



0,5-LIJN EN -FUNCTIE IN DE SOCIALE/GEZONDHEIDS- ORGANISATIE IN BRUSSEL:

Referentiepunten



Datum | 30 april 2022



Inhoudsopgave

Inleiding	3
DEEL 1 Kwetsbare doelgroepen	5
1.1. Middelen	5
1.2. Sociale kwetsbaarheidssituatie.....	5
1.3. Kwetsbaarheid als menselijke toestand	6
1.4. Kwetsbaarheid als sociale toestand en verzwakking van handelingsmechanismen.....	6
DEEL 2 Toegankelijkheid en toegang tot zorg- en ondersteuningsdiensten	8
2.1. Toegankelijkheid en toegang: de voorwaarden van de ontmoeting tussen mensen en diensten	8
2.2. Ruimtelijke toegankelijkheid.....	8
2.3. Niet-ruimtelijke toegankelijkheid	9
DEEL 3 Sociale bescherming en toegang tot rechten	11
3.1 Bestaan van rechten: van sociale zekerheid tot sociale bijstand	11
3.2. Hulpdiensten voor de meest kwetsbaren: een erfenis van de gemeenten.....	12
3.3. Niet-toegang en niet-gebruik van rechten.....	15
DEEL 4 Zorgniveaus: het WHO-model van zorgorganisatie	17
4.1. Eerste niveau: primaire gezondheidszorg.....	17
4.2. Secundair en tertiair niveau	18
4.3. Integratie van gemeenschapsgezondheid in het WHO-model: ontstaan van niveau 0	18
DEEL 5 Zorglijnen: het perspectief van de gebruikers van de diensten en de toegang tot zorg en ondersteuning	20
DEEL 6 De opkomst van specifieke diensten: het tweede niveau in de eerste lijn?	22
6.1. Ontstaan van eerstelijnsverenigingen die zich richten op een specifieke vorm van aanbod, sector of thema.....	23
6.2. Opkomst van de 'lage drempel': de 0,5-lijn, gericht op de specifieke doelgroep van de meest kwetsbaren	23
6.3. Ontstaan van ondersteunende structuren: het 1,5-niveau	25
6.4. Eerstelijns- en laagdrempelige verenigingen: diensten gericht op specifieke problemen of doelgroepen	25
DEEL 7 De meervoudige vormen van zorgorganisatie voor kwetsbare personen	27
7.1. Multidisciplinariteit.....	27
7.2. Geïntegreerde diensten onder één dak: het 'one-stop shop'-model.....	27
7.3. Aanwezigheid van specialisten in structuren voor primaire zorg en omgekeerd	28
7.4. Ondersteuning voor beroepskrachten van het primaire niveau bij het onthaal van kwetsbare groepen.....	29
7.5. Een inclusieve functie: een geheel van praktijken	29
DEEL 8 Schematische weergave van het systeem	31
DEEL 9 Aanvullende benaderingen	33
9.1. Transdisciplinariteit.....	33
9.2. Geïntegreerde zorg.....	34
9.3. De territoriale benadering	35
Conclusie	38
Bibliografie	38



Inleiding

Een inclusief aanbod van zorg, hulp en ondersteuning voor de meest kwetsbare groepen uitbouwen, is een uitdaging voor Brussel. Vanuit het oogpunt van de organisatie van de dienstverlening vallen de opdrachten van zorg, bijstand en ondersteuning onder een groot aantal sectoren, waaronder gezondheidsdiensten (preventief, curatief, gezondheidsbevordering), geestelijke gezondheidszorg en sociale ondersteuning in al haar vormen (hulp bij huisvesting, bij beroepsinschakeling, voor gezinnen en jonge kinderen, rechtsbijstand, ...).

Hoewel de uitdaging om in deze sectoren inclusieve diensten te garanderen al meerdere decennia bestaat, blijft ze vandaag nog zeer actueel. De Brusselse bevolking lijdt onder sterke sociale ongelijkheid en een hoog armoedepercentage: een op de drie Brusselaars leeft onder de risicodrempel voor armoede. De crisis rond de coronaviruspandemie heeft deze ongelijkheden verder geaccentueerd: zo is het aantal mensen dat een leefloon ontvangt in het Brusselse Gewest in 2020 met 9,5% gestegen (vergeleken met -0,8% en +1,1% in de twee voorgaande jaren in dezelfde periode). Brussel ontvangt ook een groot aantal buitenlanders, die een nieuw sociaal netwerk opbouwen en deze metropool ontdekken, de talen die hier gesproken worden en de organisatie van diensten. Twee derde van de dringende

medische hulp (het enige recht waarop mensen zonder papieren aanspraak kunnen maken) die in België wordt verleend, vindt plaats in het Brussels Gewest (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale 2020).

Talrijke initiatieven en projecten voor kwetsbare groepen bestaan al tientallen jaren in Brussel, andere zijn de laatste jaren ontstaan en nog andere zijn recent opgezet om het hoofd te bieden aan de coronaviruspandemie.

Belanghebbenden in de gezondheids- en sociale sector in Brussel en politieke en administratieve instellingen zoeken naar manieren om vooruitgang te boeken en de organisatie en samenhang van de diensten te verbeteren, om de inclusie van de meest kwetsbare groepen te bevorderen. Om deze pogingen tot herconceptualisering van de organisatie te ondersteunen, lijkt het van belang een gemeenschappelijke taal te spreken om de verschillende bestanddelen aan te duiden, of op zijn minst de verschillende betekenissen van de gebruikte termen zichtbaar te maken. Elke sector of groep van structuren en actoren gebruikt woorden met een bepaalde betekenis die samenhangt met hun plaats in het dienstenaanbod. De eerste stap naar dialoog en het samenwerken aan de nodige aanpassingen aan het systeem, is elkaar beter te begrijpen. Dit is het doel van deze analyse¹.

¹ Deze nota brengt twee afzonderlijke teksten samen van actoren die de begrippen willen verduidelijken, in het bijzonder: Michel Roland, huisarts, actief in verschillende structuren die zich vooral inzetten voor toegang tot zorg voor kwetsbare groepen (met name Dokters van de Wereld, LAMA, Maison Médicale/Wijkgezondheidscentrum) en Brusano. Deze twee teksten werden samengevoegd en omgewerkt onder leiding van een focusgroep (waaronder het

CMDC), een naleescomité en de "0,5-functie"-overleggroep, om een denkoefening die aanvankelijk sterk was gericht op de organisatie van de gezondheidszorg te verbreden tot een begrip dat de geestelijke gezondheidszorg en de sociale sector volledig integreert. Deze nota stelt een basis voor wederzijds begrip voor, zonder de betekenis van de gekozen woorden volledig te willen weer te geven.



***Figuur 1:** Zorg en ondersteuning worden in ruime zin opgevat, en omvatten alle sectoren die bijdragen tot het algemeen welzijn van de mens.*



DEEL 1 | Kwetsbare doelgroepen

Wie zijn de zogenaamde 'kwetsbare doelgroepen'? Kunnen we zeggen dat iemand intrinsiek fragiel of kwetsbaar is? Zo niet, ten opzichte waarvan is iemand kwetsbaar? In welke situatie?

Kwetsbaarheid is zowel een toestand als een proces, en hangt af van een combinatie van drie factoren:

- Het aanvankelijke niveau van welzijn
- De mate van blootstelling aan een individueel of collectief risico en aan een of meer opeenvolgende schokken die het welzijn en de gezondheid kunnen aantasten
- Het vermogen om met deze risico's en de gevolgen ervan om te gaan (Zarowsky, Haddad, et Nguyen 2013).

1.1. Middelen

Iemand wordt kwetsbaar als hij te maken krijgt met een mogelijke gebeurtenis of reeks gebeurtenissen zonder dat hij de middelen heeft om ermee om te gaan.

Kwetsbaarheid hangt samen met de omgeving waarin de persoon leeft. Als de omgeving niet zo is opgebouwd dat ze ondersteunend werkt en niet de kans biedt om gepaste hulpbronnen te mobiliseren, wordt het risico niet gedragen door de groep of omgeving maar alleen door het individu.

1.2. Sociale kwetsbaarheidssituatie

Met het begrip sociale kwetsbaarheidssituatie (Delor 1997) kunnen we zowel het risico van ziekte als het risico van afwezige, gebrekkige, chaotische of onbevredigende zorg in kaart brengen, d.w.z. de ontmoeting tussen een potentiële vraag naar zorg en een dienstenaanbod van gezondheidszorg en sociale bijstand.

In zijn studie over de trajecten van hiv-/aids-seropositieve mensen en risicoconfrontatie ontwikkelde François Delor een analysekader van de sociale kwetsbaarheidssituatie dat drie begripsniveaus omvat:

- het niveau van sociale trajecten (levensgebeurtenissen, sociale mobiliteit, sociale identiteiten, ...)
- het niveau van intermenselijke interacties waar meerdere trajecten elkaar kruisen
- het niveau van de sociale context (normsystemen, instellingen, ...) (Delor 1997; Delor et Hubert 2000).

Op het niveau van de sociale trajecten krijgen we inzicht in de lange duur, de horizon van mogelijkheden die zich voor het subject aftekent en de mobilisatie van zijn hulpbronnen in de verschillende fasen van zijn leven.

Aan de hand van het relaas van de intermenselijke interacties begrijpen we hoe de persoon zijn ontmoetingen met het personeel van instellingen die psycho-medische-sociale diensten aanbieden ervaren heeft en ervaart, en hoe deze interacties zijn perceptie van deze instellingen en zijn latere terugkeer ernaar hebben veranderd.

Ten slotte toont het niveau van de sociale context van de interactie de perceptie van deze context door het subject. Het subject staat eventueel op gespannen voet met de geldende normen of, in tegendeel, onderschrijft ze. Net zoals François Delor kunnen we onze aandacht richten op concrete situaties op het moment van interactie, op korte scènes (bijvoorbeeld de ontmoeting tussen een arts en een patiënt tijdens een raadpleging), of kunnen we deze situaties bekijken in de mate dat ze de rondgang van de persoon in het stedelijke zorgaanbod beïnvloeden, waar ze direct of indirect een tweesprong op zijn traject uitlokken. Dit tweede perspectief richt zich dus op de lange termijn. Het houdt rekening met de opeenvolging van interacties waarin de



persoon zich kwetsbaar heeft gevoeld en met de sociale kwetsbaarheidssituaties die een persoon over een langere periode treffen (bijvoorbeeld tijdens een periode van depressie of tijdens het wachten op een antwoord op een asielaanvraag).

Vormen van kwetsbaarheid op deze manier begrijpen - d.w.z. als diep relationeel - kan licht werpen op de relatie van mensen tot het gebruik van de gezondheidszorg.

1.3. Kwetsbaarheid als menselijke toestand

Ziekte of malaise zijn op zichzelf al beproevingen van kwetsbaarheid door de gelijktijdige lichamelijke, psychische (Le Blanc 2006) en sociale ervaring die ze veroorzaken en omdat ze het subject meestal in een situatie van afhankelijkheid van anderen plaatsen en hem als zodanig verbinden tot een zorgrelatie. In dit opzicht weerspiegelt ziekte de toestand aan het levensbegin: "Een baby is afhankelijk van anderen voor zijn overleving en ontwikkeling als persoon en als bekwaam lid van de samenleving. Deze afhankelijkheid is noch contingent, noch accidenteel, noch occasioneel. De afhankelijkheid van verzorgers die wordt ervaren door volwassenen die kwetsbaar zijn geworden door ziekte, ouderdom of handicaps is zowel dwingend als onvermijdelijk: omdat ze niet in staat zijn om zelf in hun dagelijkse verzorging te voorzien, hebben ze regelmatig, voortdurend, dagelijks hulp en bijstand van een ander nodig. Zorgbehoevendheid doet zich niet alleen voor bij hen die het duidelijkst niet in staat zijn te overleven of een menselijk leven te leiden zonder de aanwezigheid van anderen. In minder acute vormen is zorgbehoevendheid op verschillende momenten in ons leven aanwezig. Ze kan zowel onvoorspelbaar als zeker zijn" (Paperman et Laugier 2005, 289).

Ook elk verlies of gemis in de sociale ervaring is een beproeving van kwetsbaarheid: verlies van materiële

middelen (baan, huisvesting, inkomen, ...) of van relaties (breuk, scheiding, uitsluiting, ...).

Kortom, "*er is niets uitzonderlijks aan kwetsbare mensen*" zoals de titel van het artikel van Patricia Paperman zo treffend stelt. Maar ziekte is, net als bepaalde perioden in het leven die gekenmerkt worden door verlies of gemis, een aanleiding voor grotere kwetsbaarheid.

1.4. Kwetsbaarheid als sociale toestand en verzwakking van handelingsmechanismen

De ervaring van ziekte beïnvloedt ook andere aspecten die nauw samenhangen met de interactie waartoe zorg aanleiding geeft: de relatie met werk en sociale bescherming, die zowel de financiële middelen van de persoon als zijn sociale identiteit, en bijgevolg de sociale relaties, bepalen.

Ziekte maakt deel uit van een proces, dat zowel een gevolg is van een eerdere kwetsbaarheid (volgens het principe van de sociale determinanten van gezondheid) als een veroorzaker van sociale kwetsbaarheid (zouden we dan kunnen spreken van 'gezondheids-determinanten van de sociale toestand'?)

Er zijn verschillende vormen van kwetsbaarheid, die zich bovendien kunnen opstapelen en elkaar onderling kunnen versterken: armoede, voedselonzeerheid, slechte fysieke en/of mentale gezondheid van tijdelijke of blijvende aard, sociaal isolement, onzekerheid in verband met hulp van een maatschappelijk werker, discriminatie en sociale stigmatisering, taalbarrières, ...

In dat kader is kwetsbaarheid een verzwakking van de handelingsmechanismen. Net zoals Patricia Paperman benadrukt dat kwetsbaarheid deel uitmaakt van de menselijke toestand, laat Viviane Châtel



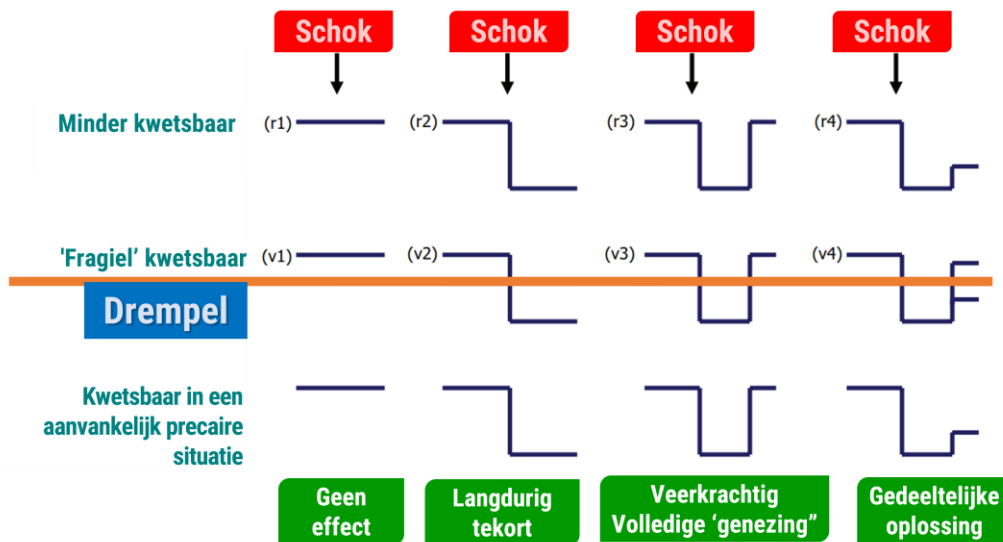
zien dat kwetsbaarheid in de huidige politieke en economische context iedereen bedreigt. De auteur wijst op verschillende uitdagingen van 'handelen in een kwetsbaarheidssituatie' (Châtel et Soulet 2003), waaronder het vertrouwen dat het individu met anderen verbindt en de tegenstrijdigheden van de huidige economische context.

In het bijzonder noemt Viviane Châtel vertrouwen als de basis voor actie, terwijl ze erop wijst dat 'vertrouwen fundamenteel fragieler maakt' (Ibid., p. 3) en dat een vertrouwensbreuk, als een breuk in het vermogen om te handelen, mensen in een kwetsbare situatie plaatst. Zorg- en socialehulpverleners weten maar al te goed hoe belangrijk het is vertrouwensbeloftes te doen aan bijzonder kwetsbare groepen, om ervoor te zorgen dat ze van hun diensten gebruik blijven maken (Le Breton 2005; Parizot 2003). Ook hebben opeenvolgende hervormingen en voorwaarden voor hulp het vertrouwen tussen de burgers en de verzorgingsstaat als garantie van sociale 'zekerheid' ondermijnd.

Tegelijk zijn andere sociale steunpunten, zoals gezin of tewerkstelling, zwakker

geworden, waardoor de kans op materiële of relationele schokken groter is geworden en tegelijk de sociale hulpbronnen geringer, met kwetsbaarheid tot gevolg. Door ook de effecten van een gebrek aan verbondenheid op de eigenwaarde te belichten, moedigt Viviane Châtel aan om af te stappen van een begrip van kwetsbaarheid dat op persoonlijkheidskenmerken gebaseerd is. *"Kwetsbaarheid zet het begrip zelf van subject op losse schroeven, als we met subject natuurlijk dit vermogen bedoelen om op een verantwoordelijke en autonome manier te handelen en te denken"* (Châtel et Soulet 2003, 16). Kwetsbaarheid is dus in zeker mate omkeerbaar, hoewel bepaalde sociale gezondheidsdeterminanten al in de baarmoeder invloed kunnen hebben op de levensverwachting.

Om de sterk procesmatige aard ervan aan te geven, gebruiken sommigen liever de term 'kwetsbaar worden', die herinnert aan de neerwaartse spiraal van opeenvolgende verliezen en schokken, die met passende maatregelen zou kunnen worden omgekeerd of verzacht (Zarowsky, Haddad, et Nguyen 2013).



- **Sociaal aanvaardbare drempel van welzijn** (armoedegrens, criteria voor levenskwaliteit, schalen voor sociale toestand, geestelijke gezondheid)
- **Minder kwetsbaar:** persoon beschermd tegen een verlies aan welzijn; blootstelling aan risico kan een tekort aan welzijn veroorzaken, maar de uiteindelijke toestand is nog steeds sociaal aanvaardbaar
- Iemand die **'fragiel' kwetsbaar** is, wordt blootgesteld aan een welzijnsverlies dat sociaal niet aanvaardbaar is
- **Personen in een aanvankelijke precaire situatie** hebben een welzijnsniveau dat al onder de aanvaardbare drempel ligt; schokken kunnen dit tekort vergroten

Figuur 2: Conceptueel kader voor kwetsbaarheidsanalyse: begin- en eindtoestand na blootstelling aan een onverwacht sociaal risico (schok), (Zarowsky, Haddad, et Nguyen 2013, 84)



DEEL 2 | Toegankelijkheid en toegang tot zorg- en ondersteuningsdiensten

2.1. Toegankelijkheid en toegang: de voorwaarden van de ontmoeting tussen mensen en diensten

Net als kwetsbaarheid is toegankelijkheid een dynamische realiteit: een persoon vindt de weg naar dienstverlening in een specifieke context of omgeving.

Zorg- en ondersteuningsbehoevenden worden op de weg naar die dienstverlening geconfronteerd met vele en uiteenlopende obstakels: ze moeten een rijbewijs hebben, aangesloten zijn bij een ziekenfonds, sociale rechten hebben opgebouwd, de lokale taal kunnen lezen en spreken, hun weg kunnen vinden in de stad, begrijpen hoe de zorg- en ondersteuningsdiensten zijn georganiseerd, voldoende gezondheidsgeletterd zijn, zorg willen dragen voor zichzelf of hun rechten willen doen gelden, een bepaalde cultuur onderschrijven rond gezondheid en het lichaam, ...

De toegang tot zorg- en ondersteuningsdiensten hangt dus af van de mate waarin zorg- en hulpdiensten hun diensten toegankelijkheid maken. In hoeverre houden ze daarbij rekening met de verschillende behoeften, gewoontes, middelen en profielen van de zorgbehoevenden?

Volgens Guagliardo bestaat de toegang tot zorg uit twee grote fases: enerzijds de 'potentiële' toegankelijkheid van het zorgaanbod (ofwel de toegangsmogelijkheden) en anderzijds de 'gerealiseerde' toegankelijkheid (ofwel de werkelijke toegang). De werkelijke toegang kan worden opgevolgd aan de hand van gegevens over het gebruik van gezondheidsdiensten en over de zorgconsumptie. Heel vaak houden die gegevens echter geen rekening met

mensen die niet aangesloten zijn bij een ziekenfonds en die zich dan ook in een kwetsbare positie bevinden.

Voor Guagliardo is er "*potentiële toegankelijkheid wanneer een populatie met zorgbehoeften een ruimte en tijd deelt met een beschikbaar gezondheidszorgsysteem. De gerealiseerde of werkelijke toegang volgt wanneer alle obstakels voor de toegang tot zorg zijn overwonnen.*" (Lucas-Gabrielli et al. 2016, 7) Deze definitie kan worden uitgebreid tot diensten voor sociale bijstand en ondersteuning.

In het verlengde van het bovenstaande zullen we deze twee begrippen, die niettemin nauw met elkaar verbonden zijn, verder van elkaar onderscheiden door toegang te beschouwen als een realiteit die gemeten kan worden aan de hand van aanwezigheid (gebruik van het zorgsysteem), terwijl toegankelijkheid als de potentiële toegang tot de dienst wordt omschreven.

Het is al vaker gebleken dat de beschikbaarheid van het aanbod geen garantie is voor de toegankelijkheid. Er bestaan dan ook tal van obstakels. Om de toegankelijkheid van de zorg beter te begrijpen, maken Lucas-Gabrielli et al. een onderscheid tussen twee aspecten: ruimtelijke toegankelijkheid en niet-ruimtelijke toegankelijkheid.

2.2. Ruimtelijke toegankelijkheid

De ruimtelijke dimensie van de toegankelijkheid van diensten omvat zowel de beschikbaarheid van het aanbod als de fysieke toegankelijkheid ervan, zoals samengevat in het schema hieronder, dat gebaseerd is op verduidelijkingen van Lucas-Gabrielli en zijn coauteurs.



“Beschikbaarheid gaat over de hoeveelheid en de plaats van de aanbodpunten ten opzichte van de vraag. Fysieke toegankelijkheid is de mogelijkheid om zich te verplaatsen tussen de plaats waar de patiënt zich bevindt en de aanbodpunten. Fysieke toegankelijkheid houdt dus rekening met zowel de mobiliteit van de patiënten als de vervoermiddelen die ingezet kunnen worden, het af te leggen traject in tijd, afstand en kosten.” (Lucas-Gabrielli et al. 2016, 7). Het is duidelijk dat de mobiliteit van patiënten verwijst naar vele dimensies die

niet alleen ruimtelijk zijn, van het bezit van een rijbewijs tot de intentie die bepalend is voor de actie om zich bijvoorbeeld naar een raadpleging te verplaatsen (Flamm et Kaufmann 2006; Vignes 2015). Dit omvat dus ook aspecten die te maken hebben met de leesbaarheid van het aanbod en met gezondheidsgelletterdheid, en met de bekwaamheid om het openbaar vervoer te gebruiken of de weg te vinden, zelfs als de persoon de diensten correct heeft opgespoord en gelokaliseerd.



Figuur 3: Dimensies van ruimtelijke toegankelijkheid (d'après Lucas-Gabrielli et al. 2016)

2.3. Niet-ruimtelijke toegankelijkheid

“Sommige van de niet-ruimtelijke dimensies hangen samen met culturele factoren en de financiële opzet van het zorgsysteem. Het gaat onder meer om comfort, financiële draagkracht en aanvaardbaarheid. Comfort is de manier waarop gezondheidsvoorzieningen georganiseerd zijn om de patiënt te ontvangen (openingstijden, ontvangst zonder afspraak, wachttijd, ...) en het vermogen van de patiënt om zich aan dit aanbod aan te passen. (Raynaud, 2010)

Financiële draagkracht is de verhouding tussen de prijs van de diensten en wat de patiënt bereid is ervoor te betalen” (op.cit.). Hier komen de verplichte en aanvullende verzekeringsdekking, de kennis van de aangerekende tarieven en de perceptie van de kosten voor de gebruiker in beeld². “Aanvaardbaarheid gaat over de sociale en culturele kenmerken van de gebruiker en zijn houding tegenover gezondheid, {het gezondheids- en/of sociale hulpverleningsstelsel}, en die van de professionals en de zorgstructuren. Deze verschillende dimensies zijn nauw met elkaar verbonden en werken op elkaar in om de toegang tot zorg op een bepaalde plaats

² De financiële factor wordt erkend als een van de belangrijkste bepalende factoren voor de toegang tot zorg en heeft vele dimensies. Zie bijvoorbeeld over dit punt: Hélène

Revil et al. “Renoncement et accès aux soins, de la recherche à l'action”, Caisse Nationale de l'Assurance Maladie, Observatoire des Non-Recours aux Droits et Services, 2019.



te verklaren" (Lucas-Gabrielli et al. 2016, 7). Deze kenmerken omvatten aspecten die te maken hebben met het doorverwijzen van de ene dienst naar de andere, waarbij de overdracht van de vertrouwensband een

belangrijke rol speelt: de gebruiker moet het vertrouwen dat hij stelde in de eerste dienstverlener die hij ontmoette, kunnen overdragen op de dienstverlener naar wie hij wordt doorverwezen.



Figuur 4: Dimensies van niet-ruimtelijke toegankelijkheid (naar Lucas-Gabrielli et al. 2016)



DEEL 3 | Sociale bescherming en toegang tot rechten

Net als bij het gebruik van diensten wordt een onderscheid gemaakt tussen de effectieve toegang tot rechten en de toegankelijkheid ervan. De toegankelijkheid hangt in de eerste plaats af van de bestaande rechten als gevolg van het beleid inzake sociale bescherming - in het bijzonder van de wetten op de sociale zekerheid (die aan de basis liggen van de Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, ZIV) van 1944-45 (3.1), en vervolgens van de regelingen die werden opgezet om ze uit te voeren (3.2). Ondanks deze bepalingen zien we situaties van 'niet-gebruik' of 'niet-toegang' tot rechten, die vooral de meest kwetsbare bevolkingsgroepen treffen, en die op verschillende manieren kunnen worden verklaard (3.3).

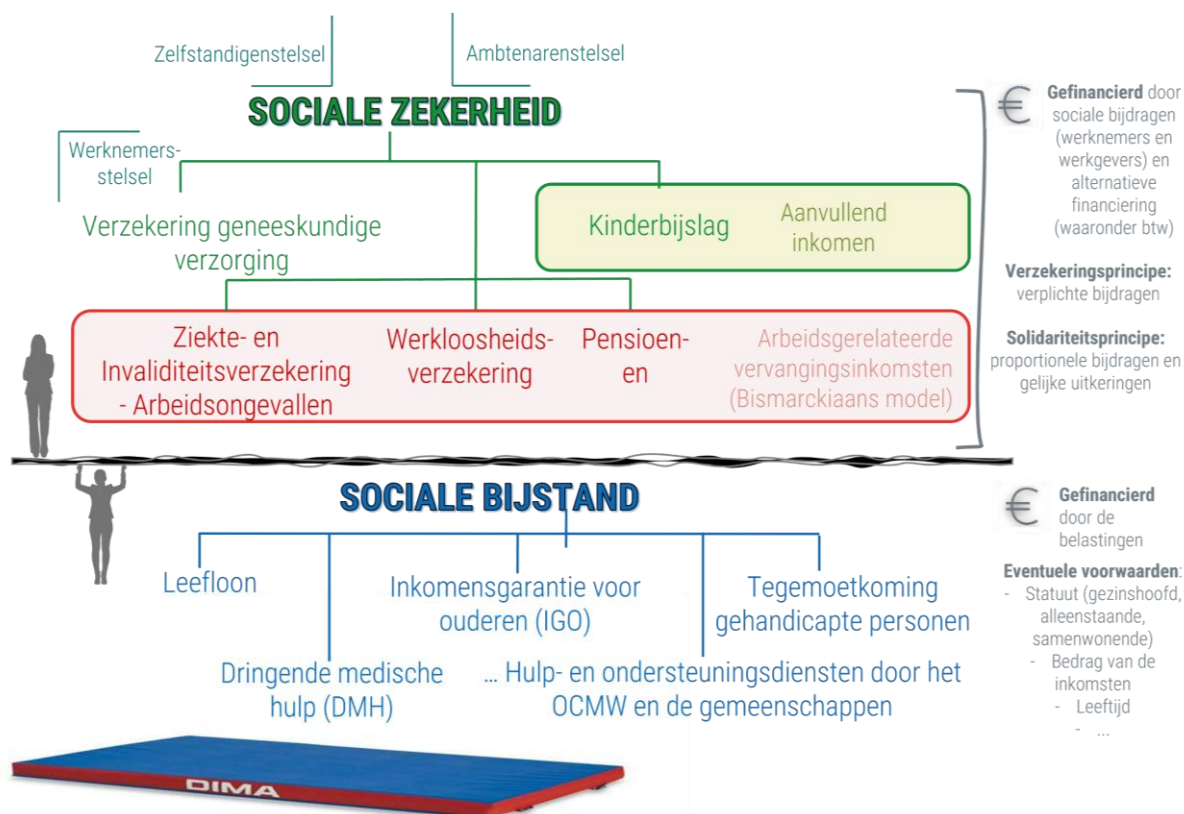
3.1 Bestaan van rechten: van sociale zekerheid tot sociale bijstand

De rechten omvatten de 'grondrechten' die bijvoorbeeld zijn opgenomen in artikel 23 van de Belgische grondwet: "*het recht een menswaardig leven te leiden*". Het gaat om economische, sociale en culturele rechten: recht op behoorlijke huisvesting, recht op energie, recht op bescherming van het gezinsleven, recht op sociale bescherming, op sociale, medische en juridische hulp, recht op bescherming van de gezondheid, enz. Deze rechten hangen af van regelingen om ze effectief te maken, d.w.z. van het beleid inzake sociale zekerheid en bijstand.

Het Belgische systeem van sociale bescherming is gebaseerd op het Bismarckiaanse model, waarin betaald werk de basis is voor sociale rechten. In de loop der jaren en naarmate het systeem zich ontwikkelde, werd het geleidelijk aangevuld met elementen die een ruimere toegang tot rechten bieden (geïnspireerd door het andere belangrijke model op dit gebied: het Beveridgiaanse model, gebaseerd op universele toegang tot rechten).

Zoals figuur 5 hieronder schematisch en niet-exhaustief weergeeft, bestaat het Belgische stelsel van sociale bescherming uit een component 'sociale zekerheid' en een component 'sociale bijstand', met verschillende institutionele bevoegdheidsniveaus. In het verslag 2013 van het Steunpunt tot bestrijding van armoede (Galand et al. 2013) wordt de evolutie van dit systeem geanalyseerd door te wijzen op de geleidelijke uitbreiding van de sociale bijstand, tegelijk met de afbouw van de sociale zekerheid, ten koste van een grotere selectiviteit bij de toekenning van de hulp (via de toename van de toegangsvoorwaarden tot hulp). Die voorwaarden houden verband met inkomen, gezinssituatie, leeftijd, enz.

Sociale bijstand heeft tot doel een veiligheidsbuffer (sociale minima) te bieden voor mensen die buiten de socialezekerheidsrechten vallen en voor situaties waarin deze rechten ervoor zorgen dat mensen onder bepaalde drempels blijven.



Figuur 5: Schematische voorstelling van het Belgische sociale beschermingsstelsel (naar Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting, Verslag - december 2013)

3.2. Hulpdiensten voor de meest kwetsbaren: een erfenis van de gemeenten

Hier moet een onderscheid gemaakt worden tussen toegang tot diensten - dat werd uitgelegd in hoofdstuk 2 en wat één van de manieren is om rechten te genieten - en uitoefening van rechten als zodanig, wat op verschillende manieren kan gebeuren:

- Via automatische toegang (er hoeven geen stappen te worden ondernomen: het loutere feit dat iemand een statuut heeft - bijvoorbeeld burger of gezinshoofd - opent automatisch bepaalde rechten);
- Via toegang op verzoek of na het ondernemen van stappen (bv. inschrijving bij een ziekenfonds).

Omdat er een kloof gaapt tussen toegankelijkheid en werkelijke toegang tot rechten, kunnen verschillende diensten mensen helpen hun rechten en de hulp waarop ze recht hebben te kennen en de nodige stappen te ondernemen om er gebruik van te maken (bv. om een tegemoetkoming als gehandicapte persoon te ontvangen of om sociale huisvesting te verkrijgen).

Historisch gezien heeft de organisatie van deze diensten haar wortels in de koppeling tussen gezondheidszorg en sociale, liefdadige hulp³. Voordat het OCMW het 'Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn' werd zoals we het nu (sinds 2002) kennen, stamde het af van de 'burelen van weldadigheid en burgerlijke godshuizen' of van Bestuur der Godshuizen en der Weldadigheid van de Stad (voor Brussel), die in 1925 de Commissie voor Openbare Onderstand (COO) werden, en daarna het

³ Zie ook het Witboek van Be.Hive (page 77) over de gezamenlijke ontwikkeling van sociale bescherming en

zorgorganisatie.(Be.Hive Chaire Interdisciplinaire de la 1^{ère} ligne 2020) .



Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW) in 1976.

In Brussel was het Bestuur der Godshuizen en der Weldadigheid verantwoordelijk voor het beheer van de ziekenhuizen Sint-Jan en Sint-Pieter, toen deze inrichtingen vooral de behoeftigen uit de gemeente opvingen. Ze hadden toen nog niet de wetenschappelijke en academische functies die ze nu (sinds de jaren 1920) hebben, en de beter bemiddelden lieten zich niet in het ziekenhuis behandelen. Sinds 1996 heeft het OCMW van de Stad Brussel zich uit het beheer van het Sint-Pietersziekenhuis teruggetrokken, hoewel het lid blijft van de Raad van bestuur, waarvan de voorzitter van het OCMW een van de leden is. Het OCMW concentreert zijn beheer van zorginstellingen nu op gespecialiseerde centra (bejaarden, kinderen, mentaal gehandicapte volwassenen).

Maar zoals voor alle OCMW's geldt, blijft hulp aan behoeftigen onder zijn verantwoordelijkheid vallen: het OCMW moet ervoor zorgen dat de op het grondgebied van de gemeente aanwezige hulpaanvragers alle rechten uitoefenen waarop ze aanspraak kunnen maken. De opdrachten van het OCMW werden

uitgebreid, van de toekenning van leefloon tot de toekenning van allerlei extra financiële steun voor energie, huisvesting of cultuur.

Het is daarom een 'generalistische' dienst, d.w.z. het OCMW ontvangt alle mensen uit allerlei doelgroepen en alle soorten hulpvragen (vóór eventuele heroriëntatie), en is verankerd op een territoriale basis, op gemeentelijk niveau.

Er bestaan ook een aantal generalistische diensten voor sociale hulp en hulp aan personen of diensten die gericht zijn op een bepaalde doelgroep (naar leeftijd, samenstelling van het gezin, ...), en/of een bepaald gebied (huisvesting, rechtsbijstand, sociaal-professionele integratie, schuldbemiddeling, ...). Deze diensten ontvangen hun middelen uit verschillende financieringsbronnen. Wat de openbare bronnen betreft, zijn de middelen afkomstig van de verschillende institutionele niveaus, naar gelang van hun bevoegdheden. Onderstaande tabel, die is ontleend aan de Wegwijzer in welzijn en zorg in Brussel, geeft een overzicht van de soorten diensten per gemeenschap, volgens de sector en de doelgroep (Ars Collaborandi 2021, 45-48).



Brusselse diensten in Welzijn en Zorg

Overzicht van type diensten per gemeenschap, volgens sector en doelgroepen (cijfer = aantal locaties)

Panorama du social et de la santé à Bruxelles

Aperçu des types de services par communauté en fonction du secteur et public cible (chiffre = nombre de lieux d'activités)

	GGC / IRISCARE (EN OPENBAAR BESTUUR) COCOM / IRISCARE (ET SERVICES PUBLICS)	COCOF	VLAAMSE GEMEENSCHAP (EN VGC)
SOCIALE UITSLUITING - COHESIE EXCLUSION - COHÉSION SOCIALE 		Projets de cohésion sociale - communaux (211) et régionaux (71)	Samenleven in diversiteit (15) Samenlevingsopbouw Brussel (4) Verenigingen waar armen het woord nemen (7) Geïntegreerde wijkwerkings (4)
OUDEREN PERSONNES ÂGÉES 	Woningen voor ouderen / Habitations pour personnes âgées (2) Centra dagopvang voor bejaarden Centres d'accueil de jour personnes âgées (3) (2 ocmw/CPAS) Centra voor dagverzorging Centres de soins de jour (7) (4 ocmw/CPAS) Centra kortverblijf / Centres de court séjour (6) (1 ocmw/CPAS) Rust- (en verzorgingsste)huizen Maisons de repos (et de soins) (143) (26 ocmw/CPAS) Service-residenties / Résidences-services (21) (5 ocmw/CPAS)	Maisons communautaires (4) Services d'accueil de jour (6) Résidences-services (1) Acteurs promotion de la santé (25) Centres de coordination de soins et de services à domicile (5) Services d'aide à domicile (7)	Lokale dienstencentra (21) Centra voor dagverzorging (4) Centra voor kortverblijf en/of herstelverblijf (2) Woonzorgcentra (8) Groepen van assistentiewoningen (4) Lokaal/regionaal gezondheidsoverleg (LOGO) (1)
ZORG & GEZONDHEID SOINS & SANTÉ 	Diensten voor thuiszorg Services d'aide à domicile (16) (15 ocmw/CPAS) Diensten voor thuisverzorging / Services de soins à domicile (2) Teams van multidisciplinaire ondersteuning palliatieve zorg / Equipes d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs (2) Ziekenhuizen (acute en/of chronische) Hôpitaux (aigus et/ou chroniques) (22) Revalidatiecentra / Centres de rééducation fonctionnelle (29)	Maisons médicales (42) Services de soins palliatifs et continués (5) Hôpitaux universitaires (2) (FWB)	Dienst voor gezinszorg (3) Dienst voor thuisverpleging (1) Wijkgezondheidscentra (2) Palliatieve dagverzorgingscentra en multidisciplinaire begeleidingssequipes voor palliatieve verzorging (3) Universitair ziekenhuis (1) Revalidatievoorzieningen (3) Centra voor geestelijke gezondheidszorg (6)
GEESTELIJKE GEZONDHEID SANTÉ MENTALE 	Diensten voor geestelijke gezondheidszorg Services de santé mentale (6) (1 gemeentelijk/communal) Initiatieven beschut wonen / Initiatives d'habitations protégées (17) Psychiatrische verzorgingshuizen (PVT) Maisons de soins psychiatriques (MSP) (4) Psychiatrische ziekenhuizen / Hôpitaux psychiatriques (8)	Services de santé mentale (29) Services d'aide au toxicomanes (24) Initiative habitation protégée (1) Hôpitaux psychiatriques (3)	Centra voor geestelijke gezondheidszorg (6) Initiatieven beschut wonen (2) Psychiatrisch ziekenhuis (1)
HANDICAP KINDEREN & VOLWASSENEN ENFANTS & ADULTES 	Verblifcentra personen met een handicap / Centres d'hébergement personnes handicapées (7) (1 ocmw/CPAS) Diensten begeleid wonen en ADL / Services d'habitat accompagné et AVJ (9) (1 gemeentelijk/communal - 1 ocmw/CPAS) Dagcentra / Centres de jour (13) (2 ocmw/CPAS)	Centres d'hébergement PHARE (30) Services d'accompagnement PHARE (24) Centres de jour PHARE (28) Services d'accueil familial PHARE (2)	VAPH Woonondersteuning (verblijfscentra of groepswooning) (12) VAPH Kortverblijf (3) VAPH Mobile begeleiding (begeleid wonen en thuisbegeleiding / ADL) (5) VAPH Dagcentra (6) VAPH Centra voor functionele revalidatie (3) VAPH Dienst Ondersteuningsplan (DOP) (1)
SOCIALE HULPVERLENING AIDE SOCIALE 	Sociale diensten OCMW / Services sociaux des CPAS (44) Gemeentelijke sociale diensten / Services sociaux communaux (19) Centra eerste sociale opvang Centres premier accueil social (36) (16 buurtwoning/MdQ BXL) Centra voor gezinsplanning / Centres de planning familial (4) Diensten schuldbemiddeling / Services de médiation de dettes (24) (1 gemeentelijk/communal - 16 ocmw/CPAS) Crisisopvang voor thuislozen / Accueil de crise pour sans-abri (2) Onthaalhuizen / Maisons d'accueil (6) (1 ocmw/CPAS) Diensten begeleid wonen thuislozen / Services d'habitat accompagné sans-abri (12) (1 ocmw/CPAS)	Centres d'action sociale globale (CASG) (15) Centres de planning familial (27) Services de médiation de dettes (6) Accueil de crise pour sans-abri (1) Maisons d'accueil sans-abri (15)	Centra algemeen welzijnswerk (CAW) Diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen (10) CAW - dienst schuldbemiddeling (1) CAW - Onthaalhuizen voor daklozen (2) CAW - Woonbegeleiding thuislozen (4)
JUSTITIEEL WELZIJNWERK AIDE AUX JUSTICIAIBLES 	Diensten justitieel welzijnswerk Services d'aide sociale aux justiciables (5) Eerstelijns hulp voor slachtofferhulp / Première assistance aux victimes (16) (federale politie/police fédérale (13) en gemeentelijk/communal (3))	Accueil des victimes en maison de justice (1) Partenaires de l'aide aux justiciables (9)	Slachtofferonthaal in het justitiehuis (1) CAW - Justitieel welzijnswerk (1) CAW - Dienst slachtofferhulp (1) CAW - Daderhulp seksueel overschrijdend gedrag (1)
GEZINSONDERSTEUNING & JONGE KIND SOUTIEN AUX FAMILLES & PETITE ENFANCE 		ONE - Bureaux de consultations prénatales et/ou enfants (80) ONE Services d'accueil spécialisé petite enfance (3) Services d'aide en milieu ouvert (AMO) (25) Centres d'information des jeunes (10)	Kind & Gezin consultatiebureaus (20) Kind & Gezin Inloop-teams (2) Kind & Gezin Centra kinderzorg en gezinsondersteuning (2) Centrum integrale gezinszorg (1) Werkingen maatschappelijk kuisbare jongeren (WUMKJ) (10) CAW - Jongerenadvies (1) Centra voor leerlingenbegeleiding (CLB) (6) Crisismeldpunt CRISIS-BXL (1)
JEUGDHULP EN -WELZIJN AIDE AUX JEUNES 	Crisismeldpunt CRISIS-BXL / Point d'accueil central en situation de crise (1)	Equipes SOS enfants (2) Service d'aide à la jeunesse (1) Accueil résidentiel pour jeunes (SRU-SRS-SRG-SROD-PPP) (29) Aide non résidentielle pour jeunes (accompagnement, accueil familial, aide logement autonome ...) (46)	Vertrouwenscentrum kindermishandeling (1) Ondersteuningscentrum jeugdzorg (1) Organisaties voor bijzondere jeugdhulp - residentieel (7) Organisaties voor bijzondere jeugdhulp - ambulante (thuisbegeleiding, pleegdienst, crisis hulp aan huis, begeleid zelfstandig wonen ...) (11)

SOURCE Bruxelles Social social.brussels.be

bron Sociaal Brussel social.brussels.be

Figuur 6: Wegwijzer in welzijn en zorg Brussel (Ars Collaborandi 2021)



3.3. Niet-toegang en niet-gebruik van rechten

Zoals uit onderdeel 2 blijkt, is de toegang tot zorg-, hulp- en ondersteuningsdiensten grotendeels afhankelijk van de toegang tot sociale rechten. Hoewel de hierboven genoemde diensten (OCMW's en door de gemeenschap erkende diensten) bijdragen tot een daadwerkelijke toegang tot rechten en tot het verkrijgen van steun en begeleiding die verder gaat dan financiële hulp, blijft niet-toegang tot rechten een realiteit en is het zowel een symptoom als oorzaak van sociale kwetsbaarheid.

“De term 'niet gebruik van rechten' (of 'non take-up') kan de indruk wekken dat het volstaat {mensen} aan te moedigen hun rechten te “claimen” en zich te wenden tot de instellingen of diensten die uitkeringen of sociale voordelen toekennen. (...) De weinige studies die over dit onderwerp zijn uitgevoerd, wijzen ook op de beperkingen van deze term en spreken daarom liever van ‘onderbescherming’” (Galand et al. 2013, 27) (vrije vertaling).

Het Steunpunt tot bestrijding van armoede noemt verschillende oorzaken van niet-gebruik en niet-toegang tot rechten (Galand et al. 2013), waaronder:

1) Op het vlak van beleid en regelgeving:

- De ingewikkeldheid van de regelgeving voor zowel gebruikers als maatschappelijk werkers (taal, te nemen stappen, aan te vragen diensten, ...), die het risico van het doorgeven van onvolledige of foutieve informatie vergroot en de autonomie van de gebruikers in de procedures niet bevordert;
- Deze complexiteit wordt versterkt door de voorwaardelijkheid van rechten (versterkt sinds de jaren 1980, vooral met de invoering van het statuut van samenwonende) en een beleid dat op doelgroepen gericht is;
- Informatie en communicatie die niet voldoende toegankelijk is om mensen bewust te maken van mogelijke gebruiksmogelijkheden en een gebrek

aan actieve bevordering van rechten als gevolg van budgettaire overwegingen.

2) Op het vlak van het werkveld, in de betrokken diensten en instellingen:

- Gebrek aan (kwaliteits)informatie: onvoldoende informatie, ongeschikt taalgebruik, informatie niet op het juiste moment gegeven, ...;
- Niet-optimale toegankelijkheid van hulp en diensten: mobiliteit, onthaal, formaat (mogelijke digitale barrière);
- De moeizame opeenvolging van administratieve stappen, waarvan de rationaliteit moeilijk te aanvaarden/erkennen is (mogelijke kilheid en traagheid van procedures die als ver van de sociale wereld van de begunstigde en zijn onmiddellijke behoeften worden ervaren);
- De relatie tussen de hulpzoeker en de dienstverlener, die vooral gekenmerkt wordt door de spanning tussen helpende en controlerende rollen of tussen pro-activiteit en privacy;
- Een gefragmenteerd aanbod, zonder globale aanpak.

3) Op het vlak van de potentiële begunstigden:

- Niet geïnformeerd zijn;
- Mogelijke gevoelens van schaamte, stigmatisering;
- Het gevoel dat het aanbod niet aan de vraag of de behoefte voldoet (criteria, termijn, taalgebruik);
- Angst voor voorwaarden en verwachtingen die als te veeleisend worden ervaren: *“sommige mensen durven niet naar een dienst te gaan die beslist over de toekenning of het behoud van een uitkering, uit vrees dat hen bepaalde rechten zullen worden ontnomen, dat hen onrealistische voorwaarden zullen worden opgelegd (gekoppeld aan activering)...”* (vrije vertaling) (Galand et al. 2013, 27);
- Angst voor controle en gevolgen van de aanvraag, eventueel bestaan van schulden tegenover de dienst, door de persoon gevoelde onzekerheid, angst voor negatieve gevolgen als hij in



contact treedt met de officiële diensten;

- Eerdere ervaringen met een dienst zijn sterk bepalend voor het latere beroep dat erop wordt gedaan (onthaal, succes van eerdere aanvragen, termijn, ...);
- Gebrek aan vertrouwen van de aanvrager in zijn vermogen om de stappen te ondernemen en de aanvragen op te volgen.

Kortom, er bestaan sociale rechten, die financiële en materiële hulp en ondersteuning omvatten. Ze zijn talrijk, ingewikkeld en vaak voorwaardelijk, en degenen die ze het meest nodig hebben, vinden het vaak moeilijk er aanspraak op te maken of van de diensten gebruik te maken, omdat ze in allerlei kwetsbare situaties verkeren. Er is nog heel wat steun en begeleiding nodig om ervoor te zorgen dat sociale bescherming en aanverwante diensten volledig inclusief zijn.



DEEL 4 | Zorgniveaus: het WHO-model van zorgorganisatie

Met de ontwikkeling van op solidariteit gebaseerde stelsels van sociale bescherming na de Tweede Wereldoorlog en de daaruit voortvloeiende behoefte aan efficiëntie om de kwaliteit van de zorg en het gebruik van de beschikbare financiële middelen te optimaliseren, publiceerde de WHO in 1978 de 'Verklaring van Alma Ata' naar aanleiding van de Internationale conferentie over primaire gezondheidszorg in die stad (Organisation Mondiale de la Santé 1978). Bijzondere nadruk werd gelegd op het belang van niet-medische determinanten van gezondheid (in de jaren 2000 werd op basis daarvan een globaal model ontwikkeld) en op sociale ongelijkheden op vlak van gezondheid (Solar et Irwin 2007). Het gezondheidssysteem werd geschetst als een piramide met drie niveaus volgens een logica van aanvullende specifieke kenmerken, waarvan het eerste de basis vormde: de primaire gezondheidszorg. Meer dan 40 jaar later is de algemene opbouw ervan nog steeds pertinent en actueel.

4.1. Eerste niveau: primaire gezondheidszorg

Ongeacht het land of de gemeenschap is "primaire gezondheidszorg essentiële gezondheidszorg, gebaseerd op praktische, wetenschappelijk verantwoorde en sociaal aanvaardbare methoden en technieken, die universeel toegankelijk wordt gemaakt voor alle individuen en gezinnen in de gemeenschap met hun volledige participatie en tegen een kostprijs die de gemeenschap en het land zich kunnen veroorloven in alle stadia van hun ontwikkeling in een geest van zelfverantwoordelijkheid en zelfbeschikking; ze is een integrerend deel van zowel het nationale gezondheidsstelsel, waarvan ze de steunpilaar en het middelpunt is, als van

de economische en sociale ontwikkeling van de gemeenschap als geheel; ze is het eerste contactniveau van individuen, het gezin en de gemeenschap met het nationale gezondheidsstelsel, waardoor de gezondheidszorg zo dicht mogelijk bij de plaats komt waar de mensen wonen en werken, en ze is het eerste element van een ononderbroken proces van gezondheidsbescherming" (vrije vertaling) (Organisation Mondiale de la Santé 1978), dat hand in hand gaat met een proces van sociale bescherming.

Al in 1920 werd deze trapsgewijze aanpak door Dawson (Dawson 1920) in een functionele rangschikking beschreven en door Barbara Starfield in 1994 overgenomen door formeel onderscheid te maken tussen 'primaire zorg', gekenmerkt door de 4C's (first Contact, Continuity, Comprehensiveness, en Coordination), en 'primaire gezondheidszorg', die bovendien de nadruk legt op de individuele en maatschappelijke dimensie, bevoegdheid en verantwoordelijkheid (Starfield 1994). Deze verschillende theoretische en conceptuele ontwikkelingen hebben veel semantische en daardoor vaak steriele debatten op gang gebracht die vandaag nog worden gevoerd over de precieze definities van primaire zorg, primaire gezondheidszorg, basiszorg, eerste niveau-, eerste toevlucht-, eerste contact-, eerste lijn-, niveau 1-zorg,...

In 2008 bevestigde de WHO de geldigheid van deze trapsgewijze aanpak door bepaalde aspecten ervan te versterken en de aandacht te vestigen op 3 essentiële ontsprongen in de gezondheidsstelsels (Organisation Mondiale de la Santé 2008):

1. een onevenredige nadruk op een eng specialistisch curatief zorgaanbod;
2. ziektebestrijding, gericht op resultaten op korte termijn, die de dienstverlening fragmenteert;
3. een zekere laissez-faire in het beheer, die de ongecontroleerde vermarkting van gezondheid heeft aangemoedigd.



En in 2018, 40 jaar na Alma Ata, voegde de Internationale Conferentie die in Astana door de WHO bijeengeroepen was, aan alle eerdere aanbevelingen die van universele gezondheidsdekking en het bereiken van de Duurzame Ontwikkelingsdoelen toe (World Health Organization, Regional Office for Europe 2018).

Het primaire niveau ziet in één jaar (en deze gegevens zijn betrekkelijk constant) 70% van zijn bevolking (actief bestand, contactgroep), 85% in 2 jaar en 95% - d.w.z. bijna de volledige populatie in 3 jaar, voor alle gezondheidsproblemen die door deze bevolking worden geuit⁴. Het kan ze in 85-90% van de gevallen doeltreffend behandelen, de anderen worden doorverwezen naar het secundaire en tertiaire niveau, d.w.z. de gespecialiseerde niveaus (Bourgueil, Marek, et Mousquès 2009; Département de Médecine Générale 2020; sfgm, s. d.).

4.2. Secundair en tertiair niveau

Specialisten, gezondheidscentra met een specifieke oriëntatie (geestelijke gezondheidszorg, voor druggebruikers, gezinsplanning, ...), regionale ziekenhuizen, gespecialiseerde centra (voor palliatieve zorg, ...) behoren niet tot het primaire niveau wegens hun niveau van populatieselectie of hun specialisatie: ze behoren tot het secundaire niveau. En de meest technologische zorgstructuren (universitaire ziekenhuiscentra) vormen het tertiaire niveau.

⁴ Deze cijfers komen uit micro-epidemiologische studies, in het bijzonder die van Henk Lamberts, uitgevoerd op basis van systematische registraties in consulten bij de huisarts (symptomen, klachten, ...). Zie bijvoorbeeld: Lamberts, H., en

4.3. Integratie van gemeenschapsgezondheid in het WHO-model: ontstaan van niveau 0

De integratie van gemeenschapszorg in de structurering van het gezondheidssysteem als basis van het primaire niveau en de eerste lijn vormde een **EERSTE EVOLUTIE VAN DE ORGANISATIE ↗** van de zorg zoals die in 1978 in Alma Ata gemodelleerd was. Als zodanig is gemeenschapsgezondheid, of juist, gemeenschapsactie in gezondheid (Bantuelle, Mouyart, et Prévost 2013), geïntegreerd als een strategie voor gezondheidsbevordering (Fédération Bruxelloise de Promotion de la Santé et Francophones Bruxelles 2021).

“Gemeenschapsactie verwijst naar elk initiatief dat uitgaat van individuen, gemeenschapsgroepen, een gemeenschap (geografisch, lokaal, regionaal, nationaal; van belangen; van identiteiten) met als doel een collectieve en solidaire oplossing aan te brengen voor een sociaal probleem of een gemeenschappelijke behoefte.

Gemeenschapsactie is gebaseerd op meervoudige en gediversifieerde praktijken (opzetten van middelen en diensten, sociale transformatie, volkseducatie, ...) die doelstellingen nastreven van sociale rechtvaardigheid, solidariteit, democratie, eerlijker verdeling van rijkdom, gelijkheid tussen mannen en vrouwen en tussen volkeren. Deze acties worden gevoerd met het oog op educatie en democratisch functioneren, om de autonomie van individuen en gemeenschappen te bevorderen (empowerment)” (vrije vertaling) (La pratique de l’action communautaire, Lamoureux H., Lavoie J., Mayer R., 2008, aangehaald door (Bantuelle, Mouyart, et Prévost 2013, 10).

De verschillende definities van gemeenschapsgezondheid benadrukken verschillende specifieke kenmerken: multidisciplinariteit, multisectorialiteit,

I. Hofmans-Okkes. 1996. “Episode of Care: A Core Concept in Family Practice”. The Journal of Family Practice 42 (2): 161-67.



wetenschappelijkheid en vooral participatie: *“Gemeenschapsgezondheid is een multisectorale en multidisciplinaire samenwerkingsactiviteit die gebruik maakt van volksgezondheidswetenschappen, empirisch onderbouwde actiemethoden en andere benaderingen die gemeenschapsdeelname en -betrokkenheid, met een gepaste cultuur, mogelijk maken om de gezondheid en de levenskwaliteit van alle mensen die er wonen te optimaliseren, (...)”* (vrije vertaling) (Goodman, Bunnell, et Posner 2014, 62).

Gemeenschapsgezondheid wordt dus actief geassocieerd met het begrip gezondheidsbevordering: *“Gezondheidsbevordering heeft tot doel mensen meer controle over hun eigen gezondheid te geven en meer middelen om die te verbeteren. Om een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn te bereiken, moet het individu of de groep zijn ambities kunnen bepalen en verwezenlijken, aan zijn behoeften kunnen voldoen en kunnen mee-evolueren met of zich aanpassen aan zijn omgeving. Gezondheid wordt dus gezien als een hulpbron voor het dagelijks leven, niet als het doel van het leven; het is een positief concept dat de nadruk legt op sociale en persoonlijke hulpbronnen en lichamelijke mogelijkheden. Gezondheidsbevordering is daarom niet alleen een zaak van de gezondheidssector: het gaat niet alleen om het bepleiten van leefstijlen die een goede gezondheid bevorderen; de ambitie is het volledige welzijn van het individu”* (vrije vertaling) (World Health Organization, Regional Office for Europe 1986).

Daarom dient een niveau te worden toegevoegd aan de piramide met 3 niveaus

van de WHO: niveau 0, het niveau van de gemeenschap, waar kennis van niet-deskundigen wordt verzameld en verspreid en dat erg belangrijk is bij het verwoorden en aanpakken van de gezondheidsproblemen van een gemeenschap. De twee niveaus 0 en 1 moeten samen efficiënte en synergetische dialectische relaties uitbouwen om het meer complete model van gemeenschapsgerichte primaire zorg (COCP Community-oriented primary care) uit te werken:

“Gemeenschapsgerichte primaire zorg is een strategie waarbij de concepten van primaire gezondheidszorg en gemeenschapsgeneeskunde systematisch worden ontwikkeld en in een gecoördineerde praktijk worden samengebracht. (...) De nadruk op dit soort integratie was een kenmerk van de Verklaring over primaire gezondheidszorg van de Conferentie van Alma-Ata: De primaire gezondheidszorg richt zich op belangrijke gezondheidsproblemen in de gemeenschap, en verleent diensten op het gebied van bevordering, preventie, behandeling en revalidatie. (...) Gemeenschapsgerichte primaire gezondheidszorg verenigt twee vormen van praktijk - klinische zorg voor personen in de gemeenschap en aspecten van gemeenschapsgeneeskunde.” (vrije vertaling) (Connor et Mullan 1983).

We bevinden ons hier dus aan de kant van het aanbod, de planning, de organisatie van het gezondheidssysteem, van de meest veelzijdige tot de meest geavanceerde aspecten, en de basis van dit systeem steunt op de primaire zorg.



DEEL 5 | Zorglijnen: het perspectief van de gebruikers van de diensten en de toegang tot zorg en ondersteuning

Anderzijds kunnen gebruikers, op grond van de vrije wil, de vrije keuze, al dan niet reële noodsituaties en een reeks situaties met inbegrip van specifieke bevoegdheden, rechtstreeks het secundaire niveau inschakelen of raadplegen zonder eerst het primaire niveau en een verwijzing te hebben doorlopen. Het secundaire niveau wordt dan in feite hun eerste contact en komt in de 'eerste lijn' te staan. Deze gevallen zijn vaak gerechtvaardigd: waarom eerst naar de huisarts en dan pas naar de tandarts, eerst naar een wijkgezondheidscentrum en dan naar het centrum voor geestelijke gezondheidszorg...? Soms zijn er echter veel kortsluitingen, wat leidt tot problemen met de kwaliteit van de zorg, laattijdige inschakeling, eindeloze en overbodige zorgtrajecten, ... Bovendien is het primaire niveau verzadigd geraakt en wordt het ook zo ervaren, heeft het te weinig middelen, een tekort aan personeel, of begint het helaas zelf selecties te maken qua populaties of diensten (geen voorschriften voor drugsverslaafden, geen gebruikers die te laat komen, beperkingen in openingstijden en beschikbaarheid, geen zorg zonder sociale verzekering, ...).

Als we dus aan de kant van de gebruiker staan, bevinden we ons aan de kant van vraag en toegang. We spreken dan eerder van 'lijnen', waarvan de eerste - terecht of onterecht - die is van het eerste contact met het gezondheidssysteem. Structuren zoals de spoeddienst van het ziekenhuis, het centrum voor drugsverslaafden, gezinsplanning, de sociale dienst van het OCMW, de oogarts die als eerste intentie geraadpleegd wordt, worden dan functioneel 'eerstelijns', ook al bevinden ze zich structureel op het secundaire niveau.

In de taal van het dienstenontwerp en de studie van de gebruikerservaring spreken we van 'contactpunten' om elke ontmoeting

(fysiek of virtueel) tussen een of meer diensten en een gebruiker aan te duiden. Dit zijn sleutelmomenten van interactie die al dan niet vertrouwen kunnen opwekken. Daarom zijn ze van bijzonder groot belang voor de inclusie van kwetsbare groepen in een zorgtraject.

Bovendien heeft de gezondheidscrisis de verwarring nog vergroot: het vaak gemobiliseerde oorlogslexicon heeft ziekenhuizen aangewezen als de 'frontlinie' van de epidemie, d.w.z. de plaats van zorg die prioritair gemobiliseerd wordt en waar de verzorgers het meest met het risico geconfronteerd werden.

We merken op dat het begrip 'lijn' vooral gebruikt wordt om over de 'eerste lijn' te spreken. We spreken zelden van tweede en derde lijn. De vraag die opkomt is: tot wie wenden we ons het eerst om een probleem te melden? Als er dus een mogelijke tweedeling bestaat tussen de zorgniveaus zoals die voor de aanbodzijde bedacht zijn enerzijds en de toegangspraktijken van de gebruikers van zorg en diensten anderzijds, dan leidt deze vraag tot andere vragen voor de professionals, a fortiori betreffende de meest kwetsbare groepen:

- Is dit het eerste contact met het zorg- en dienstenaanbod voor een persoon die er tot nu toe weinig of geen contact mee heeft gehad?
- Kan of moet deze eerstelijnsgezondheidswerker in dit geval als toegangspoort tot het aanbod fungeren en is hij verantwoordelijk voor de opname van de hulpbehoevende in een zorg- en ondersteuningstraject? Met andere woorden, er zijn situaties waarin een raadpleging 'op zich voldoet' en er geen beroep op andere professionals nodig is, terwijl andere het begin zijn van een traject dat meerdere



contactpunten zal tellen, met name door de inschakeling van andere hulpverleners of diensten.

- Als het geen eerste contact is, is het dan nodig dat de professional communiceert met andere professionals die al met deze persoon werken?

Deze tweedeling roept dus de vraag op naar de circulatie van mensen in het zorg- en dienstenaanbod en naar de manier waarop professionals deze mensen

oriënteren en in complementariteit naar elkaar verwijzen.

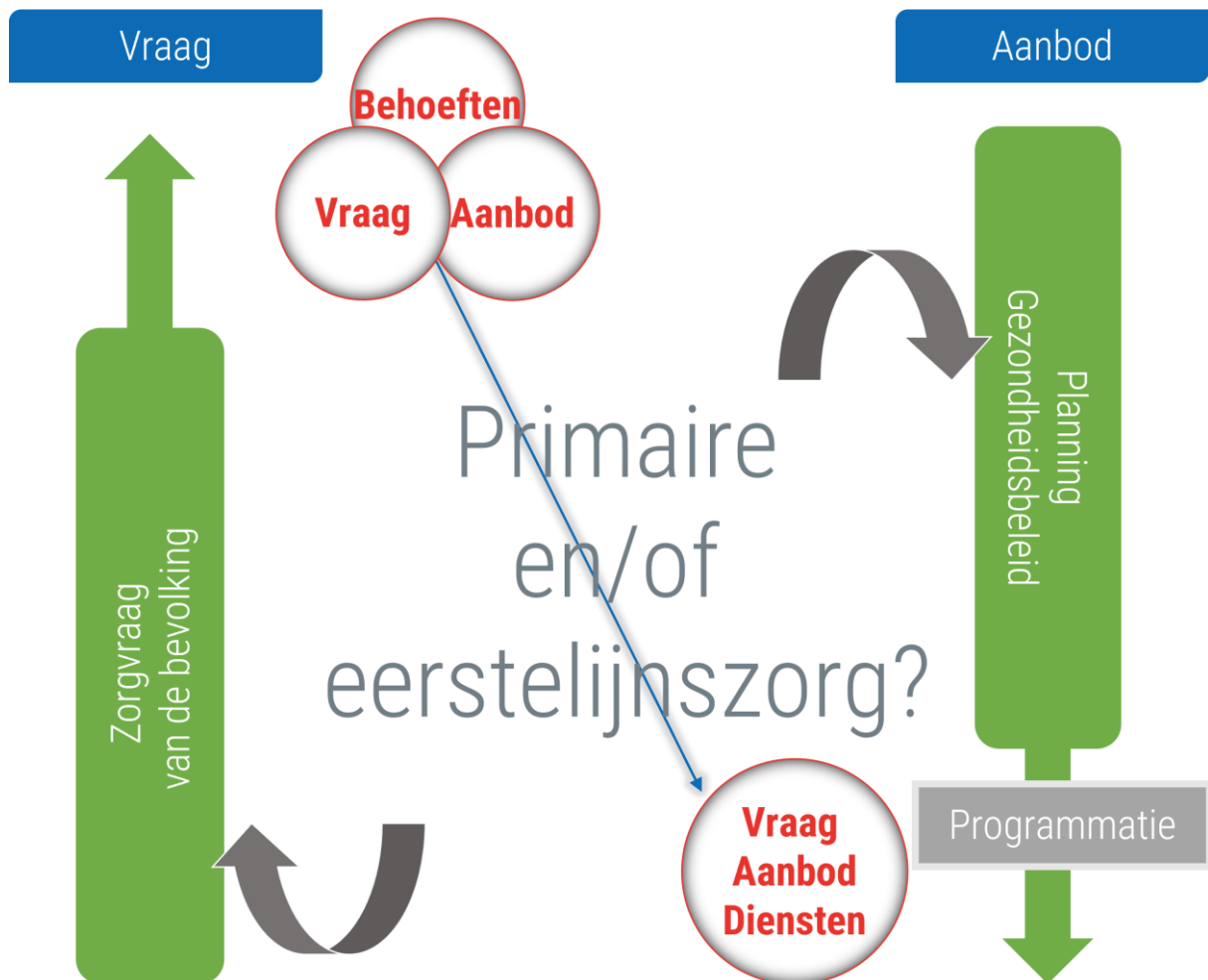
Het onderscheid tussen zorgniveaus en zorglijnen is dus niet alleen een semantische of bureaucratische bekommernis, maar heeft belangrijke gevolgen voor de formalisering, de structurele en operationele planning van het gezondheidssysteem op het vlak van de toegankelijkheid, en ook voor de financiering van de betrokken structuren.



DEEL 6 | De opkomst van specifieke diensten: het tweede niveau in de eerste lijn?

Hoewel de benadering van aanbod-vraag-diensten, niveaus en lijnen in de loop van de tijd relevant is en blijft, heeft ze baat gehad bij talrijke conceptuele ontwikkelingen en pragmatische ervaringen, en werd ze geleidelijk verfijnd,

met als doel dat lijnen en niveaus, aanbod, vraag en diensten elkaar zoveel mogelijk en met de grootst mogelijke efficiëntie aanvullen, maar met respect voor gevestigde en gestabiliseerde situaties, en voor individuen en groepen.



Figuur 7: Benadering van aanbod-vraag-dienst, naar Michel Roland



6.1. Ontstaan van eerstelijnsverenigingen die zich richten op een specifieke vorm van aanbod, sector of thema

Na de integratie van de gemeenschapsgezondheidszorg is een **TWEDE EVOLUTIE VAN DE ZORGORGANISATIE** ↗ gekoppeld aan de geschiedenis van de ambulante zorg- en sociale hulpverlening in België, vooral in Brussel. Dit veld werd in de jaren 1970 en 1980 gevormd op militante grondslagen van een ideologische breuk met een reeks dominante maatschappelijke waarden in die tijd. De strijd - want het ging soms om een echte strijd - leidde tot de formalisering en oprichting van geëngageerde verenigingen, gegroepeerd in enkele gepolariseerde sectoren: wijkgezondheidscentra (als antwoord op hypertechnologie, ziekenhuiscentrisme en liberale geneeskunde), gezinsplanning (voor anticonceptie, vrijwillige zwangerschapsonderbreking, in het kader van de feministische bewegingen), geestelijke gezondheidszorg (rond geestelijke hygiëne en de wens om sectorisatie en bepaalde aspecten van antipsychiatrie te bevorderen), centra voor patiënten die middelen gebruiken (als antwoord op het beleid van criminalisering van drugsverslaafden en de weigering van hun therapeutische zorg), ...

Zo'n twintig jaar later zijn deze verschillende verenigingen door de overheid erkend, net als hun federatieve pijlers, en deze officiële legitimiteit maakt het moeilijk om structurele veranderingen door te voeren. En toch, ondanks de complementariteiten en samenwerkingsverbanden op het terrein, bestaan er lacunes en redundancies, waardoor het traject van de gebruikers soms erg ingewikkeld is, wat leidt tot verspilling van middelen en energie, en tot rivaliteit bij de toewijzing van de beschikbare budgetten. Vandaar het (in hoge mate minderheids)voorstel aan de Adviesraad

van de Franse Gemeenschapscommissie (COCOF) in 2005 van een "Proposition 'martyr' pour une restructuration de la 1^{ère} ligne à Bruxelles" (Sneuvelfoorstel voor een herstructurering van de eerste lijn in Brussel), dat de functionele groepering van eerstelijnsverenigingen met de wijkgezondheidscentra van het eerste niveau beoogt onder de vorm van 'Globale Gezondheidscentra', (Lejeune, Roland, et Zombek 2005), een idee dat momenteel in praktijk gebracht wordt in de vorm van de CSSI 'Centres social-santé intégrés' (Geïntegreerde welzijns- en gezondheidscentra), die hetzelfde doel nastreven, namelijk de optimalisering van de eerste lijn en het eerste niveau onder de vorm van te evalueren proefexperimenten: schaalvoordelen, completer inspelen op de behoeften en vragen van de gebruikers, fijnere profilering van de aangeboden diensten, nieuwe initiatieven en nieuwe projecten, sterke integratie in de gemeenschap...

6.2. Opkomst van de 'lage drempel': de 0,5-lijn, gericht op de specifieke doelgroep van de meest kwetsbaren

DERDE EVOLUTIE ↗ ongeveer tegelijkertijd: de verenigingen worden elk in hun pijler geconfronteerd met dezelfde structurele moeilijkheden als gevolg van de voortschrijdende etnoculturele diversificatie in het Brusselse Gewest, de verontrustende toename van sociale (en dus ook gezondheids-) ongelijkheid en armoede, de concentratie van migranten zonder papieren en onzichtbare bevolkingsgroepen, de moeilijke relaties met hen, met name omdat ze geen toegang tot zorg hebben, de soms stigmatiserende en repressieve houdingen van de overheid, ... Bovendien lijden deze verenigingen onder een gebrek aan logistieke en menselijke middelen, dat laatste door een gebrek aan artsen, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, psychologen, wegens een gebrek aan financiering of



inzet voor deze moeilijke beroepen, of een gebrek aan erkenning van nieuwe beroepen zoals begeleiders...

Volgens recent onderzoek signaleren werknemers die zich in de '0,5-lijn' herkennen bij hun doelpubliek een of meer van de volgende kenmerken:

“opeenstapeling van kwetsbaarheden, onveiligheid, structureringswijze, zwak sociaal netwerk, comorbiditeiten, onzichtbaarheid/van de radar, stigmatisering, ondergaan van institutioneel geweld, moeilijke toegang, weinig/geen verwachting, geen vraag” (Di Biagi et al. 2022).

Om deze steeds groter wordende aantallen kwetsbare mensen niet aan de kant te laten staan en hen toegang te bieden tot zorg- en hulpdiensten, **hebben enkele verenigingen specifieke benaderingen, vaardigheden en interventiemethoden ontwikkeld die aan het onthaal van deze groep zijn aangepast.** Om een 'lage drempel' te vormen, hebben ze door de omstandigheden en met immens veel voluntarisme de belangrijke plaats ingenomen die ze nooit hadden mogen hebben, maar die niettemin onmisbaar is geworden. Op dit moment werd de naam '**0,5-lijn**' bedacht, een lijn die overeenkomt met het eerste toevlucht voor deze gebruikers. Het is een laatste vangnet, verzachtend voor de andere niveaus, dat bedoeld is als overgangmaatregel, maar in deze periode van fundamenteel en zelfs cruciaal belang is, en daarom toch op lange termijn wordt opgevat.

Het Brussels Gezondheidsplan definieert de 0,5-lijn precies zo: *“In het kader van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg moet meer aandacht besteed worden aan bepaalde meer kwetsbare groepen, die de eerste slachtoffers zijn van de gezondheidsongelijkheden en die uitgesloten zijn van de klassieke gezondheidszorgsystemen.*

De meest kwetsbare (daklozen, personen die vallen onder de bescherming van de maatschappij of de dringende medische hulpverlening, drugverslaafden, ...) en onder

hen, de meest prioritaire doelgroepen, zijn daklozen en groepen met risicogedrag, met name sekswerkers en drugverslaafden.

De moeilijkheden die zij ondervinden met betrekking tot de toegang tot gezondheidszorg zijn aan verschillende factoren toe te schrijven: verlies van sociale dekking, slechtbegrip van het gezondheidszorgsysteem, slechte afstemming van het aanbod op de doelgroepen en een gebrek aan middelen. Die kwetsbare doelgroepen worden momenteel niet of slecht gedekt door de 'klassieke' eerstelijnszorg. Er wordt dus voorgesteld om bij de toekomstige ontwikkeling van het eerstelijnszorgaanbod een tussenzorglijn toe te voegen, de '0,5-lijn'” (Commission Communautaire Commune 2018, 27).

De Ordonnantie betreffende het eerstelijnszorgbeleid van 4 april 2019 en het Brussels Regeerakkoord 2019-2024 gaan in dezelfde richting door de fundamentele dimensies van evenredige universele dekking en volksgezondheid toe te voegen. Al deze elementen worden uiteengezet in de nota⁵ die naar het Kabinet gestuurd is om de oprichting van een 0,5-platform te steunen, uitgaande van bestaande coördinatie, waarbij alle mogelijke samenwerkingsverbanden met de structuren die al op dit gebied actief zijn (Brusano, Bruss'Help, ...) worden benadrukt.

Conceptueel is de 0,5-lijn verbonden met niveau 0 (gemeenschapsgezondheid), dat ze wil (her)bekrachtigen in een beweging van empowerment en solidariteit, en met niveau 1, dat ze wil uitdagen en terugbrengen naar zijn geformaliseerde plaats als eerste lijn en eerste niveau. Deze lijn, waarvan de formalisering aan de gang is, is meervoudig en bundelt, terwijl ze doorlaatbaar blijft, structuren zoals deze die momenteel het 0,5-platform in wording vormen:

1. diensten voor primaire zorg (niveau 1 voor het aanbod);
2. diensten van het 2de niveau (voor het aanbod) maar in feite 1ste lijn (voor

⁵Nota aan het kabinet: Naar een 0,5-platform in Brussel. Coördinatie 0,5, maart 2020



de vraag), zoals bepaalde ambulante welzijns-gezondheidsverenigingen en bepaalde ziekenhuisdiensten;

3. OCMW's en sociale coördinaties;
4. gebruikersorganisaties;
5. specifieke diensten die structureel als laagdrempelig-0,5 zijn opgericht (prostitutie, migranten, drugsverslaving, precaire situatie, geestelijke gezondheidszorg, vrouwen, gevangenis, daklozen, ...).

De dimensies actie-onderzoek en operationeel onderzoek zijn inherent aan dit soort projecten, die mogelijk gedragen worden door veld-, academische of gemengde structuren, zoals de Chaire santé-précarité (leerstoel gezondheid-kwetsbaarheid).

Ook al is de 0,5-lijn niet als permanent bedoeld, toch heeft ze in deze periode een echte identiteit gekregen, waaruit blijkt dat haar functies momenteel nog niet naar behoren door het primaire niveau worden overgenomen.

6.3. Ontstaan van ondersteunende structuren: het 1,5-niveau

VIERDE EVOLUTIE ↗, in het kielzog hiervan is een laatste soort structuren ontstaan: structuren die het primaire aanbodniveau (primaire gezondheidszorg) ondersteunen om het te helpen zijn doelstellingen en missies te bereiken: aanbrengen van hulpmiddelen, delen van deskundigheid, vernieuwende methoden, capaciteitsversterking, co-consultaties, netwerken, nieuwe beroepen, ... Tot deze categorie behoren bijvoorbeeld het RAT (Réseau d'aide aux toxicomanes, steun aan huisartsen bij hun zorg), Smes (voor precaire patiënten met een dubbele diagnose van verslaving en geestelijke gezondheid), Brusano, ondersteunende diensten voor palliatieve zorg zoals multidisciplinaire palliatieve zorgondersteuningsteams, bepaalde ziekenhuisdiensten, ... Dit is een ander tussenniveau, maar dit keer tussen het

primaire en secundaire niveau, daarom aangeduid als 1,5, en waaronder ook de 0,5 lijn valt in enkele van zijn ondersteunende aspecten met als doel de gebruikers opnieuw in de burgerrij te brengen en hen effectief opnieuw in de primaire zorg op te nemen.

6.4. Eerstelijns- en laagdrempelige verenigingen: diensten gericht op specifieke problemen of doelgroepen

De hierboven beschreven structuren, diensten, projecten of regelingen hebben verschillende gemeenschappelijke kenmerken:

- Ze zijn 'gericht op' hetzij een **specifieke doelgroep** ongeacht de problemen, hetzij op een **specifiek probleem**, ongeacht de doelgroep; ze kunnen hun doelgroep eventueel beperken door deze twee criteria te combineren;
- Ze stellen een globale aanpak voor waarin de patiënt centraal staat, die concreet tot uiting komt door **multidisciplinair teamwerk**. De ambitie hier is voor sommigen om de begeleiding van het specifieke probleem te 'defocussen', wat neerkomt op het toevoegen van gespecialiseerde vaardigheden in een aanvankelijk generalistische begeleiding, en voor anderen om de slaagkansen van de begeleiding van een pathologie of een specifiek probleem te vergroten door de daarmee samenhangende problemen te behandelen, wat neerkomt op het toevoegen van generalistische vaardigheden aan een aanvankelijk gespecialiseerde zorg;
- Ze kunnen in feite **voor sommige patiënten een toegangspoort tot het zorgsysteem zijn** (*first contact*), hoewel ze aanvankelijk verschillende toegankelijkheidslogica's hebben

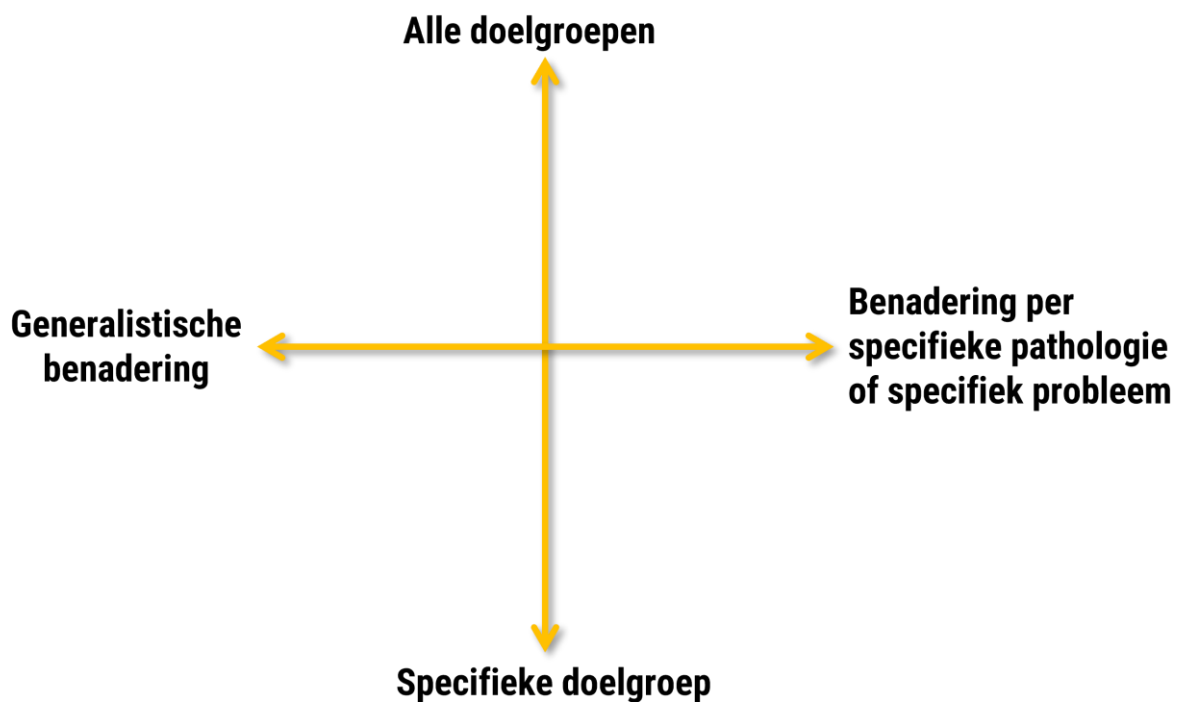


(*outreaching*, eerste niveau of tweede niveau).

Zoals uit de onderstaande grafiek blijkt, kunnen specifieke doelgroepen onderscheiden worden aan de hand van leeftijd of statuut, maar ook aan de hand van de niet-medische problemen waarmee ze te maken krijgen: mantelzorgers zijn, sociaaleconomische kwetsbaarheid, eventueel verder gespecificeerd

(huisvesting, bescherming van de maatschappij, prostitutie, migratiesituatie, ...)

De benadering per pathologie of specifiek probleem omvat diensten die gericht zijn op problemen zoals geestelijke gezondheidsstoornissen, verslaving, diabetes, chronisch nierfalen, hiv, zwaarlijvigheid, palliatieve zorg, ...



Figuur 8: Verdeling van diensten naar doelgroepen en problemen

De historische evolutie van de organisatie van zorg en hulpverlening in Brussel heeft dus geleid tot de conceptualisering van een nieuwe lijn en een nieuw zorgniveau. De nieuwe lijn - de 0,5-lijn - wordt onder de eerste lijn geplaatst, d.w.z. met een mate van toegankelijkheid die verruimd wordt tot het punt van naar de doelgroepen toegaan

(*outreaching*). Het nieuwe niveau biedt ondersteuning voor eerstelijns werkers om hun capaciteit voor de opvang van de meest kwetsbare groepen te versterken.

Er tekenen zich in de praktijk dus verschillende vormen van dienstenorganisatie af, die het mogelijk maken een grotere toegankelijkheid voor kwetsbare personen op te bouwen.



DEEL 7 | De meervoudige vormen van zorgorganisatie voor kwetsbare personen

7.1. Multidisciplinariteit

Zoals Mathieu De Backer, directeur van Smes, uitlegt: *“De doelgroep stapelt moeilijkheden op - toenemende ongelijkheid, beperking van bepaalde rechten, moeilijke toegang tot huisvesting... - en de beroepskrachten die met deze veelheid van moeilijkheden te maken krijgen, moeten alle beroepen tegelijk uitoefenen: maatschappelijk werker, psycholoog, arts, ... Maar in onze sectoren hebben we antwoorden die monofunctioneel, monothematisch en zeer gespecialiseerd zijn.”* (vrije vertaling) (Devlésaver 2018, 37). Wanneer de behoeften van patiënten complex worden, en verschillende pathologieën of gezondheidsproblemen samengaan met sociale en/of psychologische kwetsbaarheden, ontstaat een behoefte aan multidisciplinariteit bij de professionals die deze situaties proberen te ondersteunen.

Multidisciplinariteit kan op verschillende manieren worden toegepast, zodat de patiënten toegang hebben tot professionals uit verschillende beroepsgroepen. Dat kan worden bevorderd door allerlei professionals onder één dak samen te brengen, of door te zorgen voor doorverwijzing en communicatie tussen professionals die dezelfde patiënt begeleiden. Multidisciplinariteit garandeert geen coördinatie en overleg, maar vergemakkelijkt ze wel.

7.2. Geïntegreerde diensten onder één dak: het 'one-stop shop'-model

Brussel heeft verschillende voorbeelden van multidisciplinaire teams onder één dak.

Primaire gezondheidscentra

Via een aantal auteurs die verbonden waren aan het Antwerpse ITM (een referentiecentrum van de WHO), publiceerde de GERM (Groupe d'Etude pour une Réforme de la Médecine) vooruitlopend op de Verklaring van Alma Ata en als gedeeltelijke inspiratiebron ervoor een paar jaar eerder een gezaghebbend boek: "Pour une politique de santé" (GERM 1971). Dit boek beschrijft in detail de opdrachten en functies van de structuur die zich richt op het verlenen van primaire zorg: het geïntegreerd gezondheidscentrum. Het is een universele structuur, een model (geen mal) dat aangepast wordt aan de context: landen in het Noorden of het Zuiden, landelijke of stedelijke gebieden, rijke of arme bevolking, ... Afhankelijk van de situatie heet het een wijkgezondheidscentrum (België, Guinee, Vietnam), een basisgezondheidspost, een basisgezondheidscentrum (Tunesië), een CLSC (Centre Local de Santé Communautaire of lokaal gemeenschapsgezondheidscentrum - Québec), een gezondheidscentrum (Congo), ...

Het gezondheidscentrum is multidisciplinair en verantwoordelijk voor de gezondheid van een specifieke bevolking (meestal per gebied, door registratie, ...) volgens welbepaalde voorwaarden. Deze omvatten:



- Globaliteit: rekening houden met alle determinanten van gezondheid, somatisch, maar ook sociaal, psychologisch, cultureel, ...
- Integratie: preventieve, curatieve, revaliderende en gemeenschapsgezondheidszorg in één en dezelfde praktijk.
- Continuïteit: beslissingen op het juiste moment, op de juiste plaats, tijdens en tussen gezondheidsproblemen, en op langere termijn.
- Toegankelijkheid: geografisch, financieel, cultureel, ...
- Geen bevolkingsselectie: leeftijd (van geboorte tot hoge leeftijd), gender, religie, cultuur, orgaan, ziekte, plaats (in het centrum en thuis), tijd (24/7), ...

Ziekenhuisreferentiecentra

Een ander voorbeeld is dat van multidisciplinaire teams die rond een gezondheidsprobleem gevormd zijn. Dit is het geval met bepaalde referentiecentra in ziekenhuizen, zoals de hiv-/aids-referentiecentra, waarvan de doelgroepen bijzonder kwetsbaar zijn vanwege hun immunestatus, maar vaak ook vanwege hun sociale situatie. Aanvankelijk werden de hiv-referentiecentra gefinancierd voor medische zorg, maar geleidelijk aan kregen ze ook financiering voor personeel in aanverwante disciplines, zoals sociale bijstand, psychologie en diëtetiek. In Brussel worden consultaties soms op één plaats gehouden - zoals in het CETIM in Sint-Pieter - of verspreid in het ziekenhuis zelf, zoals in het Erasmus Ziekenhuis.

⁶ Sinds 1993 heeft het Maison Médicale Santé Plurielle (Sint-Gillis) specialisten in zijn team opgenomen volgens het epidemiologische profiel van zijn bevolking: twee kinderartsen en twee deeltijdse gynaecologen die op doorverwijzing werken (gezien de frequentie en het belang van de morbiditeit bij kinderen en vrouwen), twee tandartsen (gezien de relatieve precaire situatie van de patiënten en de gevolgen daarvan voor hun tandheelkundige gezondheid), een logopediste (gezien het grote aantal

7.3. Aanwezigheid van specialisten in structuren voor primaire zorg en omgekeerd

Vijfde evolutie: de eventuele aanwezigheid van specialisten in de structuren voor primaire zorg, die bij voorkeur op doorverwijsbasis werken, systematische bezoeken van zorgverleners van het eerste niveau aan hun patiënten die in het ziekenhuis zijn opgenomen, systematische samenwerking tussen niveaus⁶, ... Het gaat hier niet om het samenvoegen van zorgniveaus, maar om het vergroten van hun doorlaatbaarheid en synergie met het oog op efficiëntie en kwaliteit van de zorg, wat vooral nodig is gezien de epidemiologische verandering en het toenemende belang van niet-overdraagbare chronische ziekten. Een trapsgewijze indeling blijft een relevant concept voor de organisatie van de zorg en de zorgtrajecten maar het mag de doorgang en doorlaatbaarheid van de verschillende niveaus en lijnen niet verhinderen. Deze bidirectionele, doorlaatbare en samenhangende zorgtrajecten vormen de basis van het relatief nieuwe concept van geïntegreerde zorg (in de nieuwe betekenis van de term integratie ten opzichte van Alma Ata, *cf. infra*) (De Ridder 2000; Belche 2016). Sinds de jaren 1990 zijn, met in de tijd beperkte financiële steun van de federale regering, proefexperimenten opgezet voor de integratie en ontwikkeling van kwaliteitszorg op plaatselijk niveau. Deze experimenten, met de naam SyLoS (Systèmes Locaux de Santé), brengen beroepskrachten van verschillende disciplines uit de ambulante sector en het referentieziekenhuis samen (artsen, verpleegkundigen, chirurgen, spoedartsen,

ontwikkelingsproblemen bij kinderen), een arts-deskundige (gezien de veelvuldige belemmeringen voor de toegang van veel patiënten tot het statuut van invaliditeit, handicap, beroepsziekte of arbeidsongeval); alle patiënten die naar de twee plaatselijke ziekenhuizen (Molière en Sint-Pieters) verwezen werden, beschikten over een verbindingsdocument, en alle patiënten die er werden gehospitaliseerd werden minstens wekelijks door iemand van het team bezocht.



psychosociaal werkers, administratief personeel, beheerders, ...), die regelmatig bijeenkomen om op een open manier kritiek geachte elementen te analyseren met het doel lijn- en disciplineoverschrijdende oplossingen te vinden en te implementeren (Unger et al. 2000)⁷.

7.4. Ondersteuning voor beroepskrachten van het primaire niveau bij het onthaal van kwetsbare groepen

We zagen eerder dat sommige specifieke diensten steun bieden aan beroepskrachten op het primaire niveau (zie punt 6.3). Deze steun is ook een middel om het aanbod van zorg en hulpverlening aan kwetsbare groepen aan te passen.

7.5. Een inclusieve functie: een geheel van praktijken

Het feit dat diensten op verschillende niveaus en in verschillende lijnen geconfronteerd worden met het probleem van het onthaal van kwetsbare doelgroepen, roept vragen op over de aandacht en de praktijken die een ruimere toegankelijkheid garanderen die is aangepast aan een kwetsbaar publiek, ongeacht het punt van binnenkomst in het zorgsysteem. We stellen vast dat de structuren en zorgverstrekkers die inspanningen doen om hun aanbod aan te passen in de loop der jaren en door ervaring een reeks praktijken hebben ontwikkeld.

In die praktijken kunnen we een onderscheid maken tussen:

- enerzijds de praktijken die op organisatorisch niveau zijn geïmplementeerd d.w.z. gelegitimeerd

en erkend worden door het zorgsysteem of de zorgstructuur waarin ze worden toegepast;

- anderzijds de praktijken die individueel door beroepsbeoefenaars worden toegepast om de toegang tot zorg zo veel mogelijk uit te breiden, met de speelruimte die ze hebben.

Het is belangrijk deze praktijken te erkennen. Hierna volgt een greep uit deze praktijken die elkaar niet uitsluiten:

- Ruimere **toegangstijden**;
- Tijdsblokken voor consultatie of ontmoeting **zonder afspraak**;
- Langere **consultatietijden**, "om mensen in precare situaties te kunnen behandelen en in het bijzonder het psychisch leed dat daar vaak mee gepaard gaat"; (De Pauw 2017, 151)
- Zo laag mogelijke **tarieven**, wat vaak steun voor toegang tot sociale rechten inhoudt;
- **Outreaching** praktijken, waarbij men doelgroepen die ver van de zorg verwijderd zijn actief benadert (zoals straatzorg), en mobiele ondersteuningsdiensten zoals de diensten binnen het netwerk van psychosociale begeleiders (Smes);
- Praktijken die ervoor zorgen dat de patiënt "in het zorgtraject blijft", d.w.z. de gebruikelijke beroepsgrenzen **overschrijden** om het vertrouwen van de patiënt te winnen en hem aan te moedigen zijn zorgtraject voort te zetten. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer een specialist in een ziekenhuis een voorschrift voor geneesmiddelen afgeeft aan een patiënt die hij kent voor een andere pathologie dan die waarvoor hij geraadpleegd werd. Zo vermijdt hij een consultatie (en de bijbehorende kosten) voor zijn patiënt. Dit is bijvoorbeeld ook het geval wanneer thuiszorgmedewerkers hun patiënten helpen bij het samenstellen van een dossier voor een aanvraag tot erkenning van een handicap;
- De aanwezigheid van beroepskrachten uit **meerdere disciplines** of het tot

⁷ Deze systemen zijn in Brussel niet langer in gebruik.



stand brengen van sterkere banden tussen hen, om de coördinatie van onderling samenhangende gezondheids-/sociale situaties te vergemakkelijken en de overdracht van vertrouwen te bevorderen, voor een doelgroep die vatbaar is voor vluchtgedrag (d.w.z. die zijn opvolging niet volhoudt en de neiging kan hebben de zorgcircuits te verlaten);

- **Liasionregelingen** waardoor de beroepsbeoefenaar die het vertrouwen van een patiënt geniet, steun krijgt van andere beroepsbeoefenaren om deze patiënt te begeleiden. Hoewel hij zelf in contact staat met de patiënt, krijgt hij "achter de schermen" de hulp en deskundigheid van zijn collega's over de aspecten waarmee hij minder vertrouwd is.
- ...

Samen zorgen deze praktijken voor een verruimde toegankelijkheidsfunctie. Wat is een functie?

Deze term verwijst naar een reeks verschillende begrippen, binnen verschillende vakgebieden (chemie, wiskunde, informatica, taalkunde, ...). Die concepten hebben op hun beurt betrekking op een beroepstaak, een rol, of een actiecategorie die gericht is op een doel, een reeks praktijken die afgestemd zijn op een doelstelling, binnen een systeem.

Volgens socioloog Robert Merton (behorend tot de zogenaamde

'functionalistische' school) kunnen we benadrukken dat in de wiskunde het woord 'functie' "een variabele aanduidt die bestudeerd wordt in relatie tot een of meer andere variabelen op basis waarvan ze uitgedrukt kan worden of waarvan haar eigen waarde afhangt" (vrije vertaling) (Merton 1965, 68). De auteur herinnert er vervolgens aan dat "de term, zoals die gedeeltelijk is afgeleid van zijn oorspronkelijke wiskundige betekenis, vaak gebruikt wordt door de biologische wetenschappen, waar de term functie betrekking heeft op "vitale of organische processen, in zoverre ze bijdragen tot de instandhouding van het organisme" (vrije vertaling) (Ibid. p. 68). Het woord verwijst dus naar de onderlinge afhankelijkheid van verschillende onderdelen van een systeem, wat overeenkomt met een systeembenadering van zorg en ondersteuning en met het perspectief van geïntegreerde zorg (cf. infra).

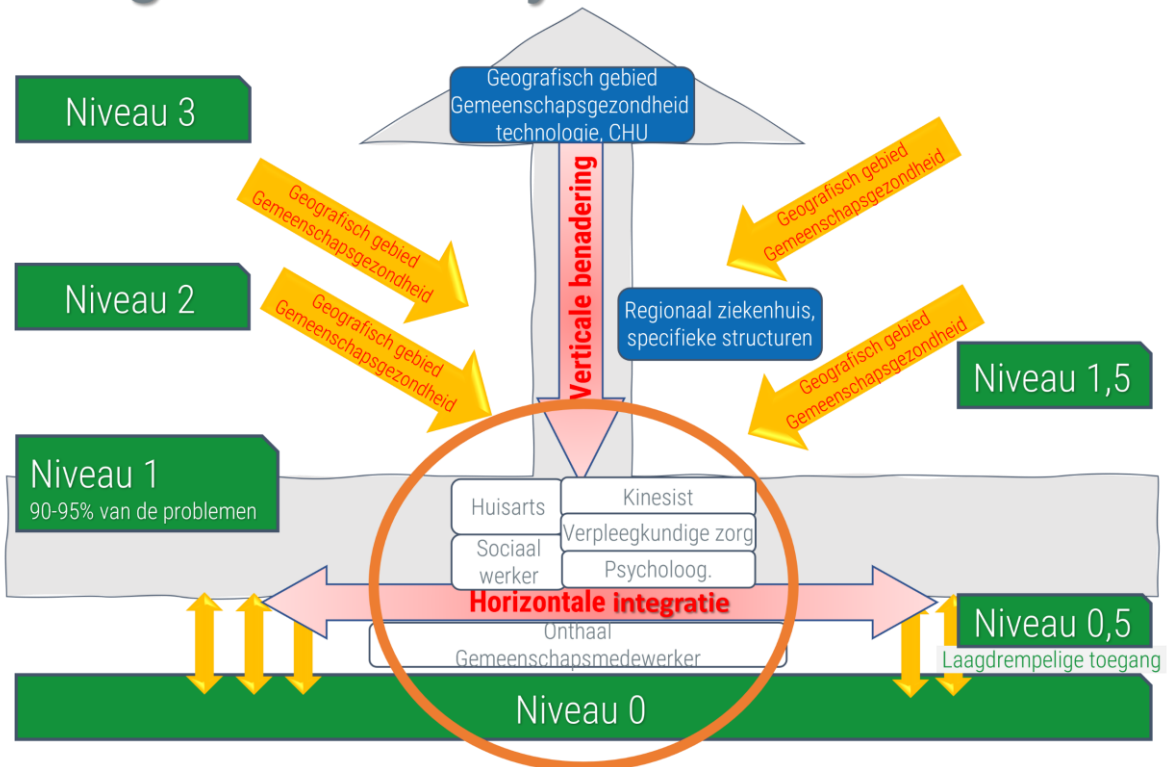
De methoden, benaderingen en vaardigheden - kortom, de deskundigheid - die de **diensten die zich in de 0,5-lijn herkennen, ontwikkeld hebben om de meest kwetsbare doelgroepen op te vangen en hun toegang tot rechten en tot zorg-, ondersteunings- en hulpverleningsdiensten te garanderen, zijn potentieel reproduceerbaar, omzetbaar en aanpasbaar**, om input te geven aan de praktijken van een '0,5-functie' of '**inclusieve functie**', die op alle niveaus, lijnen, beroepen en sectoren aanwezig is.



DEEL 8 | Schematische weergave van het systeem

De volledige conceptuele basis van het gezondheidssysteem kan dus als volgt schematisch worden weergegeven:

Het gezondheidssysteem



Figuur 9: Conceptuele basis van het gezondheidssysteem

Wat de aanvaardbaarheid betreft, geven patiënten de voorkeur aan gezondheidssystemen waarin primaire zorg prioritair is (Sánchez-Piedra et al. 2014). Maar deze prioriteit heeft ook positieve gevolgen voor de algemene doeltreffendheid en doelmatigheid van het systeem (Macinko, Starfield, et Shi 2003; World Health Organization, Regional Office for Europe 2018). De totale kosten, doorheen alle procedures van de drie klassieke zorgniveaus, worden dus lager geraamd en worden bovendien gebruikt voor betere resultaten op het vlak van individuele en volksgezondheidsindicatoren. Het lijkt

daarom belangrijk zo snel mogelijk te zorgen voor de nodige middelen om deze strategie in de praktijk te brengen: van het individuele niveau (bv. garanderen dat zorgverleners die aan SyLoS deelnemen geen inkomensverlies lijden) tot het wetgevende niveau (bv. valideren van multi-accreditatie voor geïntegreerde welzijns- en gezondheidscentra die een structurele toenadering van hun verschillende onderdelen aanvaarden).

Onderstaand schema geeft ook een synthese van de voorgestelde definities, waarin de genoemde niveaus, lijnen en functies te vinden zijn.



Figuur 10: Niveaus, lijnen en functies in het zorg- en hulpverleningsaanbod



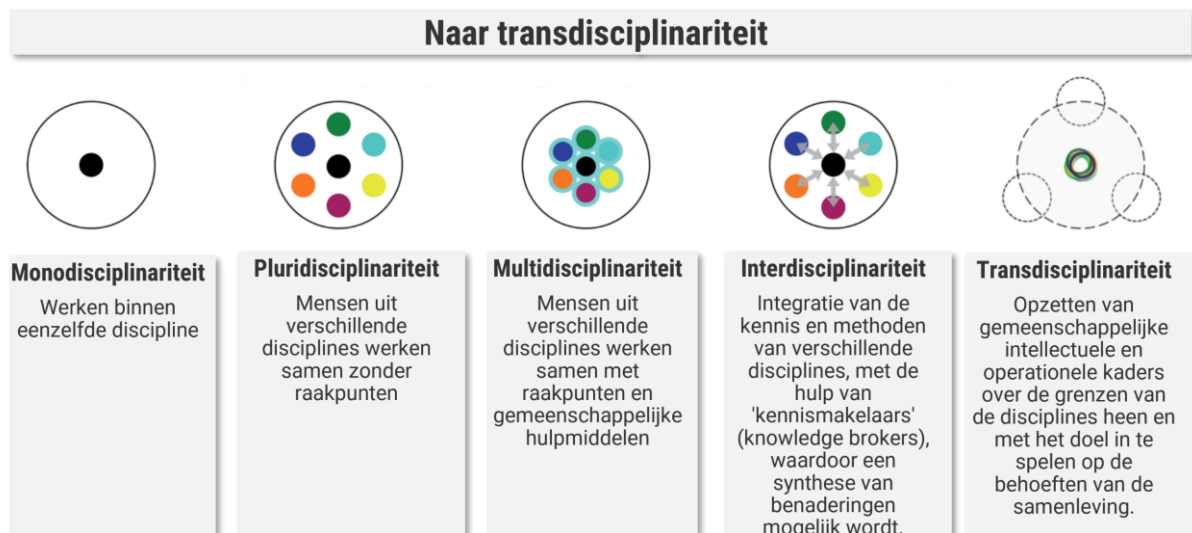
DEEL 9 | Aanvullende benaderingen

9.1. Transdisciplinariteit

Zesde ontwikkeling die rechtstreeks in verband staat met de vorige, volgens een theoretische dimensie: de erkenning van de waarde van transdisciplinariteit in de oorspronkelijke betekenis van de term: een epistemologie van kennis die rekening wil houden met alle benaderingen en inzichten in een poging het ontstaan te bewerkstelligen van een meta-kennis die de lijnen overschrijdt, die verder gaat dan het eenvoudig naast elkaar plaatsen van de lijnen, die ertoe neigt ze samen te voegen tot een ander, zo niet hoger, niveau; het voorvoegsel 'trans-' heeft de betekenis van hier naar daar gaan, doorlopen, verdergaan, verder zijn, terwijl 'pluri-', 'multi-' of 'poly-' alleen het meervoud, de nevenschikking, het aantal oproepen, en dat 'inter-', hoewel het de onderlinge relatie oproept, ook scheidende ruimte, scheiding en zelfs

belemmering betekent; transdisciplinariteit is dus de wetenschappelijke en intellectuele, zo niet operationele, houding die zich situeert tussen, door en voorbij de disciplines in een proces van dynamische integratie: geneeskunde van het lichaam, maar ook van de geest en het sociale, de antropologie, sociologie, politiek, economie... alle benaderingen smelten noodzakelijk samen (maar vermengen zich niet) om de complexiteit van de verschijnselen te kunnen vatten.

Waar multidisciplinariteit geen garantie is voor coördinatie bij de ondersteuning van patiënten, nodigt transdisciplinariteit juist uit tot de opbouw van conceptuele structuren en gemeenschappelijke, geïntegreerde kaders voor actie. Het impliceert werkelijk collectief werk zowel bij het ontwerpen van de zorgorganisatie als bij de follow-up van individuele situaties.



Figuur 11: Naar transdisciplinariteit
(geïnspireerd door: <https://conference.ereasearch.edu.au/wp-content/uploads/2017/07/Lesley-Wyborn.pdf>)



9.2. Geïntegreerde zorg

Met de definitie van transdisciplinariteit begrijpen we dat het gaat om het integreren van discipline perspectieven en het tot stand brengen van gemeenschappelijke actiekaders, die door iedereen gebruikt worden, om samen situaties van gezondheid en sociale kwetsbaarheid te kunnen begeleiden, ongeacht het beroep of de sector. Een geïntegreerde zorgorganisatie is bijzonder geschikt voor de opvolging van complexe situaties, d.w.z. onstabiele, onvoorspelbare en intense situaties, waarin een wirwar van oorzaken onzekere gevolgen veroorzaakt en waarvoor oplossingen niet gegarandeerd zijn. Daarom is het belangrijk ze te co-construeren en voortdurend aan te vullen met ervaringen en waarnemingen van zowel mogelijke terugkerende patronen (bv. combinaties van sociale kwetsbaarheden met pathologieën, *syndemics* (Singer et al. 2017) genoemd), als van de effecten van de oplossingen en veranderingen die aangebracht worden (implementatiewetenschappen). Op die manier kan de geïntegreerde zorgbenadering zowel de meest complexe als de meest eenvoudige casussen behandelen.

“Geïntegreerde zorgdiensten zijn diensten die zo beheerd en verleend worden dat aan de mensen continuïteit wordt gewaarborgd, van gezondheidsbevordering, ziektepreventie, diagnose, behandeling en leven met de ziekte tot revalidatie en palliatieve zorg, op verschillende niveaus en plaatsen van zorg en ondersteuning binnen het zorgaanbod, waarbij de behoeften van de mensen gedurende hun hele leven en in voortdurende dialoog met hen gevolgd worden” (Schrijvers 2017, 25).

Deze benadering omvat een veelheid van praktijken die vooral bedoeld zijn om transversaliteit te introduceren in een zorg- en hulpverleningsorganisatie die

grotendeels gesegmenteerd is in niveaus, lijnen, silo's, sectoren, disciplines, pathologieën, doelgroepen, ... Het is gemakkelijk in te zien hoe zo'n benadering geschikt kan zijn voor mensen in kwetsbare situaties, van wie het parcours vaak sociaaleconomische moeilijkheden combineert met gezondheids- en/of geestelijke gezondheidsproblemen. Ze wil met name de toegang vergemakkelijken in twee richtingen: een toegangspoort tot rechten zijn voor mensen die via de zorgdiensten binnenkomen, en omgekeerd een toegangspoort tot zorg zijn voor mensen die toegang tot hun rechten krijgen.

Zonder volledig te willen zijn, geven we enkele voorbeelden van geïntegreerde zorgpraktijken: case management, multidisciplinair overleg, onderdompeling, gegevensuitwisseling, verschillende soorten financiering, liaisonfuncties, ... Al deze praktijken lijken doeltreffender te zijn als ze in synergie werken.

Er bestaan verschillende vormen en gradaties van integratie, van horizontale integratie (binnen eenzelfde zorgniveau of lijn, tussen verschillende sectoren) tot verticale integratie (tussen verschillende niveaus). Diensten kunnen worden gecoördineerd tussen verschillende structuren, tussen verschillende disciplines. Dezelfde regels en beleidslijnen kunnen gelden voor het zorg- en hulpverleningssysteem, maar de diensten kunnen gaan tot het co-construeren van een missie en het delen van gemeenschappelijke waarden (Valentijn et al. 2013). De gradaties variëren van liaisonfuncties, zoals een buurtreferent, tot coördinatiefuncties, zoals case management of multidisciplinair overleg, tot volledige integratie. (Leutz 1999).

Als systeem is geïntegreerde zorg gericht op een drievoudige doelstelling (*Triple Aim*): de gezondheid van de bevolking verbeteren, de kwaliteit van de zorg en de hulpverlening aan mensen verbeteren, en de kosten van de zorg *per capita* verminderen. Aan deze drievoudige doelstelling wordt een vierde toegevoegd: het welzijn van zorg- en hulpverleners. Dit



geldt zowel voor curatieve als preventieve benaderingen.

Ten slotte gaat de geïntegreerde zorgbenadering soms gepaard met een zogenaamde 'Goal Oriented Care'-benadering (Boeckxstaens et al. 2020), zoals het geval is in het Boostproject - het proefproject voor geïntegreerde zorg in Brussel, dat wordt gefinancierd door het federale Chroniccare-/Integreo- initiatief. Een dergelijk perspectief nodigt zorg- en hulpverleners uit om hun aandacht tijdelijk te verleggen van hun professionele disciplinaire doelen naar het begrijpen van en rekening houden met de doelen of behoeften van de patiënt, zoals die door de patiënt tot uitdrukking worden gebracht. Deze tijdelijke verandering van houding zet hen aan om hun ondersteuning te richten op wat de persoon motiveert en zin geeft aan zijn leven. Op deze manier hebben de sociale (in ruime zin) en de medische dimensie niet de overhand over elkaar, maar vullen ze elkaar aan.

9.3. De territoriale benadering

De lokale of territoriale benadering van zorg en hulpverlening streeft transdisciplinariteit en geïntegreerde zorg na en brengt die in de praktijk. Het begrip territorium is intrinsiek aan elke gezondheidsinterventie. Het is een van de elementen waarmee het best aan bepaalde kwaliteitscriteria kan worden voldaan, in het bijzonder **continuïteit**. *“Zorgcontinuïteit is de organisatie van de zorg op zo’n manier dat aan de behoeften van de patiënt kan worden voldaan vanaf het moment waarop die aan het gezondheidszorgsysteem worden gericht, totdat ze zijn opgelost. De continuïteit omvat drie aspecten: informatie, relaties en beheer. Natuurlijk is zorgcontinuïteit essentieel voor de chronische verzorging, maar ze betreft ook de acute verzorging en de preventie. Ze moet aan de veranderende behoeften van de patiënten kunnen voldoen, met name in bijzondere situaties zoals palliatieve*

verzorging” (INAMI 2018). Continuïteit heeft een persoonlijke component die samenhangt met de dubbele relatie tussen verzorger-verzorgde (of consulterende-consultvrager, begeleider-begeleide persoon in ruime zin), en een feitelijke component die overeenkomt met het kunnen vinden van de juiste informatie op de juiste plaats om de juiste beslissingen te kunnen nemen binnen het kader van de gezamenlijke en gedeelde naleving van een zorgplan.

In de praktijk is het nabijheidselement vaak nodig om een huisarts te raadplegen, om thuisverpleging te krijgen, om sociale bijstand te vinden, om een zwangerschap zonder complicaties te laten opvolgen, om in te schrijven voor psychische hulpverlening, ... Bovendien is de territoriale afbakening al opgenomen in bepaalde wetten (zoals we gezien hebben is de bevoegdheid van de OCMW’s gemeentelijk) of bepaalde reglementen (het RIZIV verplicht wijkgezondheidscentra die tegen forfait werken een geografisch gebied af te bakenen). Het begrip territorium is nauw verbonden met het begrip doelgroep, een ander fundamenteel begrip in de volksgezondheid, omdat het voorwaarden stelt voor het opnemen van verantwoordelijkheid tegenover bepaalde mensen en het mogelijk maakt, via een gekende gemene deler, projecten en gedimensioneerde acties uit te werken en te evalueren⁸. We kunnen ons echter afvragen wat de relevantie is van een territoriale organisatie voor mensen die rondtrekken of mensen met een grote residentiële mobiliteit, waarvan er in Brussel veel zijn, en welke aanpassingen nodig zijn om aan hun behoeften tegemoet te komen (Hoyez 2015).

Maar wil territorialiteit operationeel en pragmatisch zijn of worden, dan moet rekening worden gehouden met verschillende bepalende factoren: de beschikbare hulpbronnen, waaronder de human resources, de bevolkingsdichtheid, de grootte van de geografische gebieden,

⁸ Voor meer informatie over het begrip “responsabilité populationnelle (bevolkingsverantwoordelijkheid), zie in het bijzonder “Les soins de santé primaire. Maintenant plus que

jamais”, pagina 58 tot 60 (Organisation Mondiale de la Santé 2008).



de bestuurlijke indeling, de politieke bevoegdheidsverdeling, ... door deze determinanten via opeenvolgende wegingen te relativieren. Hoe lager het zorgniveau (uiteraard zonder waardeschaal), hoe kleiner en nauwkeurig afgebakend het gebied moet zijn. Dit verbindt praktijken van primaire zorg (niveau 1) tot een afgebakend en beperkt verantwoordelijkheidsgebied (in ruimte, niet in tijd), en tot de mogelijke gemeenschapsbenadering in primaire zorg (COPC). Hoe hoger het zorgniveau, hoe groter en vager de populatie is, en hoe groter en vager de reikwijdte van de grenzen is (Chiara 2016). Deze opeenvolging van zones en bevolkingsgroepen beantwoordt aan de logica die ontwikkeld wordt in de belangrijke bijdrage van de docenten huisartsengeneeskunde aan de Nederlandstalige universiteiten (De Maeseneer et al. 2014), waar gebieden, interventieniveaus, afbakening van bevolkingsgroepen en verantwoordelijkheid in 4 niveaus geschaald worden:

1. **nano-:** de klinische relatie, het enkelvoudig overleg (1/1 of 1/gezin);
2. **primair microniveau:** de praktijk als een georganiseerde structuur, het plaatselijk gemeenschapsgezondheidscentrum, 5-10.000 personen vastgesteld in de afgebakende buurtkring;
3. **meso-secundair niveau:** 75-125.000 personen in een groter, vager gebied;
4. **macro-tertiair niveau:** 1-10.000.000 personen.

Hoe hoger men van het algemene naar het gespecialiseerde niveau gaat, hoe meer de precieze parameters verwateren, met meer frequente overlappingsen (maar ook leemten). Deze indeling is uiteraard schematisch, en moet worden aangepast aan de plaatselijke epidemiologische en functionele omstandigheden, want sommige gezondheidscentra kunnen immers een aantal gemakkelijk toegankelijke technologieën samenbrengen, naar behoefte op doorverwijsbasis consulten van specialisten organiseren, en bepaalde tijdslots aanbieden om de continuïteit te

verzekeren (avonden, weekends, ...), en zo hun territorium en doelgroep uitbreiden.

Wat primaire zorg betreft, is de territoriale schaal die van de wijk (meer dan honderd in Brussel), wat overeenkomt met het microniveau. Afhankelijk van de plaatselijke kenmerken moet in dit gebied een polyvalent centrum voor primaire zorg of een geformaliseerd netwerk van beroepsbeoefenaars die in synergie samenwerken, aanwezig zijn. Maar dit primaire niveau is geïntegreerd in een ruimer netwerk van verantwoordelijke operatoren volgens variabele schalen van territorialiteit, toenemend naar gelang van hun specifieke kenmerken, wat de integratie van zorg vormt. En deze verschillende actoren en/of structuren hebben als fundamentele opdracht de coördinatie, harmonisatie, opbouw en evaluatie te organiseren van therapeutische projecten tussen de lijnen met een individuele of collectieve focus, zoals 'case management', 'disease management', zorgtrajecten, zorgpaden, ... Dit alles met passende menselijke, financiële en logistieke middelen (ICT), waarbij een beroep gedaan wordt op alle bekende beroepen (zorgverleners, maatschappelijk werkers en opbouwwerkers, gemeentepersoneel, publieke en para-publieke structuren, ...) of nieuw erkende beroepen (psychosociale begeleiders, ervaringsdeskundigen, peer helpers, interculturele bemiddelaars, ...).

Deze geïntegreerde structuur maakt het ook mogelijk de verticale aanpak van programma's die op een specifiek gezondheidsprobleem zijn gericht op een efficiënte en mogelijk harmonieuze manier te verzoenen met de horizontale aanpak die op de patiënten is gericht en in de dagelijkse klinische praktijk van het primair niveau is opgenomen (De Maeseneer et al. 2008).

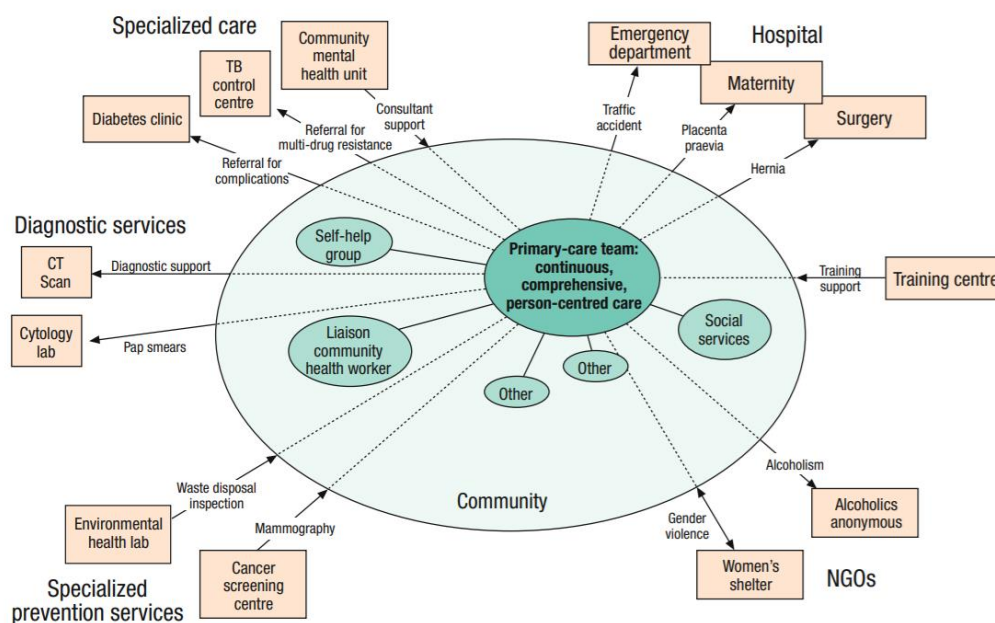
Het fictieve voorbeeld van een patiënt-gebruiker kan deze benadering illustreren aan de hand van een denkbeeldig zorgtraject. Lange tijd ziet deze patiënt alleen zijn vrienden die zelf drugsverslaafd zijn en zijn naaste familie (niveau 0). Uiteindelijk belandt hij op straat, ontmoet de straatwerkers van Diogenes (niveau 0,5), die hem ertoe bewegen LAMA (niveau 0,5)



en het OCMW (in dit geval niveau 0,5) te raadplegen. Na verschillende contacten met het plaatselijke OCMW (niveau 1) wordt hij doorverwezen naar en ingeschreven in het plaatselijke wijkgezondheidscentrum (niveau 1), maar hij blijft regelmatig gevolgd worden bij LAMA (nu niveau 2). Door zijn hepatitis C komt hij in contact met het netwerk en gaat hij op consultatie in Sint-Pieter (niveau 3). Omdat het echt niet goed met hem gaat, wordt hem aangeraden naar het nieuwe Core Tox te gaan, wat hij doet omdat hij weet dat daar een drugsgebruiksruimte is (niveau 3). We zouden ons kunnen voorstellen dat deze patiënt goed evolueert en enkel nog zou worden gevolgd door zijn huisarts in het wijkgezondheidscentrum, die in intervisie staat met RAT Réseau d'aide aux toxicomanes (niveau 1,5), en door het plaatselijke centrum voor geestelijke gezondheidszorg (niveau 2) omdat hij toegang heeft gekregen tot therapeutisch werk; bovendien werd het wijkgezondheidscentrum of het centrum voor geestelijke gezondheidszorg gevraagd zijn lokalen uit te lenen voor gesprekken tussen drugsgebruikende patiënten, ex-gebruikers en gezinnen (niveau 1, COPC-benadering). En het is natuurlijk mogelijk om verschillende niveaus van toenadering tussen deze vele structuren op te bouwen, tot een enkel geïntegreerd welzijns- en

gezondheidscentrum waarin een huiswerkschool, een consultatie van Kind en Gezin, buurtvergaderingen, een buurtadviescommissie, ... geïntegreerd zijn.

Deze verschillende niveaus laten de structurering zien van een flexibele functionele trapsgewijze indeling, zonder aanwijzingen of verplichte verwijzingen: het zorgaanbod is doeltreffend en gepland, erkend en mobiel, het invloedsgebied en het aantal potentieel betrokken patiënten nemen toe van niveau 1 naar niveau 3, waarbij de specifieke benaderingen toenemen en de precisie van de parameters afneemt (dekkingsgebied, gemene deler van de bevolking). Tegelijk waren, aan de vraagkant, verschillende structuren actief in de eerste lijn, of hadden dat kunnen zijn, zelfs Core Tox, want de patiënt had spontaan kunnen beslissen daarheen te gaan, maar in het voorgestelde geval bood het een derdelijnsfunctie. Het valt in dit geval nog te bezien of Core Tox beperkt wil blijven tot het gespecialiseerde niveau 3, of dat het tegelijk een echte eerste lijn van niveau 0,5 organiseert (wat waarschijnlijk overeen zal komen met zijn toekomstige keuzes) en of het algemene consulten van maatschappelijk werkers, psychologen en huisartsen (niveau 1) integreert, naast regelmatige bezoeken van het hepatitis C-netwerk (niveau 2).



Figuur 12: Primaire zorg als coördinatiecentrum: netwerken binnen de bediende gemeenschap en met externe partners (Organisation Mondiale de la Santé 2008, 61)



Conclusie

Deze tekst heeft geen ander doel dan de strekking te verduidelijken van enkele begrippen die in onze sectoren vaak gebruikt worden, waarbij niet altijd een consensus bestaat over de betekenis ervan. Dit lijkt echter onontbeerlijk om onze bevindingen over te brengen, onze projecten te beschrijven, onze eisen uiteen te zetten en er financiering voor te vragen... Er is een gemeenschappelijke taal nodig om te benadrukken dat we een samenhangend systeem van zorg- en ondersteuningsdiensten willen opbouwen in het kader van een gedeelde politieke visie en dat de toegang - de vraag - tot dit geheel van diensten ook specifieke middelen vereist om dit efficiënt mogelijk te maken en te organiseren, op een duurzame manier, met respect voor gebruikers en werknemers.

Bibliografie

- Ars Collaborandi. 2021. *Panorama du Social et de la Santé à Bruxelles*. Kenniscentrum WWZ. Cahiers du Kenniscentrum WWZ. <https://online.fliphtml5.com/dqdaz/kqpu/#p=75>.
- Bantuelle, Martine, Philippe Mouyart, et Marianne Prévost. 2013. "L'action communautaire en santé. Un outil pour la pratique". Fédération des Maisons Médicales, SACOPAR, Centre Local de promotion de la santé de Charleroi-Thuin (CLPST). file:///C:/Users/MagueloneVIGNES/Downloads/action_sante_com_outil_pour_pratique.pdf.
- Be.Hive Chaire Interdisciplinaire de la première ligne. 2020. *Un livre blanc de la première ligne en Belgique francophone*. Be.Hive. Bruxelles. http://www.be-hive.be/documents/livreBlanc/1.Be.Hive_LivreBlanc_2020.02.18.pdf.
- Belche, Jean-Luc. 2016. "Intégration entre lignes de soins : d'un patient à une population". Liège: Université de Liège.
- Blanc, Guillaume le. 2006. "Penser la fragilité". *Esprit Mars/avril* (3-4): 249-63. <https://doi.org/10.3917/espri.0603.0249>.
- Boeckxstaens, Pauline, Dagje Boeykens, Jean Macq, et Philippe Vandebroeck. 2020. "Goal-Oriented Care. A Shared Language and Co-Creative Practice for Health and Social Care". Fondation Roi Baudouin. <https://en.calameo.com/read/001774295453d7840ba99?authid=9YW9dEB7dn6m>.
- Bourgueil, Yann, Anna Marek, et Julien Mousquès. 2009. "Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande." *Questions d'économie de la santé*, n° 141 (avril): 1-6.
- Châtel, Vivianne, et Marc-Henry Soulet, éd. 2003. *Agir en situation de vulnérabilité*. Collection Sociologie contemporaine. Sainte-Foy, Québec: Presses de l'Université Laval.
- Chiara, Magdalena. 2016. "Territoriality and Health Policy: Contributions to Research and Action". *Cidades*, n° 33. <http://journals.openedition.org/cidades/333>.
- Commission Communautaire Commune. 2018. "Plan Santé Bruxellois. Grandir et vivre en bonne santé à Bruxelles". https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphiques/rapports-externes/plan_sante_bruxellois_def_fr.pdf.
- Connor, E., et F. Mullan. 1983. *Community Oriented Primary Care: New Directions for Health Services Delivery*. Institute of Medicine (US) Division of Health Care Services. Washington (DC): National Academies Press (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK234632/>.
- Dawson, L. 1920. "The Future Provision of Medical and Allied Services: An Interim Report of the Consultative Council for England". *The Lancet* 195 (5048): 1183-87. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)92440-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)92440-1).
- De Maeseneer, Jan, Bert Aertgeerts, Roy Remmen, et Dirk Devroey. 2014. "Together we change. Soins de santé de première ligne: maintenant plus que jamais!" Bruxelles. https://www.dropbox.com/s/7u4vwwvn91piyts/2014_1209_TogetherWeChange.pdf?dl=0.
- De Maeseneer, Jan, Chris van Weel, David Egilman, Khaya Mfenyana, Arthur Kaufman, et Nelson Sewankambo. 2008. "Strengthening Primary Care: Addressing the Disparity between Vertical and Horizontal Investment". *British Journal of General Practice* 58 (546): 3-4. <https://doi.org/10.3399/bjgp08X263721>.



- De Pauw, Caroline. 2017. *Les médecins généralistes face au défi de la précarité*.
- De Ridder, Henri. 2000. *Au chevet de nos soins de santé. Comment les améliorer sensiblement ?* Bruxelles: Mardaga.
- Delor, François. 1997. *Séropositifs. Trajectoires identitaires et rencontres du risque*. L'Harmattan. Logiques Sociales.
- Delor, François, et Michel Hubert. 2000. "Revisiting the Concept of 'Vulnerability'". *Social Science & Medicine* 50 (11): 1557-70. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00465-7](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00465-7).
- Département de Médecine Générale. 2020. "Les soins primaires". Sorbonne Université. <https://medecine-generale.sorbonne-universite.fr/wp-content/uploads/2020/06/Les-soins-primaires.pdf?msckid=7bfabec6cfa711ec9f57bd7d2a1d1f64>.
- Devlésaver, Stéphanie. 2018. "Coopérer, sans être sous le même toit ! Interviews de Mathieu De Backer, coordinateur Réseau et directeur du SMES-B et Muriel Allart, coordinatrice Housing First". *Revue BIS*, n° Réorganiser le social-santé à Bruxelles, 176 (décembre): 36-37.
- Di Biagi, Léa, Quentin Vanderhofstadt, Fabian Defraigne, Jessica Mellier, Ana Bengoetxea, Jennifer Foucart, Pierre D'Ans, et Céline Mahieu. 2022. "L'accueil des plus vulnérables au sein de la fonction 0,5, une fonction d'adaptation ?" Présenté à Colloque Be.Hive. Objectif 2030 : Construisons les Synergies avec la première ligne, Gembloux, avril 28. https://colloque2022.be-hive.be/presentations/Session6_LeaDiBiagi.pdf.
- Fédération Bruxelloise de Promotion de la Santé, et Francophones Bruxelles. 2021. "Les démarches communautaires en santé en Région de Bruxelles-Capitale : concertation des démarches communautaires en situation de pandémie-synthèse des résultats."
- Flamm, Michael, et Vincent Kaufmann. 2006. "Operationalising the Concept of Motility: A Qualitative Study". *Mobilities* 1 (2): 167-89. <https://doi.org/10.1080/17450100600726563>.
- Galand, Sophie, Veerle Stroobants, Henk Termote, Angela Van de Wiel, Henk Van Hootegem, et Françoise De Boe. 2013. "Protection sociale et pauvreté Contribution au débat et à l'action politiques - Rapport bisannuel 2012-2013". Bruxelles: Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale. <https://www.luttepauvrete.be/publication/du-service/rapport-bisannuel/rapport-decembre-2013/>.
- GERM. 1971. "Pour une politique de santé". *La Revue Nouvelle*.
- Goodman, Richard A., Rebecca Bunnell, et Samuel F. Posner. 2014. "What Is 'Community Health'? Examining the Meaning of an Evolving Field in Public Health". *Preventive Medicine* 67 (octobre): S58-61. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.07.028>.
- Hoyez, Anne-Cécile. 2015. "Territoires, mobilités et santé : comment composer et penser une offre de soins pour les populations migrantes en situation précaire ?" *Revue francophone sur la santé et les territoires (online)*, février, 1-13.
- INAMI. 2018. "Recommandations concernant la continuité des soins". https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/maisons_medicales_recommandations_continuite_soins.docx.
- Le Breton, Éric. 2005. *Bouger pour s'en sortir: mobilité quotidienne et intégration sociale*. Sociétales. Mondes sociaux. Paris: A. Colin.
- Lejeune, C, Michel Roland, et S Zombek. 2005. "Proposition-martyr pour une restructuration de la première ligne à Bruxelles : les centres de santé globaux. Conseil consultatif". Cocof.
- Leutz, W. N. 1999. "Five Laws for Integrating Medical and Social Services: Lessons from the United States and the United Kingdom". *The Milbank Quarterly* 77 (1): 77-110, iv-v.
- Lucas-Gabrielli, Véronique, Aurélie Pierre, Laure Com-Ruelle, et Magali Coldefy. 2016. "Pratiques spatiales d'accès aux soins". 564. Paris: Institut de recherche et documentation en économie de la santé. <http://www.irdes.fr/recherche/rapports/564-pratiques-spatiales-d-acces-aux-soins.pdf>.
- Macinko, James, Barbara Starfield, et Leiyu Shi. 2003. "The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998". *Health Services Research* 38 (3): 831-65. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.00149>.
- Merton, Robert. 1965. *Éléments de théorie et de méthode sociologiques*. Plon. Paris.
- Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. 2020. "Baromètre Social 2020". Bruxelles: Commission communautaire commune.
- Organisation Mondiale de la Santé. 1978. "Déclaration d'Alma-Ata". https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/113882/E93945.pdf.
- ———, éd. 2008. *Maintenant plus que jamais: les soins de santé primaires*. Rapport sur la santé dans



- le monde 2008. Genève: Organisation Mondiale de la Santé.
https://www.who.int/whr/2008/08_report_fr.pdf?ua=1.
- Paperman, Patricia, et Sandra Laugier, éd. 2005. *Le souci des autres: Éthique et politique du care*. Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.
<https://doi.org/10.4000/books.editionsehess.11599>.
 - Parizot, Isabelle. 2003. *Soigner les exclus: identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*. Le lien social. Paris: Presses universitaires de France.
 - Sánchez-Piedra, Carlos Alberto, Francisco Javier Prado-Galbarro, Sonia García-Pérez, et Antonio Sarría Santamera. 2014. "Factors Associated with Patient Satisfaction with Primary Care in Europe: Results from the EUprimecare Project". *Quality in Primary Care* 22 (3): 147-55.
 - Schrijvers, Guus. 2017. *Integrated Care: Better and Cheaper: With a Selection of More than 100 Good Practices of Integrated Care*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
 - sfmg. s. d. "Fiche n°3. Les soins primaires". sfmg.
http://www.sfmg.org/data/generateur/generateur_fiche/805/fichier_fiche3_soins_primaires51e8e.pdf?msclid=5dd910b9cfa711ec93d7ec968d208c10.
 - Singer, Merrill, Nicola Bulled, Bayla Ostrach, et Emily Mendenhall. 2017. "Syndemics and the Biosocial Conception of Health". *The Lancet* 389 (10072): 941-50. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30003-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30003-X).
 - Solar, Orielle, et Alec Irwin. 2007. "A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion Paper for the Commission on Social Determinants of Health". Geneva: World Health Organization.
https://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf.
 - Starfield, Barbara. 1994. "Is Primary Care Essential?" *The Lancet* 344 (8930): 1129-33.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(94\)90634-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(94)90634-3).
 - Unger, Jean-Pierre, Michel Roland, Monique Van Dormael, Jacques Unger, et Jean Van der Vennet. 2000. "Les systèmes locaux de santé, un élément de réponse à la crise du secteur de la santé en Belgique ? Un pré-test à Bruxelles." *Santé Conjuguée*, n° 13: 49-55.
 - Valentijn, Pim P., Sanneke M. Schepman, Wilfrid Opheij, et Marc A. Bruijnzeels. 2013. "Understanding Integrated Care: A Comprehensive Conceptual Framework Based on the Integrative Functions of Primary Care". *International Journal of Integrated Care* 13 (mars): e010.
 - Vignes, Maguelone. 2015. "Se soigner dans la ville. Gestion urbaine de la santé et parcours urbains de soins de personnes vivant avec le VIH/sida. Approche comparative des cas de Bruxelles et Rouen." Bruxelles: Université Saint-Louis - Bruxelles / Université de Rouen.
[Http://hdl.handle.net/2078.3/157158](http://hdl.handle.net/2078.3/157158).
https://www.dropbox.com/s/waonri79yzn7fm8/2015_0123_SeSoignerDansLaVille_TheseMaguelone.pdf?dl=0.
 - World Health Organization, Regional Office for Europe. 1986. *Promotion de la santé. Charte d'Ottawa*. World Health Organization. Ottawa.
https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf.
 - ———. 2018. *Declaration of Astana: Global Conference on Primary Health Care*. World Health Organization. Astana, Kazakhstan.
 - Zarowsky, Christina, Slim Haddad, et Vinh-Kim Nguyen. 2013. "Au-Delà Des « groupes Vulnérables »: Contextes et Dynamique de La Vulnérabilité". *Global Health Promotion* 20 (1_suppl): 80-87.
<https://doi.org/10.1177/1757975912470060>.

Redactie | Maguelone Vignes (Brusano), Michel Roland (Huisarts). Met opmerkingen van het door Brusano georganiseerde “0,5-overleg” en nagelezen door Jacques Moriau (CMDG), Mathieu De Backer (Smes), David Hercot (Kabinet van Minister Alain Maron). Analyse uitgaande van de verschillende activiteiten van Brusano.

Een **ANALYSE** van Brusano vzw
#2022-02

RPR: BE0711.719.484
VU: Michel De Volder, Verenigingstraat 15, 1000 Brussel



GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE



+32 2 880 29 80

helpdesk@brusano.brussels

www.brusano.brussels