder te formuleren zodat hulpverleners ze begrijpen en er gevolg kunnen aan geven; de bereikbaarheid en toegankelijkheid van de dienst (geografisch, fysiek, tijdsgebonden, taalkundig, financieel, toelatingsvoorwaarden, wachtlijsten, enz.), de verwachtingen omtrent de efficiëntie van de voorgestelde oplossingen; enz.¹⁵ De COVID-19-crisis heeft deze ongelijkheden scherper gesteld en zichtbaarder gemaakt.

Hulpverleners op het terrein hebben aangepaste werkwijzen, specifieke competenties en interventiestrategieën ontwikkeld om de kwetsbare doelgroepen, die weinig aansluiting vinden bij de eerstelijnsdiensten, te kunnen bereiken. Deze doelgroepen (waaronder daklozen, sekswerkers, mensen met een verslavingsproblematiek, (ex-)gedetineerden, geïsoleerde alleenstaande ouders, vereenzaamde ouderen) leven vaak in een complexe situatie van kwetsbaarheid als gevolg van onveiligheid, stigmatisering, beperkt sociaal netwerk, onzichtbaarheid voor de hulpverlening, ervaringen met institutioneel geweld, niet vragen van hulp enz.¹⁶ In het Franstalige werkveld omschrijven deze hulpverleners hun positie als 'laagdrempelig' of de '0,5-lijn'. Ze zijn vaak het eerste aanspreekpunt voor deze doelgroep. De 0,5-lijn situeert zich net onder de eerste lijn inzake gezondheid en welzijn. Deze lijn vergroot haar bereik door af en toe zelf de mensen op te zoeken (outreach) in hun leefomgeving. De 0,5-lijn wijst de eerste lijn ook op de noden van deze doelgroepen en biedt ondersteuning zodat de eerstelijnsactoren de hulpvragers beter kunnen opvangen.

Het maatschappelijk opbouwwerk¹⁷ binnen de gezondheidszorg en het welzijnswerk kan beschouwd worden als een 'niveau 0' (gezondheidssector) of '0-de lijn' (welzijnssector); het vormt de onderbouw voor de eerste lijn¹⁸. Het doel is om participatieve initiatieven te ontwikkelen die inspelen op gedeelde noden of problemen. Daarbij wordt gestreefd naar collectieve en solidaire oplossingen, die het

¹² Vignes Maguelone & Roland Michel, 2022.

¹³ Bron: <https://www.eerstelijnszone.be/wat-eeen-eeerstelijnszone-2>

¹⁴ Zie onder meer: INAMI & Médecin du monde (Ed), 2014; Observatorium voor gezondheid en welzijn van Brussel., 2017; Forum - Bruxelles contre les inégalités (Ed), 2017; Myaux Deborah, Serré Alexia & Justine Vleminckx, 2020; Feron Pauline & Maisin Charlotte, 2022.

¹⁵ Zie Edland-Gryt Marit & Skatvedt Astrid Helene, 2013.

¹⁶ Di Biagi et al 2022, "L'accueil des plus vulnérables au sein de la fonction 0.5, une fonction d'adaptation?" - verwijzing terug te vinden in Vignes Maguelone & Roland Michel, 2022.

¹⁷ Zie woordenlijst.

¹⁸ Vignes Maguelone & Roland Michel, 2022, p. 18.

Terminologie in de Franstalige gezondheidssector ¹⁹		Terminologie in de Nederlandstalige zorgsector	Terminologie in de Franstalige welzijnssector	
Organisatie van de zorg Zorgniveau (volgens de WHO)	Toegang tot de zorg: zorglijnen		Ondersteuningsaanbod voor professionals	Aanbod voor de bevolking
Niveau 3: hooggespecialiseerde, uitermate technische structuren (universitaire ziekenhuiscentra enz.)		4° lijn: hooggespecialiseerde zorg verstrekt in universitaire ziekenhuizen	3° lijn: gespecialiseerde diensten die ondersteuning bieden aan de 2° lijn, aan diensthoofden, aan de overheid (observatoria, diensten voor statistiek en data, analyse-diensten enz.)	
Niveau 2: algemene ziekenhuizen en gespecialiseerde diensten (regionale ziekenhuizen, specialisten, gezondheidscentra met specifieke oriëntatie, gespecialiseerde centra enz.)	2° lijn: diensten waarnaar de gebruiker wordt doorverwezen	3° lijn: gespecialiseerde diensten verstrekt in een ziekenhuis of in bepaalde centra, zoals revalidatie, gespecialiseerde ingrepen 2° lijn: diensten waarnaar de gebruiker wordt doorverwezen		
Niveau 1,5: structuren die niveau 1 uit het zorgaanbod ondersteunen			2° lijn: structuren hulpverleners op het terrein ondersteunen (ondersteuningsdiensten, coördinaties, netwerken enz.)	
Niveau 1: primaire, algemene zorg	1° lijn: eerste contact met het aanbod	1° lijn: eerste contact met het aanbod		1° lijn: eerste contact met het aanbod
	0.5-lijn: diensten met expertise in de opvang van kwetsbare doelgroepen, die moeilijk toegang vinden tot de diensten Deze diensten focussen op specifieke doelgroepen	Nulde lijn: laagdrempelige zorg, zoals mantelzorg, crisiscentra, de zelfmoordlijn, enz		0.5-lijn: diensten met expertise in de opvang van kwetsbare doelgroepen, die moeilijk toegang vinden tot de diensten Deze diensten focussen op specifieke doelgroepen
Niveau 0: gemeenschapsgezondheid of maatschappelijke opbouwwerk inzake gezondheid				Nulde lijn: maatschappelijke opbouwwerk inzake welzijnswerk

empowerment-niveau van de deelnemers versterken. Het opbouwwerk draagt op die manier bij aan sociale verandering en helpt om de sociale determinanten, isolement en sociale en culturele uitsluitingsmechanismen aan te pakken. Dit opbouwwerk is 'universeel', het richt zich niet op een bepaald thema of een specifieke subgroep maar staat zo dicht mogelijk bij de bevolking.

In het vervolg van dit document gebruiken we de termen zoals ze in het Frans worden bedoeld, omdat ze het meest gangbaar zijn onder de medewerkers van de betrokken structuren.

Sommige eerstelijnsdiensten, waaronder algemene welzijnsdiensten en medische huizen hebben de opdracht om aan maatschappelijk opbouwwerk te

doen dat complementair is met hun hulpverleningsaanbod. In de praktijk zijn hun eerstelijnsdiensten vaak overbelast²⁰ en zijn de middelen voor maatschappelijk opbouwwerk momenteel beperkt. Hun collectieve acties blijven daardoor vaak beperkt tot groepsactiviteiten of activiteiten in groep²¹, waarbij de focus op hun eigen gebruikers ligt. Sommige nieuwe initiatieven die door de overheid zijn opgezet, focussen op het maatschappelijk opbouwwerk, als aanvulling op de bestaande welzijn- en gezondheidsdiensten.

Op basis van bovenstaand toegankelijkheidskader kunnen de initiatieven die in deze Panorama aan bod komen, als volgt worden ingedeeld:

¹⁹ Vignes Maguelone & Roland Michel, 2022.

²⁰ Zie Willaert Alain, Marziali Valentina, 2024.

²¹ Zie woordenlijst - beleidskader volgens de definitie van maatschappelijk opbouwwerk.

- De Buurtactierelais (BAR) spitsen hun werking toe op de nulde lijn (maatschappelijk opbouwwerk inzake gezondheid)
- De Community Health Workers (CHW) combineren de eerste lijn (permanenties rond gezondheid) met de 0.5-lijn (daklozenrondes)
- De Preventie- en gezondheidsbevorderingsmedewerkers (PGBM) starten activiteiten op rond preventie en gezondheidsbevordering op niveau 0 (activiteiten in de zorgzones), nemen deel aan activiteiten op niveau 1 (informatie en sensibilisering rond preventie en gezondheidsbevordering) en bieden ondersteuning (niveau 1,5 en 2^e lijn) aan professionals uit de nulde lijn, niveau 0, de 0.5-lijn, de 1e lijn, de 2^e lijn en niveau 2.
- De Gezondheidsadviseurs combineren activiteiten binnen de 0.5-lijn (proactieve telefonische contacten) en de 1e lijn (gezondheidswerkshops).

3.1.2.2 Vindplaatsgerichte of outreach-initiatieven

De uitrol van het welzijns- en zorgaanbod in Brussel gebeurt op uiteenlopende manieren. De meeste diensten ontvangen hun doelpubliek ter plaatse in hun lokalen voor individueel consult en activiteiten (ambulante zorg)²² of bieden hun publiek onderdak (residentiële zorg). Andere diensten kiezen voor een mobiele en outreachende aanpak, wat inhoudt dat *“welzijnswerkers letterlijk de straat op gaan om mensen op te zoeken in hun leefomgeving: aan huis, in de openbare ruimte of op locaties als kraakpanden of verkrotte onderkomens. Deze manier van werken kan ook digitaal plaatsvinden wanneer het eerste contact via telefoon, sms, e-mail of sociale media wordt gelegd.”*²³

Momenteel zijn er in het Brussels Gewest verschillende diensten en organisaties actief die ‘extra muros’ werken: aan huis, in kraakpanden, op straat, in het uitgaansmilieu, in gevangenissen, gesloten centra voor asielzoekers, via digitale kanalen, telefonisch enz. Deze vorm van hulp- of zorgverlening wordt uitgerold in uiteenlopende sectoren, waaronder de geestelijke gezondheidszorg of de zorg voor ouderen, personen met een handicap, gezinnen (waaronder alleenstaande ouders), jongeren, daklozen, sekswerkers, druggebruikers en (ex-)gedetineerden. De manier waarop hulp of zorg wordt verstrekt kan heel uiteenlopend zijn: het kan bestaan uit het ondersteunen van individuen of gezinnen door aanwezigheid en een luisterend oor, informatie verstrekken, doorverwijzen naar geschikte diensten, klassieke hulp- of zorgverlening, materiële

hulp (zoals voedselhulp, diverse producten enz.), maar ook uit het ondersteunen van groepen of gemeenschappen bij de organisatie van activiteiten, de uitwerking van projecten enz.

Klassieke visie op mobiele zorg en hulpverlening

Mobiele zorg en hulpverlening, waarbij professionals naar de mensen toe gaan, is geen nieuw gegeven. Al vanaf de 19e eeuw kwamen er buurtinitiatieven op gang om ‘armen’ te bezoeken in hun leefomgeving, zowel bij hen thuis als op straat. Toen ontstond ook al het idee om (voor korte of langere periodes) intensief in te zetten op de arme buurten in grote steden.

Na de Tweede Wereldoorlog werden diensten voor hulp en thuiszorg opgericht voor gezinnen en/of ouderen, tegen een achtergrond van toenemende verkleining van de gezinnen en een vervaging van de nabije solidariteit. Huisartsen, verpleegkundigen en andere hulp- of zorgverleners komen steeds vaker bij de mensen thuis.

Hedendaagse benadering van outreach

Vanaf de jaren 1980 krijgen mobiele praktijken een nieuw elan binnen een internationale context die de noodzaak benadrukt om de toegang tot eerstelijnszorg te verbeteren. In 1978 werd na afloop van de Internationale Conferentie inzake eerstelijnsgezondheidszorg – georganiseerd door de WHO en UNICEF – de Alma Ata-verklaring aangenomen. Deze verklaring is het resultaat van een wereldwijd gedragen consensus over de dringende noodzaak om eerstelijnszorg te optimaliseren. Het doel was om tegen het jaar 2000 voor alle mensen wereldwijd een minimum aan levenskwaliteit te garanderen.²⁴

In België vond de outreachende aanpak in die periode vooral ingang binnen gezondheids- en preventieprogramma’s rond alcohol- en/of druggebruik voor jongeren. *“Deze manier van werken werd toen onder de naam ‘straathoekwerk’ ingebed in het systeem en kreeg een steeds grotere professionele erkenning, waardoor outreaching niet langer als een werkvorm werd beschouwd, maar eerder als de essentie van de opdracht.”*²⁵

Tegelijkertijd ontspon zich een ethisch discours over de houding van hulpverleners in een ondersteuningsrelatie: *“een verschuiving in de manier waarop professionals zich opstellen, namelijk met meer openheid voor de mens in zijn totaliteit (en zonder vooroordelen).”*²⁶

²² Zie woordenlijst.

²³ Parisse Jordan & Porte Emmanuel, 2022, p. 9.

²⁴ Wereldgezondheidsorganisatie, 1978.

²⁵ Parisse Jordan & Porte Emmanuel, 2022, p. 11.

²⁶ *Ibidem*, p. 10.

De laatste dertig jaar doken steeds meer outreach-initiatieven op als gevolg van een aantal factoren:

- de opkomst van sociale programma's en beleidsstrategieën, onder de noemer 'lokaal' of 'buurtgericht' sociaal beleid, die de verticale en sectorale aanpak van de welzijns- en gezondheidsdiensten willen overstijgen. Deze programma's besteden extra aandacht aan de strijd tegen armoede en de strijd tegen sociaal en relationeel isolement van kwetsbare doelgroepen. Ze zetten in op een preventieve aanpak van sociale en gezondheidsacties. Deze visie biedt een nieuw operationeel terrein voor de outreachende methode.
- de door burgers zelf aangegeven nood aan deze aanpak (bijv. thuiszorg en -hulp voor ouderen of personen met mentale gezondheidsproblemen);
- de erkenning door de overheid van de uitdagingen verbonden aan strijd tegen non take-up van rechten en dienstverlening: *"Het benadrukken van diverse vormen van non take-up van rechten en voorzieningen – het niet kennen, niet vragen naar, niet aangeboden krijgen, niet ontvangen – en het kwantificeren ervan, alsook het verklaren van de onderliggende mechanismen, roepen op tot een verandering van de benaderingen van hulpverlening en de omgangsvormen met het doelpubliek. (...) De toegang tot rechten en het aanpakken van non take-up vereisen een benadering waarbij proactief de stap wordt gezet naar personen die geen hulp vragen of [...] die deze zelfs weigeren. Sociale diensten kunnen immers niet volharden in een passieve houding waarbij ze wachten tot de mensen zelf naar hun kantoor komen om hun formulieren in te vullen voor het toekennen van rechten of noodhulp. [...] Toegang tot fundamentele rechten vereist een aanpak waarbij hulpverleners hun kantoor verlaten. In een streven naar burgerparticipatie moeten ze letterlijk naar de mensen toe gaan, om tegenwicht te bieden aan een mentaliteit van opgeven, onverschilligheid en sociaal isolement."*²⁷

Alle programma's die in deze Panorama aan bod komen, hanteren outreachende strategieën, met verschillende werkvormen.

3.2 Buurtactierelais (BAR)

3.2.1 Voorstelling van het initiatief

3.2.1.1 Algemene beschrijving

Het project rond de Buurtactierelais (BAR) werd opgestart in 2021 en telde aanvankelijk een twintigtal maatschappelijk werkers die als BAR werden ingezet in een aantal Brusselse wijken. Deze medewerkers maken deel uit van het team van de Federatie van de Bicommunautaire Maatschappelijke Diensten. De BAR stemmen hun acties af op de noden van de bewoners en gebruikers, met focus op maatschappelijk opbouwwerk. Ze streven ernaar om nauwe banden te smeden met de bewoners, om tegemoet te kunnen komen aan hun noden. De noden van een buurt worden beschouwd als sociale determinanten van gezondheid en omvatten toegang tot rechten en diensten. Ze bevorderen de samenwerking met en tussen de welzijns- en gezondheidsactoren van de wijk.

Elke BAR werkt nauw samen met een lokale organisatie – de hostingpartner – waarin de BAR verankerd is.

1 BAR = 1 buurt = hostingpartner

De BAR werken zonder vooraf bepaalde thema's of specifieke doelgroepen en zonder instantie die de grenzen van hun werking afbakt²⁸. De BAR benaderen proactief kwetsbare personen of mensen die moeilijk toegang vinden tot de welzijn- en gezondheidsdiensten: buurtbewoners, gebruikers van de openbare ruimte (voorbijgangers, daklozen), bezoekers van de diensten en handelszaken enz. Ze werken complementair met de bestaande welzijns- en gezondheidsactoren, volgens een toeleidende aanpak die gebaseerd is bevolkingsverantwoordelijkheid²⁹.

De hosting partner speelt op zijn beurt een belangrijke rol in de lokale verankering van de BAR door de kennis van de buurt en ervaring met sociaal werk te delen. De hosting partner vormt de uitvalsbasis voor de werking van de BAR.

De BAR krijgen methodologische ondersteuning bij hun maatschappelijk opbouwwerk van het **programma BRI-Co** (Bureau de Recherches et d'Investigations sur le Commun of Gemeenschapsactie op wijkniveau)³⁰. Beide initiatieven zijn nauw met elkaar verweven binnen de Federatie van de Bicommunautaire Maatschappelijke Diensten (FBMD)³¹. De zeven leden van het BRI-Co-team,

²⁷ Parisse Jordan & Porte Emmanuel, 2022, pp. 12-14.

²⁸ ELos van het kader dat door de subsidiërende overheid voor dit project is vastgelegd.

²⁹ Zie woordenlijst.

³⁰ Zie hoofdstuk 'Hoe'.

³¹ De benaming 'Federatie van de Bicommunautaire Maatschappelijke Diensten' (FBMD) is weinig ingeburgerd; de organisatie is beter bekend als FMD. Organisatorisch gaat het om twee sterk met elkaar verbonden vzw's: enerzijds de Federatie van de Maatschappelijke Diensten (FMD), die Franstalige organisaties uit Wallonië en Brussel verenigt, en anderzijds de FBMD, die bicommunautaire organisaties samenbrengt. De FMD waakt over de samenhang tussen de twee vzw's (FBMD en FMD) en de verschillende verenigingen die zij vertegenwoordigen. Het zijn bovendien dezelfde personen die beide federaties vertegenwoordigen bij de verschillende instanties. Zie <https://www.fdss.be/nl/historisch/>

waarvan enkele ook deel uitmaken van de cel Actieonderzoek van de Federatie, bieden een methode voor buurtanalyse aan waarin de bewoners hun noden en prioriteiten kunnen aangeven evenals mogelijke oplossingen voor hun buurt.

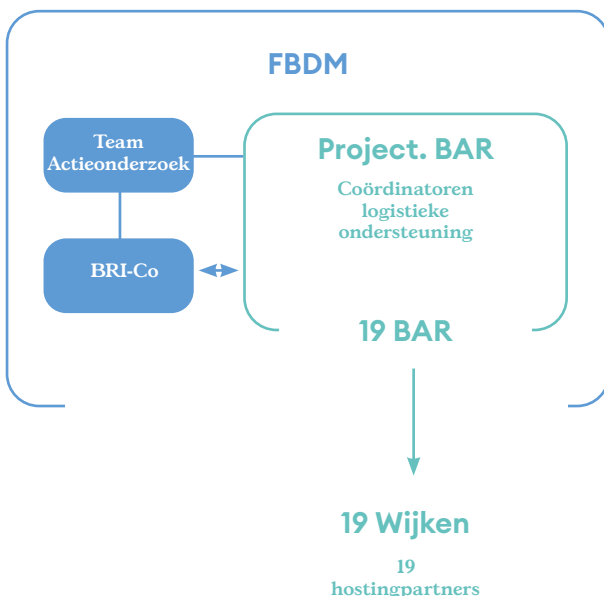
Het initiatief BAR wordt gecoördineerd door de FBMD en gesubsidieerd door de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC).

De coördinatie van het BAR-team binnen de FBMD staat garant voor de verbondenheid tussen de medewerkers die in de wijken aangesteld zijn en voorziet in methodologische ondersteuning bij hun projecten en vragen. De coördinatie organiseert wekelijks een moment van afstemming, intervisie en opleiding en bewaakt de samenhang van het project en het team.

Het team kan ook rekenen op ondersteuning van de Cel Actieonderzoek van de FBMD, die de BAR helpt met:

- de publicatie van verschillende rapporten en communicatietools
- een traject van actieonderzoek gebaseerd op de noden en vragen vanuit het terrein

Het BAR-project wordt concreet als volgt georganiseerd:



3.2.1.2 Wat?

De doelstellingen, opdrachten en prioriteiten van de BAR zijn met de tijd mee veranderd en afgestemd op de evolutie van de pandemiecontext. Ze worden nog steeds bijgestuurd op basis van de bevindingen en inzichten op het terrein.

De doelstellingen volgens het wettelijk kader

Het BAR-project werd, tegen de achtergrond van de COVID-19-crisis, opgezet om 'community engagement' te creëren of te versterken. De doelstellingen ervan zijn vastgelegd in de subsidiebesluiten van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie voor de FBMD.

Tot mei 2022 waren de activiteiten van de BAR gericht op:

“het versterken van lokale acties rond sensibilisering, informatie en doorverwijzing met betrekking tot COVID-19-vaccinatie via maatschappelijk opbouwwerk in de armste wijken, die het hardst werden getroffen door het coronavirus.”³²

In 2023 luiden de doelstellingen als volgt:

“1. Het netwerk van lokale actoren versterken door ervoor te zorgen dat de plaatselijke actoren elkaar leren kennen, met name door aansluiting te zoeken bij de dynamiek van de Lokale Welzijns- en Gezondheidscontracten.

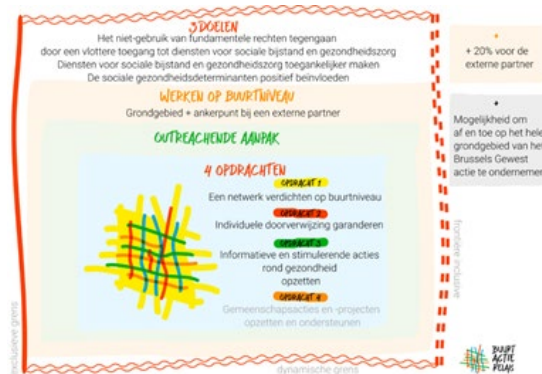
2. De specifieke doelgroepen sensibiliseren met behulp van tools die werden ontwikkeld in het kader van gezondheidsbevorderende campagnes.

3. Het maatschappelijk opbouwwerk uitbreiden in de wijken waarop het project zich richt.

4. Een outreachende aanpak uitwerken in het kader van de ondersteuning.”³³

De opdrachten

De BAR zijn aan de slag gegaan met het project en omschrijven hun huidige missie als volgt:



<https://raq.brussels/nl>

³² Subsidiebesluit 21/325 van de GGC dat een subsidie toekent aan de vzw FBMD voor het jaar 2021 – Nota aan de leden van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.

³³ Subsidiebesluit 23/0177 van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie dat een subsidie toekent aan de vzw FBMD voor het jaar 2023.

Zoals vermeld op dit schema mogen de BAR-medewerkers 20% van hun werktijd invullen met taken voor hun hostingpartner, als die daarom vraagt. De resterende werktijd besteden ze aan opdrachten als buurtwerker in samenspraak met de lokale actoren.

En in de toekomst?

Het BAR-team stelt voor om zijn takenpakket vanaf 2025 verder uit te bouwen.

“Het is de bedoeling dat de BAR-medewerkers zich voor de volle 100% kunnen toewijden op hun taak als Buurtactierelais en de verschillende aspecten van het maatschappelijk opbouwwerk. Daarmee willen ze structureel bijdragen aan meer democratie, sterkere buurten, betere toegang tot rechten, het collectief aanpakken van problemen en middelen, en het terugdringen van ongelijkheden (sociale ongelijkheid aanpakken is een hefboom voor het bestrijden van gezondheidsongelijkheid).”
(Coördinator)

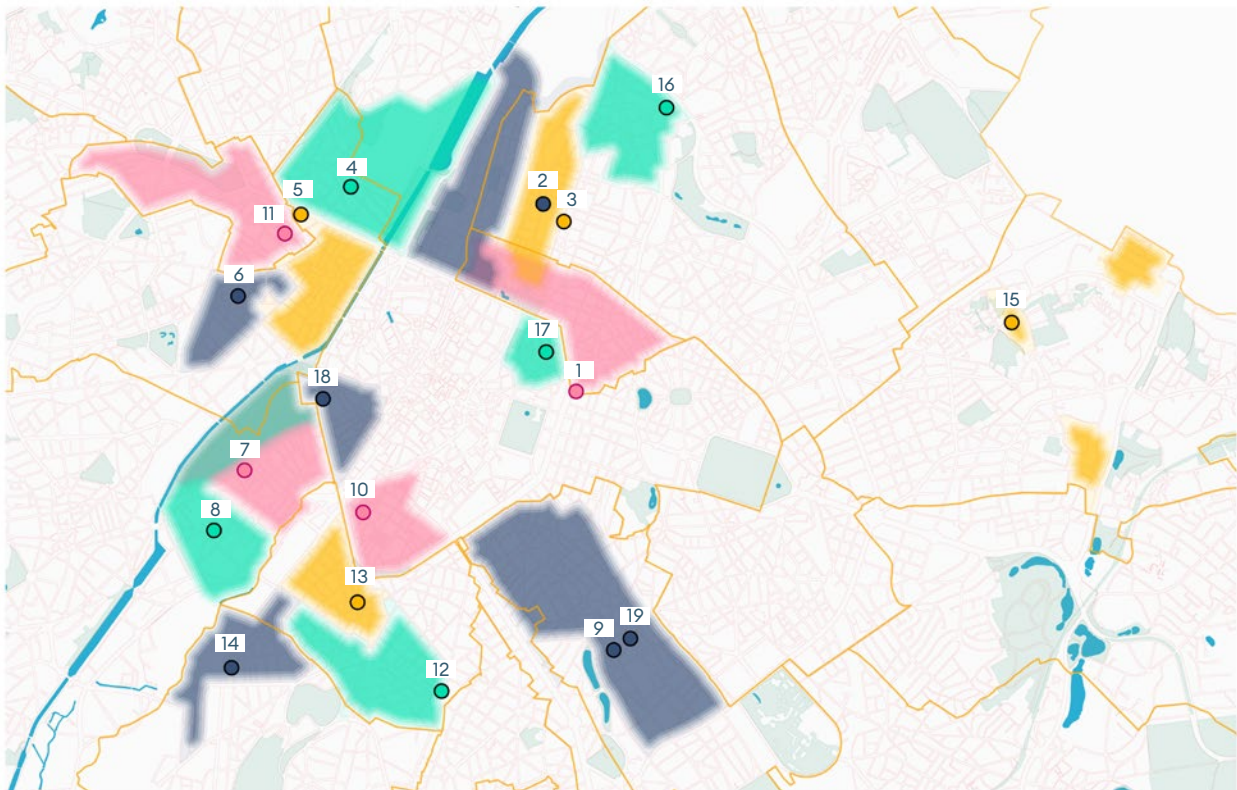
Voorlopig gaat het om een voorstel dat nog moet worden goedgekeurd door de bevoegde ministers.

3.2.1.3 Waar?

De selectie van de wijken waarin de BAR actief zijn, gebeurde op basis van epidemiologische en sociaal-demografische gegevens³⁴. Ze stemmen niet overeen met de zogenaamde Monitoringwijken, maar worden uitgerold in de welzijns- en gezondheidswijken³⁵.

Het aantal BAR-wijken – en dus ook het aantal medewerkers en hostingpartners – werd aangepast naargelang de beschikbare financiële middelen en de budgettaire prioriteiten: van 18 in 2021 tot 26 in 2022, waarna het aantal vanaf 2023 werd teruggebracht tot 19. De huidige 19 buurten omvatten de 18 oorspronkelijke buurten.

Zie huidige situatie:



³⁴ De selectie gebeurde op basis van het mediaaninkomen, het aandeel mensen met diabetes, de bevolkingsdichtheid, de dichtheid van 65-plussers en de gemiddelde grootte van huishoudens. In de beginfase van het project werd ook de vaccinatiegraad tegen COVID-19 meegenomen als criterium. De BAR-wijken omvatten 2 tot 3 statistische sectoren en tellen tussen de 10.000 en 15.000 inwoners. De BAR-grondgebieden werden complementair gekozen ten opzicht van de zones waarin de CHW actief zijn.

³⁵ Zie woordenlijst.

BAR buurten	Hostingpartners
1. BAR Sint-Joost-Ten-Node	Brabantia CAW (Caritas)
2. BAR Schaarbeek - Noordwijk	Centre de Développement et d'Animation Schaerbeekois - CEDAS
3. BAR Schaarbeek - Brabantwijk	Wijkmaatschappelijk Werk-1030 - Services sociaux des Quartiers-1030
4. BAR Sint-Jans-Molenbeek - Maritiemwijk	Centre communautaire Maritime
5. BAR Sint-Jans-Molenbeek - Molenbeek historisch	Solidarité savoir - Ribaucare
6. BAR Sint-Jans-Molenbeek - Weststation	Snijboontje - La Porte verte CAW
7. BAR Kuregem Bara en Dauw	Les Pissenlits
8. BAR Kuregem Dauw en Dierenarts	Wijkgezondheidscentrum Medikuregem
9 en 19 BAR Elsene - Matonge, Flagey-Malibrans, Hospitaal Etterbeek- Elsene en de Louizawijk- Langehaag)	Centre de Service Social de Bruxelles Sud-Est - CSSBSEE en CSSBSE - Boondael
10. BAR Brussel - Marollen	Entr'Aide des Marolles
11. BAR Koekelberg	Les amis d'accompagner CAW
12 BAR Sint-Gillis - Bosnië	Service social juif
13. BAR Sint-Gillis - Halpoort	Entraide Saint-Gilles (Brabantia)
14. BAR Vorst - Boven-Sint-Gillis, Van Volxem en Laag-Vorst	LD3 - Miro
15. BAR Sint-Lambrechts-Woluwe	Wolu-Services
16. BAR Schaarbeek - Collignon - Haachtsesteenweg	Episol
17. BAR Brussel - Madou	Espace Cultures & Développement
18. BAR Brussel - Anneessenswijk	Espace Social Télé Service

De hostingpartners zijn ambulante welzijns- en gezondheidsdiensten. Momenteel zijn er 18: het Centre de service social de Bruxelles sud-est (Franstalige dienst) is op een gedecentraliseerde manier georganiseerd en telt 1 BAR in twee van zijn antennes. 10 van de hostingpartners zijn Franstalige structuren, 2 zijn Nederlandstalig en 6 zijn bicommunautair.

De algemene sociale diensten zijn in de meerderheid (10). Verschillende van deze organisaties combineren uiteenlopende functies: 3 geïntegreerde welzijns- en gezondheidscentra (GWGC) die sociale dienstverlening, een wijkgezondheidscentrum en geestelijke gezondheidszorg samenbrengen; 1 dienst combineert maatschappelijk actie, geestelijke gezondheid en inspanningen rond sociale cohesie; 1 dienst biedt maatschappelijke en juridische bijstand aan.

Vier partners fungeren als erkende centra voor sociaal-cultureel volwassenenwerk van de Franse Gemeenschap, dienst sociale cohesie (Cocof), huiswerkschool en/of jeugdhuis van de Franse Gemeenschap.

Andere hostingpartners zijn een sociale kruidenier, een organisatie voor gezondheidsbevordering, een wijkgezondheidscentrum en een lokaal dienstencentrum.

3.2.1.4 Hoe?

De praktische invulling van deze opdrachten varieert per BAR en is afhankelijk van de buurt (vastgestelde noden, interne wijkdynamiek), van de opleiding en ervaring van de BAR (de helft van het team volgde een opleiding maatschappelijk werk, de overige leden hebben diverse profielen³⁶), van de hostingpartner (mate van gewenste interne ondersteuning, al dan niet ondersteuning bij maatschappelijk opbouwwerk, enz.).

“Ik heb collega's die dingen doen die ik niet doe, en omgekeerd. We hebben als BAR een zekere vrijheid om te werken op een manier die past bij de noden van onze buurt, bij onze eigen sterktes en bij onze hostingpartner.” (BAR)

Ter illustratie: enkele voorbeelden van activiteiten³⁷ die aansluiten bij de opdrachten van het project.

1. Een outreachende aanpak hanteren

De BAR trachten op verschillende manieren zo dicht mogelijk bij de bevolking te staan: ze zijn aanwezig op markten, buurt evenementen en doen regelmatige rondes op straat. Ze organiseren of nemen deel aan daklozen rondes en outreach activiteiten in samenwerking met de hulpverleners uit de buurt, enz.

³⁶ De helft van het huidige team is opgeleid als maatschappelijk werker. De andere helft heeft een basisopleiding assistent in de psychologie, straathoekwerker, administratief medewerker, sociocultureel werk, sociologie, antropologie, sociaal verpleger enz.

³⁷ Meer activiteiten vindt u op <https://www.raq.brussels/nl/>

"Ik deed ook veel individuele outreaching (...), onder andere via het buurtinfopunt, waarmee we buiten op straat staan. De straat is eigenlijk 'ons kantoor'. We geven er informatie, bieden een koffie aan en gaan er in gesprek met de bewoners over de verschillende verenigingen in de buurt, de evenementen, het activiteitenaanbod, de bestaande buurtgroepen enz." (BAR)

"Ik vind de markt ideaal om zowat alle bevolkingslagen aan te spreken. Zowel mannen als vrouwen. (...) En omdat je er heel uiteenlopende leeftijdscategorieën kunt bereiken, zowel jongeren als ouderen. Soms stappen wij zelf op hen af om naar hun vragen te luisteren en hen eventueel door te verwijzen. In die zin vormt de markt een duidelijke meerwaarde; het is een uitgelezen plek om de buurtbewoners te ontmoeten. (...) Tijdens buurtfeesten en Open Street (speelstraat) komen we ook in contact met de kinderen uit de wijk. Open Street is een initiatief waarbij tijdens de zomermaanden elke week een andere straat tijdelijk wordt afgesloten. Doel: spelletjes en activiteiten organiseren voor de kinderen, de bewoners de kans geven om bij de invulling van hun buurt te worden betrokken en de gemeenschapsbanden versterken. Wij hebben er vorig jaar aan deelgenomen met de BAR en konden contacten leggen met zowel kinderen als ouders." (BAR)

Ook de BRI-Co die voor de BAR worden georganiseerd bieden de kans om voorbijgangers te ontmoeten. "Mensen die voorbijkomen en zien dat we een koffie aanbieden, stoppen en komen erbij zitten." (BAR) Binnen het BAR-project worden deze BRI-Co's ingezet als toegankelijke contactpunten. Drie dagen lang organiseert het BRI-Co-team, dat complementair is met de BAR, gezellige ontmoetingsmomenten met de buurtbewoners. Ze helpen om beter te begrijpen waarom bepaalde groepen moeilijk toegang vinden tot zorg, en welke factoren of barrières daarbij een rol spelen. Daarnaast dragen ze bij aan het identificeren van oplossingen die deze drempels kunnen verlagen.

Als onderdeel van hun toeleidende aanpak maken de BAR vooral tijdens daklozenrondes gebruik van 'contactobjecten'. "Als je naar de mensen toegaat en hen iets geeft, kun je sneller een gesprek aanknopen." (Coördinator) Dat kan gaan om flyers van de BAR of het gratis groen nummer 'Hallo? Welzijnswerk'³⁸, een warme drank, een basishygiënekit enz.



Hoewel de BAR-werking voornamelijk lokaal verankerd is, beschikt het initiatief over de nodige flexibiliteit om eventueel ook op andere plaatsen binnen het Brussels Gewest te worden ingezet. Zo werden bijvoorbeeld Russischsprekende, niet-Russische BAR ingeschakeld om contact te leggen met Oekraïense vluchtelingen en hen te informeren over het opvang- en integratiebeleid van de overheid.

De meertaligheid en culturele diversiteit van het BAR-team vormen een meerwaarde voor activiteiten waarbij interne samenwerking mogelijk is:

"Met het BAR-project willen we iedereen kunnen bereiken. De meertaligheid van het team is volgens mij een belangrijke troef. We hebben mensen die Russisch, Turks, Spaans, Engels, Nederlands, Arabisch, Frans, Lingala of Armeens spreken. Net door die sterkte in ons team kunnen we een nog breder publiek bereiken." (BAR)

2. Netwerken op buurtniveau

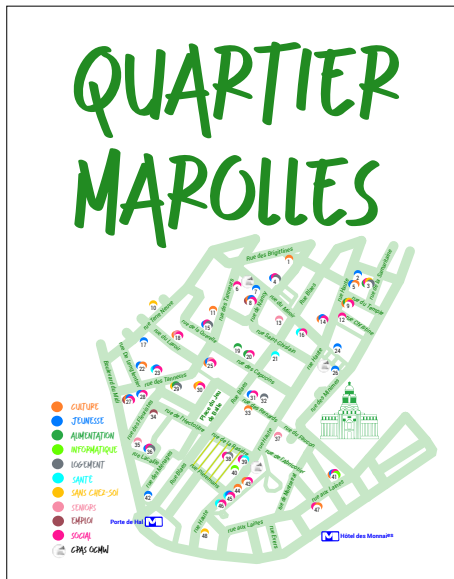
De BAR zien hun netwerkopdracht als een manier om de welzijns- en gezondheidsactoren in de buurt met elkaar te verbinden, om de doorverwijzing van bewoners te vergemakkelijken, om ervoor te zorgen dat de hulpverleners elkaar leren kennen en om de samenwerking tussen professionals onderling, tussen bewoners en professionals, en tussen BAR en actoren in de buurt, te bevorderen.

Sommige BAR zijn aanwezig in buurten waar ook een Lokale Welzijns - en Gezondheidscontract (LWGC) en/of een sociale coördinatie actief is. Daardoor kunnen ze deelnemen aan hun vergaderingen en er in contact komen met andere lokale actoren. Bij anderen is dit niet het geval. Zie

³⁸ Zie <https://www.fdss.be/nl/ledendiensten/hallo-welzijnswerk-gratis-anoniem-nummer-brussel-0800-35-243/>

trekken van ‘deur tot deur’ om kennis te maken met verenigingen en diensten uit de buurt.

De BAR ontwikkelen informatieve tools over de lokale actoren. Ze bieden een antwoord op het gebrek aan bekendheid en zichtbaarheid van het verenigingsnetwerk binnen de buurt. Dit heeft onder meer geleid tot de uitwerking van een sociale kaart van de Marollen, thematische wegwijzers voor een of meerdere wijken, enz.



“(...) het is niet eenvoudig om via de sociale coördinatie alle welzijnsactoren te leren kennen, zoals dat in andere gemeenten wel gebeurt. (...) Om effectief in contact te komen met de verenigingen hebben we zelf het initiatief genomen: we zijn hen actief gaan opzoeken om onszelf voor te stellen en tegelijk inzicht te krijgen in het lokale verenigingsnetwerk.” (BAR)

“We hebben thematische wegwijzers samengesteld die we als aanleiding hebben gebruikt om in contact te komen met de verenigingen. (...) Het doel is verenigingen rond een bepaald thema te inventariseren en te bundelen in een beknopte flyer. (...) We hebben nog meer flyers gepland. De editie over huisvesting is reeds gepubliceerd en momenteel werken we aan een eentje over digitalisering.” (BAR)

De organisatie van buurtactiviteiten en -evenementen biedt ook de gelegenheid om in contact te komen met lokale organisaties en te netwerken. De BAR proberen altijd om gezamenlijke acties op te zetten of eraan deel te nemen als partner:

“Ik heb het buurtfeest hier nieuw leven ingeblazen; dat was ook een uitgelezen kans om met andere verenigingen een band op te bouwen rond een specifiek project.” (BAR)

Deze netwerkvorming biedt de mogelijkheid om de buurtanalyses te bundelen en te verfijnen, maar ook om ze te toetsen aan wat er speelt op het terrein.

3. Instaan voor individuele doorverwijzing

Netwerken biedt onder meer de mogelijkheid om gegevens te verzamelen over de werking, de toegankelijkheid (bijv. mag je er binnen met een hond?) en recent nieuws van de verschillende verenigingen. Het is een absolute noodzaak voor de individuele doorverwijzing van de bewoners.

Individuele doorverwijzing gebeurt ofwel door informatie te geven op infostands, tijdens andere informele ontmoetingen in de openbare ruimte en bij activiteiten, ofwel door het opzetten van een sociale permanentie bij een partner die dit intern niet aanbiedt, ofwel door een persoon te begeleiden bij het regelen van administratieve procedures of bij een hulpverleningsdienst.

“Bij mijn hostingpartner is er geen maatschappelijk werker en geen sociale permanentie voorhanden. Ik heb die opleiding wel gevolgd. Mijn komst betekende dus een opluchting en grote steun voor het team. Dat ik tijd kan vrijmaken en sociale permanenties organiseren voor de doelgroepen, ervaren de lesgeefsters als een verademing. Zij kunnen lesgeven zonder te worden onderbroken door vragen van de deelnemers, en de cursisten kunnen hun lessen blijven volgen.” (BAR)

4. Collectieve acties op het vlak van informatie, preventie en gezondheidsbevordering uitwerken

Vooral tijdens de eerste negen maanden na de start van het project (2021) werden lokale acties rond COVID-19-vaccinatie opgezet om het publiek te sensibiliseren, te informeren en door te verwijzen.

- De BAR namen deel aan of organiseerden bewustmakingscampagnes en/of hielpen de burgers bij de aanmelding voor hun vaccinatieafspraak. Bij de komst van de vaccinatiebus in hun buurt zetten ze daarvoor een stand op, of installeerden ze zich voor apotheken, op lokale markten enz.

- De BAR waren op het buurtfeest (lichtfeest Gaucheretplein) aanwezig met een informatiestand over COVID-19 om de bewoners te sensibiliseren en informeren. Daarnaast was er ook een knutselstand waar volwassenen en kinderen een gezellige, ongedwongen tijd konden beleven tijdens de coronacrisis.

- Een BAR werkte mee aan de organisatie van een COVID-19-praatgroep opgezet door zijn hostingpartner. In 2022 kwam deze groep maandelijks samen om de impact van de pandemie op leven, relaties, gezondheid enz. te bespreken.

Op verzoek worden nog steeds informatieve groepsactiviteiten georganiseerd.

- In samenwerking met Communa werd een opleiding georganiseerd om brand te voorkomen voor de bewoners van een tijdelijk opvanghuis.

5. Maatschappelijk opbouwwerk opzetten en steunen

Het maatschappelijk opbouwwerk staat centraal in de werking van de BAR, zowel in hun individuele acties als in hun activiteiten in groeps- of gemeenschapsverband:

“Het uitgangspunt is dat de impact van het uitgevoerde werk niet alleen zal tegemoetkomen aan de noden van een individu of een groep, maar een dieperliggend, structureel probleem zal aanpakken. Voor ons gaat het bovenal om een benadering van sociaal werk.” (Coördinator)

De basis van de werking bestaat uit het verzamelen van meningen en inzichten van bewoners en partners over de buurt en de opmaak van een ‘pre-diagnose’ om zicht te krijgen op de eigenheid van de buurt. Deze gegevensverzameling gebeurt via de verschillende activiteiten van de BAR: outreach-acties, netwerkmomenten, individuele begeleidingen en groepsactiviteiten, de BRI-Co enz.

Een BAR-medewerkster kreeg tijdens de COVID-19-infostands vragen over Franse lessen van bewoners uit Latijns-Amerika. Gedurende de coronaperiode hadden veel taalinstututen immers hun activiteiten opgeschort of waren de opleidingen te duur voor hen. Om aan deze vraag tegemoet te komen heeft de BAR-medewerkster zelf gesprekstafels Frans-Spaans georganiseerd. Naast het leren van de taal zorgen deze initiatieven voor ontmoetingen tussen culturen, het opbouwen van sociale contacten, onderlinge hulp, enzovoort. Ze kunnen ook dienen om nieuwkomers wegwijs te maken in de werking van de Belgische maatschappij.

Groepsactiviteiten zijn eigenlijk een middel om in contact te komen met de doelgroepen, vertrouwen te winnen, relevante onderwerpen aan te kaarten en noden te achterhalen.

“De creatieve kralen- en schilderworkshops bieden de mannen en vrouwen uit de buurt een plek waar ze hun creativiteit ten volle kunnen ontplooiën, maar waar ze ook ervaringen kunnen uitwisselen en concrete vragen stellen. Zo vertelden enkele deelneemsters over hun mentale druk, wat ons op het idee heeft gebracht om speciale workshops te organiseren over dit thema.” (BAR)

Het BRI-Co-project dat het BAR-initiatief vooral tijdens de onderzoeksfase ondersteunt, onderschrijft dit maatschappelijk opbouwwerk:

“De BRI-Co komen in actie op vraag van een BAR en bieden ondersteuning. Doel van de BRI-Co: de meningen van de inwoners verzamelen om een beeld te krijgen van wat hen bezighoudt, wat er beter kan in hun buurt en wat hun noden zijn. Drie dagen luisteren we naar hun input. We bieden hen thee, koffie, een maaltijd ... aan, allemaal gratis. (...). De laatste dag maken de BRI-Co-onderzoekers een samenvatting van alle vaststellingen. Ze organiseren vergaderingen met de betrokkenen actoren zodat deze laatste kunnen bepalen welke knelpunten ze willen aanpakken. Het is de bedoeling dat de buurtactoren het project in handen nemen.” (BAR)

Tijdens een activiteit in het kader van een Project voor Sociale Cohesie (PSC sociale huisvesting) gaf een bewoonster aan dat ze de buurt waarin ze al 40 jaar woonde, in het zonnetje wou zetten, maar eigenlijk moest toekijken hoe die langzaam aan het verloederen was. Op voorstel van een BAR werd een BRI-Co opgericht om de getuigenissen van de wijkbewoners over hun leefomgeving te verzamelen en zichtbaar te maken. Op basis van deze verhalen werken de partners uit de buurt, waaronder de BAR, samen met bewoners aan een toneelstuk. Andere projecten zitten in de pijplijn³⁹.

Maatschappelijk opbouwwerk is een langetermijnproces. Het start met netwerkvorming, zowel individueel als in groepsverband, wat de onderlinge kennismaking en de vertrouwensband bevordert, nog voordat er aan maatschappelijk opbouwwerk kan worden gedaan. Sommige BAR bevinden zich al in deze fase, omdat hun manier van werken aansluit bij een praktijk die al bestond in de buurt of bij de hostingpartner.

Een buurt kampte voortdurend met netheidsproblemen in de openbare ruimte. De lokale overheid vond geen oplossing voor het probleem en de buurtbewoners raakten de situatie beu. De BAR die in deze wijk actief was stelde voor om een BRI-Co op te richten. Hierdoor konden de verschillende betrokken actoren met elkaar in contact worden

³⁹ Bron: <https://raq.brussels/fr/allcategories-fr-fr/newsletter/atelier-de-quartier-bri-co-a-saint-josse>

gebracht. Er kwamen mogelijk oplossingen uit de bus, er werd een BRI-Co-budget vrijgemaakt en met medewerking van de BAR liep er een gezamenlijk project voor een affichecampagne en het maken en herstellen van zitbanken.

Een BAR voerde samen met partners, waarvan sommigen betrokken waren bij een Project voor Sociale Cohesie, gemeenschapsgerichte acties op een plein. Het project was ontstaan uit een 'groupe logement' (een huisvestingsgroep in de vorm van een bewonerscollectief van sociale woningen dat zich inzet voor schadevergoedingen bij problemen in hun appartementen). Tijdens hun vergaderingen kwam het thema onveiligheid aan bod: *het idee van een project om de openbare ruimte in te vullen, het voorstel om elke woensdag, donderdag en vrijdag in de zomer samen te komen op het plein beneden aan de gebouwen.* (...) *De projecten worden gezamenlijk opgezet met iedereen die wil deelnemen: jongeren timmeren en renoveren het straatmeubilair op het plein tijdens houtbewerkingsworkshops, vrouwen organiseren een 'potluck' en er worden barbecues gehouden die veel buurtbewoners aantrekken. Al deze activiteiten worden gedragen door de buurtbewoners.*⁴⁰ De verschillende groepen buurtbewoners komen weliswaar niet op hetzelfde tijdstip naar dezelfde activiteiten, toch kruisen hun paden elkaar en ontstaan er interacties tussen mensen die normaal weinig contact met elkaar hebben. *"Er zijn uiteraard bijzondere momenten: een vrouw die borden brengt naar de jongeren. Hun reactie is: We vergeten u niet, mevrouw. Als u ooit hulp nodig hebt, roep ons maar."*⁴¹ *Of vrouwen die zeggen: "Het is echt fijn om nu te weten wie die jongeren nu zijn. Als we hen tegenkomen, herkennen we ze. En als we ze 's avonds op straat zien, weten we dat ze zeer vriendelijk zijn. Een uitspraak die vaak terugkomt: Ze zijn eigenlijk wel vriendelijk. (...) Op deze manier wordt het onveiligheidsgevoel aangepakt, zij het tergend traag."*⁴²

*

De activiteiten van het BAR-project zijn in de loop van de tijd veranderd, afhankelijk van de context en de noden van elke buurt. Momenteel worden ze verder uitgewerkt met een sterkere focus op maatschappelijk opbouwwerk en een nauwere verwevenheid tussen het BAR- en het BRI-Co-project.

3.2.2 Welke zijn de obstakels en uitdagingen?

De obstakels en uitdagingen van het Buurtactierelais-initiatief die door de bevroegde burgers werden aangegeven, zijn heel uiteenlopend:

De rol van de BAR en hun specifieke plaats ten opzichte van de andere actoren verduidelijken: De eerste uitdaging was, en is soms nog steeds, de onduidelijkheid over hun rol en het waarom van deze nieuwe functie, zowel voor professionals als voor bewoners. Een nieuw project inbedden in het bestaande netwerk van diensten en verenigingen is een moeilijke oefening, zeker in de context van een uitgebreid welzijns- en zorgaanbod dat nu al weinig overzichtelijk en leesbaar is.

"(...) de mensen zien het bos niet meer door de bomen (...), al die verschillende initiatieven ... dat moet voor veel mensen enorm verwarrend zijn." (BAR)

Werkvormen ontwikkelen om publieksgroepen die moeilijk toegang vinden tot de diensten, te bereiken:

Het actief opzoeken van mensen die ver van de dienstverlening af staan, is geen makkelijke opdracht. De deels toevallige ontmoetingen vinden vooral overdag plaats op plaatsen en in straten waar de BAR vaak aanwezig zijn. De BAR werken duidelijk outreachend en de diversiteit van het team vormt daarbij een meerwaarde. Het vergt evenwel tijd en middelen om alle bewoners van een buurt te bereiken.

Doorverwijzen naar diensten die hen effectief kunnen opvangen:

De doorverwijzing van personen naar de juiste voorzieningen botst op overbezette eerstelijnsdiensten of *"een werking die niet is afgestemd op de noden van de doorverwezen personen."* (BAR)

"Het probleem is dat deze teams geconfronteerd worden met overbevroegde diensten, sluitingen en een te hoge toegangsdrempel." (Projectcoördinator)

"De diensten zijn nu eenmaal overbelast, dat is een feit. En in alle overbelaste diensten is er nu eenmaal agressie, zijn er problemen aan het ontstaan en moeten mensen hun beurt afwachten. Als de dienst volzet is, moeten ze wel de week daarop terugkomen. Ze hebben geen keuze." (BAR)

De overbevroeging van eerstelijnsmedewerkers en laagdrempelige organisaties bemoeilijken de flexibiliteit van de teams en het verlagen van de toegangsdrempel. In sommige gevallen wordt deze drempel zelfs verhoogd.

⁴⁰ Bron: <https://raq.brussels/fr/allcategories-fr-fr/newsletter/il-ny-a-jamais-personne-qui-fait-ca>

⁴¹ *Ibidem*

⁴² *Ibid.*

“Vereniging X heeft al herhaaldelijk de deuren moeten sluiten wegens te veel volk aan het onthaal, te veel agressie en druk, en het risico op burn-out bij het personeel. Dat is ook het geval in sommige centra voor geestelijke gezondheid. Zo zie je maar dat de toegang tot eerstelijnszorg niet zo eenvoudig is. De medewerkers geven zelf aan dat de drempels niet té laag mogen worden. Dit kan immers een ongemakkelijke, onveilige werksituatie creëren voor het team. Inclusief werken wordt moeilijk wanneer je als team onvoldoende bemand bent en voortdurend op je hoede moet zijn. Als gevolg van de opeenvolgende crisissen stellen we vast dat de drempels overal een beetje zijn opgetrokken, ook de laagste. Deze situatie is het gevolg van de overbelasting van de medewerkers die tijdens de coronaperiode echt alles hebben gegeven. Heel veel medewerkers zijn inmiddels vertrokken .. oververmoeid en gekrenkt.” (Coördinator)

Inspelen op de noden van de bevolking via een individuele aanpak en/of structurele veranderingen:

Door de overbelasting van welzijns- en gezondheidsdiensten moet er een keuze worden gemaakt: ofwel de bestaande teams versterken, ofwel vasthouden aan een systeem dat inzet op maatschappelijk opbouwwerk. Dat opbouwwerk richt zich op structurele veranderingen die inspelen op de noden van de bevolking en de dynamiek in wijken versterken — ook als voorbereiding op toekomstige crisissen. Op basis van hun ervaring en de adviezen van de hostingpartners pleiten de BAR voor het behoud van een systeem dat zich toespitst op maatschappelijk opbouwwerk.

*“De problemen in de buurt zijn zo complex dat er structurele acties moeten komen. Zo niet, blijft ons werk beperkt tot mensen ‘depanneren.’”*⁴³

“Zelfs al verdubbelen we het aantal werknemers van de diensten voor individuele bijstand, dan nog blijven ze overbelast. Er moeten structurele oplossingen komen.” (Coördinator)

Het maatschappelijk opbouwwerk vrijwaren in een ongunstige context:

De meeste eerstelijnsdiensten, ook degene die aan maatschappelijk opbouwwerk doen, hebben het te druk met individuele hulpvragen om die aanpak te kunnen uitbouwen.

Die vaststelling toont aan waarom het belangrijk is dat het BAR-initiatief wordt aangestuurd door de FBMD, dus los van – maar in samenwerking met – de hostingpartners. De ervaring leert dat de verhouding, tussen de tijd die wordt besteed aan taken voor de hostingpartner en de tijd voor

maatschappelijk opbouwwerk, deels afhangt van de hostingpartner waarin de BAR is ingebed.

“Voor de hostingpartner betekent zo’n nieuwe medewerker in hun organisatie een meerwaarde. Sommige hostingpartners weten niet wat maatschappelijk opbouwwerk precies inhoudt, of hoe ze dat binnen hun structuur kunnen opnemen. Ze hopen met de permanenties van een BAR het werk van hun teams te kunnen verlichten. Dat is uiteindelijk het geval voor een aantal BAR-medewerkers. Zelf heb ik niet de nodige expertise om individuele sociale bijstand te bieden. In samenspraak met mijn hostingpartner heb ik meteen mijn schouders onder maatschappelijk opbouwwerk, sociaal groepswork enz. gezet.” (BAR)

Ondersteuning en tools voor competentieontwikkeling van de BAR handhaven:

Via de coördinatoren binnen de FBDM worden de BAR met elkaar in contact gebracht, ontstaat er een teamgevoel en krijgt het project meer samenhang. Ze bieden ook methodologische ondersteuning aan de medewerkers.

“Coördinatoren hebben duidelijk een adviserende functie. Als ik met een vraag zit, klop ik bij hen aan. Vooral X, die er nu is bijgekomen en haar focus legt op maatschappelijk opbouwwerk en methodologische ondersteuning van ons werk. Het is voor mij een grote steun om met haar te kunnen overleggen en van gedachten te wisselen. We kunnen echt goed praten.” (BAR)

Een kader bieden dat de nodige tijd garandeert om ‘community engagement’ uit te bouwen:

Sommige initiatieven vergen nu eenmaal tijd; doelstellingen – zoals de uitbouw van community engagement – zijn niet haalbaar op korte termijn en vereisen een langetermijnaanpak. Door de vrij korte looptijd van het BAR-project met financiering op jaarbasis, rijst de vraag in hoeverre het mogelijk is om in te zetten op langetermijndoelstellingen. Ook voor de BAR-medewerkers vormt dit een struikelblok:

“We weten niet of het project binnen 5 jaar nog zal bestaan, of zelfs binnen twee jaar. Dat is echt een van de struikelblokken die ons kunnen tegenhouden om aan maatschappelijk opbouwwerk te doen.” (BAR)

Een onderbreking van het project kan negatieve gevolgen hebben voor het ‘community engagement’:

“Mocht ons project morgen stoppen, dan zou dat een zware klap zijn voor de mensen die we hebben begeleid en met wie we een vertrouwensband hebben opgebouwd.” (BAR)

⁴³ FDSS, 2022/01, p. 42.

3.3 Community Health Workers (CHW)

3.3.1 Voorstelling van het federaal kader

3.3.1.1 Inleiding en historisch overzicht

Community Health Workers (CHW) worden ingezet om de toegang tot welzijns- en gezondheidszorg te verbeteren van de kwetsbaarste groepen en van mensen die ver af staan van de diensten.⁴⁴ Het gaat om welzijnswerkers die dit doelpubliek opzoeken in hun leefomgeving en op andere plaatsen waar ze vaak komen. Hun taken zijn zeer uiteenlopend, maar hun doel is mensen helpen om hun weg te vinden naar de eerstelijnsdiensten. Bijvoorbeeld door op zoek te gaan naar een dokter of een tandarts, erop toe te zien of de afspraak en/of behandeling wel degelijk plaatsvindt, door hen te helpen bij het indienen van een dossier bij het ziekenfonds of – aanvankelijk – tijdens de COVID-19-crisis mensen te begeleiden naar een vaccinatiecentrum.

Het project rond de Community Health Workers is een federaal initiatief van minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Frank Vandenbroucke. Het wordt uitgerold in alle Belgische gewesten en gemeenschappen en werd opgestart in januari 2021. Het CHW-programma is ontstaan na overleg binnen de Task Force 'Kwetsbare groepen', die als taak had actieplannen te bepalen die de impact van de gezondheids- en welzijns crisis door de COVID-19-epidemie op toenemende sociale ongelijkheid konden beperken.

Ook de overstromingen in datzelfde jaar in een aantal Waalse regio's hebben het bewustzijn aangescherpt rond problematieken als de toegang tot bepaalde diensten en de ongelijkheid op het vlak van welzijn en gezondheid. Deze realiteit heeft de relevantie van het project nog duidelijker gemaakt. De oorlog in Oekraïne in 2022, de bijbehorende migratiegolven en de energiecrisis hebben de context beïnvloed waarmee de CHW worden geconfronteerd en aangetoond dat het initiatief ook los van de welzijns- en gezondheids crisis door COVID-19 betekenisvol is.

Het initiatief, dat oorspronkelijk gepland was voor een periode van één jaar (tot eind december 2021), werd verlengd en wordt nu, na een positieve evaluatie door het verzekeringscomité van het RIZIV, ondersteund tot eind 2025.⁴⁵ De context is veranderd, maar de rode draad blijft dezelfde: in kwetsbare wijken de drempels inzake de toegang tot gezondheidszorg wegnemen en de kloof dichtten tussen kwetsbare bevolkingsgroepen en het gezondheidssysteem.⁴⁶

3.3.1.2 Federaal georganiseerd

Het project wordt gefinancierd door het RIZIV, maar uitgevoerd en omkaderd door de ziekenfondsen via de vzw IM, beter bekend onder de naam Intermut⁴⁷. Dat is een vereniging van ziekenfondsen die bestaat uit vertegenwoordigers van de vijf landsbonden van ziekenfondsen (Christelijke mutualiteit, Solidaris, Landsbond van onafhankelijke ziekenfondsen, Landsbond van liberale ziekenfondsen, Landsbond van de neutrale ziekenfondsen), de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV) en de gezondheidszorgkas van HR Rail.

De coördinatie van het project werd toevertrouwd aan het Nationaal Intermutualistisch College (NIC)⁴⁸, dat ervaring heeft met het inzetten van medewerkers op het terrein.⁴⁹ DE CHW zijn medewerkers op het terrein die door de vzw IM zijn tewerkgesteld.

De structuur van het project wordt op federaal niveau gecoördineerd binnen het Projectteam, dat bestaat uit de federaal coördinator, die samenwerkt met drie gewestcoördinatoren (één per gewest).⁵⁰ Eén van de gewestcoördinatoren is gespecialiseerd in verslavingsproblematiek. De interne diensten van de IM (RH, IT, DPO enz.) spelen een ondersteunende rol bij de coördinatie. Dankzij deze structuur krijgen alle CHW ondersteuning, vergoedingen en uitrustingen die nodig zijn om hun taken op lokaal niveau te kunnen uitvoeren.⁵¹

Het Projectteam werkt nauw samen met de stuurgroep van het CHW-project, die bestaat uit vertegenwoordigers van het NIC Pol, een vertegenwoordiger van het kabinet van de minister van Volksgezondheid en de leden van het stuurcomité Witboek van het RIZIV⁵². Deze stuurgroep staat in voor de strategische monitoring van het project.

⁴⁴ Vanderveken Juliette, 2021.

⁴⁵ Apers Hanne, Mullié Karen, Edwin Wouters & Masquillier Caroline, 2023, p. 7.

⁴⁶ CHW en CIN-NIC, "Hoe community health workers in België een brug slaan naar de gezondheidszorg", <https://www.chw-intermut.be/stories-nl/>

⁴⁷ Intermut is de gangbare verzamelnaam voor meerdere organen:

- Intermut - Rechtspersoon ondernemingsnummer 0695.810.791,
- Het Nationaal Intermutualistisch College - Rechtspersoon ondernemingsnummer 0820.563.481
- IM - vzw ondernemingsnummer 0477.688.178

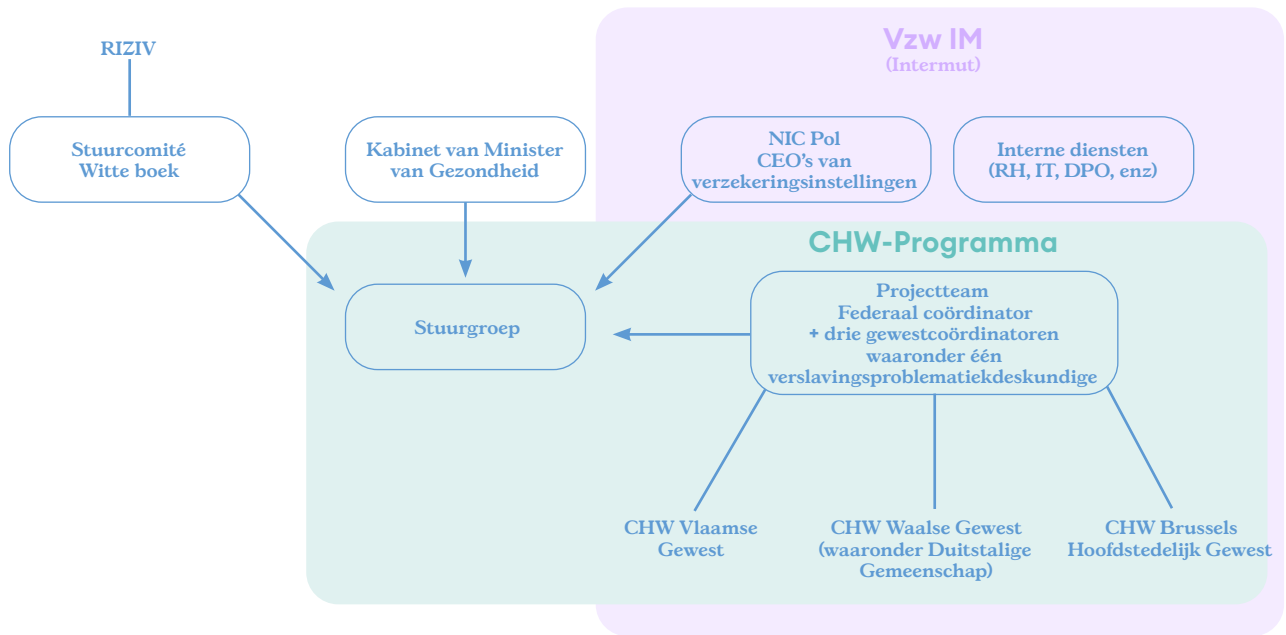
⁴⁸ Het Nationaal Intermutualistisch College (NIC) Pol is een intern overlegorgaan van CEO's van de verzekeringsinstellingen.

⁴⁹ News.belgium, persbericht 'Covid-19: project Community Health Workers', 15 januari 2021, <https://news.belgium.be/nl/covid-19-project-community-health-workers>

⁵⁰ De taken van de federale en regionale coördinatoren zijn in detail terug te vinden in de bijlage van Apers Hanne, Mullié Karen, Edwin Wouters & Masquillier Caroline, 2023.

⁵¹ CHW en CIN-NIC, *ibidem*.

⁵² Het CHW-programma werd ondergebracht onder de categorie witboekprojecten die bedoeld zijn om de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België te verbeteren (Apers Hanne, Mullié Karen, Edwin Wouters & Masquillier Caroline, 2023, p. 17).



3.3.1.3 De federale opdrachten van de CHW volgens het wettelijk kader

Artikel 1 van de overeenkomst tussen het RIZIV en de vzw IM van 26 januari 2021 bepaalt de doelstellingen en taken van de CHW. De overeenkomst stipuleert dat de uitrol van de CHW bedoeld is om de ongelijkheden terug te dringen in de toegang tot gezondheidszorg, die sinds de COVID-19-crisis waren toegenomen. De CHW zijn welzijnswerkers die de brug slaan tussen de kwetsbare groepen en de basisvoorzieningen voor gezondheid en sociale bijstand.

Deze CHW hebben meer bepaald de taak om:

- de toegang tot gezondheidszorg te verbeteren, zeker tijdens deze crisis;
- kwetsbare groepen te ondersteunen bij het inroepen van gezondheidszorg, zodat ze tijdens deze crisis niet nog meer achtergesteld raken;
- de ongelijkheden en structurele toegankelijkheidsproblemen binnen de gezondheidszorg vast te stellen, met extra aandacht voor de gevolgen van COVID-19.

3.3.2 Voorstelling van het CHW-initiatief in het Brussels Gewest

3.3.2.1 Algemene beschrijving

Net als in de andere gewesten is het doel van de CHW in het Brussels Gewest de gezondheidsongelijkheden verminderen door bewoners te begeleiden, zodat ze opnieuw aansluiting vinden met het gezondheidszorgsysteem en hen te empoweren in de stappen en follow-up die daarvoor nodig zijn⁵³.

De Brusselse CHW tellen 12 medewerkers, waaronder één halftijdse verantwoordelijke. Ze zijn verdeeld in teams van 2, 3 of 4 personen per zone (Team Jette-Laken, Team Anderlecht, Team Schaarbeek en Team 1000 Brussel en Neder-Over-Heembeek). Ze werken hun acties uit op basis van de vastgestelde noden onder de bewoners van hun werkgebied. Hun collectieve activiteiten vinden doorgaans plaats in de lokalen van de partnerorganisaties.

Een regionale coördinator staat in voor de operationele opvolging van het project in het Brussels Gewest en de coördinatie van de CHW. Ze werkt nauw samen met de teamverantwoordelijke van de CHW (ook 'coach' genoemd) van het Brussels Gewest die methodologische ondersteuning biedt. Samen staan ze in voor de operationele opvolging van de CHW, waaronder het personeelsbeheer. Ze bieden ook ondersteuning bij de uitbouw en

⁵³ Nothelier Laura, 2024.

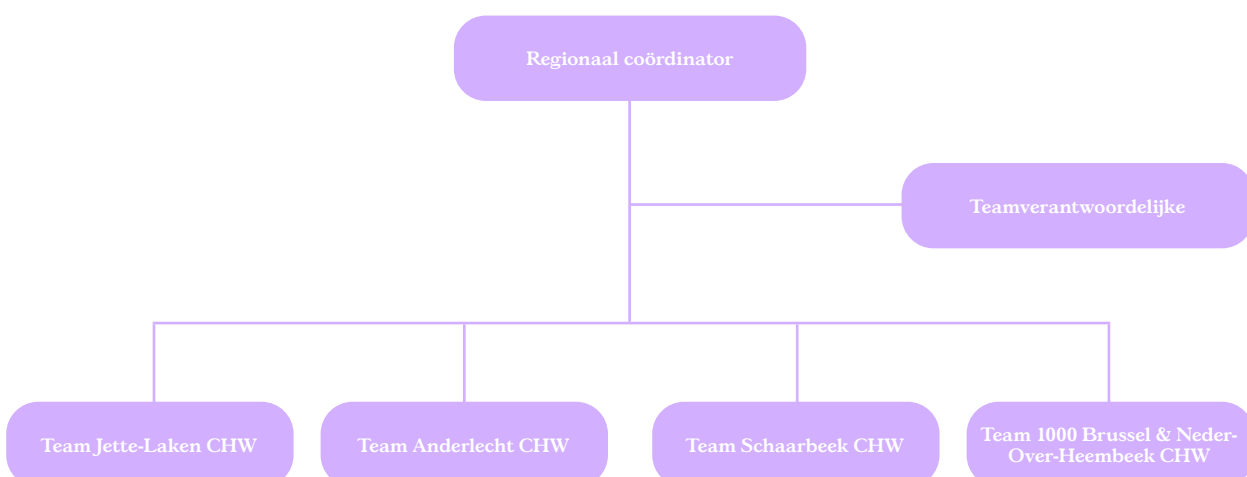
CHW: geïnspireerd op bestaande initiatieven

Het project, zoals het in België is opgezet, is geïnspireerd op een benadering die onder meer door andere instellingen, waaronder de American Public Health Association (APHA), werd ontwikkeld.⁵⁵

“Een Community Health Worker (CHW) helpt om gezondheidsongelijkheden te verminderen. De CHW staat in de frontlinie en beschikt over een transculturele houding. Hij/zij is een vertrouwd lid van de gemeenschap waarin hij/zij werkt of hij/zij heeft er een bijzonder goede band mee en kennis over. Door deze vertrouwensrelatie fungeert de CHW als verbindingspersoon tussen de gezondheids- en welzijnsdiensten en de gemeenschap in de kwetsbare wijken. Dit vergemakkelijkt de toegang tot diensten en verbetert de kwaliteit van de dienstverlening. Een CHW vergroot de kennis over gezondheid en zelfredzaamheid. Zo bouwt hij/zij aan het vermogen van het individu en de gemeenschap. Hiervoor zet de CHW activiteiten in zoals gezondheidseducatie, informeel advies, sociale steun en belangenbehartiging. De Community Health Worker wijst zorg- en welzijnsprofessionals op het belang van aangepaste communicatie. Daarnaast informeert hij/zij hen over de effecten van sociale determinanten voor gezondheid op het leven van patiënten en hun zorg.”⁵⁶

Let wel: dit model is slechts gedeeltelijk van toepassing op de Belgische context van de CHW. In het Brussels Gewest bijvoorbeeld is het zo dat sommige CHW in de wijk wonen waar ze werken en vertrouwd zijn met de buurt, maar dat geldt niet voor alle CHW. Sommigen kennen de wijk goed, maar wonen er niet noodzakelijk. De term ‘vertrouwd lid’ is een begrip dat in andere landen wordt gebruikt, maar niet per definitie in de Belgische context.

instandhouding van het lokale zorg- en gezondheidsnetwerk en helpen via deelname aan werkgroepen het CHW-programma verder ontwikkelen.⁵⁴



⁵⁴ Apers Hanne, Mullié Karen, Edwin Wouters & Masquillier Caroline, 2024, p. 10.

⁵⁵ Infociche over de acht rollen van een CHW https://www.chw-intermunt.be/wp-content/uploads/2023/01/infociche_community-health-workers_NL_V4.pdf

⁵⁶ Masquillier Caroline & Wouters Edwin, 2023, p. 6.

3.3.2.2 Wat?

De voornaamste doelstelling van de CHW in het Brussels Gewest zijn:

- **Begeleiding:** de CHW begeleidt de begunstigden in hun stappen naar gezondheidszorg. Hij/zij neemt aldus een schakelfunctie op tussen de verschillende lokale actoren.
- **Sensibilisering:** de CHW informeert en sensibiliseert de begunstigden over gezondheidsthema's.
- **Vaststelling:** de CHW stelt de behoeften en drempels vast bij de toegang tot gezondheidszorg om sociale verandering te bewerkstelligen.

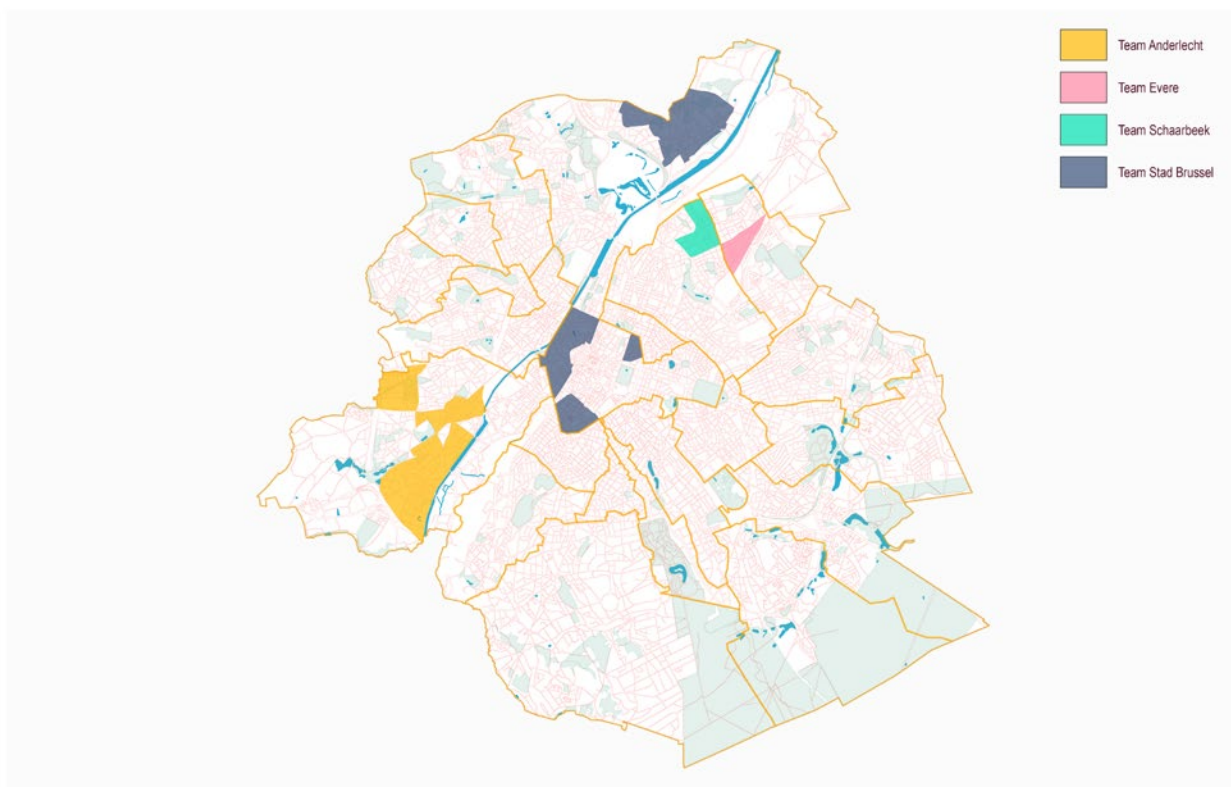
De noden inzake gezondheidszorg van het individu vormen het uitgangspunt van hun acties. De CHW werken samen met de gezondheidsdiensten, de sociale diensten en de lokale partners om kwetsbare personen te ondersteunen en hun toegang tot gezondheidszorg te vereenvoudigen.

De rode draad in hun acties is gebaseerd op deze taken⁵⁷:

1. Bruggen bouwen tussen individuen, gemeenschappen en gezondheidswerkers.
2. Cultureel aangepaste gezondheidsinformatie verstrekken.
3. Hulp bieden bij navigatie in het gezondheidszorgsysteem.
4. Coaching en sociale bijstand bieden via buurtwerking.
5. Opkomen voor individuen en gemeenschappen.
6. Gezondheidsgeletterdheid versterken op individueel en groepsniveau.
7. Deelnemen aan evaluatie en onderzoek.

3.3.2.3 Waar?

Het team actief in 21 buurten in het Brussels Gewest, verspreid over de volgende gemeenten:



⁵⁷ Infofiche over de acht rollen van een CHW https://www.chw-intermut.be/wp-content/uploads/2023/01/infofiche_community-health-workers_NL_V4.pdf

De zones binnen het Brussels Gewest waar CHW actief zijn, zijn complementair aan de BAR-werkzones.

De CHW zijn lokaal verankerd in deze wijken, maar verplaatsen zich in heel Brussel om kwetsbare personen in hun leefomgeving op te zoeken. Het gaat om mensen die moeilijk toegang krijgen tot het gezondheidssysteem⁵⁸ door economische obstakels of andere factoren zoals taal, leeftijd, digitale kloof enz. Ze houden zich op in de openbare ruimte en zijn bekend via de daklozenrondes of permanenties bij de partnerorganisaties.

Merk op dat de CHW hun werking afstemmen op de specifieke context van hun buurt.

“Elke buurt heeft een totaal verschillende dynamiek. Werken in Anderlecht is heel anders dan in 1000 Brussel.” (CHW)

Tegelijk is er ook de mogelijkheid tot samenwerking tussen de CHW. De teams van Schaarbeek en Anderlecht bijvoorbeeld werken samen in het kader van begeleiding of zetten hun schouders onder gemeenschappelijke activiteiten.⁵⁹

3.3.2.4 Hoe?

De CHW geven informatie, verwijzen door en/of bieden individuele ondersteuning aan kwetsbare personen die ze ontmoeten, om hun toegang tot gezondheidszorg te faciliteren. Ze voeren hun opdrachten uit met een methodologie die verschillende soorten acties omvat die in vier benaderingen kunnen worden ingedeeld. Toeleidende en buurtgerichte aanpak; netwerken op buurtniveau; individuele begeleiding; groepsactiviteiten (zie illustraties verder in de tekst).

1. Outreachende en buurtgerichte aanpak

De CHW zoeken kwetsbare mensen op in hun eigen leefomgeving – onder meer de openbare ruimte – om hen informatie te verstrekken over de toegang tot gezondheidszorg en hen te steunen bij het verbeteren van hun gezondheid en welzijn. Deze buurtgerichte aanpak kan leiden tot een huisbezoek.

Alles begint met zich bekend te maken bij de actoren op het terrein en bij de bewoners, en met samenwerking met het lokale netwerk. Bij de opstart van het project ging het team in een wijk van

Brussel-Stad op pad met de gemeenschapswacht van de gemeente. Deze laatste fungeerde als tussenpersoon om de CHW op de plaatsen te wijzen waar het doelpubliek vaak te vinden was⁶⁰.

*“We spreken de buurtbewoners aan op straat, pleintjes, markten, activiteiten van de partners, oudercontacten op school, evenementen, moskeeen, deur aan deur... De mensen krijgen dan de nodige uitleg over onze werking.”*⁶¹ (CHW)

Er worden activiteiten georganiseerd in de openbare ruimte, bijvoorbeeld in een park, met spelletjes voor de kinderen, muziek, gratis drank en eten om mensen aan te trekken en met hen in gesprek te gaan.

*“We hebben de sapjes klaargezet en de mensen zijn op ons afgekomen. Het is alsof je gaat vissen: je gooit lokaas uit en wacht op reactie. Stel je voor: goedenavond, wat gebeurt hier? Wat doen jullie? Is het fruitsap gratis? Ja, hoor het is gratis ... Wat doen jullie hier eigenlijk? En dan zeggen we wat het project inhoudt en vragen we de perso(n)en in kwestie om mee te doen aan de activiteit. Dankzij het fruitsap, betrekken we hen bij de activiteit.”*⁶² (CHW)

Vanuit diezelfde optiek tekende een CHW-team present op een buurtfeest in Schaarbeek. De teamleden gingen er in gesprek met de bewoners over gezondheidsthema's, waaronder het gebruik van de 112, het Europees doodnummer.

De CHW werkten aanvankelijk samen met DoucheFlux om de mobiele interventies te doen, en daarna met de vzw M.BX (Brusselse Maraudeurs). Tijdens hun rondes met de straathoekwerkers beperken de CHW zich in eerste instantie tot observeren. Pas daarna komen ze in actie, althans bij vragen m.b.t. hun expertise. Op die manier stappen ze ook naar de bewoners toe om hen te informeren en te helpen bij het gebruik van de gezondheidsdiensten.

2. Netwerken op buurtniveau

Er is een nauwe samenwerking tussen de CHW en verschillende lokale eerstelijnsorganisaties die actief zijn in gezondheidszorg en sociale hulp. De Brusselse CHW zetten lokale permanenties op in onder andere de medische huizen, in alfabetiseringscentra of in distributiecentra voor voedselpakketten of organisaties zoals Fedasil.⁶³

⁵⁸ Apers Hanne, Mullié Karen, Wouters Edwin & Masquillier Caroline, 2025, p. 9.

⁵⁹ Apers Hanne, Mullié Karen, Edwin Wouters & Masquillier Caroline, 2024, p. 35.

⁶⁰ Masquillier Caroline, Cosaert Theo & Wouters Edwin, 2022, p. 59.

⁶¹ Masquillier Caroline & Wouters Edwin, 2023, p. 34.

⁶² Masquillier Caroline, Cosaert Theo & Wouters Edwin, 2022, p. 57.

⁶³ Masquillier Caroline & Wouters Edwin, 2023, p. 115.

Bij aanvang van het project werd aan netwerkbouw gedaan om de organisaties aan te wijzen waarmee zou worden samengewerkt. Voor de teamleiders was het belangrijk om zich voor te stellen en uit te leggen dat de CHW er niet zijn om de taken van de mensen of organisaties over te nemen, maar wel om complementair samen te werken, als een ontbrekende schakel.⁶⁴

Sommige permanenties blijven behouden, maar om andere doelgroepen te kunnen bereiken, kunnen deze nog worden aangepast. De keuze van de locaties gebeurt afhankelijk van het vooropgestelde doelpubliek. Voorbeelden: een permanentie in de wijk Helmet in Schaarbeek om een ouder publiek te bereiken, of een permanentie bij Samu Social in het kader van het project 'Casa' om steun te bieden aan vrouwen in een kwetsbare situatie, enz.⁶⁵

- Een CHW zet een permanentie op in een sociaal restaurant in Anderlecht, dat fungeert als generatie-overschrijdende ontmoetingsplaats. Doordat zij aanwezig is op een plaats waar mensen samenkomen, ook buiten de traditionele werkuren, kan zij een band opbouwen met bepaalde mensen en hun toegang tot gezondheidszorg vergemakkelijken, onder meer door de digitale kloof aan te pakken.

“Voor ouderen zijn de ‘digitale kloof’ en mobiliteitsproblemen zeer grote uitdagingen. Ze zijn vaak niet vertrouwd met digitale systemen om een afspraak te maken. Ook verplaatsingen kunnen een probleem zijn, vooral bij geïsoleerde mensen. Het project heeft voor veel ouderen het verschil gemaakt. Door hen te informeren en te helpen bij het uitoefenen van hun rechten en door in te spelen op hun behoeften. De ouderen zijn minder ongerust, omdat ze weten dat ze hulp kunnen vinden wanneer ze die nodig hebben.”⁶⁶ (CHW)

- Speciale aandacht ging uit naar de partners uit het Nederlandstalige netwerk. De CHW van 1000 Brussel bijvoorbeeld zijn elke dinsdagmiddag bij de **vzw Forum** te vinden, een lokaal dienstencentrum in de Anneessenswijk. Ze proberen deze permanentie zo regelmatig mogelijk te organiseren, zodat de gebruikers kunnen wennen aan hun aanwezigheid en op hen kunnen rekenen. De CHW zijn dus aanwezig in deze open locatie, die vooral bedoeld is voor ouderen. Daarnaast werken de CHW ook samen met instanties als Kind & Gezin en Caritas.

“We verwelkomen de mensen en bieden hen een luisterend oor. Daarna brengen we hun noden in kaart en dat kan resulteren in individuele begeleidingen. De vragen zijn heel uiteenlopend: aanvraag van een gezondheidskaart, een medische kaart, een Statuut Verhoogde tegemoetkoming of aansluiting bij een ziekenfonds in orde brengen, de app van het ziekenfonds downloaden op een smartphone, taxicheques aanvragen, enz.” (CHW)

- Het **Medisch Centrum van de Rijke Klaren** is een van de locaties waar de CHW tijdens de coronaperiode een permanentie hebben opgestart. Tijdens de pandemie is de inbreng van de CHW erg waardevol gebleken om de digitale kloof te verkleinen. Nadien is deze permanentie blijven bestaan. De CHW staan ter beschikking van het publiek in een wachtruimte en hun hulp richt zich nu op de toegang tot gezondheidszorg in een bredere betekenis.

“Heel wat mensen waren gevaccineerd, maar hadden geen CST (Covid Safe Ticket), omdat het een hele rompslomp was om het op te halen. Daardoor kwamen sommige mensen niet meer buiten, terwijl ze er eigenlijk wel de toestemming voor hadden. De gebruikers helpen bij het downloaden van hun CST was eigenlijk werk voor zorgkundigen, artsen, psychologen enz. Maar dat was tijdrovend, waardoor ze zich minder op hun echte werk konden toeleveren. Daarom werd een permanentie opgestart in een medisch huis met als doel: in alle rust mensen individueel helpen bij het installeren van de 'Itsme'-app op hun smartphone om het CST te kunnen downloaden. We zijn toen tot de vaststelling gekomen hoe complex dergelijke zaken kunnen zijn en welke kloof er bestaat tussen de digitale ‘verwachtingen’ en bepaalde bevolkingsgroepen, zoals ouderen, mensen met een visuele beperking of mensen zonder smartphone. Zo zijn er talloze factoren die dit voor bepaalde groepen moeilijk maken.” (CHW)

3. Individuele begeleiding

In bepaalde gevallen kan fysieke begeleiding worden voorzien wanneer doorverwijzen niet volstaat en de zelfredzaamheid van de persoon beperkt is.

⁶⁴ Nothelier Laura, 2024.

⁶⁵ Apers Hanne, Mullié Karen, Edwin Wouters & Masquillier Caroline, 2024, p. 35.

⁶⁶ BBC StoryWorks How community health workers in Belgium are bridging the gap for healthcare vertaald op <https://www.chw-intermut.be/stories-nl/>

*“In onze job moeten we vaak mensen begeleiden bij hun eerste afspraak met een overheidsdienst, als we bijvoorbeeld zien dat er geen vertrouwen is, of een slechte ervaring uit het verleden of wanneer ze weinig of geen Nederlands of Frans spreken. Ik kwam ooit eens vijf minuten te laat op een afspraak. Ik trof mijn cliënte nog aan in de wachtruimte. Het gesprek was uitgesteld, maar men was vergeten om haar te verwittigen. Ik ben toen vanuit mijn functie als facilitator tussengekomen om de situatie van de dame en haar beperkte beschikbaarheid om op een ander moment te komen, toe te lichten. Uiteindelijk kon de afspraak toch nog doorgaan. Een van onze taken is het vertrouwen tussen de mensen en de administratie weer op te bouwen.”*⁶⁷ (CHW)

De CHW streven naar flexibiliteit in hun begeleiding, zowel binnen de grenzen van hun wijk als bij de ondersteuning van hun doelpubliek. *“We zijn altijd lokaal verankerd in de zones waar we actief zijn, maar de begeleidingen enz. kunnen eveneens buiten de toegewezen zones plaatsvinden.”* (CHW)

Tijdens hun permanentie bij de vzw Forum konden de CHW bijvoorbeeld iemand helpen die na een ziekenhuisopname niet verder werd opgevolgd.

“Er kwam een man bij ons langs die geopereerd was na een valpartij en daardoor slechtziend was geworden. Hij was uit het ziekenhuis ontslagen zonder enige verdere opvolging. Maandenlang moest hij het alleen zien te beredderen. Naar aanleiding van een permanentie stelden we vast dat er geen huishoudhulp was voorzien en dat hij geen wandelstok of rolstoel had. Dat was het moment waarop wij konden ingrijpen.” (CHW)

Individuele begeleiding komt meestal op gang naar aanleiding van een permanentie of een daklozenronde. Vanaf dit moment worden huisbezoeken ingepland. Maar ook de partners kunnen een beroep doen op CHW in situaties waarin deze laatste, waar nodig, individuele of collectieve hulp kunnen bieden.

“Wij werkten regelmatig samen met een partnerorganisatie die daklozenrondes doet. Ze namen contact met ons op met een hulpvraag voor een dakloos persoon. De persoon in kwestie wou naar een woonzorgcentrum en aan ons werd gevraagd om na te gaan welke de mogelijkheden waren op het vlak van budget enz. Ons takenpakket is echt heel divers. Of we nu samen met hen op daklozenronde trekken of zij doen dat zonder ons, ze mogen altijd dossiers aan ons doorgeven waarin wij ondersteuning kunnen bieden.” (CHW)

De CHW begeleiden de gebruikers hoofdzakelijk in het kader van de toegang tot de gezondheidsdiensten. De gezondheidstoestand en de toegang tot zorgverlening zijn evenwel afhankelijk van talloze sociale determinanten. Hoewel de CHW hun focus op de toegang tot zorg leggen, stoten ze regelmatig op problemen die verband houden met andere sociale gezondheidsdeterminanten als huisvesting en financiële middelen: “Gezondheid komt zelden alleen” benadrukt de Brusselse coach.⁶⁸

“Huisvesting is overigens een determinant die vaak terugkomt in de aanvragen. We sturen de vragen door naar de partners, omdat wij zelf geen stappen kunnen ondernemen om iemand aan een woning te helpen bijvoorbeeld. Mensen kunnen met allerlei vragen komen, maar wij moeten ons werk telkens opnieuw afstemmen op onze kerntaak: de toegang tot gezondheidszorg.” (CHW)

De begeleiding door CHW kan dus ook betrekking hebben op het verbeteren van de toegang tot sociale rechten.

Zowel tijdens de permanenties als bij individuele begeleiding trachten de CHW signalen op te vangen van structurele drempels waarmee de gebruikers te maken krijgen.⁶⁹ Daardoor kunnen zij ook een rol spelen bij het verdedigen van de gezondheidsbehoeften en de visie van de gemeenschappen ter zake. De vaakst opgemerkte signalen zijn het tekort aan psychologen die de taal spreken van een bepaalde gemeenschap, het tekort aan tandartsen en huisartsen, de problemen m.b.t. digitalisering.

4. Groepsactiviteiten

Om de gezondheidsgeletterdheid en de zelfredzaamheid van het doelpubliek te versterken organiseren de CHW activiteiten in groepsverband, eventueel in samenwerking met lokale diensten, organisaties en vzw's. Deze activiteiten zijn gericht op uiteenlopende thema's, zoals bijvoorbeeld:

- Toegang tot kwaliteitsvolle voeding (informatie over voedingsbehoeften, kookworkshops, enz.);
- Persoonlijk welbevinden;
- Toegang tot fundamentele rechten (ICT-lessen om de digitale kloof te verkleinen, informatie over het zorgsysteem en de beschikbare voorzieningen, enz.);
- Aanleren van preventief en profylactisch gedrag (informatie over de strijd tegen schurft in opvangcentra, over verslavingen enz.).

⁶⁷ Thollot Adeline, 2023.

⁶⁸ Masquillier Caroline, Cosaert Theo & Wouters Edwin, 2022, p. 56.

⁶⁹ Zie het overzicht van structurele signalen in Apers Hanne, Mullié Karen, Edwin Wouters & Masquillier Caroline, 2024, p. 81 en volgende.

3.3.3 Obstakels en uitdagingen?

De Universiteit Antwerpen kreeg de opdracht om het project te evalueren en heeft tot op vandaag vier onderzoeksrapporten gepubliceerd. De evaluatie benadrukt weliswaar successen en succesfactoren, maar vestigt ook de aandacht op de uitdagingen waar het programma voor staat. Deze hebben betrekking op aspecten als bestuursstructuur, personeelsbeheer, materiële ondersteuning, opleidingen en lokale coaching.⁷⁰ We belichten hierna enkele uitdagingen.

Het lokale en federale niveau binnen de bestuursstructuur succesvol combineren:

Hoewel het project federaal is opgezet, is het ook lokaal sterk verankerd om zich te kunnen aanpassen aan de realiteit op het terrein. Het bestaan van twee bestuursniveaus kan problemen opleveren. Wat personeelsbeheer betreft, zorgt de lokale verankering ervoor dat de CHW verderaf komen te staan van bepaalde diensten, waardoor er meer contactpersonen nodig zijn. Hoewel de lokale verankering het mogelijk maakt om beter in te spelen op de diverse leefomstandigheden van de bewoners, kan de autonomie van de actoren tot een sterke heterogeniteit leiden. Dat maakt het voor de federale overheid moeilijker om de coherentie van het programma te waarborgen en controle uit te oefenen. Daarom werd een intervisiemechanisme opgezet tussen de coaches van de verschillende gewesten, dat een enigszins gemeenschappelijke aanpak moet bevorderen.

De rolomschrijving van de CHW werd gaandeweg afgebakend, als gevolg van eerdere onduidelijkheden, zowel voor de CHW als voor de andere actoren. Het ontbreken van een duidelijke rolomschrijving kon de opstart van samenwerkingsverbanden bemoeilijken:

Hun rol ten aanzien van de actoren binnen het gezondheidssysteem waarin zijn werkzaam zijn, was in het begin niet vanzelfsprekend, zoals blijkt uit de volgende getuigenis. Het opzetten van samenwerkingen met de organisaties waar CHW hun permanenties houden, verliep dan ook niet zonder slag of stoot. Het oorspronkelijke gebrek aan erkenning en integratie van CHW in het gezondheidszorgsysteem blijft een uitdaging.

“De CHW zijn zich ervan bewust dat ze niet altijd ernstig worden genomen of gelijkwaardig worden behandeld door de partnerorganisaties, vooral wanneer ze enkel administratief werk mogen doen.”⁷¹

“Het heeft tijd gekost om de samenwerkingsverbanden op te bouwen. Samenwerken was in het begin behoorlijk lastig om verschillende redenen. Mensen begrepen bijvoorbeeld niet wat het werk van een facilitator en gemeenschapsgezondheid, algemeen genomen, inhouden. Het nut van ons werk was niet duidelijk. En ten tweede, omdat het project aanvankelijk slechts voor één jaar werd gefinancierd.” (CHW)

Het blijft moeilijk werken:

Een bijkomende uitdaging van het project is dat de CHW geen eigen vaste lokalen hebben en afhankelijk zijn van de infrastructuur van andere organisaties. Dat maakt hun arbeidsomstandigheden bijzonder moeilijk. Sommigen lunchen in hun auto, moeten betalen om naar het toilet te gaan bijvoorbeeld in een restaurant, en hebben niet altijd de mogelijkheid om documenten af te drukken voor de personen die ze begeleiden. De stakeholders van het project zijn zich bewust van deze problemen en doen met het oog op het verdere verloop van het project inspanningen om het welzijn van de CHW te verbeteren.

3.4 De Preventie- en gezondheidsbevorderingsmedewerkers (PGBM)

3.4.1 Voorstelling van het initiatief

3.4.1.1 Algemene beschrijving

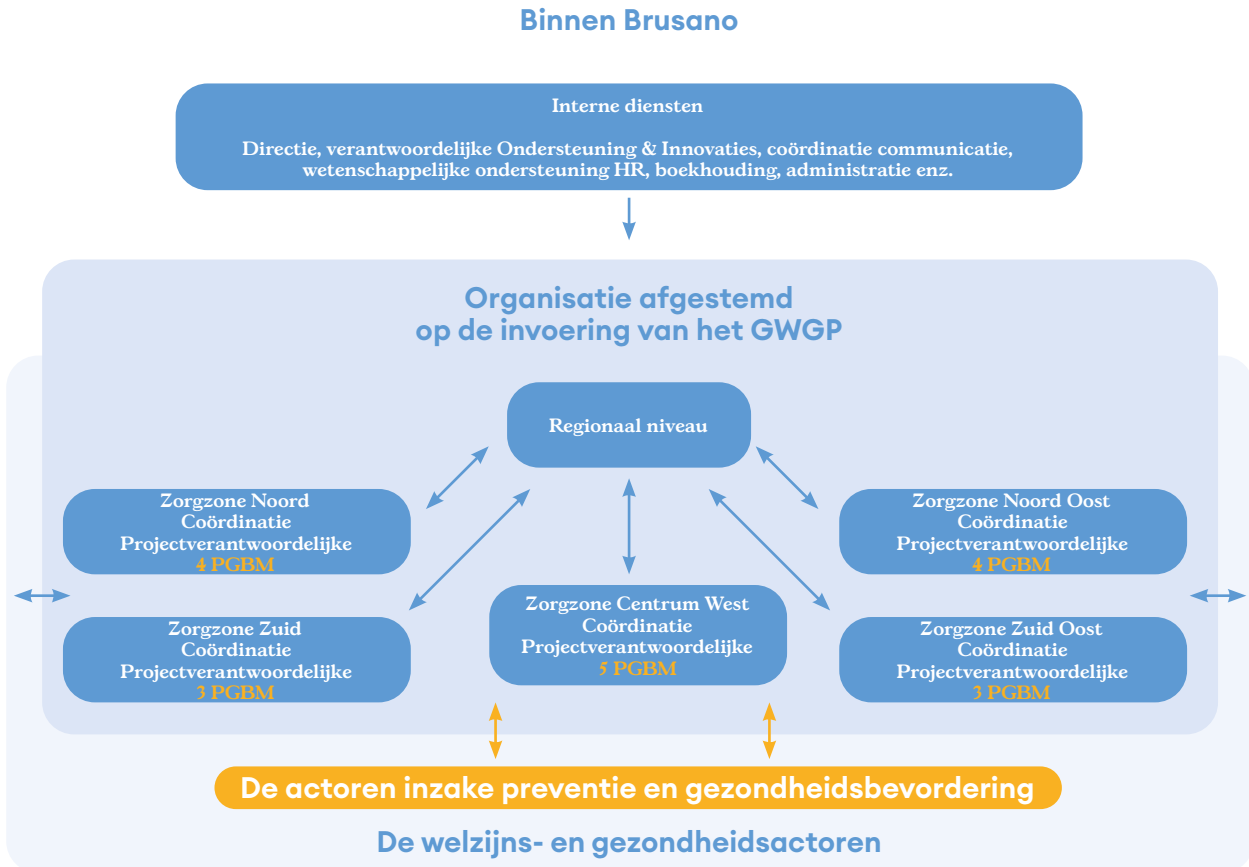
Het project rond de Preventie- en gezondheidsbevorderingsmedewerkers (PGBM) ging van start in 2022. De aanleiding was de vaststelling, tijdens de COVID-19-crisis, dat er een algemeen tekort was aan outreach-initiatieven, vooral dan wat betreft collectieve outreach en van lokaal maatschappelijk opbouwwerk inzake preventie en gezondheidsbevordering. Het project is bedoeld om welzijns- en gezondheidsactoren te ondersteunen die hun activiteiten in het kader van preventie en gezondheidsbevordering, in het Brusselse gewest willen uitbreiden. De PGBM versterken daartoe de onderlinge contacten tussen de betrokken actoren en organiseren activiteiten die gericht zijn op preventie en gezondheidsbevordering in de vijf hulp- en zorgzones. De preventieacties zijn voornamelijk gericht op de prioritaire preventiethema's, zoals bepaald in het preventieplan van Vivalis.⁷²

Begin 2025 bestaat het initiatief uit vijftien medewerkers die georganiseerd zijn in vijf teams, één per hulp- en zorgzone. Het is de bedoeling dat het team wordt aangevuld tot het vooropgestelde personeelsbestand van 19 PGBM.

⁷⁰ Masquillier Caroline, Cosaert Theo & Wouters Edwin, 2022, pp. 78-102.

⁷¹ Apers Hanne, Mullié Karen, Edwin Wouters & Masquillier Caroline, 2024, p. 72.

⁷² Vivalis een administratie van de GGC en is verantwoordelijk voor de uitvoering van het beleid voor gezondheid en bijstand aan personen in het Brussels Gewest. Naast het algemeen kader van het preventief gezondheidsbeleid (ordonnantie van 16 mei 2024), legt Vivalis prioritaire thema's vast die per jaar kunnen variëren naargelang de prioritaire behoeften. In 2024: alcohol, kanker, diabetes, tabak, tuberculose en vaccinatie. In 2025: kanker, vaccinatie, tuberculose, tabak, ziekten en hun vaccins, wintervirussen. Zie <https://www.vivalis.brussels/nl/preventie>



Het project wordt gesubsidieerd door de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC).

Het project werd aanvankelijk voor een overgangperiode van twee jaar uitgevoerd door de Fédération Bruxelloise des Maisons Médicales. In het kader hiervan vonden in 2023 preventieactiviteiten plaats, aanvankelijk met een team van 5 medewerkers. Half 2023 telde het team 5 coördinatoren en 26 Preventie- en gezondheidsbevorderingsmedewerkers, verspreid over de (toekomstige) hulp- en zorgzones.

Het project wordt sinds **januari 2024** door **Brusano** uitgerold in de hulp- en zorgzones. Aangezien het PGBM-initiatief deel uitmaakt van de hervorming van de eerstelijnszorg, werd het in deze nieuwe configuratie geïmplementeerd, gelijktijdig met het Brussels Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan⁷³.

De PGBM maken deel uit van de 'ondersteuningsteams in de hulp- en zorgzones', die bestaan uit drie projectverantwoordelijken⁷⁴ (waarvan één actief is als coördinator) en drie tot vijf preventie- en gezondheidsmedewerkers per zone. Het hele team is verantwoordelijk voor de uitvoering van het draaiboek van de zone. Twee regionale projectverantwoordelijken staan in voor de ondersteuning en methodologische begeleiding van de PGBM en de contacten met de overheden en regionale operatoren.⁷⁵

Begin 2025 werden de 15 PGBM verdeeld in teams per zorgzone. Van zodra het team compleet is, zullen de 19 PGBM over de zorgzones worden verdeeld volgen het principe van proportioneel universalisme⁷⁶: Centrum West = 5 PGBM, Noord = 4 PGBM, Noord Oost = 4 PGBM, Zuid Oost = 3 PGBM, Zuid = 3 PGBM.

Brusano coördineert de ondersteuningsteams in de hulp- en zorgzones. De PGBM nemen deel aan teamvergaderingen, praktijkuitwisselingen, methodologische ondersteuning, opleidingen enz.

⁷³ Zie woordenlijst.

⁷⁴ Merk op dat sommige coördinatoren die door de FMH (Federatie Medische Huizen) werden aangeworven voor het project, inmiddels als projectverantwoordelijke deel uitmaken van het team van Brusano.

⁷⁵ Meer weten over de organisatie van de zorgzones en hun activiteiten? Ga naar <https://www.brusano.brussels.nl/zorgzones/> en <https://verander-atelier-changement.brussels.nl/>

⁷⁶ Zie woordenlijst.

Daarnaast vindt er elk kwartaal overleg plaats tussen Vivalis en de PGBM. Brusano heeft bovendien ook contact met de regionale operatoren in verband met de preventiecampagnes.

3.4.1.2. Wat?

Hoewel het PGBM-initiatief in 2022 werd opgestart tijdens de COVID-19-pandemie, werden in 2023 en 2024 de doelstellingen en opdrachten ervan nader bepaald door de bevoegde overheden. De omschrijving van de werkdomeinen en prioriteiten werd verder verfijnd op basis van de vaststellingen en feedback vanop het terrein.

De doelstellingen binnen het wettelijk kader

Zoals hierboven al aangegeven werd de coördinatie en uitvoering van het project aanvankelijk toevertrouwd aan de **Fédération Bruxelloise des Maisons Médicales et des Collectifs de Santé Francophones - (FBMM-CSF)**.

In het kader van dit nieuwe project stond de Federatie in 2022 in voor de organisatie van de komst van de PGBM-teams. Inhoud van de opdracht: vijf preventieteams samenstellen (één team per (toekomstige) zorgzone), hun komst en integratie in het lokale netwerk van eerstelijnszorgverleners voorbereiden, een werkmodel uittekenen voor de preventieteams (waaronder een operationeel en coördinatieplan voor het volledige project), een territoriaal netwerk opzetten rond gemeenschapsgezondheid en de integratie van de PGBM binnen dit netwerk (subsidiebesluit 22/296 van 15/12/2022 van de GGC) voorbereiden.

In 2023 werden de doelstellingen van de PGBM als volgt vastgelegd (subsidiebesluit 23/0039 van 13/04/2023 van de GGC):

- *“Coherente maatregelen voor gezondheidsbevordering en preventie uitvoeren vanuit een territoriale benadering*
- *Relevante tools voor gezondheidsbevordering en preventie verspreiden*
- *Netwerken in de ambulante welzijns- en gezondheidszorg monitoren en ondersteunen*
- *Bij het uitbreken van een pandemie: de taken uitvoeren die nodig zijn om de verspreiding van ziekteverwekkers in te perken, zoals vastgelegd door de overheid.”*

⁷⁷ Zie de woordenlijst met de links naar de decreten en besluiten.

⁷⁸ Het GDO eerste lijn: Gezamenlijk decreet en ordonnantie van de Franse Gemeenschapscommissie en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van 22 december 2023 betreffende de organisatie van de ambulante sector en de eerste lijn voor welzijn en gezondheid in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad https://etaamb.openjustice.be/nl/decreet-van-22-december-2023_n2023048741

⁷⁹ Gezamenlijk uitvoeringsbesluit: Gezamenlijk uitvoeringsbesluit van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en het College van de Franse Gemeenschapscommissie van 4 april 2024 tot uitvoering van het gezamenlijk decreet en de ordonnantie van 22 december 2023 en 25 januari 2024 betreffende de organisatie van de ambulante sector en de eerste lijn voor welzijn en gezondheid in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad. https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/article.pl?language=nl&lg_txt=n&type=&sort=&numac_search=&cn_search=2024040426&caller=eli&&view_numac=2024040426fr

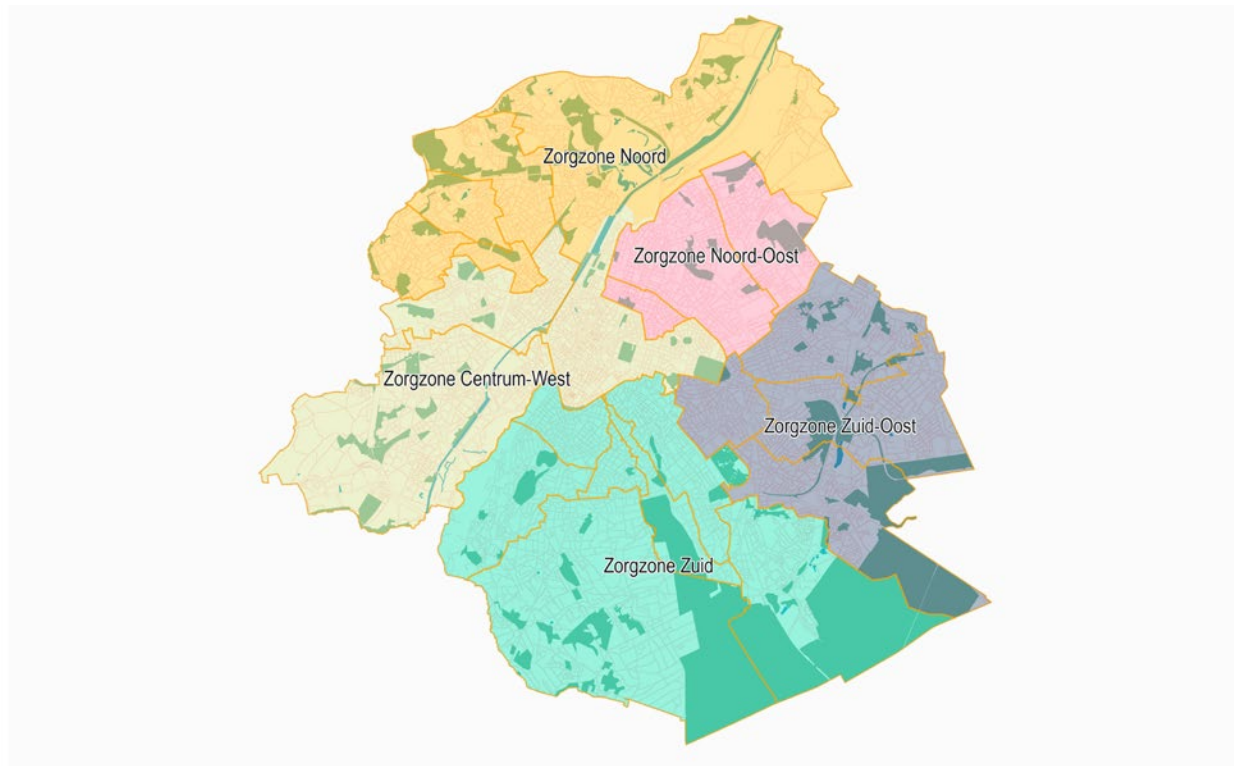
Vanaf 01/01/2024 werd de uitvoering van het PGBM-initiatief toevertrouwd aan **Brusano**, de organisatie die werd aangewezen als ondersteuningsstructuur voor ambulante zorg in het kader van het Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan (GWGP)⁷⁷. De taken van de PGBM zijn vastgelegd in de decreten en ordonnaties die betrekking hebben op het GWGP:

- Een van de opdrachten van de antennes van de ondersteuningsstructuur (de hulp- en zorgzones) is *“het ondersteunen en ontwikkelen van acties voor preventie en gezondheidsbevordering binnen de hulp- en zorgzone”* (Art. 21 van het GDO eerste lijn⁷⁸)
- In het kader hiervan moeten de zorgzones *“een preventieteam inzake volksgezondheid oprichten dat de volgende taken heeft:*
 - a) *de actoren die actief zijn op het gebied van welzijn en gezondheid in de betrokken hulp- en zorgzone ondersteunen om de door de bevoegde overheden vastgestelde doelstellingen inzake gezondheidspreventie te verwezenlijken;*
 - b) *het engagement ontwikkelen van de bewoners op het grondgebied van de welzijns- en gezondheidswijk via activiteiten in verband met gezondheidspreventie;*
 - c) *de reactie van de ambulante sector coördineren in geval van een welzijns- of gezondheidscrisis, in samenwerking met de Diensten van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en de diensten van het College van de Franse Gemeenschapscommissie.”* (Art. 10 van het Gezamenlijk uitvoeringsbesluit⁷⁹)

De werkterreinen van de PGBM binnen de hulp- en zorgzones

Na de integratie van het project binnen Brusano werd een overleg- en brainstormfase met het werkveld opgestart, om de doelstellingen, opdrachten en prioriteiten van het project af te bakenen en zo tot de huidige versie ervan te komen. Het project rust op drie pijlers:

- Kennis van de acties rond maatschappelijk opbouwwerk, preventie en gezondheidsbevordering (en van de acties van de betrokken actoren) op het desbetreffende grondgebied.



- Uitbreiding van het maatschappelijk opbouwwerk inzake preventie en gezondheid in de zorgzone met als doelstellingen: burgers aanmoedigen om gezonde praktijken aan te nemen en de toegang tot screenings en vaccinatie verbeteren, vooral voor mensen die weinig aansluiting hebben bij het systeem.
- Ondersteuning bieden – door te helpen bij het opzetten van specifieke voorzieningen – aan actoren en projecten die zich inzetten voor risicobeperking en voor de toegang tot vaccinatie en screening bij kwetsbare doelgroepen.
- Zorgzone Zuid Oost strekt zich uit over de gemeenten Oudergem, Etterbeek, Sint-Lambrechts-Woluwe en Sint-Pieters-Woluwe: 188.155 inwoners.
- Zorgzone Zuid strekt zich uit over de gemeenten Vorst, Elsene, Sint-Gillis, Ukkel, Watermaal-Bosvoorde en een deel van Brussel-Stad (Louizalaan): 319.935 inwoners.
- Zorgzone Centrum West strekt zich uit over de gemeenten Anderlecht, Molenbeek en een deel van Brussel-Stad (de Vijfhoek en de Europese Wijk): 312.616 inwoners.

Het programma is opgezet om contacten te leggen, samenwerkingsverbanden aan te moedigen en tot stand te brengen en om de netwerken tussen de actoren, die betrokken zijn bij buurtinitiatieven, uit te breiden.

3.4.1.3 Waar?

De PGBM zijn actief in de vijf hulp- en zorgzones.

- Zorgzone Noord strekt zich uit over de gemeenten Sint-Agatha-Berchem, Ganshoren, Jette, Koekelberg en een deel van Brussel-Stad (Laken, Neder-Over-Heembeek en Haren): 223.509 inwoners.⁸⁰
- Zorgzone Noord Oost strekt zich uit over de gemeenten Evere, Schaarbeek en Sint-Joost-ten-Node: 201.921 inwoners.

Hoewel elk ondersteuningsteam van de zorgzone (zonecoördinatoren, projectverantwoordelijken en PGBM) over eigen lokalen beschikt in de zone, worden daar zelden activiteiten of vergaderingen georganiseerd. Afhankelijk van de noden vinden deze vaak plaats in de gebouwen van de lokale actoren van de zorgzone.

Binnen elke zorgzone werden locaties aangewezen waar activiteiten voor preventie en gezondheidsbevordering kunnen plaatsvinden, rekening houdend met hun toegankelijkheid, de mogelijkheden voor samenwerking en de noden van bewoners (zie hoofdstuk Hoe?).

Er is rekening gehouden met de mobiliteit van de PGBM-teams om de beschikbare mensen en middelen te kunnen herverdelen en extra ondersteuning te bieden aan een zorgzone bij een sanitaire nood situatie, ongeacht de omvang ervan.

⁸⁰ Bevolking op 01/01/2024.

3.4.1.4 Hoe?

Toen het project in zijn beginperiode werd gecoördineerd door de **Fédération des Maisons Médicales** moesten de PGBM zich nog inwerken in het project. Aangezien het profiel van de aangevorderde PGBM zeer sterk uiteenliep, waren verschillende bijscholingscursussen nodig, alsook netwerkvorming om de preventieactoren op het terrein te leren kennen en zichzelf bij hen bekend te maken en een gegevensverzameling over de leefomstandigheden in de verschillende zorgzones (bestaand welzijns- en gezondheidsaanbod, noden van de kwetsbare doelgroepen, lokaal gevoerd preventiebeleid enz.).

De activiteiten zelf gingen voornamelijk van start half 2023. Ze waren vooral gericht op het uitbreiden van preventieactiviteiten, rond zes prioritaire thema's uit het Preventieplan van Vivalis, die al in uitvoering waren bij preventie- en gezondheidsbevorderingsactoren aanwezig op het terrein. Op hun verzoek gingen de PGBM op pad om informatiefolders uit te delen, terwijl anderen deelnamen aan preventie- en gezondheidsbevorderingsactiviteiten enz. De informatie- en preventieacties vonden ook plaats op buurtmarkten.

De uitvoering van het project door **Brusano** en de verduidelijking van de doelstellingen vastgelegd in de wetteksten (zie hierboven) hebben na de overlegmomenten geleid tot ontmoetingen met de actoren uit de sector en een herverdeling van de taken van de PGBM, toegespitst op vier kernactiviteiten op het vlak van preventie en gezondheidsbevordering:

- Het verzamelen en verspreiden van informatie over preventiethema's, waaronder de publicatie per zorgzone van het maandelijkse informatie-dossier 'Gezondheidspreventie Info'.
- De organisatie van maandelijkse 'Ontmoetingen rond gezondheidspreventie' in een aantal uitgekozen buurten⁸¹ binnen alle zorgzones, bedoeld voor publieksgroepen die weinig toegang hebben tot preventiecampagnes en -programma's.
- De implementatie van specifieke initiatieven in samenwerking met de medewerkers van de 0.5-lijn voor mensen in uitermate kwetsbare situaties.
- Thematische bewustmakingscampagnes om in te spelen op het gebrek aan acties en informatie rond bepaalde preventieonderwerpen.

De activiteiten van de PGBM zijn gebaseerd op deze krachtlijnen:

1. Rechtstreekse interactie met doelgroepen die buiten het bereik blijven van preventievoorzieningen en -campagnes

"Het project wil inzetten op een sterkere preventiedynamiek via bevorderingsmaatregelen in de zorgzones en op rechtstreekse interactie met de doelgroepen. Deze belangrijke schakel ontbrak duidelijk tijdens een crisissituatie als de COVID-19-pandemie." (Coördinator)

Deze aanpak komt tot stand via de voorbereiding en organisatie van de 'Ontmoetingen rond gezondheidspreventie'. Het gaat om collectieve workshops over preventiethema's en positieve gezondheid. Deze *Ontmoetingen* worden op regelmatige basis – eenmaal per maand – georganiseerd in de buurten die worden geselecteerd op basis van informatie afkomstig van de professionals op het terrein in de zorgzones. Ze focussen in het bijzonder op mensen die moeilijk te bereiken zijn voor de diensten en preventiecampagnes. Deze doelgroep wordt benaderd via lokale actoren, partners die betrokken zijn bij de organisatie van de *Ontmoetingen*, maar ook via de verspreide informatie, de aanwezigheid in de buurt en de deelname aan evenementen of activiteiten in de buurt.

"Wat de locaties voor de Ontmoetingen betreft, hebben we voor plaatsen gekozen met veel passage en een gemengd publiek, maar met een beperkt aanbod van preventie- en gezondheidsbevorderende activiteiten. Het gaat bijvoorbeeld om projecten rond sociale cohesie in sociale huisvesting, of centres communautaires/gemeenschapscentra, of lokale dienstencentra (om zowel een Franstalig als Nederlandstalig publiek te bereiken), of een rechtstreeks toegankelijke jeugdhulpdienst (AMO) om jongeren te bereiken, enz. We gaan steeds op zoek naar open en gevarieerde locaties." (PGBM)

"We kondigen onze Ontmoetingen aan met affiches en flyers, die te vinden zijn op drukke plaatsen, in apotheken, bij kappers enz. en we verspreiden ze via de sociale coördinaties. We zijn ook gestart met een Facebookpagina en willen in de toekomst ook adverteren in infoblaadjes van de gemeente." (PGBM)

"Sommige beroepsgroepen – gezins- en huishoudhulpen, buurtbemiddelaars enz. – zijn ook erg geschikt om informatie te verspreiden bij mensen die moeilijk bereikbaar zijn voor preventieactoren." (PGBM)

⁸¹ In 2025 werden in elke zorgzone 5 buurten geselecteerd. Dit aantal kan in de toekomst nog worden opgetrokken. De keuze van de buurten gebeurt op basis van participatieve workshops tijdens de Veranderateliers en Thematische overlegmomenten rond preventie en gezondheidsbevordering, maar ook op basis van gegevens van de gemeenten en de wijken (zoals Zoom op de gemeenten), de lokale diagnoses (wijkcontracten, LWGC enz.) of via informatie die in 2023 door de PGBM werd verkregen op het terrein tijdens de eerste fase van het project. Bij de selectie werd rekening gehouden met de al dan niet aanwezige preventieactoren die aan maatschappelijk opbouwwerk doen in een buurt (om overlapping te vermijden) en het al dan niet formuleren van verzoeken (als ondersteuning van een positieve, collectieve preventiedynamiek).

“Tijdens onze daklozenrondes in de wijk gaan we in gesprek met de bewoners om te polsen over het leven in wijk en over wat zij prioritair beschouwen op het vlak van gezondheid en preventie. Wanneer we de kans hebben, stappen we apotheken binnen om de medewerkers te vertellen over ons project en hen te vragen welke gezondheidsthema’s zij prioritair vinden om met bewoners te bespreken.” (PGBM)

“We zullen deelnemen aan het Patchwork festival dat door het cultureel centrum van Evere wordt georganiseerd. Dat is een feestelijk evenement en een plek voor expressie, ontmoeting en dialoog. Dit helpt ons om onze plaats te vinden in het lokale landschap, om bewoners te ontmoeten en onze zichtbaarheid te vergroten.” (PGBM)

2. Gemeenschapsgerichte acties inzake preventie en gezondheidszorg versterken in de zorgzones

De ‘Ontmoetingen rond gezondheidspreventie’ zijn bedoeld om burgers aan te moedigen om gezonde praktijken aan te nemen en om de toegang tot screenings en vaccinatie te verbeteren, vooral voor mensen die weinig aansluiting hebben met het systeem. Deze *Ontmoetingen* worden georganiseerd in samenspraak met de lokale actoren die de informatie verspreiden, hun publiek meebrengen of een collectieve activiteit begeleiden. De PGBM staan in voor de omkadering en bieden zelf ook een activiteit aan rond positieve gezondheid.



De *Ontmoetingen* zijn opgevat als een vorm van maandelijks terugkerend collectief moment, waarbij de buurtbewoners samenkomen in een vertrouwelijk sfeer. Ze krijgen er de kans om van gedachten te wisselen over het thema gezondheid in brede zin: werken aan positieve gezondheid en thema’s aankaarten die door de bewoners als prioriteit worden gezien. Deze fysieke ontmoetingen die op regelmatige tijdstippen worden georganiseerd op een bepaalde locatie, zijn bedoeld als onderlinge kennismaking en om vertrouwen te bevorderen tussen

de actoren en buurtbewoners. Bewoners die weten waar en wanneer de *Ontmoetingen* plaatsvinden, kunnen op hun beurt fungeren als drijvende kracht achter dit initiatief en erover praten met mensen uit hun omgeving die moeilijk toegang vinden tot de welzijn- en gezondheidsdiensten. Deze dynamiek wordt beschouwd als een toekomstige fase van het nog recente project.

De PGBM nemen ook deel aan activiteiten die door lokale actoren worden georganiseerd en samen met hen worden gecoördineerd.

“In april stonden we een week lang op een stand van de gemeente Vorst in het kader van Wereldgezondheidsdag.” (PGBM)

“Wanneer een partnerorganisatie van een Ontmoeting net daarvoor een activiteit organiseert, bijvoorbeeld in de voormiddag, proberen we daaraan deel te nemen, zodat we al met enkele deelnemers hebben kennismemaakt. We combineren dan beide activiteiten. Het kan bijvoorbeeld zijn dat we aan een verkennende wandeling deelnemen om de toegankelijkheid van de buurt voor ouderen te evalueren. Het is uiteraard mooi meegenomen dat er net daarna een Ontmoeting plaatsvindt. Of dat er net vóór een van onze activiteiten een internationaal eetfeest wordt georganiseerd waarop iedereen welkom is. We gaan een stapje verder dan louter onze preventieactiviteiten en trekken naar de mensen, daar waar ze zich bevinden.” (PGBM)

“We kregen onder andere vragen over borstkanker. We hebben dan een activiteit georganiseerd samen met de Stichting tegen Kanker, die een ruime expertise heeft op dat vlak. Daar waren ook Gezondheidsadviseurs bij om te praten over het thema toegang tot gezondheidszorg en het belang van screening. Het was zeer geslaagd.” (PGBM)

“Wij hebben samen met verschillende partners een preventieactie georganiseerd rond de stoelgangtest (opsporing van dikke darmkanker) op een markt in Sint-Joost. We stonden daar met affiches, flyers en testkits. De BAR-collega van die buurt heeft zich enorm ingezet om mensen aan te trekken die hij al kende. Dat maakt een groot verschil. De gezondheidsadviseur gaf informatie over het recht op terugbetaling. We vulden elkaar suppergoed aan.” (PGBM)

3. Outreach-activiteiten ondersteunen

“De PGBM vormen een structuur die aansluiting moet vinden bij alle outreach-initiatieven op het grondgebied om onderlinge relaties te versterken en elkaar beter te leren kennen. Mocht er zich een nieuwe crisis voordoen en de bevolking moet geïnformeerd worden over een bepaald thema, dan kunnen de PGBM, de BAR en alle andere

outreach-actoren de krachten bundelen en samenwerken.” (Coördinator)

Het is de bedoeling ondersteuning te bieden aan professionals en projecten die werken rond risicobeperking, de toegang tot vaccinatie en kankerscreening voor kwetsbare doelgroepen en personen die ver af staan van diensten en preventiecampagnes.

“Deze inspanningen, in samenspraak met de verenigingen van de 0,5-lijn richten zich op preventie en de strijd tegen gezondheidsongelijkheid.” (Coördinator)

“Sommige zorgzones tellen enorm veel kraakpannen. De vraag die we ons samen met Cover, de CHW en anderen stellen is: hoe kunnen we krakers informeren over de screenings en vaccinaties waarop zij recht hebben? En ook, hoe krijgen ze toegang tot dringende medische hulp en tot de verplichte vaccinatieprogramma’s? Dat beschouwen wij als prioriteiten. Eens het zover is er breekt bijvoorbeeld een mazelenepidemie uit waardoor we moeten vaccineren tegen mazelen, dan staat het mobiele team (Cover) paraat en zullen de preventied medewerkers uit de buurt komen meehelpen.” (Coördinator)

Deze prioritaire pijler met betrekking tot extreem kwetsbare publieksgroepen staat nog in zijn kinderschoenen en moet verder worden uitgewerkt door de PGBM.

Zodra deze actielijn in de praktijk wordt gebracht, zullen de PGBM hun ervaring met deze doelgroepen delen met de eerstelijns hulpverleners tijdens thematische overlegmomenten rond preventie en gezondheidsbevordering georganiseerd door de zorgzones.

4. Een netwerk uitbouwen om zicht te krijgen op bestaande gemeenschapsgerichte acties rond preventie en gezondheidsbevordering, en om partnerschappen te versterken.

De kerntaken van de PGBM zijn: projecten signaleren, contact leggen met de preventieactoren van alle zorgzones en onderlinge netwerken creëren. Deze taken komen onder meer tot stand via de deelname aan de ‘Veranderateliers’ die fungeren als trefpunten voor informatie en participatie waar de welzijns- en gezondheidswerkers uit een zorgzone samenkomen.

Om dit netwerk te kunnen uitbouwen nemen de PGBM deel aan thematische overlegmomenten die in de zorgzones worden georganiseerd. Via hun deelname komen ze in contact met de professionals en kunnen ze informatie verzamelen en verder verspreiden:

- Het gaat in elke zorgzone voornamelijk om themaoverleg over ‘preventie en gezondheidsbevordering’ (TO prev-prom). De TO’s staan open voor de welzijns- en gezondheidsactoren van een bepaalde zorgzone. Doelstellingen van de TO’s prev-prom: de behoeften van de bevolking monitoren op het vlak van preventie en gezondheidsbevordering, nagaan welke bijstellingen nodig zijn in het aanbod en de samenwerking om aan deze behoeften te voldoen, de actualiteit van het thema in de zorgzone opvolgen en toewerken naar een meer gecoördineerde aanpak van de uitdagingen op het gebied van preventie en gezondheidsbevordering in de zorgzone. Punten die aan bod komen tijdens de TO-vergaderingen rond actuele ontwikkelingen in de sector: uitwisseling van informatie over de activiteiten van de deelnemers, waaronder de PGBM, over de tools van de lopende preventiecampagnes en over preventiethema’s die als prioritair worden beschouwd door de actoren uit de zorgzone. De PGBM verstrekken informatie over preventiethema’s (afhankelijk van de actuele thema’s) enz.

- De PGBM van de Zorgzone Centrum West nemen deel aan de ‘Lunches van Zorgzone Centrum West’. Deze bijeenkomsten rond het thema ‘outreach’ worden door de zorgzone georganiseerd om de samenwerking te bevorderen en ervoor te zorgen dat de actoren op het terrein, die zich inzetten voor laagdrempelige publieksgroepen, elkaar beter leren kennen.

De PGBM zoeken de actoren trouwens op in de buurten waar de ‘Ontmoetingen rond gezondheidspromotie’ worden georganiseerd (zie verder), hetzij op eigen initiatief, hetzij op vraag van de professionals die over het initiatief hebben gehoord.

“We hebben veel e-mails uitgewisseld als onderlinge kennismaking, naast een heleboel ontmoetingen en verkenningswerk op het terrein. Dat heeft ons geholpen om daarna samen dingen te organiseren. Ik denk dat elkaar ontmoeten de meest efficiënte manier is van werken.” (PGBM)

“We hebben lijsten gemaakt van alle initiatieven op wijkniveau en binnen de gemeenten van onze zorgzone. Op die manier kunnen we mensen bereiken die, naargelang hun expertise, een ‘Ontmoeting’ kunnen aansturen, eraan meewerken, bijdragen of de organisatie ervan ondersteunen.” (PGBM)

“De ene keer benaderen wij de actoren, dan weer worden we uitgenodigd voor een gesprek. Dat kan zijn omdat ze van ons hebben gehoord tijdens een Veranderatelier, of tijdens een themaoverleg, of via ‘mond-tot-mondreclame’ onder professionals.” (PGBM)

“Zo kunnen wij mensen met een hulpvraag ook beter doorverwijzen, bijvoorbeeld een bewoonster die thuiszorg aanvraagt, enz.” (PGBM)

De PGBM nemen ook deel aan lokale coördinatievergaderingen en overlegplatforms, zoals bijvoorbeeld de Werkgroep Senioren van Evere, de Sociale Coördinatie Heembeek-Mutsaard enz.

“Zo leerden we elkaar ook beter kennen, zagen we wie wat doet en gingen we samenwerkingsverbanden aan met mensen die de buurt of de gemeente als hun broekzak kennen.” (PGBM)

De netwerkinspanningen van de PGBM maken het gemakkelijker om elders partnerschappen aan te gaan. Ze zijn ook gericht op een sterkere coördinatie van lokale preventie-initiatieven rond maandthema's om zo een gezamenlijke preventiedynamiek binnen de zorgzones te bevorderen.

“We hoorden dat de PGBM in tijden van crisis zullen worden opgeroepen en ingezet voor doelgerichte acties; tussendoor zouden ze wat promotie mogen doen rond preventie. Welnu, dat klopt niet hoor. De structureel verankerde initiatieven moeten inderdaad functies vervullen die tijdens eerdere crisissen ontbraken. In de toekomst zullen echter niet alleen de PGBM, BAR, CHW en Gezondheidsadviseurs worden ingezet bij crisissituaties. Via de zorgzones zal het volledige grondgebied daarbij worden betrokken, volgens het principe van bevolkingsverantwoordelijkheid. Door nu al te leren samenwerken kunnen de praktijken worden bijgestuurd, zodat de structuren hun kerntaken kunnen voortzetten en tegelijk deelnemen aan de gezamenlijke inspanningen bij een crisis. Want dat was net het pijnpunt tijdens de COVID-19-periode. Het PGBM-project maakt deel uit van de territoriale en gezamenlijke dynamiek in opbouw, ter ondersteuning en in partnerschap met de lokale actoren die binnen de zorgzones acties zijn.” (Coördinator)

5. Tools ontwikkelen om de gezamenlijke dynamiek op het vlak van preventie en gezondheidsbevordering in de zorgzones te ondersteunen

De PGBM-teams publiceren elke maand een 'Gezondheidspreventie Info' rond een gemeenschappelijk preventiethema. Dit informatiedossier wordt gedeeld via de website van de zorgzone. De zorgzones publiceren elke maand op hun website een artikel over een specifiek gezondheidsthema waarin zowel concrete informatie over het thema aan bod komt (statistieken, screeningsmogelijkheden, terugbetaling via het ziekenfonds, sensibiliseringstools, nuttige adressen enz.) als een overzicht van de initiatieven rond dit thema die binnen de zorgzone worden georganiseerd.

De thema's voor 2025 zijn de volgende:

Januari – Baarmoederhalskanker (jaarlijks thema)
 Februari – Alcoholverslaving (Tournée minérale)
 Maart – Dikkedarmkanker
 April – Tuberculose
 Mei – Tabak (Werelddag zonder Tabak)
 Juni – Verslavingen (risicobeperking)
 Juli – Uitdroging (hitteslag)
 Augustus – Huidkanker
 September – Vaccinatie
 Oktober – Borstkanker (Roze oktober)
 November – Diabetes (Werelddag)
 December – HIV & IST (Werelddag)



Deze maandelijkse publicatie is bedoeld voor hulpverleners die op een gemakkelijke manier inzicht willen krijgen in informatie, tools en hulpmiddelen om hun doelgroepen te begeleiden. Naast de publicatie zelf, wil dit initiatief de professionals uit de zorgzone aanmoedigen om hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen en samen te werken aan deze thema's.

3.4.2 Wat zijn de obstakels en uitdagingen?

De obstakels en uitdagingen die door de bevraagde personen (PGBM, coördinatoren) worden aangehaald in verband met het PGBM-project, hebben betrekking op uiteenlopende aspecten:

De rol van de PGBM en hun specifieke plaats ten opzichte van de andere actoren verduidelijken:

Het voornaamste obstakel blijkt de onduidelijkheid over de rol van de PGBM, naast het waarom en de financiering van deze nieuwe functie, vooral bij actoren uit de sector van gezondheidspromotie:

“Er worden vragen gesteld vanuit het terrein: ‘wie zijn die mensen die plots opduiken en zich tijdens de coronaperiode met bepaalde zaken bezighouden? Ook daarna gaan ze gewoon door.’ Sommigen konden zich niet vinden in de manier van werken, zeker omdat er te weinig PGBM waren om tegemoet te komen aan alle vragen naar steun en versterking vanuit het werkveld. En dat leidde tot frustratie en onbegrip. Ons werk tijdens die maanden bestond erin de hulpverleners te gaan opzoeken, naar hen luisteren, de doelstellingen van het

initiatief toelichten, polsen naar hun verzuchtingen enz. We hebben met onze PGBM en onze BAR-collega's overleg gepleegd en gebrainstormd vanuit hun ervaring op het werkveld. We hebben nieuwe krachtlijnen en werkwijzen voorgesteld voor het initiatief. We hebben het nieuwe project voorgelegd aan de actoren uit gezondheidsbevordering, aan het kabinet en aan de regionale preventiemedewerkers. Het lijkt voor alle betrokkenen betekenisvol te zijn. Nu moeten we het nog uitvoeren op het terrein.” (Coördinator)

De signalen die Brusano opvangt van de actoren op het terrein over de activiteiten uit 2025 (de *Gezondheidspreventie Info* en de *Ontmoetingen rond Gezondheidspreventie*) wijzen kennelijk op een positieve ontwikkeling.

Een gezamenlijke dynamiek op het vlak van preventie en gezondheidsbevordering in de zorgzones ondersteunen waarbij een top-down en een bottom-up aanpak worden gecombineerd:

De PGBM moeten rekening houden met de regionale beleidsvisie (bijvoorbeeld wat betreft de prioritaire preventiethema's) en tegelijk inspelen op de noden die leven op het terrein.

In deze context lijkt het aangewezen om in de uitvoering enige flexibiliteit te voorzien, zodat er ruimte is voor zowel de thema's die door de overheid als prioritair worden beschouwd als voor de behoeften die de bewoners aangeven tijdens PGBM-activiteiten.

“Het is belangrijk dat de theorie wordt afgestemd op de praktijk. Tijdens de Ontmoetingen rond gezondheidspreventie brengen we deze thema's niet meteen ter sprake, behalve wanneer ze aansluiten op een vraag. We hebben wel altijd informatiemateriaal ter beschikking over het thema van de maand. We zullen bijvoorbeeld tijdens de internationale maand tegen dikke darmkanker (maart) flyers, affiches en testkits bijhebben. Wanneer iemand ons daarover vragen stelt, kunnen we hierop ingaan.” (PGBM)

“De ervaring leert ons dat het uiteindelijk interessant is om deze thema's toch te bespreken, zelfs als daar aanvankelijk geen vraag naar is. Kanker bijvoorbeeld is geen gemakkelijk onderwerp. Mensen zullen er niet snel naar vragen, omdat er nog steeds een zekere taboesfeer omhangt. Op een markt waar buurtbewoners hun boodschappen komen doen, hebben we met een aantal vrouwen al zeer boeiende gesprekken gehad over borstkanker. Daarnaast kregen we zeer positieve feedback van huishoudhulpverleners die bij hun klanten fijne reacties kregen over de folders en flyers die we hen hadden gegeven.” (PGBM)

“Over gezonde voeding spreken met iemand die nauwelijks eten kan betalen, is niet evident. Of met druggebruikers spreken over stoppen met roken enz.” (PGBM)

“Daarom is het interessant om deze twee benaderingen te hanteren: enerzijds zijn er de campagnes met thema's vanuit de overheid en anderzijds de acties rond positieve gezondheid, preventie en gezondheidsbevordering rond thema's die door de bewoners zelf worden aangereikt. Het doel is om thema's als burn-out, zelfdoding, depressie enz. ter sprake te brengen.” (PGBM)

De juiste competenties en expertise samenbrengen om de doelstellingen te bereiken:

Het PGBM-team werd aanvankelijk samengesteld met medewerkers van de dienst 'Tracing COVID-19'. Niet alle profielen beschikten over de geschikte opleiding en ervaring om de opdracht succesvol uit te voeren. Het bleek noodzakelijk om de expertise binnen het team uit te breiden en met behulp van tools voor gezondheidsbevordering de focus op positieve gezondheid te richten. Het opzetten van netwerken rond de behandelde thema's draagt bij tot een verdere uitbouw van expertise binnen het PGBM-team.

“De profielen van de mensen die aanvankelijk als PGBM werden aangeworven, stemden qua competenties niet overeen met de doelstellingen. Ze konden terugvallen op hun ervaring uit de coronaperiode om het doelpubliek op te vangen, folders uit te delen enz. Maar om daadwerkelijk over thema's als preventie, diabetes, kankerscreening, voeding, vaccinatieweerstand enz. te praten, zijn heel specifieke competenties vereist. Bovendien vereisen de manier van werken en de uiteenlopende methoden van de PGBM (gezamenlijk, gemeenschapsgericht, in samenspraak met de welzijns- en gezondheidsactoren, in samenspraak met de bevolking enz.) een combinatie van knowhow en soft skills die via ervaring worden verfijnd. Samenwerking met de sector van gezondheids promotie en met deskundigen inzake specifieke thema's is essentieel om de preventie-inspanningen in de vijf zorgzones te versterken.” (Coördinator)

De werkmethoden en acties aanpassen aan de uitdaging om met een relatief beperkt team een werking in een zorgzone uit te bouwen:

In het licht van de realiteit op het terrein drong een herdefiniëring van de activiteiten van de PGBM zich op: teams van drie tot vijf personen om zorgzones met een ruim geografisch gebied van 190.000 tot 320.000 inwoners te bedienen.

“De PGBM van de FMH hebben gedurende een jaar gehoor gegeven aan de vragen naar ondersteuning en versterking bij activiteiten van de actoren voor preventie en gezondheidsbevordering. Stel u voor: maximaal 25 personen voor het hele Brusselse Gewest ... Als alle organisaties of grote spelers uit het gewest die rond de zes thema’s uit het Plan werken, bellen met de vraag naar extra medewerkers, tja dan raakt hun agenda meteen volzet. Ze waren overstelpt met vragen en konden nergens meer op ingaan. Bij ons is het net zo, mochten we blijven ingaan op de verzoeken vanop het werkveld, dan zouden we alleen maar frustratie veroorzaken, omdat we slechts een klein deel van de actoren kunnen helpen. We besloten om een nieuwe verkennende denkoefening te maken om iets op te bouwen dat volgens ons optimaal zou kunnen tegemoetkomen aan de doelstellingen. Het is immers duidelijk dat we alleen met heel wat andere actoren dit zullen kunnen waarmaken. Met 3 à 5 PGBM voor zorgzones van 250.000 à 350.000 inwoners zullen we het niet redden.” (Coördinator)

Deze context blijft een uitdaging voor het hele project. Het lijkt erop dat het succesvol samenbrengen van alle welzijns- en gezondheidsactoren rond een geïntegreerde visie op preventie en gezondheidsbevordering, één van de hefboomen is.

“Wij zijn namelijk van mening dat preventie en gezondheidsbevordering iedereen aanbelangt, zowel de welzijns- als de gezondheidssector. We moeten afstappen van de gedachte dat sommige mensen aan preventie en gezondheidsbevordering doen en anderen niet. Net zoals bij de toegang tot rechten mag dat geen bezorgdheid zijn van alleen welzijnswerkers die zich met deze thematiek bezighouden ... We hadden het al over doelgroepen die bijna volledig buiten het systeem vallen. Het eerste wat moet gebeuren, is een systematische activering van de Dringende Medische Hulp (DMH) op het moment dat er een contact plaatsvindt tussen een begunstigde en eender welke zorgverlener. Het heeft geen zin om te wachten tot er een zorgvraag komt om te beslissen dat ‘we het zullen doen’. (...) Ik beschouw deze sensibiliseringsfase van het netwerk voor deze interventielogica en -praktijk als een eerste aanzet in een lang proces, voordat we echt kunnen spreken van een sectoroverschrijdende werking en een gezamenlijke dynamiek rond geïntegreerde preventie. Stap voor stap boeken we vooruitgang.” (Coördinator)

Werkvormen ontwikkelen om doelgroepen te bereiken die moeilijk toegang vinden tot de diensten:

Om buurtbewoners te bereiken en bij preventiethema’s te betrekken, zijn aangepaste methodes en langdurige inspanningen nodig.

“Kwetsbare mensen bereiken kost tijd. Dat is in het begin soms frustrerend omdat er zoveel voorbereiding aan voorafgaat, maar we zitten op de goede weg. In de werkgroep Methodes & Participatie, op het niveau van de thematische overlegmomenten enz., verdiepen we ons in deze kwestie rond burgerparticipatie. We zijn tevreden over de reeds uitgevoerde proefprojecten.” (Coördinator)

Collectieve werkvormen ontwikkelen en delen tussen lokale actoren:

Collectieve en participatieve acties worden door de medewerkers van verschillende initiatieven (PGBM, BAR enz.) beschouwd als een zinvol instrument om contact te leggen met de bevolking, en vooral met bewoners die moeilijk toegang vinden tot de diensten. De overeenstemming en verbinding tussen de actoren en initiatieven die deze aanpak ontwikkelen worden beschouwd als een waardevolle hefboom bij toekomstige crisissituaties.

“Zonder echt overleg te plegen hadden we het gevoel dat het BAR-project – dat volgens mij het dichtst bij ons staat, omdat het maatschappelijk opbouwwerk versterkt – op dezelfde manier is geëvolueerd. Ook binnen dit initiatief worden de hulpverleningsmethoden momenteel herbekeken en worden gemeenschapsgerichte acties gezien als de belangrijkste hefboom. Er wordt ook nagedacht over de gegevens en de methoden. Dat is positief, we zien dan ook dat er raakvlakken ontstaan. Hoewel hun thema duidelijk de toegang tot rechten is en onze focus op preventie en gezondheidsbevordering ligt, zijn dat slechts aanknopingspunten. Als de interventiemethoden dezelfde zijn, wil dat zeggen dat er contacten worden opgebouwd met de bevolking en dat we bij crisissituaties kunnen teruggrijpen naar die connecties. Zo kunnen we op een vlottere, onderling overlegde en gezamenlijke manier optreden.” (Coördinator)

Het ontwikkelen van een gemeenschapsgerichte aanpak vergt tijd. Die realiteit moet zowel op individueel niveau (als professional) als op collectief niveau (met partners en verantwoordelijken) worden meegenomen:

Werken vanuit de gemeenschap geeft pas resultaten op langere termijn. Zelfs als men zich van deze realiteit bewust is, kan het werken aan acties waarvan de resultaten pas na enige tijd zichtbaar zijn, een impact hebben op de motivatie van de medewerkers, partners en zelfs de verantwoordelijken.

“Met toffe partners en fijne locaties loopt alles gesmeerd. Er hangt positiviteit in de lucht en de sfeer is aangenaam. In andere buurten loopt het soms wat stroever. Het opzetten van een lokale gezondheidsdynamiek is nu eenmaal een traag proces. Het publiek hierbij betrekken is best moeilijk. We waren gewaarschuwd. Zo is dat in het

begin. Er zijn nog niet zoveel deelnemers, maar de dynamiek groeit gaandeweg. We slagen erin om telkens zaadjes te planten.” (PGBM)

De schotten tussen welzijn en gezondheid overstijgen:

“Sinds ik op het terrein werk, zie ik dat welzijns- en gezondheidsaspecten sterk met elkaar verweven zijn in het dagelijks leven van de doelgroepen. Toch ontwikkelen de twee sectoren zich al jarenlang elk op hun eigen manier, met hun eigen specifieke aanpak. Wij horen het constant: ‘Het is te sterk op gezondheid gericht en te weinig op welzijn. Of nee, te veel welzijn en te weinig gezondheid.’ Bijvoorbeeld: op zoek gaan naar een woning valt onder welzijn, idem voor de digitale kloof. Maar om nu te denken dat dit geen gevolgen heeft voor de gezondheid, dat geloof ik niet. We moeten het stap voor stap aanpakken, en focussen op wat we gemeenschappelijk hebben en wat we samen kunnen doen.” (Coördinator)

*

Wat in dit hoofdstuk wordt belicht, zal in de loop van 2025 worden geïmplementeerd en daarna worden bijgestuurd op basis van de ervaringen en bevindingen. Het is de bedoeling dat het initiatief flexibel blijft om te kunnen inspelen op de behoeften van het publiek en de bewoners, en op de gezondheidsuitdagingen in Brussel.

3.5 Gezondheidsadviseurs

3.5.1 Voorstelling van het initiatief

3.5.1. Algemene beschrijving

Het intermutualistisch project ‘Gezondheidsadviseurs’ zet in op gepersonaliseerde preventie en gezondheidsbevordering, afgestemd op een specifieke doelgroep en het vooropgestelde preventiethema. De preventieacties gebeuren voornamelijk via proactieve telefonische contacten en de organisatie van workshops over gezondheidsthema’s. Doel van deze contacten: nagaan welke de noden zijn van het doelpubliek op het vlak van gezondheid en welzijn, praktische en voor iedereen toegankelijk informatie verstrekken over zowel doelgerichte preventie- en gezondheidsthema’s⁸² als over de toegang tot gezondheidszorg (sociale zekerheid, zorg en hulp) en meer algemeen, de strijd aangaan tegen

isolement en de gezondheidsongelijkheid in het Brussels Gewest terugdringen. Naast sensibilisering en informatieverstrekking staan Gezondheidsadviseurs ook in voor persoonlijke begeleiding zodat mensen uit de doelgroep actie kunnen ondernemen of keuzes kunnen maken in het belang van hun gezondheid.

Het project ‘Preventiemedewerkers’⁸³ (vorige benaming van de Gezondheidsadviseurs in het BHG) werd in 2021 – tegen de achtergrond van de COVID-19-pandemie – opgestart door de Diensten van het Verenigd College (DVC/Vivalis) van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC) en een consortium van verzekeringsinstellingen. De naam, doelstellingen en doelgroepen zijn doorheen de tijd veranderd. Het project werd aanvankelijk opgezet om informatie te verstrekken over de pandemie en de opgelegde preventiemaatregelen, maar ook om na te gaan welke gevolgen de pandemie op de fysieke, psychische en sociale behoeften heeft en daarmee rekening te houden⁸⁴. Het doelpubliek bestond uit mensen die moeilijk bereikbaar waren voor de informatie en diensten. Aanvankelijk waren dat de geïsoleerde 65-plussers op het Brussels grondgebied. Het project werd bijgevolg uitgerold ter aanvulling van de verschillende tracingmechanismen⁸⁵.

De ervaring met de Preventiemedewerkers heeft aangetoond dat proactieve telefonische contacten nuttig zijn om geïsoleerde personen te bereiken, en dat het gebruik van beschikbare gegevens bij de ziekenfondsen relevant is om specifieke doelgroepen in kaart te brengen. Daarom werd het project verlengd. In het licht van de veranderende gezondheidscontext werden vanaf 2022 nieuwe doelstellingen en doelgroepen bepaald. Het project werd omgedoopt tot ‘Gezondheidsadviseurs’ en is gebaseerd op het principe van proportioneel universalisme, d.w.z. dat de acties aan heel de bevolking worden voorgesteld, maar dat de ondersteuning wordt afgestemd op de specifieke noden van bepaalde groepen met een grotere kwetsbaarheid.

Bij de opstart in de tweede helft van 2022 stelde de structuur 20 VTE te werk⁸⁶. In 2024 bedroeg het personeelsbestand 16 Gezondheidsadviseurs, ofwel 10 VTE. Het project bestaat uit een multidisciplinair team van Gezondheidsadviseurs en een coördinatie- en onderzoeksteam. Ze zijn actief binnen vijf verzekeringsinstellingen die de schouders zetten onder

⁸² Zie verder, hoofdstuk ‘Hoe?’

⁸³ Een dergelijk project bestaat in Wallonië onder de naam ‘Agents de Prévention Santé’. Het AVIQ bepaalt de doelgroepen en thema’s op basis van de prioriteiten van het Waalse plan voor preventie en gezondheidsbevordering.

⁸⁴ Analyseverslag van het project ‘Gezondheidsadviseurs’ - 2022-2023

⁸⁵ Tijdens de COVID-19-pandemie werden verschillende structuren opgezet voor crisisbeheer en om preventiemaatregelen door te voeren en op te volgen. Een van de structuren, ‘Contact tracing’, was bedoeld om na te gaan wie contact had gehad met een besmette persoon. Het opsporingssysteem was medegeorganiseerd door de verzekeringsinstellingen, via de intermutualistische groepering GAP Intermut (Groupement Autonome de Personnes Intermutualistes).

⁸⁶ Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van Brussel-Hoofdstad (ed. 2022), “Nota aan de leden van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, verlenging van de contracten en andere samenwerkingsverbanden in het kader van de beheersing van de COVID-19-pandemie (1 juli 2022 tot 31 december 2022)”.

dit project. Het gaat om het socialistisch ziekenfonds (Solidaris Brabant), het christelijk ziekenfonds (MC/CM), liberaal ziekenfonds (MutPlus), neutraal ziekenfonds (Mutualia) en de onafhankelijke ziekenfondsen (Partenamut en Helan). Sommige medewerkers zijn voltijds aan de slag als gezondheidsadviseur, anderen combineren deze functie met andere taken. In sommige gevallen werken ze bij de sociale dienst van hun ziekenfonds, of vormen ze eventueel een afzonderlijk team.

Heel wat Gezondheidsadviseurs zijn maatschappelijk werkers of verpleegkundigen met verschillende achtergronden. Anderen zijn in deze functie terechtgekomen dankzij hun ervaring. Ze kregen een opleiding over het Belgisch sociale zekerheidssysteem en moeten interesse hebben in preventie en de welzijns- en gezondheidssector in het algemeen.⁸⁷ Het gaat om een meertalig team. De werktalen zijn Frans, Nederlands, Engels, Arabisch, Turks en Italiaans.

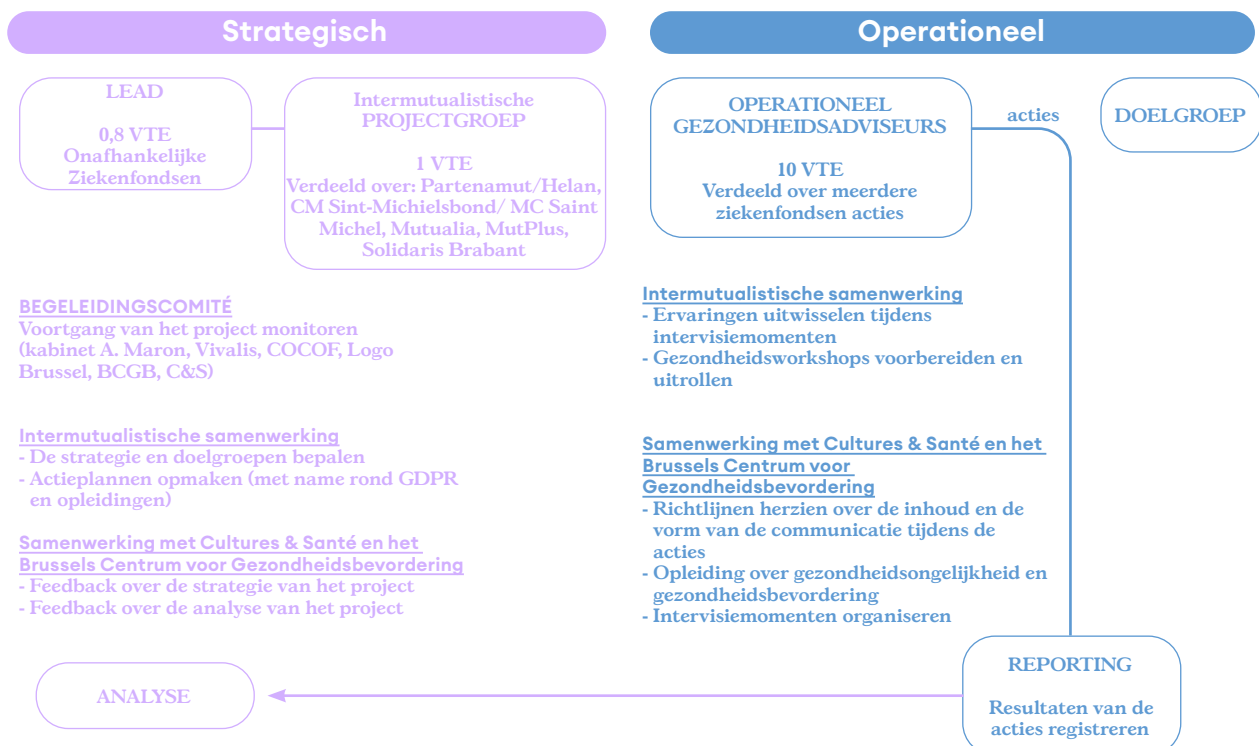
Intermut heeft de Onafhankelijke Ziekenfondsen belast met de coördinatie van dit project. Het project krijgt daarnaast ook ondersteuning van:

- Een stuurgroep van verantwoordelijken uit de vijf ziekenfondsen die bij het project zijn betrokken. Hun voornaamste rol is ervoor te zorgen dat de acties overeenstemmen met de doelstellingen inzake volksgezondheid en de specifieke richtlijnen van alle ziekenfondsen, en tegelijk de samenhang tussen de ziekenfondsen binnen het

project bewaren. Deze groep heeft ook meegewerkt aan de opleiding van de Gezondheidsadviseurs en een rol gespeeld bij de monitoring van de prestatie-indicatoren.⁸⁸

- Een begeleidingscomité dat bestaat uit vertegenwoordigers van het kabinet van de Brusselse minister van Volksgezondheid, de Diensten van het Verenigd College (DVC-Vivalis), de Franse Gemeenschapscommissie (COCOF), het Brussels Centrum voor Gezondheidsbevordering (BCGB), Cultures & Santé en Gezond in Brussel (het vroegere Logo Brussel). Dit comité staat in voor de beoordeling van de strategische keuzes, de monitoring van het project en de evaluatie ervan. De aanwezigheid van Vivalis zorgt ervoor dat de jaarlijks vooropgestelde strategie overeenstemt met de prioritaire doelstellingen inzake preventie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.
- Cultures & Santé en het Brussels Centrum voor Gezondheidsbevordering (BCGB) delen op operationeel niveau hun expertise en vervullen een begeleidende rol ten aanzien van de Gezondheidsadviseurs, onder meer via opleidingen en intervisies. In 2024 volgden de Gezondheidsadviseurs ook opleidingen bij verschillende partners: Psybru gaf vorming over geestelijke gezondheid en Bruprev over kanker-screening. De Gezondheidsadviseurs worden ook getraind in motivatiegesprekken met het oog op hun proactieve telefooncontacten.

Grafische weergave van de organisatiestructuur van het project Gezondheidsadviseurs⁸⁹



⁸⁷ Onafhankelijke Ziekenfondsen, 2024.

⁸⁸ Activiteitenverslag 2024, p. 7.

⁸⁹ Activiteitenverslag 2024, p. 5.

3.5.1.2 Wat?

De doelstellingen van het project Gezondheidsadviseurs werd in 2023 en 2024 bij besluit vastgelegd⁹⁰:

1. *“De vragen en noden op het vlak van gezondheidszorg van de doelgroepen identificeren en ondersteunen.*
2. *De gezondheidsgeletterdheid van de doelgroepen vergroten met betrekking tot specifieke thema’s*
3. *Individuele middelen geven om meer controle uit te oefenen op de factoren die hun gezondheid beïnvloeden en bijgevolg verbeteren.*
4. *De gezondheidsgeletterdheid verbeteren op het vlak van kankerscreening en de deelname aan screenings (toegespitst op borst- en baarmoederhalskanker).*
5. *De structurele obstakels waarmee de individuen binnen de doelgroep worden geconfronteerd, identificeren en aan de verschillende stakeholders (overheid, ziekenfondsen, externe organisaties enz.) melden.”*

In 2024 werden de opdrachten van de Gezondheidsadviseurs in detail vastgelegd in de ordonnantie van de GGC betreffende het preventieve gezondheidsbeleid⁹¹.

Art. 7

§ 1. De Brusselse regionale maatschappijen van onderlinge bijstand (RMOB's) kunnen preventieve acties voeren om de gezondheid van specifieke segmenten van de Brusselse bevolking of doelgroepen te bevorderen.

§ 2. Deze acties worden bepaald door het Verenigd College, in overleg met de RMOB's, op basis van maatschappelijke en omgevingsfactoren, en omvatten:

1. *het uitvoeren van proactieve acties gericht op Brusselse aangeslotenen waarvan is vastgesteld dat ze tot de doelgroep behoren, door contact met hen op te nemen via verschillende kanalen en in het bijzonder via rechtstreekse contact, huisbezoeken, telefoon, videocall, e-mail of apps, om hun zorg- of hulpbehoeften te peilen, hen te ondersteunen, begeleiden en door te verwijzen naar de juiste diensten;*

2. *de gegevens die tijdens deze proactieve acties worden verzameld, worden geanalyseerd op een geaggregeerde wijze, met als doel het verkrijgen van inzichten in de gezondheids- en welzijnsbehoeften van de gecontacteerde doelgroepen, om na te gaan in welke mate het proactieve contact heeft geleid tot een gedragsverandering inzake preventieve gezondheid en ter evaluatie van het project;*
3. *via alle kanalen preventieboodschappen verspreiden onder de algemene bevolking.*

De functies:

Vanuit deze doelstellingen vervullen de Gezondheidsadviseurs drie functies⁹²:

1. **Informatieve functie:** de Gezondheidsadviseurs verstrekken informatie over uiteenlopende thema's. Ze geven uitleg over sociale rechten, zoals het statuut Verhoogde Tegemoetkoming (VT), de ziekteverzekering en het globaal medisch dossier. Ze belichten ook specifieke gezondheidsthema's als kankerscreening, preventie inzake mondgezondheid en valpreventie, door te peilen naar de kennis van de betrokkenen en hun gezondheidsgeletterdheid te versterken.
2. **Oriënterende functie:** afhankelijk van de individuele behoeften die tijdens de gesprekken aan het licht komen, verwijzen de Gezondheidsadviseurs de personen door naar de juiste diensten en ondersteuning. Dat kan gaan om gemeenschapsorganisaties, gezondheidsprofessionals (artsen, psychologen, apothekers) of onlineplatforms die informatie verstrekken over geestelijke gezondheid en sociale diensten.
3. **Empowerment-functie:** de Gezondheidsadviseurs zetten in op actief luisteren en motivering om de personen aan te moedigen om hun gezondheid en welzijn in eigen handen te nemen. De begunstigden worden door deze interactie aangespoord om zelf actie te ondernemen en stappen te zetten die hun zelfredzaamheid en besluitvorming op het vlak van gezondheid bevorderen.

⁹⁰ Subsidiebesluit 24/0021 van de GGC van 21/03/2024.

⁹¹ De ordonnantie van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van 16 mei 2024 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid. https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article.pl?language=nl&sum_date=2024-05-30&lg_txt=n&pd_search=2024-05-30&s_edition=&numac_search=2024005053&caller=&2024005053=&view_numac=2024005053fr

⁹² Activiteitenverslag 2024, p. 18.

Doelgroepen en thema's:

De doelgroepen die proactief via de telefooncontacten worden benaderd door Gezondheidsadviseurs zijn doorheen de tijd veranderd. In 2023 stonden twee groepen centraal in de werking van de vzw IM (Intermut) die werd gesteund door de GGC.

- **65-plussers:** bij aanvang van het project lag de focus van de Gezondheidsadviseurs op personen van 65 jaar en ouder, ongeacht hun VT-statuuut, die in een van de 48 wijken wonen met de meeste sociaaleconomische problemen.⁹³
- **Eenoudergezinnen:** in oktober 2022 werden de eenoudergezinnen uit de deze 48 wijken toegevoegd aan de doelgroep, ongeacht hun VT-statuuut. De telefonische contacten werden voortgezet tot december 2024.

Aangezien de strategie voor de bepaling van de doelgroepen rekening houdt met de prioriteiten in de Brusselse beleidsplannen, heeft de aandacht voor preventie en kankerscreening geleid tot de identificering van andere doelgroepen:

- **Voor borstkankerscreening:** vrouwen tussen 56 en 69 jaar die als kwetsbaar⁹⁴ worden aangemerkt, niet worden opgevolgd voor borstkanker en de afgelopen zes maanden geen screening op borstkanker hebben laten uitvoeren (2024)
- **Voor baarmoederhalskankerscreening:** vrouwen tussen 25 en 64 jaar die als kwetsbaar⁹⁵ worden aangemerkt en de afgelopen zes maanden geen screening op baarmoederhalskanker hebben laten uitvoeren (2024)
- **Voor dikke darmkankerscreening:** er werd op territoriale basis een doelpubliek bepaald. Sint-Joost werd geselecteerd op basis van het bijzonder lage deelnamepercentage aan de dikke darmscreening. Naast dit territoriale criterium bestaat de groep uit mannen en vrouwen tussen 50 en 74 jaar. Er werden enkele uitsluitingscriteria toegepast⁹⁶. De ziekenfondsen hebben daarna aan de hand van hun ledenlijst deze doelgroep geselecteerd en contact opgenomen met de betrokken personen (2025)

Wat de workshops betreft (zie verder in het deel 'Hoe') zijn de doelgroepen zowel het grote publiek, al dan niet aangesloten bij een ziekenfonds, als de professionals uit de sector (naargelang het type workshop).

3.5.1.3 Waar?

Bij het bepalen van de criteria voor de doelgroepen wordt voornamelijk rekening gehouden met hun kwetsbaarheid of hun eerdere deelname aan screeningsacties. In sommige gevallen werd echter ook een territoriaal criterium toegepast.

1. **65-plussers en eenoudergezinnen:** de doelgroep is beperkt tot inwoners van een van de 48 vooraf bepaalde wijken in de 19 Brusselse gemeenten (zie kaart).
2. **Screening dikke darmkanker:** de doelgroep is beperkt tot de inwoners van de gemeente Sint-Joost.

3.5.1.4 Hoe?

De Gezondheidsadviseurs vervullen hun opdrachten op twee manieren: hoofdzakelijk proactieve telefonische contacten en 'gezondheidswerkshops'. De telefoontjes kunnen worden beschouwd als een outreachende aanpak op afstand; de workshops zijn face-to-face activiteiten rond preventie en gezondheidsbevordering. De twee benaderingen zijn bedoeld om een aantal gedragswijzigingen te bevorderen op het vlak van gezondheidspreventie en op die manier de ongelijkheden in te dijkten.

1. Proactieve telefonische contactname

Nadat de doelgroepen die in samenspraak met Vivalis waren vastgesteld, werden de contactlijsten opgesteld aan de hand van de gegevens van de Brusselse verzekeringsinstellingen. De Gezondheidsadviseurs van deze ziekenfondsen beschikken dus per doelgroep over een lijst van mensen die binnen een bepaalde periode moeten worden opgebeld.

Tijdens een proactief telefonisch contact hanteert de Gezondheidsadviseur een geïndividualiseerde aanpak van preventie, een one-to-one begeleiding. De Gezondheidsadviseur neemt een niet-oordelende, luisterbereide houding aan, wat de persoon ondersteunt in het nemen van beslissingen over zijn gezondheid, zonder druk van buitenaf. De Gezondheidsadviseurs gebruiken een gespreksleidend als hulpmiddel bij hun gesprekken. Ze bellen de contactpersonen op tijdens de kantooruren, tussen 9 en 17 uur. Als de persoon niet bereikbaar is, doen ze drie pogingen waarbij ze een boodschap inspreken.

⁹³ Zie lijst van de 48 wijken.

⁹⁴ Op basis van een aantal kwetsbaarheidscriteria (waaronder leefloon, IGO of herkomst).

⁹⁵ *Ibidem*

⁹⁶ Onder andere Crohn-patiënten, of mensen die via andere onderzoeken worden opgevolgd.

Er werd een gespreksleidraad uitgewerkt met de thema's en de kernboodschappen die aan bod moeten komen tijdens het telefonisch contact tussen de Gezondheidsadviseur en de betrokken persoon. Tijdens het eerste contact wordt getracht een band op te bouwen en te peilen naar de gezondheid en de ruimere behoeften van de betrokken personen. Deze stap verloopt vlotter door de vertrouwensband die kan bestaan tussen de leden en hun ziekenfonds.

“Toen we begonnen met het opbellen van 65-plussers gebruikten we de simpele vraag ‘hoe gaat het met u?’ als ijsbreker. Daarna stelden we algemenere vragen zoals: Waar heeft u nood aan?” In die periode kwam er allerlei informatie over de coronamaatregelen, persconferenties en uiteenlopende communicatie van de federale overheid en het Gewest op de mensen af. Het leek wel je reinste Kafka. Dat is de situatie van waaruit we gestart zijn.” (Projectcoördinator)

“Soms nam iemand de telefoon op die niet tot de doelgroep behoorde. Dat kon bijvoorbeeld de dochter of een naaste zijn. Zij waren op hun beurt erg blij, omdat ze van de gelegenheid konden gebruikmaken om zelf een aantal vragen te stellen, waardoor het gesprek een praktische en concrete invulling kreeg. Het waren vaak lange gesprekken waarbij de contactname erg werd geapprecieerd.” (Projectcoördinator)

Tijdens het gesprek komen de noden en belemmeringen van de betrokken persoon aan bod, zodat er een hulpaanbod op maat kan worden geboden. Daarna kunnen nog meerdere opvolgingscontacten plaatsvinden om na te gaan of de geboden ondersteuning doeltreffend is geweest. Bovendien is het vertrouwelijke karakter van een proactief telefonisch contact op veel vlakken interessant. In het geval van screening op dikke darmkanker bijvoorbeeld, zullen de respondenten veel makkelijker vragen stellen aan de telefoon, dan bijvoorbeeld op een openbare plek zoals een apotheek, wanneer ze met hun uitnodiging van BruPrev een testkit (de colotest) ophalen.

“Het is echt de bedoeling om voldoende tijd te nemen, goed naar de mensen te luisteren, hen te informeren en daarna ter zake te komen. We vallen overvallen de mensen met ons telefoontje en daardoor ontstaat er soms een afschermings- of verdedigingsreactie. Ik tracht hen zeer snel gerust te stellen door uit te leggen dat wij van hun ziekenfonds zijn en dat we niets proberen te verkopen. We zijn er om naar hen te luisteren en informatie te geven (...). Het doel is de mensen informeren en de meerwaarde van screenings en preventieve acties en gewoonten benadrukken zodat zij zelf hun gezondheid in handen nemen.” (Gezondheidsadviseur)

Naast informeren kunnen de Gezondheidsadviseurs ook mensen doorverwijzen naar de juiste diensten en ondersteuning. Dat kan gaan om welzijnsorganisaties, gezondheidsprofessionals (artsen, psychologen, apothekers, verenigingen op het terrein enz.) of onlineplatforms die informatie verstrekken over gezondheid en sociale diensten. De Gezondheidsadviseurs werken daarvoor samen met hun collega's van de sociale diensten van de ziekenfondsen, omdat zij een totaalbeeld hebben van de welzijns- en gezondheidsrechten. Als het gesprek over sociale problemen gaat, kan de Gezondheidsadviseur de persoon aan de lijn eventueel doorverbinden met een maatschappelijk werker.

“Ik belde een lid op met een kind dat aan kanker leed. De persoon in kwestie was erg aangeslagen en kampte met een professionele burn-out. Door naar zijn problemen te luisteren en hem de ruimte te geven om erover te praten, kon ik de man even tot rust laten komen. Ik heb hem gewezen op de psychologische bijstand en het nummer 107 voor wie nood heeft aan een gesprek, op de centra voor gezinsplanning en op Hospichild dat een referentie is op het vlak van informatie over de zorg voor kinderen. Ik sprak ook over het statuut van mantelzorger en de opvang- en ondersteuningsdiensten voor zieke kinderen van zijn ziekenfonds. De man had nood aan iemand die tijd vrijmaakte om te luisteren naar wat hij als vader allemaal doormaakte. Hij werd later, op zijn verzoek, nog eens teruggebeld en kwam toen alvast rustiger over. Hij was dankbaar voor de steun en het luisterend oor.” (Gezondheidsadviseur)

De begunstigden worden door deze telefonische interacties aangespoord om zelf actie te ondernemen en stappen te zetten die hun zelfredzaamheid en besluitvorming op het vlak van gezondheid bevorderen. Bij telefonische contacten in het kader van screening op vrouwenkankers, moedigen de Gezondheidsadviseurs de vrouwen aan om hun eigen gezondheid in handen te nemen, door hen zowel de voordelen als drempels van screenings uit te leggen, en niet in te spelen op hun angst voor de ziekte.⁹⁷

“Ik had telefonisch contact met een vrouw die me vertelde dat ze enkele jaren geleden een mamмоgrafie had laten doen, die ze heel erg pijnlijk vond. Daardoor had ze de schrik flink te pakken en had ze zich al enkele jaren niet meer laten screenen. Ik probeerde rustig uit te leggen hoe belangrijk die screening wel is en hoorde op de achtergrond een meisje zeggen: zie je wel, mama, meneer heeft gelijk, hoor. Ik dacht: tof, ik heb een bondgenoot! Het vertrouwen en de medewerking van dat jonge

⁹⁷ Begeleidingscomité, 23/04/2024.

meisje zal ik goed kunnen gebruiken. Ik leg haar uit dat er in Brussel centra bestaan waar je zelf de druk op je borsten kunt regelen en de controle behoudt over de fysieke pijn die met een mammografie gepaard gaat. En mocht ze schrik hebben om daar alleen naartoe te gaan, dan mag er altijd iemand met haar mee. Daarna heb ik de uitnodiging in orde gebracht voor de twee vrouwen, zodat ze zich samen konden laten screenen. Uiteindelijk zijn ze akkoord gegaan om een nieuwe afspraak te maken voor een mammografie.” (Gezondheidsadviseur)⁹⁸

2. Gezondheidswerkshops

Naast de proactieve telefooncontacten worden er ook gezondheidswerkshops georganiseerd rond thema's die verband houden met de ziekenfondsen (VT-statuut, de voordelen van een ziekenfonds, gezondheidszorg in België) en rond preventiethema's (diabetes, screening van bepaalde kankers). Deze vinden plaats in de lokalen van het ziekenfonds waar de Gezondheidsadviseur is tewerkgesteld, maar ook in de openbare ruimte of lokalen van organisaties die Gezondheidsadviseurs inschakelen. Sinds hun opstart in 2023 worden deze workshops met toenemende regelmaat georganiseerd. Hun opdracht is dezelfde als de proactieve telefooncontacten, maar ze kunnen de doelgroepen uitbreiden en mensen bereiken die anders buiten het bereik van de telefoonacties vallen. Ze zijn effectief op twee complementaire groepen gericht⁹⁹:

Het grote publiek: hoewel 98 % van de Brusselse bevolking aangesloten is bij een van de vijf grootste ziekenfondsen, kunnen via de workshops ook mensen worden bereikt die lid zijn van een ander ziekenfonds (bijv. HZIV, HR Rails) of mensen die bij geen enkel ziekenfonds zijn aangesloten.

Medewerkers en professionals uit de sector: deze workshops zijn ook gericht op eerstelijnsactoren en welzijns- en gezondheidsprofessionals, omdat ook hun rol in het informeren en ondersteunen van het doelpubliek van cruciaal belang is. Door deze medewerkers te sensibiliseren zijn ze beter toegerust om de begunstigden doeltreffend te begeleiden. De thema's die tijdens de workshops aan bod komen, liggen in de lijn van de zes prioritaire preventiethema's van Vivalis.

De workshops zijn opgezet rond vragen van de deelnemers en bevorderen de interactie en gedachtenwisseling. Dit initiatief maakt deel uit van een gemeenschapsgerichte gezondheidsaanpak, die steunt op een dubbele beweging: enerzijds het toelieden van gebruikers naar

gezondheidsvoorzieningen, en anderzijds een proactieve benadering van zorgprofessionals richting de gebruikers.¹⁰⁰

De gezondheidswerkshops kunnen:

1. Voortbouwen op bestaande initiatieven, zoals blijkt uit de volgende voorbeelden (niet-limitatieve lijst):
 - Op vraag van Brusano kunnen de Gezondheidsadviseurs tijdens de Ontmoetingen rond gezondheidspreventie samen met de PGBM een workshop geven over verschillende thema's waarvoor ze zijn opgeleid: gezonde voeding, diabetespreventie, de functie van een ziekenfonds en het Belgisch gezondheidszorgsysteem.
 - In partnership met vzw's, waaronder de vzw Foyer en de vzw Les Pissenlits bijvoorbeeld, kunnen de Gezondheidsadviseurs ook workshops geven over deze zelfde thema's.n samenwerking met de actoren op het terrein, waaronder bijvoorbeeld BruZel/Brusano, Accolage en de vzw Promote Ukraine, werden in de gebouwen van de organisaties specifieke workshops georganiseerd rond 'Ma Mutualité et ses avantages', voor de professionals en begunstigden van deze organisaties. Het doel hiervan is deelnemers beter te informeren over allerlei aspecten van de sociale zekerheid, zoals het VT-statuut, het GMD, hoe vind ik een geconventioneerde hulpverlener, het verschil tussen een verplichte en een aanvullende verzekering.¹⁰¹
 - De Huurdersbond van Schaarbeek contacteerde de Gezondheidsadviseurs om een informatie-stand op te zetten in het kader een project rond sociale cohesie dat werd opgestart nadat een bewoonster overleden was van kanker. Het evenement vond plaats op de benedenverdieping van een gebouw, op een centrale locatie waar gratis soep werd uitgedeeld. De aanwezige Gezondheidsadviseurs beantwoordden er de vragen van de buurtbewoners.
 - In samenwerking met een team van de Sint-Janskliniek en Gezond in Brussel werd in de Anspachgalerij een reusachtige dikke darm in 3D geplaatst als blikvanger voor een sensibiliseringsactie rond preventie. De Gezondheidsadviseurs die over dit thema een opleiding volgden bij Bruprev, waren aanwezig om het publiek te sensibiliseren en hun eventuele vragen te beantwoorden. Ook de oncologen

⁹⁸ Onafhankelijke Ziekenfondsen, 17/10/2024.

⁹⁹ Activiteitenverslag 2024, p. 7.

¹⁰⁰ Activiteitenverslag 2024, p. 20.

¹⁰¹ *Ibidem*

hadden baat bij het werk van de Gezondheidsadviseurs. Ze kregen communicatiemateriaal over preventie in verschillende talen, iets wat voordien niet aanwezig was in de wachtzalen van deze kliniek.

2. Een eigen activiteit opzetten in de wachtruimten van de ziekenfondsen
 - De Gezondheidsadviseurs werkten in 2024 samen met Gezond in Brussel rond de preventie van diabetes in het kader van het proefproject Halt2Diabète. In de wachtruimte van de ziekenfondsen spraken ze leden aan en lieten hen aan de hand van een vragenlijst inschatten hoeveel kans ze maakten op het ontwikkelen van diabetes. Bij een hoog risico werd de betrokken persoon uitgenodigd om enkele gratis sessies over gezonde voeding te volgen, gegeven door een diëtiste.

Het gesprek met een Gezondheidsadviseur kan voor de betrokken persoon het begin zijn van een persoonlijk begeleidingstraject.

“Een bij het ziekenfonds aangesloten 74-jarige mindervalide vrouw, slechtziend, alleenwonend en met een taalbarrière (ze spreekt enkel Arabisch) en VT-statuut, gaf aan dat ze echt hulp nodig had om haar sociale rechten te begrijpen en de ziekenfondsfomaliteiten af te handelen. Ik had haar ontmoet tijdens een workshop van Accolage waar ze vertelde dat ze op geen hulp kon rekenen van haar kinderen voor haar administratieve taken en dagelijks functioneren. Ze wist niets af van haar ziekenfondsdossier, noch van de voordelen die haar statuut haar boden. Aangezien ze al twee jaar geen bijdragen meer had betaald, kon ze ook geen aanspraak maken op haar aanvullende verzekering. Ze wilde wel gebruikmaken van allerlei basisdiensten (thuishulp, niet-dringend ziekenvervoer, veranderen van medisch huis), maar had geen idee bij wie ze daarvoor moest aankloppen. Er werd een globaal begeleidingstraject voor haar opgezet. De vrouw kreeg informatie over haar rechten, over de werking van het ziekenfonds, de gevolgen van het niet-betalen van de bijdragen, ze werd aangespoord om haar administratie in orde te brengen en voortaan te betalen via domiciliëring. De vrouw werd doorverwezen naar verschillende diensten (Coördinatiecentrum, OCMW, maatschappelijk werker van het ziekenfonds, een medisch huis met forfaitair systeem, de Brailleliga, Phare, Eqla, MIVB, TaxiBus enz.) die voor een personenalarm zorgden, voor een actieve maatschappelijke opvolging en haar inschrijving in een nieuw medisch huis. Deze opvolging gebeurde in samenwerking met een coördinator van Accolage en een vrijwilligster die voor een menselijke, toegankelijke ondersteuning zorgden, op maat van haar situatie.” (Gezondheidsadviseur)

De acties van de Gezondheidsadviseurs worden systematisch opgevolgd via een interne vragenlijst die dient om de verkregen informatie en de vastgestelde drempels, meer bepaald wat taal, kennis en obstakels betreft, in kaart te brengen. Door actief te luisteren en motiverende gespreksvoering tracht de Gezondheidsadviseur te begrijpen waarom de betrokken personen zich niet laten screenen (emotionele redenen, ingewikkelde informatie enz.). Deze gegevens zijn van grote waarde om een strategie te bepalen die de participatiegraad van de Brusselaars aan kankerscreening zou kunnen opkrikken.

3.5.2 Obstakels en uitdagingen

Zowel de telefonische contacten als de gezondheidswerkshops werden onderworpen aan een kwalitatieve en kwantitatieve evaluatie, uitgevoerd door de projectgroep in samenwerking met de afdeling Onderzoek en Studies van de Liberale Mutualiteiten. Daarnaast voerden twee studentes van de faculteit Volksgezondheid van de UCL in 2025 een kwalitatieve analyse uit van de telefonische contacten.

In het recentste activiteitenverslag belicht een SWOT-analyse de sterke en zwakke punten, en de mogelijkheden en bedreigingen van het project. We vatten ze hier beknopt samen.

De deelname aan het initiatief opkrikken:

De proactieve telefonische contacten vormen een doelgerichte en vernieuwende aanpak. Het is een doeltreffende manier om informatie te verstrekken en geïsoleerde mensen te bereiken. Ondanks de hoge respons op de telefonische contacten, leveren niet alle oproepen concreet resultaat op. De redenen daarvoor kunnen zijn: de Gezondheidsadviseur slaagt er ondanks vele pogingen niet in om de betrokken persoon aan de lijn te krijgen, de persoon weigert het gesprek uit tijdsgebrek, uit wantrouwen of door de taalbarrière.

Ondersteuning bieden na de eerste contactname:

Om concrete acties ter bevordering van de gezondheid te ondernemen is meer nodig dan één telefoontje. De impact ervan is dan ook beperkt tot slechts enkele individuele gezondheidsdeterminanten.

Mensen doorverwijzen naar diensten die hen kunnen opvangen en aan hun noden tegemoetkomen:

Deze aanpak botst ook op het feit dat de Gezondheidsadviseurs geen invloed kunnen uitoefenen op variabelen als de verzadiging van de diensten of de criteria om in aanmerking te komen voor bepaalde sociale rechten of diensten.

3.6 Andere outreachende praktijken

Tijdens de coronaperiode sloten heel wat diensten en instellingen hun deuren. De lockdowns stonden echter ook synoniem voor creativiteit als het ging om het ondersteunen van mensen die het zwaarst werden getroffen door de rechtstreekse of onrechtstreekse gevolgen van de pandemie¹⁰².

Om de toegang tot zorg en hulp in stand te houden, pasten sommige diensten en zorgverleners hun manier van werken aan: raadplegingen op afstand (videobellen, telefoon), via chats, sociale netwerken, WhatsAppgroepen enz. Anderen breidden hun aanbod uit of startten nieuwe diensten op: voedselhulp, toegang tot energie en water, laagdrempelige noodhulp voor gezinnen, psychosociale of psychologische bijstand voor kinderen, jongeren, ouderen en geïsoleerde volwassenen, steun in het kader van intrafamiliaal geweld, informatieve en educatieve gezondheidstools in verschillende talen, een loket voor het inruilen van steriel materiaal voor druggebruikers, een helpdesk voor doorverwijzingen naar hulp- en zorgdiensten¹⁰³, case managers¹⁰⁴ enz. Sommige van deze initiatieven werden gefinancierd met eigen middelen van de organisaties, andere kregen overheidssteun.

Sommige projecten en diensten die verband houden met gezondheid en haar sociale determinanten zetten in op het proactief 'gaan naar', of outreach-aanpak om de kloof tussen kwetsbare mensen en informatie, hulp- en zorgverlening te verkleinen en met dit doelpubliek een vertrouwensband op te bouwen. Enkele voorbeelden (niet-limitatief):

3.6.1 Het 'STEK-Peterbos' en 'Zorgzaam Peterbos Solidaire' van SAAMO - Brussel¹⁰⁵

De STEK¹⁰⁶-Peterbos werd opgericht tijdens de coronaperiode. Het is een gezellige ontmoetingsplek waar de buurtbewoners in een informele sfeer kunnen samenkomen en deelnemen aan activiteiten. Ze kunnen er op een laagdrempelige manier kennis opdoen (informele informatiesessies,

individueel of in groep), worden er door welzijnswerkers doorverwezen naar de juiste diensten en kunnen er samen brainstormen over oplossingen voor problemen in verband met sociale bescherming of kwalitatieve dienstverlening.

In de STEK werken welzijnswerkers uit verschillende organisaties en disciplines nauw samen: maatschappelijk werkers, opbouwwerkers, jeugdwerkers, sociaal-cultureel werkers en andere. Ook buurtbewoners dragen als vrijwilligers hun steentje bij (ze staan in voor de bar, werken mee aan projecten enz.).

Sinds 2022 kan het project ook rekenen op de inbreng van 'Zorgzaam Peterbos Solidaire'. Door de komst van een 'buurtverbinder', gefinancierd in het kader van het project 'Zorgzame Buurten'¹⁰⁷ kon gezondheidsbevordering in de buurt structureel worden aangestuurd. Zo werden er fysieke activiteiten in groepsverband georganiseerd (een wandelgroep, bokslessen voor vrouwen, fietstrainingen, turnlessen voor 60-plussers en afro-latinodanslessen). Andere initiatieven: oprichting van een rookstopgroep en acties rond diabetespreventie. Het project heeft een eerstelijnspsychologe ingeschakeld en er werd een netwerk van gezondheidspartners opgebouwd om werk te maken van een multidisciplinair wijkgezondheidscentrum met forfaitair systeem dat eind 2025 operationeel moeten zijn.

Het project STEK-Peterbos maakt deel uit van het Project voor Sociale Cohesie (PSC PETERBOS), dat gecoördineerd wordt door SAAMO Brussel in samenwerking met de sociale huisvestingsmaatschappijen uit de buurt en de gemeente Anderlecht. Het PSC omvat uiteenlopende activiteiten, waaronder regelmatige lokale diagnoses en activiteiten in het kader van maatschappelijk opbouwwerk in de openbare ruimte.

¹⁰² Zie Karel Arnaut & al, 2022 en Stefaan Vermeulen & al, 2020.

¹⁰³ De voornaamste helpdesks in het Brussels Gewest zijn:

- het gratis nummer Hallo? Welzijnswerk 0800 35 243, dat werd ingesteld tijdens de coronaperiode en wordt gecoördineerd door de Federatie van Bicommunautaire Maatschappelijke diensten. Het is een gratis en vertrouwelijke helpdesk voor doorverwijzing bij sociale problemen zoals huisvesting, voedsel, complexe financiële of gezinssituatie, administratie, isolement enz.
- de helpdesks van het CAW Brussel - Onthaal Brussel centrum: 0800/13.500 (gratis nummer voor hulpvragers) en 0800/90.109 (gratis nummer voor gedetineerden).
- de helpdesk voor professionals van Brusano: 02 880 29 80 - helpdesk@brusano.brussels: telefoonnummer en e-mailadres voor hulp en doorverwijzing die door alle welzijns- en gezondheidsprofessionals kan worden gebruikt bij begeleidingsproblemen van begunstigden in complexe situaties.

¹⁰⁴ Zie de woordenlijst en de aangehaalde voorbeelden.

¹⁰⁵ SAAMO Brussel is een organisatie die mensen in een kwetsbare situatie bijeenbrengt en samen met hen op zoek gaat naar concrete oplossingen via projecten en maatschappelijk opbouwwerk. De vzw past de concepten van 'Samenlevingsopbouw' toe door verschillende projecten op te zetten die streven naar een betere sociale bescherming en de verwezenlijking van fundamentele rechten, met een focus op toegang tot kwaliteitsvolle en betaalbare huisvesting.

¹⁰⁶ De methodologie met betrekking tot de STEK (of APOR in het Frans) wordt in het Frans en Nederlands toegelicht in een document dat te vinden is via <https://www.saamo.be/tool/de-stek-lapor-un-geste-fort-pour-la-protection-sociale/>

¹⁰⁷ Projecten 2021-2024 gefinancierd door de VG en de VGC. Op dit ogenblik is er nog geen duidelijkheid over een verlenging van deze financieringen voor de volgende jaren.

3.6.2 De mobiele teams Cover en Artha

Tegen de achtergrond van de COVID-19-crisis is duidelijk geworden dat het Brussels Gewest talloze 'onzichtbare' inwoners telt (sekswerkers, mensen die op straat of in kraakpanden leven enz.) die moeilijk bereikbaar zijn voor de welzijns- en gezondheidsdiensten en de preventiecommunicatie van de overheid. Deze vaststelling leidde tot de oprichting van twee mobiele teams die worden gecoördineerd door het Lama-project, een medisch-sociaal centrum voor druggebruikers.

Het **COVER-project** ondersteunt de uitrol van het mobiele welzijns- en gezondheidsteam voor mensen die in een noodopvang verblijven, in kraakpanden of op straat en die problemen hebben met het gebruik van legale of illegale middelen. Het project zet in op twee laagdrempelige krachtlijnen:

- individuele begeleiding, door een multidisciplinair team, van mensen met een verslavingsproblematiek in een stedelijke omgeving. Doelstellingen: een vertrouwensrelatie opbouwen, de persoon in zijn volledige zorgsituatie benaderen, het formele en informele netwerk van de patiënt erbij betrekken en inschakelen, en therapeutische educatie aanbieden. De ondersteuning focust op risicobeperking (informatie, advies en materiaaluitwisseling), psychosociale hulp (doorverwijzing, begeleiding bij sociale procedures en re-integratie), psychologische ondersteuning (individuele hulp of praatgroepen) en medische consulten specifiek gericht op verslavingsproblemen (behandeling opstarten en opvolgen, substitutiemedicatie enz.).
- de organisatie van opleidingen en sensibiliseringsessies ter ondersteuning van professionals binnen de hulpsector voor daklozen en slecht gehuisveste personen.

Het **Artha-project** voorziet in mobiele ondersteuning door sociale begeleiders voor druggebruikers zonder geldige verblijfsvergunning. Het project biedt:

- psychosociale en juridisch begeleiding, interculturele bemiddeling tussen de betrokken personen (druggebruikers) en de bevoegde diensten om de toegang tot zorgverlening te bevorderen. Daarnaast organiseert Artha sociale permanenties bij de partners. Het project werkt ook gemeenschapsgerichte communicatiestrategieën uit in het kader van gezondheidspreventie voor de doelgroep.
- sensibiliseringsessies, opleidingen en momenten van kennisuitwisseling voor professionals.

3.6.3 Interculturele bemiddelaars in de gezondheidszorg van de Foyer

Tijdens de pandemie kreeg de dienst **Interculturele bemiddelaars in de gezondheidszorg (ICB)**, een van de diensten van de vzw Foyer steun van de Vlaamse Gemeenschap (VG) voor zijn inspanningen op het vlak van gezondheidsgeletterdheid en zijn buurtwerk afgestemd op de noden van het terrein.

Tijdens de COVID-19-periode werd vooral ingezet op:

- Een laagdrempelige, meertalige dienst waar de bevolking zonder afspraak terecht kon met vragen over voorwaarden om te mogen reizen, het gebruik van Itsme en andere apps, het Covid Safe Ticket, het vastleggen van een vaccinatieafpraak enz.
- De dienst beschikte over meertalige video's met uitleg over de (steeds weer veranderende) maatregelen, vaccins, vaccinatie van kinderen en veristen om te mogen reizen.

De Interculturele bemiddelaars in de gezondheidszorg (ICB) werkten samen met verschillende partners, waaronder Huis van Gezondheid (vertaling van hun infomateriaal in verschillende talen) en BruZEL (medewerking aan workshops, infovergaderingen, webinars enz.).

De doelgroepen waren voornamelijk mensen met een migratieachtergrond en oudere Brusselaars die moeite hadden met digitale procedures of er niet in slaagden om een vaccinatieafpraak te maken, maar ook mensen zonder verblijfsvergunning, waarbij eerst hun vertrouwen moest worden gewonnen omwille van de vrees om opgepakt te worden wanneer ze zich aandienden in een vaccinatiecentrum.

ICB is een dienst die al lang bestaat. Dat was een van hun troeven tijdens de crisis: het vertrouwenskader was er al, zowel voor de doelgroepen als voor de eerstelijns werkers die mensen naar de ICB doorverwezen.

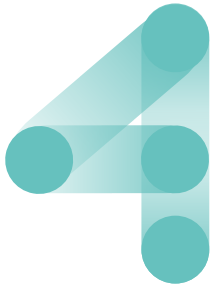
Ze ontwikkelden flexibele werkwijzen om snel te kunnen inspelen op de wisselende noden op het terrein. Bij aanvang van de vluchtelingen crisis werd een Oekraïense interculturele bemiddelaar aan het team toegevoegd.

3.7 Conclusie

De initiatieven die in deze Panorama worden beschreven, gingen van start tijdens de COVID-19-pandemie. Ze zijn gericht op preventie en gezondheidsbevordering van de Brusselaars, vooral dan mensen die moeilijk de weg vinden naar de 'klassieke' dienstverlening en informatie. Medewerkers van de projecten zoeken de doelgroepen actief op om de toegang tot hun rechten en zorgverlening te bevorderen. Ze bouwen een vertrouwensband op om een sterker 'community engagement' en meer weerbaarheid bij toekomstige crisissen in de hand te werken.

Ze proberen zich op een complementaire manier in te bedden in het bestaande welzijns- en gezondheidslandschap en de aanwezige actoren te ondersteunen. De band tussen de projecten onderling en met de actoren op het terrein worden gaandeweg sterker.

Deze Panorama bracht een overzicht van de concrete uitwerking van de verschillende initiatieven tussen midden 2024 en midden 2025. Sinds hun opstart werden hun doelstellingen en activiteiten immers continu aangepast aan de vastgestelde noden en realiteiten op het terrein. Ook in de toekomst zal dat niet anders zijn.



Woordenlijst

Vindplaatsgericht en outreach:

- De vindplaatsgerichte aanpak is gericht op het actief mensen opzoeken en aanspreken op de plaatsen waar ze zich bevinden. Deze manier van werken wordt vaak toegepast om moeilijkheden bij de toegang tot ambulante diensten te ondervangen. Deze 'extra muros' aanpak kan op verschillende manieren: een gesprek met de betrokken persoon in zijn leefomgeving, in de openbare ruimte, op een feestlocatie, via een proactief telefonisch contact, sms, e-mail, via de sociale media enz. Tijdens het contact kan informatie worden gedeeld over het bestaande welzijns- en gezondheidsaanbod, over specifieke thema's of over het krijgen van hulp of zorg.
- Outreach of buurtgerichte werking wordt vaak gebruikt als moderne benaming voor 'vindplaatsgerichte aanpak. Het initiatief omvat *"een verschuiving in de manier waarop professionals zich opstellen, namelijk met meer openheid voor de mens in zijn totaliteit (en zonder vooroordelen)"*.¹⁰⁸ Centraal in de aanpak staat dat de hulpverlener de mensen aanspreekt op de plekken waar ze zich bevinden en hen van daaruit begeleidt. De hulpverlener vertrekt vanuit een participatieve basishouding en focust op de sociaal kwetsbare personen die niet of onvoldoende worden bereikt door de 'klassieke' hulp- en zorgdiensten. Daarom moet hij of zij het doelpubliek opzoeken in hun eigen omgeving en rekening houden met de waarden en normen die daar

heersen¹⁰⁹. Deze aanpak gebeurt meestal proactief en brengt weinig tot geen verplichtingen met zich mee in (laagdrempeligheid). Naast het verstrekken van hulp en zorg vervullen de buurtgerichte diensten en organisaties ook een educatieve rol, zowel voor de bewoners (informerende over het aanbod en sensibiliserende) als voor de professionals (wijzen op de noden van mensen die moeilijk bereikbaar zijn). Zij brengen de groepen in kaart die onvoldoende toegang hebben tot hulpverlening, verwijzen hen door naar de juiste voorzieningen, gebruiken burgergerichte communicatiemiddelen zoals brochures, nieuwsbrieven, informatiestands en -displays en organiseren activiteiten en evenementen.

Let wel: in sommige regelgevende teksten verwijst de term 'outreach' naar alle mobiele diensten (thuis-hulp en -zorg, mobiele teams, straathoekwerk enz.) en heeft daarom betrekking op beide termen.

Ambulant:

- De term 'ambulant' wordt doorgaans gebruikt voor de zorg- en hulpactoren die actief zijn op plaatsen waar de zorgbehoevende slechts enkele uren verblijft zonder er te overnachten. Het verschil tussen ambulante en residentiële zorg? Residentiële zorg biedt de zorgvrager tijdelijk (bijv. acute hospitalisatie) of langdurig onderdak (bijv. wzc, opvanghuis). Ambulante zorg verschilt ook van het concept 'zorg aan huis', waarbij de

¹⁰⁸ Parisse Jordan & Porte Emmanuel, 2022, p. 10.

¹⁰⁹ Dewaele Cis, 2022.

professionals bij de zorgbehoevende thuis langskomen en van het straathoekwerk, dat gericht is op mensen zonder vaste woonplaats (mensen die op straat of in een kraakpand leven, enz.).

In sommige regelgevende teksten omvat de term ‘ambulant’: *“alle actoren die actief zijn op het gebied van welzijn en gezondheid, met uitzondering van de residentiële en ziekenhuissector”*¹¹⁰

- In Brussel verwijst de term ‘ambulant’ vaak naar de ‘ambulante sector’ zoals beschreven in het specifieke decreet van de Cocof. Deze ambulante sector (in de betekenis van de Cocof) omvat de Centra voor Globale Sociale Actie, de schuldbemiddelingsdiensten, de medische huizen, de centra voor gezinsplanning, de geestelijke gezondheidsdiensten, de diensten die actief zijn binnen de verslavingsproblematiek, de diensten voor thuishulp, de coördinatiecentra voor thuiszorg en thuishulp, de diensten voor palliatieve en permanente zorg. Het gaat om voorzieningen met een ambulant zorgaanbod die soms ook thuiszorg en zelfs residentiële zorg aanbieden.

Casemanager:

In België bestaat er momenteel geen eenduidige definitie van een casemanager. In de welzijns- en gezondheidssector noemen sommige professionals zichzelf casemanager, terwijl anderen vergelijkbare taken uitvoeren zonder deze benaming te gebruiken of zelfs maar te kennen. Hierna vindt u enkele toelichtingen ter zake, gebaseerd op bronmateriaal¹¹¹ en gegevens die werden verzameld tijdens de interviews die in het kader van deze publicatie zijn afgenomen:

Casemanagers zijn gezondheids- en welzijnsprofessionals die in de meest complexe situaties optreden. Ze helpen mensen in een hulpbehoevende situatie, na analyse van een vraag die aan hen werd voorgelegd door een andere zorgprofessional, maar ook soms door mantelzorgers of door de persoon zelf.

Een casemanager fungeert als externe hulplijn en aanspreekpunt voor zowel de hulpvrager en zijn informeel netwerk als voor de zorgprofessionals. De casemanager:

- *“Identificeert en onderkent de behoeften en wensen van de persoon, schat die naar waarde en helpt hem/haar om die over te brengen aan de actoren van het netwerk;*
- *Helpt om het netwerk op te bouwen of aan te vullen, indien mogelijk op basis van de capaciteiten en middelen van de persoon;*
- *Stelt een individueel ondersteuningsplan op, of verfijnt dat, in overeenstemming met de doelstellingen en middelen van de persoon en houdt daarbij rekening met de begeleiding en middelen die reeds door zijn bestaande ondersteuningsnetwerk worden voorzien;*
- *Staat in voor de opvolging van dit plan;*
- *Bevordert de communicatie en verspreiding van informatie tussen de professionals in het netwerk;*
- *Ondersteunt iedereen in zijn/haar rol en verantwoordelijkheid, waaronder de persoon wiens slagvaardigheid hij/zij probeert te verhogen.”*¹¹²

Indien nodig en relevant, kan de casemanager zich verplaatsen om op locatie af te spreken met de betrokken persoon, het informeel netwerk, de betrokken professionals enz.

De casemanager staat los van het team dat hulp en/of zorg biedt en maakt geen deel uit van het netwerk van de betrokken persoon. De interventies van een casemanager zijn beperkt in de tijd, afhankelijk van de vastgestelde noden en in overleg met de betrokken professionals.

In het Brussels Gewest helpt Brusano mee aan de uitrol van de functie van ‘algemene’ casemanager, vooral in het kader van de interfederale programma’s. Brusano werft binnen dit kader nieuwe casemanagers aan en biedt hen begeleiding, opleidingen, intervisies enz.

Alle aanvragen voor begeleiding afkomstig van een organisatie of een welzijns- en gezondheidsprofessional worden doorverwezen naar deze algemene casemanagers of naar andere, meer gespecialiseerde teams.

Sommige organisaties zetten casemanagement in voor volwassenen in zeer kwetsbare situaties die ver afstaan van de dienstverlening, moeite hebben om aansluiting te vinden bij de maatschappij en zich in complexe leefomstandigheden bevinden. Het gaat onder meer om deze organisaties:

¹¹⁰ Vastgelegd in het GDO betreffende de organisatie van de ambulante sector en de eerste lijn voor welzijn en gezondheid in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad - 25/01/2024.

¹¹¹ Bronnen:

- Infofiche gepubliceerd door Brusano: <https://www.brusano.brussels/nl/pdf/infofiche-case-manager/>

- Voorstel van definitie opgenomen in het ontwerp van het Interfederaal plan geïntegreerde zorg (zie bijlage 2) [plan_interfederal_soins_integres_rapport_final_interfederaal_plan_geintegreerde_zorg_protocole_08112023.pdf](#)

¹¹² *Ibidem*

- *het Mobiele team 107 Précarité*: voor daklozen en slecht gehuisveste personen met een psychiatrisch verleden of met een risico op psychiatrische opname. Vaak gaat het om mensen zonder expliciete zorgvraag of zonder (voldoende) ondersteuning vanuit een informeel of professioneel netwerk.
- *het Outreachteam van het CAW Brussel*: voor mensen zonder basisrechten of van wie deze rechten worden bedreigd. Deze doelgroepen ondervinden problemen om aan te sluiten bij het zorgaanbod, omdat ze er weinig of geen vertrouwen in hebben, of omdat hun leefomstandigheden zeer complex zijn.

Geïntegreerde Welzijns- en gezondheidscentra:

Fungeren als eerstelijnsactoren die op een centrale locatie een algemeen welzijns- en zorgaanbod combineren met een algemene sociale dienst, een wijkgezondheidscentrum en voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg. Dit nieuwe initiatief in het Brussels Gewest streeft naar een vlottere interdisciplinaire en globale aanpak van de noden van individuen en gezinnen. De opdrachten van de GWGC zijn vastgelegd in het GDO eerste lijn.

LWGC - Lokale Welzijns- en Gezondheidscontracten:

De LWGC worden als volgt omschreven in de roadmap van 2023: *“Via de Lokale Welzijns- en Gezondheidscontracten (LWGC) wil het Brusselse socialegezondheidsbeleid, dat een geïntegreerde en lokale maatschappelijke en gezondheidsdienstverlening beoogt, zo goed mogelijk aan de collectieve en individuele behoeften van de wijkbewoners tegemoet komen.”* De LWGC zijn instrumenten bij het sociaal/gezondheidsplan dat het welzijn van de Brusselaars wil verbeteren. Ze steunen op een partnerschap tussen de GGC en de OCMW's die via sociale coördinaties acties zullen lanceren om de sociale/gezondheidsdiensten voor de inwoners en werknemers van de wijken beter lokaal te organiseren. De Contracten sluiten aan bij het Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan (GWGP), voor wat betreft de principes bevolkingsverantwoordelijkheid en proportioneel universalisme (zie woordenlijst).

Een LWGC is een contract tussen de Verenigd College van de GGC en een OCMW. De OCMW's ontvangen subsidies om bepaalde opdrachten uit te voeren op het grondgebied van alle welzijns- en

gezondheidswijken in hun gemeente: 1° de afstemming tussen de actoren die actief zijn op het niveau van de wijk bevorderen; 2° de maatregelen ter ondersteuning van de toegankelijkheid van de actoren van de ambulante sector versterken; 3° de aanpak waarbij de hulp en zorg zijn toegespitst op de persoon vergemakkelijken; 4° de intersectorale werkmethode ondersteunen op schaal van de wijk; 5° de actiekraft van de inwoners van de wijk versterken door maatschappelijk opbouwwerk. In dat contract worden de methodologie voor de diagnose, het actieplan, de uitvoering van het contract en de evaluatie ervan, vastgelegd. De sociale coördinaties van de OCMW's staan in voor de coördinatie van de LWGC van hun gemeente. Elk LWGC wordt gecoördineerd en aangestuurd door een wijkkaanspreekpunt, samen met welzijns- en gezondheidsactoren uit de betreffende wijk.

De uitrol van de LWGC gebeurde niet overal tegelijk in de Brusselse welzijns- en gezondheidswijken. In 2020 werd een eerste pilootfase opgestart – LWGC1 – in 9 wijken, verspreid over 5 gemeenten (Anderlecht, Brussel-Stad, Vorst, Molenbeek, Schaarbeek). De tweede fase – LWGC2 – ging van start in 2023 in 8 wijken, verspreid over 6 gemeenten (Anderlecht, Brussel-Stad, Koekelberg, Molenbeek, Sint-Gillis en Sint-Joost). Het grondgebied van drie LWGC1 werd in 2023 hertekend.

'Community engagement' of 'maatschappelijk engagement':

Community engagement beoogt het creëren van een band tussen overheidsinstanties (mandatarissen, overheidsdiensten, ngo's met een overheidsopdracht enz.) en de bevolking. Die band is waardevol om het algemene publiek te bereiken en zijn specifieke problemen te begrijpen. Streven naar een beter 'community management' vereist een methode die de leden van de gemeenschap erkent als gelijkwaardige partners. Om de verschillende sociale groepen binnen een bepaald gebied te bereiken en aan te spreken moeten diverse en elkaar aanvullende werkmethodes worden geïmplementeerd. Verschillende communicatiemethodes worden ingezet om te luisteren naar de noden, feedback en klachten van diverse groepen mensen, vaak met grote afstand tot de hulp- en zorgverlening. Zo kunnen meningen gehoord worden en gebruikt worden bij het vorm geven en bijsturen van de werking van overheidsdiensten en organisaties. Het doel? Ervoor zorgen dat eerstelijns werkers methodieken in hun praktijk opnemen die afgestemd zijn op de individuen en gemeenschappen in het betrokken grondgebied. Community management bevordert de band met de gemeenschap, door

mensen in staat te stellen hun problemen aan te pakken, beslissingen te beïnvloeden en een positieve verandering teweeg te brengen in hun gemeenschap en in het beleid. De term lijkt voornamelijk te worden gebruikt met betrekking tot het beleid inzake preventie en gezondheidsbevordering, als onderdeel van de voorbereiding en reactie op epidemieën, gezondheids crisissen, alsook in de omgang met kwetsbare doelgroepen die moeilijker bereikbaar zijn via de gewone communicatiestrategieën.

Lokale sociale coördinatie:

Ontmoetingsplatform voor medewerkers van verschillende welzijns- en gezondheidsorganisaties die actief zijn op hetzelfde grondgebied (gemeente, wijk), ongeacht hun sector. Tijdens hun vergaderingen komen alle leden en/of thematische werkgroepen samen. Deze coördinaties zijn bedoeld om beter in te spelen op de noden van de bewoners van het betreffende gebied.

Sommige van die coördinaties zijn initiatieven van verenigingen, andere worden georganiseerd door het OCMW. De GGC subsidieert alle OCMW's in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest zodat ze de sociale coördinatie op hun grondgebied kunnen organiseren. De taken en subsidieregeling van deze sociale coördinaties staan beschreven in een omzendbrief.

Gezondheidseducatie:

“Gezondheidseducatie omvat het bewust creëren van leermogelijkheden aan de hand van vormen van communicatie, die erop gericht zijn competenties op het vlak van gezondheid te versterken. Dit houdt onder meer in: het verruimen van de kennis en aanleren van levensvaardigheden die bevorderlijk zijn voor de gezondheid van individuen en gemeenschappen.” WHO¹¹³. Deze definitie bevat meerdere elementen:

- Proactieve benadering: zelf acties ondernemen en mensen aanspreken die daar het meeste nood aan hebben, die er zelf niet altijd om vragen of zelden gebruikmaken van diensten die informatie verstrekken over gezondheid.
- Tools of communicatiemiddelen voor de doelgroepen.
- Gezondheidsgeletterdheid opkrikken: gezondheidsvaardigheden versterken, aanleren van

reflexen die gunstig zijn voor de gezondheid, zowel binnen de gemeenschappen (via collectieve toe-eigening) als bij individuen (via het verwerven van persoonlijke gezondheidsvaardigheden).

Field Agent:

Personen die verantwoordelijk waren voor de opvolging en handhaving van de maatregelen tijdens de COVID-19-crisis. De Field Agents moesten onder meer mensen verwittigen die als ‘risicocontact’ stonden aangemerkt en hen aanmanen om thuis te blijven. Hun taak is vergelijkbaar met die van de callcenters.

Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan (GWGP):

Het Brussels GWGP bouwt voort op verschillende bestaande plannen: het Gezondheidsplan, het Plan Armoedebestrijding en het Plan voor Gezondheidsbevordering. Om beter te kunnen inspelen op de problemen en noden van de burgers, evolueert men met dit plan naar een geïntegreerde benadering van het welzijns- en gezondheidsluik. Deze aanpak sluit aan bij het principe van ‘goal oriented public services’, waarbij hulp- en zorgverlening wordt afgestemd op de levensdoelen van de persoon.

Het GWGP bevat eveneens elementen uit het ontwerp van het federaal plan voor geïntegreerde zorg, het *Interfederaal plan voor Geïntegreerde zorg*, dat momenteel in afrondingsfase zit.¹¹⁴ Dit plan beoogt een hervorming van de financiering van de gezondheidszorg door zorgverleners meer verantwoordelijkheid te geven en zo de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren. Dit plan steunt op een vijfledige ambitie die geldt als leidraad: op zoek gaan naar evenwicht tussen een betere volksgezondheid, het gebruik van de beschikbare middelen, de gelijkwaardige toegang tot zorgverlening en betere gezondheid, de individuele zorgervaring en het welzijn van zorg- en welzijnsprofessionals.

Het Interfederaal plan vereist de uitvoering van GWGP's in elke regio van het land. Vlaanderen heeft inmiddels een eigen plan uitgewerkt in navolging van het beleid dat in 2010 werd opgestart ter versterking van de eerstelijnszorg. Het Waals Gewest keurde onlangs zijn plan Proxisanté goed en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest zijn *Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan*

¹¹³ WHO - Woordenlijst gezondheidsbevordering- 1998 https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf;jsessionid=3E83266C322A256E3E1F47E5B8AA69A3?sequence=1

¹¹⁴ Voor meer informatie over het Interfederaal plan, zie <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/info-voor-allen/het-interfederaal-plan-voor-geintegreerde-zorg>

(GWGP)¹¹⁵. Deze plannen sluiten aan bij de krachtlijnen van het Interfederaal plan (waaronder een territoriale indeling van het aanbod in de zorgzones), maar omvatten ook eigen visies en doelstellingen van de gewesten.

Het GWGP zet vooral in op een versterking van de toegang tot de eerstelijnszorg, via een territoriaal georganiseerd aanbod van ambulante eerstelijnsdiensten en een betere integratie van de activiteiten van de hulp- en zorgverleners binnen elk grondgebied. *“Het plan is gebaseerd op een meer geïntegreerd gebruik van alle beschikbare middelen. Het gaat erom de hele Brusselse bevolking een basisservice te kunnen bieden, waarbij iedereen wordt bereikt, ook zij die het verst verwijderd zijn van hulp en zorg. Dit houdt in dat het aanbod territoriaal wordt georganiseerd, zo dicht mogelijk bij de noden van de bevolking en met een globale kijk op de situaties.”*¹¹⁶ Met dat doel voor ogen wil het plan de schotten tussen het gezondheids- en welzijnsbeleid overstijgen en intersectoraal en transversaal werk op het terrein aanmoedigen.

Het GWGP omvat onder meer:

- Een territoriale organisatie van het welzijns- en gezondheidsaanbod. Het Brussels Gewest is daartoe onderverdeeld in drie niveaus: de welzijns- en gezondheidswijken, de vijf hulp- en zorgzones, het gewest;
- Een ondersteuningsstructuur voor de eerstelijnszorg en -zorg om de samenwerking binnen deze eerste lijn (de vzw Brusano werd hiervoor aangewezen) te versterken;
- De uitvoering van de Lokale Welzijn- en Gezondheidscontracten (LWGC)¹¹⁷ binnen de welzijns- en gezondheidswijken;
- De uitvoering van operationele plannen: een gezamenlijk operationeel plan, het eigen operationeel plan van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, een eigen operationeel plan van de Franse Gemeenschapscommissie en een Gezondheidsbevorderingsplan¹¹⁸;
- Het GWGP is verankerd in een gezamenlijk decreet en ordonnantie en wordt verder uitgewerkt in verschillende wetteksten die de doelstellingen en uitvoering ervan vastleggen¹¹⁹.

Welzijns- en gezondheidswijken:

De welzijns- en gezondheidswijken zijn geografische zones die ononderbroken zijn en elkaar niet overlappen en samen het hele grondgebied van het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad bestrijken. Deze welzijns- en gezondheidswijken zijn vastgelegd in het GDO eerste lijn en zijn uitvoeringsbesluit. Behoudens uitzonderingen telt een

¹¹⁵ Voor deze plannen, zie FMH (ed), 2023.

¹¹⁶ Bron: Het Geïntegreerd welzijns- en gezondheidsplan (GWGP) <https://www.vivalis.brussels/nl/het-beheer-van-de-welzijns-en-gezondheidsactoren-in-brussel/welk-welzijns-en-gezondheidsbeleid-ontwikkelen-we-in-brussel/eerstelijns-welzijns-en-gezondheidsdiensten/geintegreerd-welzijns-en-gezondheidsplan>

¹¹⁷ Zie woordenlijst.

¹¹⁸ Bronnen: www.brusselstakescare.be ; <https://www.vivalis.brussels/nl/het-beheer-van-de-welzijns-en-gezondheidsactoren-in-brussel/welk-welzijns-en-gezondheidsbeleid-ontwikkelen-we-in-brussel/eerstelijns-welzijns-en-gezondheidsdiensten/geintegreerd-welzijns-en-gezondheidsplan>

¹¹⁹ Het gaat voornamelijk om deze wetteksten:

- Het GDO GWGP: Gezamenlijk decreet en ordonnantie van de Franse Gemeenschapscommissie en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van 22 december 2023 met betrekking tot de goedkeuring en de uitvoering van het Brussels Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan
https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/article.pl?language=nl&lg_txt=n&type=&sort=&numac_search=&cn_search=2023122220&caller=eli&&view_numac=2023122220fr
- Het GDO eerste lijn: Gezamenlijk decreet en ordonnantie van de Franse Gemeenschapscommissie en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van 22 december 2023 betreffende de organisatie van de ambulante sector en de eerste lijn voor welzijn en gezondheid in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad
https://etaamb.openjustice.be/nl/decreet-van-22-december-2023_n2023048741
- Het Gezamenlijk uitvoeringsbesluit: Gezamenlijk uitvoeringsbesluit van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en het College van de Franse Gemeenschapscommissie van 4 april 2024 tot uitvoering van het gezamenlijk decreet en de ordonnantie van 22 december 2023 en 25 januari 2024 betreffende de organisatie van de ambulante sector en de eerste lijn voor welzijn en gezondheid in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad
https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/article.pl?language=nl&lg_txt=n&type=&sort=&numac_search=&cn_search=2024040426&caller=eli&&view_numac=2024040426fr
- Besluit van het Verenigd College 4 april 2024 betreffende het sluiten van welzijns- en gezondheidscontracten, de erkenning van de ondersteuningsstructuur voor de ambulante sector en de subsidie- en controleprocedures voor de OCMW's in het kader van de uitvoering van de welzijns- en gezondheidswijken en de ondersteuningsstructuur voor de ambulante sector
https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/article.pl?language=nl&lg_txt=n&type=&sort=&numac_search=&cn_search=2024040409&caller=eli&&view_numac=2024040409fr
- De ordonnantie van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van 16 mei 2024 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid
https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/article.pl?language=nl&sum_date=2024-05-30&lg_txt=n&pd_search=2024-05-30&s_edition=&numac_search=2024005053&caller=&2024005053=&view_numac=2024005053fr
- Decreet van de Franse gemeenschapscommissie van 1 februari 2024 tot wijziging van het decreet van 5 maart 2009 betreffende het aanbod van ambulante diensten in de domeinen van de sociale actie, het gezin en de gezondheid
https://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2024/04/19_1.pdf#page=373
- Besluit van 22 februari 2024 betreffende de toekenning van meerjarige subsidies in het kader van de uitvoering van het Brussels Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan voor projecten in de sector van de bijstand aan personen en de gezondheidssector, met inbegrip van de gezondheidsbevordering
https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/article.pl?language=nl&lg_txt=n&type=&sort=&numac_search=&cn_search=2024022228&caller=eli&&view_numac=2024022228fr
- Besluit van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van 25 mei 2023 tot vaststelling van de normen die ziekenhuizen moeten naleven
<https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/besluit/2023/05/25/2023042680/justel>

welzijns- en gezondheidswijk maximaal 30.000 inwoners.

Bevolkingsverantwoordelijkheid:

Betekent dat alle organisaties en professionals die werken rond welzijn en gezondheid in een bepaald gebied samen verantwoordelijk zijn voor het verbeteren van het welzijn van de mensen die daar wonen. Het gaat om een gezamenlijke inspanning, waarbij iedereen zich betrokken voelt en samenwerkt, omdat de overheid hiervoor middelen en ondersteuning biedt. Het doel is om hulp en zorg niet alleen te organiseren op basis van wat er al bestaat of wat mensen vragen, maar vooral op basis van wat een buurt of gemeenschap écht nodig heeft. Dat vraagt om een brede en geïntegreerde aanpak. Daarvoor zijn verschillende dingen nodig:

- Instrumenten om noden op te sporen en te analyseren (zoals screenings en diagnoses),
- Acties die gezondheid en welzijn bevorderen en problemen voorkomen,
- Initiatieven die de gemeenschap zelf actief betrekt bij het verbeteren van welzijn en gezondheid.¹²⁰

Maatschappelijk opbouwwerk:

Maatschappelijk opbouwwerk is een benadering die uitgaat van de actiekracht van de bevolking. Ze is erop gericht met en voor de betrokken personen collectieve antwoorden op collectieve problemen uit te werken met het oog op structurele verandering, verbetering van gezondheidsdeterminanten, aanpakken van sociale ongelijkheid en mechanismen van sociale en culturele uitsluiting.

Maatschappelijk opbouwwerk omvat een progressief analyse- en actieproces dat gebaseerd is op effectieve deelname van de betrokken doelgroep en hun synergie met welzijns- en gezondheidsprofessionals, lokale actoren en hulpbronnen in hun leefomgeving.¹²¹

In deze context wordt het begrip 'gemeenschap' opgevat als een gestructureerd maatschappelijk systeem van mensen die binnen een specifiek geografisch gebied wonen of actief zijn (stad, dorp, wijk).

Er bestaan verschillende vormen van collectief maatschappelijk werk (in tegenstelling tot individueel welzijnswerk, waarbij een individu of gezin wordt ondersteund). Los van het maatschappelijk opbouwwerk kan een welzijnswerker instaan voor:

- Sociaal groepswerk: ondersteuning of activiteiten voor meerdere gezinnen of personen uit verschillende huishoudens, waarbij de deelnemers informatie krijgen, oplossingen zoeken voor hun problemen, elkaar aanmoedigen en steunen, en samen de strijd aangaan tegen eenzaamheid enz. In deze context verloopt de activiteit in groepsverband, maar wordt het probleem zelf vanuit het individueel perspectief bekeken. Ook de beoogde verandering is individueel, waarbij elke deelnemer zijn eigen oplossing vindt.
- Sociaal werk in groepsverband: een begeleidingsvorm bedoeld voor meerdere gezinnen of personen uit verschillende huishoudens die hun krachten bundelen om een gezamenlijke oplossing te vinden voor alle groepsleden¹²².

Maatschappelijk opbouwwerk in de gezondheidszorg:

Maatschappelijk opbouwwerk in de gezondheidszorg is een strategie die gericht is op sociale verandering en bijdraagt aan de uitoefening van het recht op gezondheid voor iedereen. Deze vorm van sociaal werk is gekenmerkt door een collectieve basis en een participatieve interactie tussen alle betrokken actoren (bewoners, professionals, beleidsmakers enz.). Het uitgangspunt van maatschappelijk opbouwwerk in de gezondheidszorg is een globale en positieve benadering van gezondheid, zoals geformuleerd in het Ottawa charter: een complex en voortdurend veranderend evenwicht tussen biologische, psychologische, culturele, economische, sociale, spirituele en ecologische factoren.

Proportioneel universalisme:

“Beginsel op grond waarvan toegang tot dezelfde diensten wordt verleend aan de gehele bevolking, maar met een omvang en intensiteit die in verhouding staan tot de mate van de welzijns- of gezondheidsachterstand” (GDO eerste lijn)

¹²⁰ Deze term wordt ook gedefinieerd in GDO eerste lijn.

¹²¹ Bronnen:

- GDO eerste lijn. Deze definitie van maatschappelijk opbouwwerk integreert een benadering van gezondheidsdeterminanten die verenigbaar is met zowel sociaal werk als gezondheidszorg. De definitie is gezamenlijk tot stand gekomen door actoren uit de welzijns- en gezondheidssector.
- Het begrip 'Maatschappelijk Opbouwwerk' uitgewerkt door SAAMO. Zie <https://www.departementzorg.be/nl/maatschappelijk-opbouwwerk>

¹²² Maeyens C & Bosquet C, 2016.



Literatuurbronnen

Globaal kader

Karel Arnaut & al, 2022, "Solidariteit en precariteit in tijden van pandemie: ongehoorde stemmen", KULeuven: Leuven

<https://soc.kuleuven.be/sway/verhalen/solidariteit-en-precariiteit-in-tijden-van-pandemie-ongehoorde-stemmen>

Brusano (ed), 2024, "De verandering van de welzijns-en gezondheidsorganisatie in Brussel", *Zinneke*, 01

<https://www.brusano.brussels/nl/publicaties/zinneke/>

Brusano (ed), 2020, "Feedback van de COVID-19-crisis in Brussel: een transversale en geïntegreerde evaluatie", *Analyse*

[brusano.brussels/nl/pdf/analyses-2020-feedback-van-de-covid-19-crisis-in-brussel-een-transversale-en-geintegreerde-evaluatie/](https://www.brusano.brussels/nl/pdf/analyses-2020-feedback-van-de-covid-19-crisis-in-brussel-een-transversale-en-geintegreerde-evaluatie/)

CBCS (ed), 2024, *Vers des politiques sociales santé intégrées*,

https://cbcs.be/revue_bis/bis-180/

CBCS (ed), 2022, "Territoire, la nouvelle star du social-santé ?", *BIS*, 180

<https://cbcs.be/territoire-la-nouvelle-star-du-social-sante/>

CBCS (ed), 2019, "Saturation du social-santé à Bruxelles: paroles de terrain"

<https://cbcs.be/saturation-du-social-sante-a-bruxelles-paroles-de-terrain/>

Deprez Anne, Noël Laurence & Solis Ramirez Felicia, 2020, 'Analyse des impacts de la première vague de la crise de la Covid-19 sur les personnes précarisées et les services sociaux de première ligne en Région bruxelloise et en Wallonie', *Observatoire de la santé et du social, Fédération Wallonie-Bruxelles, Iweps*

<https://www.vivalis.brussels/sites/default/files/2023-12/3.3.%20impact-sociaux-covid-rapport-phase-exploratoire-2020.pdf>

FMM (ed), 2023, "Dossier: Territoires et santé", *Santé conjuguee*, 104

<https://www.maisonmedicale.org/sante-conjuguee/territoires-et-sante/>

Geurts Florence & Favresse Damien, 2022, "Services médico-sociaux de première ligne à Bruxelles: impact de la crise sanitaire et recommandations", *CBPS: Brussel*

<https://www.cbps.be/telecharger/5>

Olivia Vanmechelen & Stefaan Vermeulen, 2021, "Brusselse wegwijzer in welzijn en zorg", *Cahier*, 15, KCWWZ

<https://www.kenniscentrumwvz.be/kennisbank/cahier-15-brusselse-wegwijzer-in-welzijn-en-zorg>

Stefaan Vermeulen & al, 2020, "Veerkracht in coronatijden", *Cahier*, 14, KCWWZ

<https://www.kenniscentrumwvz.be/files/Kennisbank-Items/cahiers/Cahier-14-Veerkracht-in-coronatijden.pdf>

Willaert Alain, Marziali Valentina, 2024, "Évolution des problématiques sociales et de santé 2018 – 2022: constats et recommandations, CBCS: Brussel

https://cbcs.be/wp-content/uploads/2024/03/RI_CBCS_2023_webversiondef.pdf

Wereldgezondheidsorganisatie, 1978, Verklaring van Alma-Ata

<https://iris.who.int/handle/10665/347879>

Toegang en non take-up

Feron Pauline & Maisin Charlotte, 2022, "Non-recours toujours ! Fermeture des guichets et dématérialisation des services aux usagèr. es, l'expérience du numéro vert bruxellois « Allo ? Aide sociale »", *Pauvèrité*, 35, Forum - Bruxelles contre les inègalités

https://www.le-forum.org/uploads/pauve%CC%81rite%CC%81-35-Web_1.pdf

Forum - Bruxelles contre les inègalités (Ed), 2017, "Hors-circuit, laboratoire de l'intervention sociale: Rencontres autour du non-recours."

<https://www.le-forum.org/news/71/7/Rencontres-autour-du-non-recours>

RIZIV en Dokters van de Wereld (Ed), 2014/09, "Witboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België"

<https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/witboek.pdf>

RIZIV en Dokters van de Wereld (Ed), 2014/03, "Groenboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België", Wolters Kluwer Belgium SA : Waterloo

<https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/groenboek.pdf>

Myaux Deborah, Serré Alexia & Justine Vleminckx, 2020, "Un accueil social de première ligne pour favoriser l'accès aux droits. Non-recours et sous-protection sociale", *Les cahier de la recherch'action*, 9, FDSS

<https://www.fdss.be/fr/publication/un-accueil-social-de-premiere-ligne-pour-favoriser-lacces-aux-droits-non-recours-et-sous-protection-sociale/>

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel (2017) *Aperçus du non-recours aux droits sociaux et de la sous-protection sociale en Région bruxelloise*, Thematisch katern van het Brussels armoederapport 2016, Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie: Brussel

<https://www.vivalis.brussels/sites/default/files/2023-12/5.17.1.%20rapport-thema-2016.pdf>

Katleen Van den Broeck & al, 2024, "Studie over non-take-up van het leefloon en afgeleide rechten. Schatting en inspirerende praktijken ter bestrijding van non-take-up", HIVA-KU Leuven: Leuven.

https://www.mi-is.be/sites/default/files/documents/NTU_rapport_NL.pdf

Laagdrempelig, 0.5-lijn en outreach

Edland-Gryt Marit & Skatvedt Astrid Helene, 2013, "Thresholds in a low-threshold setting: An empirical study of barriers in a centre for people with drug problems and mental health disorders", Elsevier - International Journal of Drug Policy, 24, pp. 257- 264.

Dewaele Cis, 2022, "Niet iedereen die het eigen kantoor verlaat, werkt outreachend", Pluralistisch Overleg Welzijnswerk: Berchem

<https://sociaal.net/achtergrond/outreachers-zijn-de-sterke-buitenbeentjes-van-sociaal-werk/>

Parisse Jordan & Porte Emmanuel, 2022, "Les démarches d'« aller-vers » dans le travail social: une mise en perspective", Cahiers de l'action, 59, pp 9-16, CAIRN

<https://shs.cairn.info/revue-cahiers-de-l-action-2022-2?lang=fr>

Vignes Maguelone & Roland Michel, 2022, "0.5-lijn en -functie in de sociale/gezondheidsorganisatie in Brussel", *Analyse*

brusano.brussels/nl/pdf/analyses-2022-05-lijn-en-functie-in-de-sociale-gezondheidsorganisatie-in-brussel/

Casemanager

Brusano (ed), 2024, Klinische ondersteuningsfuncties voor mensen in complexe situaties, *Analyse*

brusano.brussels/nl/pdf/klinische-ondersteuningsfuncties-voor-mensen-in-complexe-situaties/

Brusano (ed), 2023, Casemanager, *InfoFiche*

<https://www.brusano.brussels/nl/pdf/infofiche-case-manager/>

FOD Gezondheid, 2023, "Het interfederaal plan voor Geïntegreerde zorg", bijlage 1 & 2, 28-29

<https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/info-voor-allen/het-interfederaal-plan-voor-geintegreerde-zorg>

Preventie- en gezondheidsbevorderingsmedewerkers (PGBM)

<https://www.brusano.brussels/nl/>

Fédération des Maisons Médicales (ed), 2024, "Rapport d'activité 2023. Projet de mobilisation des acteurs de prévention et de promotion de la santé dans le cadre du PSSI"

Maatschappelijk opbouwwerk:

Maeyens C & Bosquet C, 2016, "Une approche du travail communautaire en Belgique", *Les politiques sociales*, 1&2, pp. 62-74

<https://lespolitiquessociales.org/revues/la-demarche-communautaire-une-methodologie-qui-fait-sante/>

<https://www.samvzw.be/kennis>

Community Health Workers (CHW)

Apers Hanne, Mullié Karen, Wouters Edwin & Masquillier Caroline, 2025, Community health workers en België – rapport 2024, Université d'Anvers: Anvers

<https://www.chw-intermut.be/wp-content/uploads/2025/03/CHW-Rapport-2024-NL.pdf>

Apers Hanne, Mullié Karen, Edwin Wouters & Masquillier Caroline, 2024, Community health workers en Belgique - rapport 2023, Université d'Anvers: Anvers

<https://www.chw-intermut.be/wp-content/uploads/2024/04/CHW-rapport-2023-finaal.pdf>

Masquillier Caroline & Wouters Edwin, 2023, Community health workers en Belgique – rapport 2022, Université d'Anvers: Anvers

https://www.chw-intermut.be/wp-content/uploads/2023/05/FINAL_CHW-rapport-jaar-2_MasquillierWouters-2023.pdf

Masquillier Caroline, Cosaert Theo & Wouters Edwin, 2022, Community health workers en Belgique - rapport 2021, Universiteit Antwerpen: Anvers

https://www.chw-intermut.be/wp-content/uploads/2023/01/CHWinBelgie_rapport2021_NL_finaal.pdf

News.belgium, communiqué de presse "Covid-19: projet Community Health Workers", 15 janvier 2021, COVID-19: project Community Health Workers | News.belgium

Nothelier Laura, 2024, "A la rencontre des community health workers", *Santé conjugée*, 107, pp.5-7

<https://www.maisonmedicale.org/sante-conjuguee/travail-social-en-mutation/>

Thollot Adeline, 2023, "Des Community Health Workers pour pallier au non-recours ?" in dossier "Vers des politiques social-santé intégrées" site web du CBCS, mai 2023.

https://cbcs.be/revue_bis/bis-180/

Vanderveken Juliette, 2021, "Les Community Health Workers", *Education Santé*, Décembre 2021

<https://educationsante.be/les-community-health-workers/>

Gezondheidsadviseurs

Intermut (ed), 2024, "Projet Conseillers en Santé - Gezondheidsadviseurs" en Région de Bruxelles-Capitale. Rapport d'activité année 2024"

Intermut (ed), 2023, "Rapport d'analyse du projet "Conseillers en Santé" - Bruxelles 2022-2023"

Jean-François Noulet, 2021/07, "Les mutualités déploient des accompagnateurs auprès des publics fragilisés pour leur faciliter l'accès aux soins de santé", RTBF

<https://www.rtbef.be/article/>

[les-mutualites-deploient-des-accompagnateurs-aupres-des-publics-fragilises-pour-leur-faciliter-l-acces-aux-soins-de-sante-10796797](https://www.rtbef.be/article/les-mutualites-deploient-des-accompagnateurs-aupres-des-publics-fragilises-pour-leur-faciliter-l-acces-aux-soins-de-sante-10796797)

Mutualia (ed), "Gezondheidsadviseur"

<https://www.mutualia.be/Sante/Conseiller-en-sante.aspx?lang=nl-be>

Onafhankelijke ziekenfondsen (ed), 2024/10, "Gezondheidsadviseurs: een hefboom om de toegang tot gezondheidszorg te verbeteren?"

<https://www.mloz.be/nl/news/gezondheidsadviseurs-hefboom-om-de-toegang-tot-gezondheidszorg-verbeteren>

Onafhankelijke ziekenfondsen (ed), 2022/06, "Gezondheidsadviseurs bij het ziekenfonds: een proactieve aanpak tot preventie"

<https://www.mloz.be/nl/documentatie/gezondheidsadviseurs-bij-het-ziekenfonds-een-proactieve-aanpak-tot-preventie>

BAR

<https://raq.brussels/nl/>

FDSS (ed), 2024/03, BARAQA. *Le journal des RAQ*, 02

https://www.fdss.be/wp-content/uploads/2024_RAQ_PUB_barqa2.V02_FR.pdf

FBMD (ed), 2023, BARAQA. *De BAR-krant*, 01

<https://www.raq.brussels/nl/component/sppagebuilder/page/18>

FBMD (ed), 2022/09, "Buurt actie relais. Krachtlijnen van het projet"

<https://www.raq.brussels/nl/component/sppagebuilder/page/18>

FDSS (ed), 2022/01, "Relais d'action de quartier. Rapport de recherche"

https://www.fdss.be/wp-content/uploads/2022-10-28_RAQ_bilan-de-la-periode-avril-decembre-2021.pdf

Vankeerberghen Audrey & Maisin Charlotte, 2023, " 'Outreaching' werken binnen een specifiek grondgebied", *Tijdschrift van het actieonderzoek*, 14, FBMD

https://www.fdss.be/wp-content/uploads/23-32-A5_Cahier_Recherchaction14NL_02.pdf

Vleminckx Justine, Cherifi Toufik & Angé Chloë, 2023, "Action communautaire à l'échelle des quartiers. Le projet BRI-Co", *Les cahiers de la recherch'action*, 15, FDSS

https://www.fdss.be/wp-content/uploads/23-69-A5_Cahier_Recherchaction15_04.pdf

STEK

SAM, 2019, 'De STEK, sterke zet voor sociale bescherming', SAAMO Brussel vzw & SAM, steunpunt mens en samenleving vzw

<https://www.saamo.be/tool/de-stek-sterke-zet-voor-sociale-bescherming-ee-leidraad/>

Bekaert Ann, Denys Bart & al, 2016, "Buurtgerichte Zorg. De 'actief zorgzame buurt' als toekomstmodel voor Vlaanderen en Brussel", Vereniging van Vlaamse Dienstencentra: Brussel

https://www.brudoc.be/opac_css/doc_num.php?explnum_id=1310

Nieuwe outreach-initiatieven in Brussel: Buurtactierelais (BAR), CHW, preventie en gezondheidsbevorderingsmedewerkers, Gezondheidsadviseurs (en anderen)

Met deze Panorama, het eerste nummer van een nieuwe reeks, wil het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn (het studiecentrum van Vivalis) het inzicht in en de kennis van het welzijns- en gezondheidsaanbod in Brussel verbeteren.

Deze Panorama is beschikbaar in twee formaten: een integraal document en een overzichtelijk schema ('In een notendop') in printvorm. Ze zijn beschikbaar op <https://www.vivalis.brussels/nl/informereren>

De Panorama is een praktische aanvulling op de andere informatietools van het Observatorium:

- Sociaal Brussel, de referentiewebsite van het welzijns- en gezondheidsaanbod in Brussel. Deze website verstrekt een gecentraliseerd, algemeen, actueel, tweetalig en toegankelijk overzicht van het welzijns- en gezondheidsaanbod en beschrijft de organisatie van de welzijns- en gezondheidsvoorzieningen in Brussel.

De algemene en persoonlijke download-pagina's zijn te vinden op <https://sociaal.brussels/page/over-sociaal-brussel-nl>

- Brudoc is de documentatiedienst over welzijns- en gezondheidsthema's in het Brussels Gewest. <https://www.brudoc.be/>

Cette publication est également disponible en français.