

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Hulp- en zorgverlening op territoriale basis organiseren

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

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

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

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

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

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

a. Middelen verdelen volgens de plaatselijke behoeften

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

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

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

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

b. Lokale coördinaties en netwerkvorming ontwikkelen

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

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

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

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

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

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

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

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

c. *Basisaanbod definiëren*

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

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



d. Territoriale aanpak ontwikkelen

1. Groep wijken

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

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

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

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

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

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

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

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

II. Gemeentelijk niveau

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

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

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

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

III. Hulp- en zorgzone

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

Het vertegenwoordigt een interventieniveau dat het mogelijk maakt om:

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

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

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

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

IV. Gewestelijke coördinatie

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

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

2. Voor continuïteit van de zorg zorgen

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

a. Netwerking intensiveren

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

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

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

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

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

b. Hulp- en zorgtrajecten definiëren en ondersteunen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

a. *Overgangen tussen eerste lijn en ziekenhuis vergemakkelijken*

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

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

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

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

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

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

b. Samenwerkingen ontwikkelen in het kader van de ziekenhuisnetwerken

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

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

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

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

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

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

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

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

c. Gewestelijk strategisch plan voor het zorgaanbod van de ziekenhuizen

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

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

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

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

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

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

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

4. Continuüm van hulp en zorg voor ouderen waarborgen

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

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

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

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

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

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

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

a. Hulp en zorg lokaal organiseren

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

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

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

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

b. Hulp en zorg bij iedere Brusselaar aan huis brengen

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

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

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

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

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

c. Alternatieve woon- en ondersteuningsplaatsen ontwikkelen

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

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

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

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

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

d. *Het levenseinde begeleiden*

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

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

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

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

5. *Geestelijke gezondheid van de bevolking verbeteren*

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

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

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

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

a. Aanbod aan geestelijke gezondheidszorg versterken en beter coördineren

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

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

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

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

b. *Zorgstructuren en residentiële alternatieven voor ziekenhuisopname ontwikkelen*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

74 Interministeriële Conferentie

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

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

d. *Bewustmaking en destigmatisering ontwikkelen*

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

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

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

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

