

Le social-santé en transformation à Bruxelles



Welzijns- en gezondheidszorg- trajecten uitbouwen in het kluwen van het generalis- tische en gerichte aanbod

Werken en toch in bestaans- onzekerheid leven

Drugs, kookpotten, handicap en tandzorg

Het magazine over
de transformatie van de welzijns-
en gezondheidssector in Brussel!



Hebben meegewerkt aan dit nummer

Annick Dermine (Huis voor Gezondheid, BruZEL) en
het team van Brusano, in het bijzonder Anouchka,
Camille, Céline, Clint, Gaétane, Margot, Pablo,
Pierre, Sophie, Valentine, Yoan.

Vertaling

Akira

Correcties

Petra Van Caneghem

Verantwoordelijke uitgever

Valentine Musette
Breydelstraat 40
1040 Brussel

Grafische vormgeving en lay-out

Switch asbl

Illustratie omslag

Clothilde Buvat / Tavub (cover)
Matilde Gony (binnenwerk)

Fotografie

Pierre, Brusano vzw

Drukwerk

Daddy Kate Print



Zinneke nr. 5
Lente-zomer 2026
Halfjaarlijkse publicatie
van Brusano VZW

info@brusano.brussels

Welkomstwoord

Vindingrijkheid, complementariteit, solidariteit

Eindelijk!!!

We zijn uiteraard verheugd over de vorming van een Brusselse regering na ruim 600 woelige dagen van onderhandelingen. De institutionele doorbraak, waarop zo lang is gewacht en gehoopt, waarom is gesmeekt en die uiteindelijk werd geëist, biedt een uitweg uit de politieke stilstand die het gevolg was van het regeren ‘in lopende zaken’. Voor onze sector zou dit moeten betekenen dat de onzekerheden worden weggenomen die steeds zwaarder op de subsidiëring – en daarmee ook op de activiteiten – van veel organisaties drukken. Hoewel dat niet voor iedereen een gefinancierde toekomst betekent, weten we nu tenminste waar we aan toe zijn.

Maar laten we ons geen illusies maken: het zou naïef zijn te denken dat de installatie van het nieuwe regeringsteam de diverse problemen zal oplossen waarmee professionals in de welzijns- en gezondheidszorg vandaag worden geconfronteerd.

Terwijl het Brussels Hoofdstedelijk Gewest zich de facto in een nog rampzaliger financiële situatie bevindt dan de federale staat, zijn de slogans die op alle bestuursniveaus als mantra’s worden herhaald ‘bezuinigingen’ en ‘terugdringen van de tekorten’.

De ervaring leert helaas keer op keer dat in tijden van begrotingsbezuinigingen het sociale beleid als eerste de dupe wordt. We kunnen er dus vanuit gaan dat het tekort aan personele en financiële middelen in de sector zal blijven bestaan, terwijl de vraag naar begeleiding alleen maar toeneemt onder een bevolkingsgroep die geen aanspraak meer kan maken op rechten of zelfs op zorg.¹

Laten we duidelijk zijn: dat betekent niet dat we ons erbij neer moeten leggen en de situatie moeten accepteren. Integendeel, het is belangrijk om te blijven eisen dat er middelen komen die aansluiten bij de behoeften, en dat er een einde komt aan het beleid dat leidt tot achteruitgang en uitsluiting. Maar tegelijkertijd moeten we ons bewust zijn van de realiteit waarmee we moeten blijven omgaan.

Meer dan ooit wordt er een beroep gedaan op vindingrijkheid, complementariteit en solidariteit. Alle organisaties zullen hun werkwijze moeten bevragen en aanpassen om zo goed mogelijk te voldoen aan de behoeften van begunstigden. We hopen dat Zinneke een bron van reflectie en inspiratie mag zijn om die uitdaging aan te gaan.

Veel leesplezier!

¹ Zie in dit verband de studie ‘Werken en toch in bestaansonzekerheid of armoede leven’, dat we verderop bespreken.

p. 05 **Stand van zaken** **Onder de loep**
Dat analyseren we! Een blik op enkele van de problemen waarmee de welzijns- en gezondheidssector in Brussel wordt geconfronteerd... en op de manieren om tot actie over te gaan.

p. 13 **Ontcijfering** **Welzijns- en gezondheidszorgtrajecten uitbouwen in het kluwen van het generalistische en gerichte aanbod**
Dat verduidelijkt! Voorwaarden en uitdagingen voor een geïntegreerde welzijns- en gezondheidszorgorganisatie

p. 19 **Het terrein in actie(s)** **Op weg naar oplossingen**
Daar zit beweging in! We gingen op zoek naar Brusselse actoren uit de welzijns- en gezondheidssector die niet wachten om een andere koers te varen.

p. 42 **Getuigenissen** **La Maison Gertrude** Als kunst naar senioren komt.
Dat spreekt voor zich!

p. 44 **Toolbox** Een selectie van innovatieve tools voor professionals.
Dat helpt!



Stand van zaken

Dat analyseren we!

Onder de loep

Een aantal studies en onderzoeksprojecten heeft de aandacht gevestigd op de uitdagingen in de welzijns- en gezondheidssector in Brussel en suggesties gedaan om tot actie over te gaan. Een kleine, subjectieve selectie.

Belgen en hun eetgewoonten: het kan beter!



Sciensano heeft in juni 2025 een rapport gepubliceerd met de resultaten van een peiling over voedselconsumptie en de naleving van de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad door de Belgische bevolking. Uit een gedetailleerde analyse van deze resultaten blijkt hoe groot de kloof tussen het voedingsideaal en de werkelijkheid nog steeds is.

De peiling - derde editie - vond plaats tussen maart 2022 en december 2023 onder de Belgische bevolking van 3 jaar en ouder. Er hebben 3.777 mensen aan deelgenomen, die willekeurig uit het Rijksregister werden geselecteerd. Het doel was om gedetailleerde en kwantitatieve informatie te verzamelen over de voedselconsumptie, de inname van voedingsstoffen en de voedingstoestand van de algemene bevolking. Het rapport

“De conclusie is onomstotelijk: het merendeel van de volwassen bevolking in België leeft deze aanbevelingen niet na....”

geeft een overzicht van de belangrijkste resultaten (geanalyseerd voor de gehele bevolking en uitgesplitst naar leeftijd, geslacht, opleidingsniveau en gewest) en toetste ze aan de voedingsaanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad. De conclusie is onomstotelijk: het merendeel van de volwassen bevolking in België leeft deze aanbevelingen niet na... De consumptie van nutriëntenrijke voedingsmiddelen (fruit, groenten, noten, peulvruchten, melk en melkproducten, vis en schaal- en schelpdieren, en water) die in verband worden gebracht met positieve gezondheidswaarden en een lagere mortaliteit blijft onvoldoende. Daarentegen blijft de consumptie van voedingsmiddelen die in verband worden gebracht met negatieve gezondheidseffecten en een hoger sterftecijfer (niet-bewerkt en bewerkt rood vlees, gesuikerde dranken en alcoholhoudende dranken), overmatig.

Laten we beginnen met het goede nieuws: 54% van de respondenten houdt zich aan de aanbeveling voor de consumptie van niet-bewerkt rood vlees (maximaal 300 gram per week). Dit percentage is nog steeds te laag en je kan veronderstellen dat de bijzonder hoge prijs van het product hier wel degelijk invloed

op heeft. Maar laten we daar niet onnodig over muggenziften. Want voor het overige blijken de vastgestelde eetgewoonten veel minder positief te zijn. Het is simpel: alle consumptie ligt onder de aanbevelingen, zonder uitzondering! Dat geldt voor:

- Peulvruchten:

88% volgt de aanbeveling niet op

(30% eet dit nooit)

- Noten:

97% volgt de aanbeveling niet op

- Volkoren granen:

99% volgt de aanbeveling niet op

- Melk en zuivelproducten:

88% volgt de aanbeveling niet op

- Vis en schaaldieren:

77% volgt de aanbeveling niet op

- Bewerkt rood vlees:

91% eet te veel bewerkt rood vlees

- Alcoholische dranken:

82% drinkt te veel alcohol

Over het algemeen houden vrouwen, hoogopgeleiden en inwoners van Vlaanderen zich vaker aan de voedingsaanbevelingen. Er zijn echter enkele uitzonderingen: melk en zuivelproducten worden vaker door mannen geconsumeerd en in Wallonië wordt gemiddeld meer water gedronken.

Overmatig alcoholgebruik komt in Vlaanderen even vaak voor als in Wallonië en, tegen de verwachting in, vaker bij mensen met een hoog opleidingsniveau. Opvallend is dat de Waalse drinker (gemiddeld 156 ml per dag) qua hoeveelheid zijn Vlaamse tegenhanger (130 ml per dag) overtreft.

Hoewel dit een vrij somber beeld schetst, is het toch bemoedigend om te zien dat bepaalde eetgewoonten zich sinds de vorige peiling van 2014-2015 in positieve zin hebben ontwikkeld. Er is namelijk een stijging te zien in de consumptie van water en groenten, terwijl de consumptie van bewerkt rood vlees, suikerhoudende dranken en alcoholische dranken daalt. We zijn er nog lang niet, maar elke stap vooruit verdient een pluim...

De resultaten in het rapport benadrukken dat inspanningen om de voedselomgeving waarin we leven te verbeteren en gezonde eetgewoonten te bevorderen een prioriteit moeten blijven in het volksgezondheidsbeleid. Zoals de auteurs aangeven: “Het is essentieel om omgevingen te creëren waar gezonde voedingskeuzes de meest toegankelijke en voor de hand liggende optie zijn. Wetenschappelijk onderbouwde strategieën – zoals het verbeteren van de betaalbaarheid van gezonde voeding, het reguleren van de marketing van voedingsmiddelen, het verbeteren van voedingsetikettering en het stimuleren van ondersteunende voedselomgevingen – kunnen gezondere eetgewoonten aanzienlijk bevorderen, zonder uitsluitend op individuele gedragsverandering te vertrouwen.”

Door: S. Bel, I. Moyersoen, V. Versele, T. Lebacqz, M.S. Vasquez, E. Grimm, S. Vermeiren, E. Van Campenhout, E. le Dieu, L. Boulbayem, K. De Ridder, N. Berger. : ‘Voedselconsumptiepeiling 2022-2023: Voedselconsumptie en naleving van de voedingsaanbevelingen door de Belgische bevolking’, Brussel, België: Sciensano; 2024.

Toegang:
op de website van
[sciensano.be](https://www.sciensano.be)



Menselijkheid als kompas in publieke dienstverlening



In de opeenvolgende crises¹ (op het vlak van gezondheid, opvang en energie) die we doormaken, spelen openbare diensten een belangrijke rol: ze waarborgen de daadwerkelijke uitoefening van sociale rechten en zorgen voor sociale cohesie. We moeten echter vaststellen dat de toegang ertoe steeds ingewikkelder wordt. Versnippering van de procedures, digitalisering, een bewijsregeling waarbij de betrokkenen moeten aantonen dat

ze recht hebben op bijstand, overbelasting van het personeel door de grote hoeveelheid dossiers... Er zijn tal van structurele belemmeringen die een soepele werking van deze diensten in de weg staan.

Tegen deze achtergrond, en met name na de goedkeuring van de ordonnantie ‘Brussel digitaal’ in januari 2024², is het rapport van het Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting met als titel “Menselijkheid als kompas in publieke dienstverlening” tot stand gekomen. Dit document is het resultaat van brede uitwisselingen en vat de gesprekken samen van dertien overlegbijeenkomsten die in 2024-2025 zijn georganiseerd en waaraan meer dan 81 organisaties uit het hele land hebben deelgenomen.

Het document bestaat uit vier hoofdstukken en begint met een toelichting op de onmisbare rol van openbare diensten in de strijd tegen armoede. Daarna schetst het document een gebruikerstraject in de realisatie van een recht en maakt daarbij gebruik van metaforen uit de scheepvaart. De mogelijke belemmeringen en hefboomen in elke fase van dit traject worden geanalyseerd. Tussen de regels door horen we één vraag: hoe kunnen we het roer omgooien om koers te zetten naar een menselijker openbare dienstverlening?

Het rapport wijst op twee zorgwekkende

ontwikkelingen. Enerzijds het proces waarbij de staat steeds minder verantwoordelijkheid neemt en zijn bevoegdheden geleidelijk overdraagt aan lokale overheden, maar ook aan maatschappelijke organisaties en informele netwerken. Het is echter niet de bedoeling dat zij de sociale taken en de hulpverlening aan personen op zich nemen, die onder de verantwoordelijkheid van de staat vallen. Anderzijds is er de neoliberale logica die alle geledingen van de samenleving doordringt, een logica van doorgedreven management, gericht op efficiëntie en cijfers. Ook de verenigingssector ontkomt hier niet aan: toename van projectoproepen, steeds gedetailleerdere activiteitenverslagen en kwantitatieve evaluaties van de uitgevoerde acties. De openbare diensten volgen dezelfde koers en worden geleid vanuit een beleid dat gericht is op meetbare efficiëntie. In deze context wordt individuele verantwoordelijkheid als norm gesteld: de individuen moeten zelf hun rechten aantonen, op straffe van het vermoeden dat ze er misbruik van maken.

Naar aanleiding van deze bevindingen formuleren de deelnemende organisaties vijf kernprincipes om het roer om te gooien.

- 01 Een proactieve aanpak ontwikkelen in de strijd tegen non-uptake van rechten.** Dit houdt in dat de informatie duidelijker moet worden, dat de fysieke toegankelijkheid van de diensten moet worden gewaarborgd en dat de automatische toekenning van bepaalde rechten moet worden bevorderd.
- 02 Een duurzaam kader voor de openbare diensten tot stand brengen,** door middel van structurele herfinanciering, om te zorgen voor stabiele teams en voldoende tijd voor kwalitatief hoogwaardige begeleiding.
- 03 Werken aan wederzijds vertrouwen tussen burgers en instellingen,** door de huidige dynamiek van wantrouwen te doorbreken, die in stand wordt gehouden door het discours over de strijd tegen ‘profiteurs’³. Dit houdt onder meer in dat het recht om fouten te maken wordt erkend en dat er een welwillende omgeving wordt tot stand gebracht waarin menselijk contact en actief luisteren centraal staan.

04 **Digitalisering ten dienste van de mens**, dat wil zeggen dat de tijd die wordt bespaard op administratieve taken, moet worden gebruikt om meer aandacht te besteden aan de begeleiding van mensen met specifieke behoeften. Het gaat er ook om het fenomeen van cherry picking te vermijden, waarbij de voorkeur wordt gegeven aan eenvoudige zaken om het aantal afgehandelde dossiers te verhogen.

05 **De mens weer centraal stellen in de openbare dienstverlening**. Dit laatste principe is van essentieel belang, zowel voor mensen die gebruikmaken van openbare diensten als voor mensen die er werken. In een context van werkstress en burn-out kan het opnieuw centraal stellen van de mens weer zin geven aan het werk en zorgen voor kwalitatieve uitwisselingen. Dit is

1 Dit crisisconcept mag ter discussie worden gesteld. Het is namelijk een vast onderdeel van het heersende politieke discours, waarin de 'crisis' het nemen van beperkende maatregelen rechtvaardigt.

2 Lees ook: 'Digitalisering begeleiden? Nee, we moeten dit in zekere mate bestrijden.' in Zinneke #4, herfst-winter 2025

3 Zie in dit verband het werk van het Forum - Pauvropobie: le-forum.org

ook cruciaal voor de gemeenschap, want het verdedigen van een betaalbare en kwalitatieve openbare dienstverlening draagt bij aan een breder democratisch project: het garanderen van toegang tot rechten en het versterken van de collectieve solidariteit.

Naast de bevindingen en aanbevelingen roept dit rapport uiteindelijk op tot een andere kijk op de zaak: van een benadering van toegang tot rechten die wordt opgevat als een hindernissen-parcours, naar een collectieve verantwoordelijkheid die is gebaseerd op vertrouwen, luisteren en verbondenheid.

Door: Demonty F., Halfants I., Joseph M., Stroobants V., Vandewiele M., Van Hootegem H. en van Vooren E., 'Menselijkheid als kompas in publieke dienstverlening. Een bijdrage aan politiek debat en politieke actie.' Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting, Tweejaarlijks verslag 2024-2025, Brussel (2025).

Toegang: op de website van luttepauvrete.be



S.O.S., jongeren in nood?

Sinds de COVID-19-pandemie waarschuwen talrijke deskundigen in België en daarbuiten dat de geestelijke gezondheid van jongeren, kinderen en tieners, achteruitgaat. Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie zal in 2025 één op de zeven jongeren tussen 10 en 19 jaar te maken krijgen met een psychisch probleem, met name depressie, angst of een gedragsstoornis. Dit is een belangrijk punt, want we weten dat de meeste ernstige psychische problemen bij volwassenen vroeg in het leven ontstaan, maar vaak niet op tijd worden opgemerkt of niet goed worden ingeschat.

Twee vrij recente studies kijken naar de situatie bij jongeren in de Federatie Wallonië-Brussel (FWB).

In "Les chiffres de la santé mentale des enfants et des adolescent·es en Wallonie et à Bruxelles" (Cijfers over de geestelijke gezondheid van kinderen

en jongeren in Wallonië en Brussel), vat het Waals Referentiecentrum voor Geestelijke Gezondheid (Crésam) gegevens uit diverse bevolkingsonderzoeken samen.¹

Voordat we kijken naar de geestelijke gezondheidsproblemen zelf, gaan we eerst in op de levensgewoonten en het gedrag die van invloed zijn op het mentale welzijn. Zo blijkt dat slechts 12% van de Franstalige Belgische jongeren aangeeft voldoende aan lichaamsbeweging te doen, een

¹ Het onderzoek 'Health Behaviour in School-Aged' (HBSC), dat regelmatig wordt uitgevoerd door de Ecole de Santé Publique van de ULB - voor het laatst in 2022; onderzoek uitgevoerd in 2024 door het Observatoire de l'Enfance, la Jeunesse et l'Aide à la Jeunesse (Observatorium voor Kinderen, Jeugd en Jeugdhulp -OEJAJ) onder 8- tot 18-jarigen; ...



percentage dat lager ligt dan dat van 2010. Een ander aandachtspunt: de slaapduur is over het algemeen onvoldoende en neemt tijdens de schoolloopbaan steeds verder af. En nog iets: een vijfde van de jonge Brusselaars kampt met voedselonzeekerheid. Weinig lichaamsbeweging, te weinig slaap, ongezonde voeding: allemaal factoren die een zeer ongunstige context voor geestelijke gezondheid vormen... Het is dan ook niet verwonderlijk dat het rapport wijst op hoge percentages van emotioneel onbehagen, stress en een gevoel van eenzaamheid, die allemaal toenemen naarmate de schooljaren vorderen en die meisjes sterker lijken te treffen dan jongens.

Je zou kunnen aanvoeren dat een deel van dit onbehagen natuurlijk te verklaren is door de ontwikkeling die mensen doormaken in hun tienerjaren. Uit de cijfers blijken echter een aantal opvallende verschillen. Voor veel indicatoren zijn de gemiddelden in Vlaanderen namelijk beter dan in de meeste Europese regio's, terwijl die in Franstalig België onder het Europese gemiddelde liggen. Deze

resultaten komen overeen met die van de nationale gezondheidsspeilingen van Sciensano en wijzen op een brede kloof tussen de twee grote gemeenschappen van het land. Hoewel het rapport van Crésam geen gedetailleerde verklaring voor deze situatie geeft, weten we dat er een nauw verband bestaat tussen de geestelijke gezondheid van bevolkingen en de sociale en economische context van de regio's waar ze wonen.

Het rapport wijst er bovendien op dat Franstalige jongeren weinig weten over de hulpbronnen die hen kunnen helpen en/of een groot aantal belemmeringen noemen die de toegang daartoe in de weg staan. Tieners hebben vaak een vertekend beeld van het vragen om hulp en van de reactie die ze daarop zouden kunnen krijgen: gevoelens van schaamte en angst, angst om veroordeeld te worden, het gevoel niet begrepen te worden. Daarnaast worden ze geconfronteerd met daadwerkelijke organisatorische barrières,

zoals wachttijden voor bepaalde diensten, toelatingsprocedures en andere procedurele belemmeringen die als ontmoedigend worden ervaren. Het Crésam lijkt moeite te hebben om cijfers te vinden over de toegang tot de geestelijke gezondheidszorg, maar uit de terugbetalingen voor psychologische hulp die enkele jaren geleden zijn ingevoerd, blijkt dat het aantal aanvragen van jongeren is toegenomen, zowel in Wallonië als in Brussel, met name sinds 2022-2023.

Een extreme uiting van het mentale onwelzijn bij jongeren is het risico op zelfdoding. Over het algemeen zijn de zelfdodingscijfers tussen 2011 en 2021 in heel Europa gedaald, en dus ook in België. Ons land heeft echter aanzienlijk hogere cijfers dan zijn naaste burens en uit diverse recente studies blijkt dat er sinds 2022 sprake is van een zekere opwaartse trend. Bij het onderzoeken

“Dit is een belangrijk punt, want we weten dat de meeste ernstige psychische problemen bij volwassenen vroeg in het leven ontstaan, maar vaak niet op tijd worden opgemerkt of niet goed worden ingeschat.”

van ziekenhuisopnames na een zelfdodingspoging constateerde Solidaris in de periode 2022-2024 een lichte stijging onder de algemene bevolking, maar een aanzienlijke stijging bij de 13- tot 24-jarigen. Vooral jongeren met een

BVT-statuuut (dus degenen die het meest kwetsbaar zijn) worden hierdoor het zwaarst getroffen. En ook hier zijn deze stijgingen het meest uitgesproken in Wallonië en Brussel.

Hoewel het rapport van Crésam cijfers bevat, worden deze nauwelijks of helemaal niet in perspectief geplaatst. We kunnen dus alleen maar veronderstellingen formuleren over de mogelijke verklaringen voor deze bevindingen: de gevolgen van de COVID-19-crisis, bepaalde vormen van socialemidiagebruik, de sociaaleconomische crisis, angsten in een wereld tegen de achtergrond van oorlog en klimaatverandering... Hoe dan ook, de behoeften van jongeren lijken even reëel als groot, en het is daarom belangrijk dat alle professionals in de welzijns- en gezondheidszorg zich organiseren om hierop in te spelen.

Hoe zit het met de allerkleinsten?

De Hoge Gezondheidsraad (HGR) heeft in oktober 2025 een zeer gedetailleerd advies uitgebracht over de geestelijke gezondheid van de allerkleinsten, dat wil zeggen vanaf de conceptie tot de leeftijd van 5 jaar. Volgens de aangehaalde studies wordt de prevalentie van mentale stoornissen bij kinderen van 1 tot 5 jaar geschat op 16%. Voor 25% van die problemen is professionele hulp nodig. Deze cijfers houden geen rekening met neurologische ontwikkelingsstoornissen of autismespectrumstoornissen.

De eerste levensjaren zijn een periode waarin geestelijke gezondheid onlosmakelijk verbonden is met sociale determinanten (welvaart, sociale steun, onderwijs) en omgevingsfactoren, alsook met levensomstandigheden en levenswijzen die een gezonde ontwikkeling bevorderen of juist belemmeren. Deze factoren zijn op elke leeftijd belangrijk, maar sommige spelen een doorslaggevende rol bij jonge kinderen: evenwichtige voeding of voedselonzekerheid, sociale en emotionele steun, gezondheidsgedrag van de omgeving en vooral van de ouders, en trauma's, met name mishandeling, kunnen een diepgaande en langdurige impact hebben. Deze periode wordt ook gekenmerkt door het feit dat kinderen nog niet over alle cognitieve vaardigheden beschikken om hun emoties te beheersen. Ze zijn daarom volledig afhankelijk van volwassenen die hen ondersteunen, begeleiden en opvoeden, in de eerste plaats hun ouders en familie. Met andere woorden, de geestelijke gezondheid van jonge kinderen ondersteunen betekent in de eerste plaats ingrijpen op de sociale en omgevingscontext waarin deze kinderen zich bevinden en de volwassenen in hun omgeving ondersteunen.

Er wordt dus een volksgezondheidsaanpak aanbevolen. Die aanpak moet steunen op samenwerking tussen alle welzijns- en gezondheidsactoren die in een bepaalde leefomgeving aanwezig zijn en moet deel uitmaken van een alomvattende aanpak van gezondheidsbevordering. Want het opsporen van risicovolle omgevingen is soms een

lastige opgave. Bovendien heeft die opsporing alleen zin als er vervolgens maatregelen worden genomen om die omgeving te veranderen, of dat nu op ecologisch, sociaaleconomisch of psychologisch vlak is. Het is dus een zaak van de hele bevolking en van alle professionals in een bepaald leefgebied.

Voor ouders moet er al vóór de conceptie van het kind aandacht en begeleiding worden geboden. De HGR beveelt dan ook de invoering aan van 'zorgpaden'. Dat zijn begeleidingsprotocollen tussen eerstelijnswerkers in de welzijns- en gezondheidssector, vanaf de prenatale periode tot aan de schoolleeftijd. Op dit pad kunnen meer gespecialiseerde spelers worden ingeschakeld wanneer er sprake is van specifieke risicofactoren. De netwerken op het gebied van perinatale zorg die in de Federatie Wallonië-Brussel beschikbaar zijn, en de Groeipakketten die door Opgroeien in Vlaanderen zijn ontwikkeld, worden met name genoemd als voorbeelden van goede praktijken.

Concreet wordt in het advies van de HGR gedetailleerd beschreven welke doeltreffende tools in elke interventiefase (gezondheidsbevordering, algemene preventie, screening en begeleiding bij risicosituaties) beschikbaar zijn, zowel voor gespecialiseerde professionals als voor huisartsen en eerstelijnswerkers. Daarnaast geeft de HGR een overzicht van de rol en acties van de belangrijkste institutionele actoren op het gebied van de vroege kinderjaren in de drie gewesten van het land. De invoering van eerstelijnszones in Vlaanderen en van de zorgzones in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest worden genoemd als kader voor het gezamenlijk uitwerken van zorgpaden voor geestelijke gezondheidszorg bij jonge kinderen.

Door: Jaspar, M., 'Les chiffres de la santé mentale des enfants et des adolescent·es en Wallonie et à Bruxelles', Centre de référence en santé mentale (CRéSaM asbl), 2026.

Toegang: op de website van cresam.be

Door: Hoge Gezondheidsraad, Geestelijke gezondheid van jonge kinderen (0-5 jaar), HGR, Brussel, 2025. Advies nr. 9742.

Toegang: op de website van hgr-css.b



Werken en in bestaansonzekerheid leven, een realiteit in Brussel



Het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, de studie- en informatiedienst van Vivalis, buigt zich regelmatig over verschillende aspecten van bestaansonzekerheid in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Een van zijn thematische publicaties uit 2025 gaat over de bestaansonzekerheid van mensen die werken. De publicatie analyseert de situaties van

deze werknemers die er met hun type werk en/of loon niet in slagen te ontsnappen aan bestaansonzekerheid of armoede. Het onderzoek combineert de beschikbare gegevens met interviews met betrokkenen. Zo wordt een breed scala aan uiteenlopende en complexe gevallen belicht.

Mensen die ondanks een baan in een onzekere situatie zitten, vind je zowel in klassieke dienstverbanden als in zogenaamde atypische arbeidsstatuten, zoals verschillende combinaties van tijdelijk werk, studentenjobs, uitzendwerk, flexi-jobs, werk via een platform, en niet te vergeten artistieke en verenigingsactiviteiten, met een onregelmatige frequentie en onzekere inkomsten. Daarnaast zijn er ook mensen met een zelfstandigenstatuut of die deel uitmaken van de informele economie, met andere woorden: 'zwartwerk'.

Volgens de statistieken behoort 9,6% van de bevolking boven de 18 jaar in Brussel tot de groep van werkende armen (tegenover 5% in Wallonië en 3,7% in Vlaanderen). Het is echter makkelijk te begrijpen dat een aantal situaties onzichtbaar blijft voor statistische indicatoren. Daarom heeft het onderzoek van het BOGW de reikwijdte van de gangbare definities van 'werk' en 'armoede' uitgebreid, zodat er beter rekening wordt gehouden met die situaties. Er zijn dan ook drie categorieën van precair werk vastgesteld: (1) een

zogenaamd 'zichtbaar en formeel' deel dat in de statistieken tot uiting komt, (2) een zogenaamd 'vaag en hybride' deel, en (3) een 'onzichtbaar' deel dat betrekking heeft op mensen die in de informele sector werken en een groot risico lopen.

01 Zichtbare werkende armen, in een erkend arbeidsstatuut, lopen een groot risico op bestaansonzekerheid vanwege de onstabiele aard van hun werk: versnipperde werktijden, kortlopende contracten met weinig uren, werk op afroep of in ploegendienst. Deze situaties brengen deze mensen in aanraking met sociaaleconomische risico's (onzekere inkomsten, uitgestelde of te late betalingen, slechte contractvoorwaarden, instabiele activiteit, minder sociale bescherming, geen vakantiedagen ...) en maken ze extra afhankelijk van werkgevers die hun voorwaarden kunnen opleggen (concurrentie, geen keuze ...). De laatste jaren zien we een toename van officiële arbeidsregelingen die deze vormen van bestaansonzekerheid in de hand werken.

02 Werknemers in een vage en hybride situatie bevinden zich vaak in een gemengd statuut, waarbij een deel van hun werk formeel (aangegeven en zichtbaar) is en een ander deel bestaat uit informele en niet-aangegeven uren of taken. De diversificatie van de statuten vergroot alleen maar de kans op hybride situaties. Er zijn bijvoorbeeld situaties waarin loondienst wordt gecombineerd met zelfstandig werk of freelancen, uitzendwerk, studentenjobs ... In andere gevallen wordt een officieel aangegeven deeltijdbaan gecombineerd met sociale uitkeringen, een ziekte- of handicapstatuut ... of – soms onder druk van de werkgever – met zwartwerk. Omdat deze situaties niet passen binnen de standaardregelingen voor sociale rechten en ziekte- en invaliditeitsrechten, leiden ze tot een verlies van deze rechten of maken ze het moeilijker om er gebruik van te maken.

03 Werknemers in onzichtbare situaties werken ten slotte voornamelijk 'in het zwart'. Dit formeel illegaal statuut maakt het makkelijker om deze arbeidskrachten uit te buiten, omdat ze nauwelijks sociale rechten hebben en weinig kansen hebben om in een reguliere

arbeidsverhouding terecht te komen. In het ergste geval komt dit zwartwerk neer op mensenhandel.

werksituatie, waarbij verschillende statuten en inkomstenbronnen worden gecombineerd, zouden moeten kunnen rekenen op een betere bescherming op het vlak van sociale rechten en aanvullende inkomsten, zodat ze beter bestand zijn tegen factoren die voor onzekerheid zorgen.

In onze huidige wereld zijn er steeds meer arbeidsvormen die meer flexibiliteit in werktijden bieden, of waarbij je per taak wordt betaald of volgens wisselende roosters werkt. Hetzelfde geldt voor virtueel werken, waarbij werk en privéleven

in elkaar overlopen. De beschermingsregelingen moeten worden aangepast aan deze nieuwe vormen van flexibel werk. Het is met name niet langer denkbaar dat werk systematisch recht op diverse uitkeringen uitsluit. Het zou beter zijn om drempels te hanteren waaronder of waarboven de bescherming kan worden aangepast, waarbij niet alleen rekening wordt gehouden met het loon, maar ook met de arbeidsomstandigheden.

“De steun (of gebrek hieraan) van familie en de gemeenschap speelt een doorslaggevende rol bij de mogelijkheid om het hoofd boven water te houden.”

Ongeacht het soort onzeker werk, raakt het alle aspecten van het leven. Hoewel onzeker werk vaak leidt tot een verslechtering van hun gezondheid, proberen werknemers het risico op arbeidsongeschiktheid te vermijden, want dit kan hun toch al kwetsbare overlevingsstrategie doen instorten. Dit leidt tot situaties waarin mensen geen gebruik maken van hun rechten, wat gevolgen heeft voor het hele gezin. De steun (of gebrek hieraan) van familie en de gemeenschap speelt een doorslaggevende rol bij de mogelijkheid om het hoofd boven water te houden. In de stedelijke context van Brussel, waar huisvesting – vaak van slechte kwaliteit – zwaar op de middelen drukt, redden de mensen die hierin worden geholpen zich het beste.

Ter afsluiting van hun onderzoek, en vanuit de vaststelling dat werk en een baan niet per se een hefboom zijn in de strijd tegen armoede, formuleren de auteurs van het rapport enkele aanbevelingen.

‘Fatsoenlijk’ werk draait vooral om acceptabele arbeidsomstandigheden en een toereikend en stabiel loon. Mensen met een hybride

Door: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (2025) ‘Werken en toch in bestaansonzekerheid of armoede leven in Brussel’, Thematisch cahier bij het Brusselse armoederapport 2025. Brussel: Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie – Vivalis.brussels.

Toegang: op de website van vivalis.brussels



Ontcijfering

Welzijns- en gezondheidszorgtrajecten uitbouwen in het kluwen van het generalistische en gerichte aanbod

Veel professionals in de welzijns- en gezondheidszorg herkennen zich wellicht in die woorden. Ze zijn symptomatisch voor situaties waarin onze interventiekaders tekortschieten, op de proef worden gesteld, situaties die we vaak als ‘complex’ bestempelen. Maar wat bedoelen we eigenlijk precies met ‘complex’? En wat gaat er schuil achter die term die we overal horen?

De term ‘complexe situatie’ is enigszins misleidend. Hij suggereert namelijk dat er als tegenhanger ook ‘eenvoudige’ situaties bestaan: duidelijke, welomschreven vragen die slechts één aspect van het leven raken en snel aangepakt worden. Maar in elke levenssituatie zijn heel wat factoren verweven: economische, woongerelateerde, taalkundige en culturele factoren... Onze levens worden beïnvloed door tal van aspecten die samen een unieke realiteit vormen. De combinaties zijn eindeloos en brengen een even grote verscheidenheid aan mogelijke antwoorden met zich mee.

Naast die intrinsieke complexiteit speelt nog een ander fenomeen mee: de toenemende onzekerheid van bepaalde levenssituaties in de huidige Brusselse context. De hervorming van het asielrecht maakt tal van administratieve statuten fragiel, de druk op de huurmarkt bemoeilijkt de toegang tot fatsoenlijke huisvesting, de veranderingen in de werkloosheidswetgeving brengen bepaalde huishoudens in een kwetsbare positie. In de praktijk



leiden die ontwikkelingen tot situaties die onstabiel, dringender en vaak moeilijker te begeleiden zijn.¹ In Brussel versterkt de toenemende onzekerheid de complexiteit van situaties en maakt ze die acuter en moeilijker te behandelen binnen onze interventiekaders.

Omggaan met complexiteit

Die dubbele vaststelling zet bepaalde klassieke modellen van psycho-medisch-sociale actie onder druk. Gefragmenteerde benaderingen, waarbij problemen afzonderlijk worden aangepakt, stoten hier op hun grenzen. Het wordt moeilijk, zo niet onmogelijk, om de antwoorden op te splitsen wanneer de problemen zo nauw met elkaar verweven zijn. Het is meer dan alleen een optelsom: ze versterken elkaar en zorgen voor situaties die nog moeilijker te doorgronden zijn. Situaties die maar zelden 'in het juiste hokje' passen.²

In die context dient zich geleidelijk een andere manier van denken over welzijns- en gezondheidsactie aan, met name in het Brusselse overheidsbeleid, zoals dat uit het Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan voortvloeit. Die geïntegreerde

aanpak is opgebouwd volgens een dubbele logica: enerzijds een generalistisch aanbod dat wordt gekenmerkt door een globale persoonsgerichte aanpak, anderzijds een gericht aanbod dat gerichte oplossingen biedt voor specifieke problemen. De uitdaging bestaat erin die twee benaderingen op elkaar af te stemmen om te komen tot een geïntegreerde welzijns- en gezondheidsorganisatie. Het is een gemeenschappelijke organisatie van generalistische en gerichte diensten en actoren met als doel de continuïteit van hulp, zorg en begeleiding van mensen te waarborgen, zodat zij zich hun leven lang in een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn kunnen bevinden of die toestand kunnen bereiken.

Die samenhang wordt elke dag een klein beetje meer opgebouwd: wanneer een medewerker uit de welzijnssector een gerichte dienst belt om een situatie te bespreken, wanneer een huisarts doorverwijst naar een vertrouwde partner of wanneer professionals samenkomen rond een situatie om hun interventies te coördineren. Ze krijgt ook vorm op gewestelijk niveau, waar verschillende actoren elkaar ontmoeten, elkaar leren kennen en leren samenwerken. Dat is wat we in nummer 2 van Zinneke aan de orde hebben gesteld aan de hand van het begrip verantwoordelijkheid voor de bevolking³: de opvatting dat professionals in eenzelfde gebied niet alleen verantwoordelijk zijn voor hun 'dossiers' of voor de mensen die zich tot hen wenden, maar ook een bredere verantwoordelijkheid delen ten opzichte van de mensen die in dat gebied wonen.



1 vivalis.brussels/nl/publicatie/welzijnsbarometer-2025

2 le-forum.org/news/114/7/Les-incasables-le-documentaire

3 Zinneke nr. 2, herfst-winter 2024, blz. 13-19: 'Naar de kern van verantwoordelijkheid voor de bevolking'



We draaien rondjes.
Het voelt alsof we maar stukjes van een oplossing bieden zonder de situatie ooit echt op te lossen.

alle sociale en omgevingsfactoren die van invloed zijn op de gezondheidstoestand: de sociale gezondheidsdeterminanten. Kwaliteit van de woning, inkomensniveau, gezinssituatie enz. zijn elementen die onmisbaar zijn voor een goed begrip van de realiteit

waarmee mensen te maken hebben. Zonder een bredere kijk lopen de interventies het risico dat ze hun nagestreefde effecten missen. Die aanpak veronderstelt een gedetailleerde kennis van de levenssituaties waarmee je te maken krijgt en dus een lokale benadering: professionals die de buurt kennen waar ze werken, de middelen, de uitdagingen, maar ook het bredere welzijns- en gezondheidsaanbod, zodat ze zo goed mogelijk kunnen doorverwijzen op basis van de individuele situatie.⁴ In Brussel wordt die rol met name opgenomen door huisartsen, apotheken, sociale diensten en buurtverenigingen. Het aanbod vervult ook een preventieve functie en steunt op een gemeenschapsbenadering. Zo kan in een vroeg stadium worden ingegrepen door samen te werken met doelgroepen, gemeenschappen en buurten, en niet alleen wanneer individuele situaties al verslechterd zijn.

Gericht aanbod biedt gerichte oplossingen

Het gerichte aanbod focust daarentegen op specifieke aandoeningen of problemen en is gericht op bepaalde subgroepen van de bevolking. Het komt in actie wanneer de situatie meer diepgaande expertise vereist, waarbij specifieke tools, vaardigheden en voorzieningen worden ingezet. In de praktijk gaat het bijvoorbeeld om problemen rond geestelijke

In dat verband moet een afstemming van een generalistische en gerichte benadering ook worden overwogen om preventie en buurtwerk te versterken, en niet alleen in het kader van curatieve zorg en/of individuele zorgtrajecten.

Generalistisch aanbod staat voor globale aanpak

Het generalistische aanbod wordt gekenmerkt door niet-gerichte zorg voor de gehele bevolking en biedt een holistische oplossing voor het overgrote deel van de welzijns- en gezondheidsbehoeften. Dit aanbod verenigt alle actoren uit de welzijns- en gezondheidssector die zo dicht mogelijk bij de leefomgeving globale oplossingen bieden voor problemen die zich voordoen.

Het neemt een centrale plaats in binnen de organisatie van het systeem: het voorziet in de meeste dagelijkse behoeften en is toegankelijker dan het gerichte aanbod.⁴ Die toegankelijkheid moet echter worden genuanceerd. Het generalistische welzijns- en gezondheidsaanbod wordt geconfronteerd met een grote vraag en beperkte middelen en heeft het moeilijk om zijn rol volledig te vervullen, met name ten aanzien van zeer kwetsbare groepen. Daarom moet het, zoals we verderop zullen zien, noodzakelijkerwijs worden gekoppeld aan een laagdrempelig gericht aanbod.

Het generalistische welzijns- en gezondheidsaanbod is gebaseerd op een holistische visie op gezondheid, wat inhoudt dat rekening wordt gehouden met

4 gezondbelgie.be/nl/performance-van-het-belgisch-gezondheidssysteem/bilijkheid-en-ongelijkheden

5 Zie Zinneke nr. 3, lente-zomer 2025, blz. 14-19: 'De buurt, de basis van de nieuwe welzijns- en gezondheidsorganisatie'

gezondheid, verslaving, een handicap of specifieke administratieve of sociale situaties.

Omdat die zorg gericht is op specifieke doelgroepen of behoeften, wordt ze doorgaans op een groter territoriaal niveau georganiseerd, zoals de zorgzones of het gewest. Zo kunnen voldoende begunstigden worden bediend en kan de efficiëntie worden gewaarborgd. Dat verschil in geografische schaal ten opzichte van het generalistische aanbod is een van de redenen die een afstemming tussen de twee aanbodtypes rechtvaardigt. Want als het gerichte aanbod niet wordt afgestemd op het generalistische welzijns- en gezondheidsaanbod, brengt het een risico met zich mee: namelijk dat er maatregelen worden genomen die geen aansluiting vinden bij de levensomstandigheden van mensen, of dat er onderbrekingen in de begeleiding ontstaan. In sommige gevallen kan dat het gevoel geven dat men ‘rondjes draait’: iemand die door een huisarts wordt behandeld, wordt doorverwezen naar een gerichte dienst zonder dat het contact wordt onderhouden, en keert vervolgens terug naar de huisarts wanneer de situatie weer verslechtert.

Trajecten in plaats van hokjes

Door te spreken van een ‘traject’ in plaats van ‘af te vinken hokjes’ kan je je eigen kijk op begeleiding veranderen. Wanneer iemand van de ene dienst naar de andere overstapt, gaat het niet zomaar om een opeenvolging van interventies, maar om de verschillende stappen van één en hetzelfde traject. Die manier van kijken vraagt om continuïteit: onderbrekingen vermijden, doorverwijzingen zonder opvolging beperken, situaties verminderen waarin mensen bij elke stap hun verhaal opnieuw moeten vertellen.

De trajecten bestaan uit heen-en-weer-bewegingen tussen generalistische en gerichte benaderingen. Die omkeerbaarheid is essentieel om een tunnелеffect te voorkomen. Zo leidt het inschakelen van een gerichte dienst niet tot verlies van contact met de doelgroepen, of zelfs tot het verbreken van de band met de eerstelijnsactoren. Concreet gaat het om heel alledaagse handelingen: na een doorverwijzing opnieuw contact opnemen met de betrokken dienst, belangrijke informatie doorgeven

om onderbreking te voorkomen, of de interventies rond één en dezelfde persoon coördineren. Die handelingen zijn soms onzichtbaar, maar onmisbaar om ervoor te zorgen dat het traject op de lange termijn standhoudt.

Vanuit dat perspectief beperkt de rol van professionals in de welzijns- en gezondheidszorg zich niet langer tot doorverwijzen. Ze kunnen als brugfiguur fungeren. Zichzelf zien als schakels in een breder welzijns- en gezondheidssysteem waarin twee complementaire benaderingen op elkaar aansluiten, twee aspecten van hetzelfde systeem die verbonden zijn door een gedeelde verantwoordelijkheid.

Die visie heeft niet alleen gevolgen voor de organisatie van het welzijns- en gezondheidsnetwerk, maar heeft ook duidelijk invloed op de begunstigden. De continuïteit van het traject zorgt ervoor dat ze niet van de ene dienst naar de andere worden gestuurd zonder dat de informatie wordt opgevolgd. Ze moeten niet telkens weer hetzelfde verhaal herhalen, met het gevoel dat ze helemaal opnieuw moeten beginnen. Het draagt ook bij aan het verminderen van sociale ongelijkheid – die nog duidelijker tot uiting komt in de toegang tot gerichte zorg.

Hier komt het eerder genoemde begrip ‘verantwoordelijkheid voor de bevolking’ volledig tot zijn recht: de actoren binnen een bepaald gebied dragen gezamenlijk verantwoordelijkheid voor alle mensen die daar wonen, en niet alleen voor degenen die spontaan een beroep doen op hun diensten. Met andere woorden: naast individuele zorg is de geïntegreerde aanpak gericht op een globale verbetering van de gezondheid en het welzijn van de bevolking binnen een bepaald gebied.

Toch komt die verantwoordelijkheid niet vanzelf. Zoals in de inleiding al werd vermeld, ontstaat ze via concrete banden tussen professionals, op de schaal van een grondgebied. Zo kunnen we afstappen van een fragmentarische aanpak en in de praktijk meer samenhangende trajecten ondersteunen. In die zin zorgt de geïntegreerde aanpak voor meer horizontaliteit en coördinatie binnen een systeem dat nog grotendeels verticaal is gestructureerd. Zo kunnen begeleidingstrajecten worden opgezet die flexibeler

en beter op elkaar zijn afgestemd.

De noodzaak om het generalistische en het gerichte aanbod op elkaar af te stemmen kan in bepaalde werkgebieden heel concreet worden geïllustreerd. Vanaf het moment dat iemand het traject instapt, rijst de vraag van de toegang tot het systeem. Hoewel het generalistische aanbod in principe voor iedereen toegankelijk zou moeten zijn, sluit het nog steeds – al dan niet expliciet – bepaalde mensen uit vanwege toelatingscriteria of werkwijzen die slecht zijn afgestemd op zeer kwetsbare levenssituaties. Om de problematiek van het onthaal van kwetsbare doelgroepen in de generalistische eerstelijnszorg op te vangen, hebben organisaties in de zogenaamde ‘laagdrempelige’ sector specifieke benaderingen, vaardigheden en interventiemethodes ontwikkeld die zijn afgestemd op die doelgroep.

De zogenaamde ‘laagdrempelige’ voorzieningen zijn specifiek bedoeld voor doelgroepen die het verst afstaan van de reguliere voorzieningen (daklozen, drugsgebruikers, sekswerkers, mensen zonder papieren enz.). Om die doelgroepen te bereiken, hebben de organisaties specifieke vaardigheden en werkwijzen ontwikkeld, zoals outreach, waarbij mensen in hun eigen leefomgeving worden opgezocht.

De uitdaging is echter niet om die situaties alleen aan de laagdrempelige sector over te laten, maar om een samenhang te creëren: de expertise van de laagdrempelige sector erkennen en tegelijkertijd de generalistische voorzieningen hun eigen toegangsdrempels geleidelijk laten verlagen. Toegankelijkheid is dus een gedeelde verantwoordelijkheid binnen de welzijns- en gezondheidssector.⁶

De uitdagingen op het gebied van geestelijke gezondheid spelen een rol in de hele welzijns- en gezondheidssector. Op het terrein wordt met psychische klachten zelden meteen aangeklopt bij gerichte voorzieningen. Ze komen aan het licht tijdens een medische raadpleging, sociale begeleiding, een administratieve afspraak of bij het

regelen van zaken op het gebied van huisvesting of werk. De generalistische sector is dan ook vaak het eerste aanspreekpunt. Ze speelt een centrale rol om psychische klachten op te sporen, een luisterend oor en eerste hulp te bieden.

De afgelopen jaren is de expertise in de eerstelijnszorg toegenomen, met name dankzij de inzet van eerstelijnspsychologen en uitgebreidere samenwerking tussen professionals. Door ELP's te integreren in praktijkomgevingen (praktijken, verenigingen, diensten) of samen te werken met mobiele teams is er aanzienlijke vooruitgang geboekt bij de begeleiding van mensen. Tegelijkertijd voelen generalistische actoren zich niet altijd voldoende gesteund om deze sleutelrol volledig op zich te nemen. Er blijft behoefte bestaan aan bijscholing, overleg en ondersteuning, zowel om de ernst van situaties goed in te schatten als om te weten hoe en wanneer er moet worden ingegrepen. Bovendien kunnen de soms beperkte toegankelijkheid van gespecialiseerde diensten voor geestelijke gezondheid, de wachttijden en een soms moeizame samenwerking de doorverwijzing en gezamenlijke opvolging van situaties bemoeilijken.

⁶ Voor meer informatie over de 0,5-lijn en -functie in de sociale/gezondheidsorganisatie in Brussel: referentiepunten. (lien: <https://www.brusano.brussels/nl/pdf/analyses-2022-05-lijn-en-functie-in-de-sociale-gezondheidsorganisatie-in-brussel/>)



Tegelijkertijd is het gerichte netwerk overbelast. Dat blijkt onder meer uit de wachttijden voor een eerste afspraak bij een psycholoog en de moeilijkheden bij het aanwerven van psychiaters, met name in de ambulante zorg.

Het risico van die situatie is tweeledig. Bij gebrek aan beschikbare verwijzingsmogelijkheden blijven bepaalde situaties ‘hangen’ in de generalistische sector, met het risico dat zorgverleners overbelast raken en er onvoldoende antwoorden worden gegeven. Anderen worden herhaaldelijk doorverwezen, zonder echte continuïteit, omdat de doorverwijzingen niet effectief of slecht gecoördineerd zijn. Gedurende het hele traject worden ook herhaaldelijk vragen over het levenseinde geuit. Palliatieve zorg kan al in een vroeg stadium worden ingezet, vanaf het moment dat iemand te maken krijgt met een chronische en ongeneeslijke ziekte; deze zorg beperkt zich dus niet tot de laatste levensfase. Ook hier geldt dat die uitdagingen niet alleen de gerichte teams aangaan; ze raken de hele welzijns- en gezondheidssector. Palliatieve zorg kan alleen worden verleend als die zorg stevig verankerd is in het dagelijks leven van mensen. Voor thuiszorg (voor zover dat mogelijk en gewenst is), ondersteuning van naasten en sociale of administratieve begeleiding zijn mensen grotendeels afhankelijk van lokale hulpverleners. Zij zijn het vaak die voor continuïteit zorgen, die veel verder reikt dan de momenten van gerichte interventie die er vanwege medische situaties kunnen zijn. Het bespreken van die vragen en uitdagingen binnen een algemeen kader, zelfs op een eenvoudige manier, is op zich al een vorm van begeleiding. Dat veronderstelt echter dat de betrokken professionals zich bevoegd voelen en dus beschikken over gezamenlijke fora om van gedachten te wisselen, zich bij te scholen en zich de nodige vaardigheden eigen te maken.

Al die voorbeelden tonen de beperkingen van een strikt sectorale aanpak. De uitdaging is eerder om een gedeelde zorgaanpak mogelijk te maken: een generalistische sector die zich bevoegd voelt om een deel van de situaties op te vangen en te begeleiden, en een gerichte sector die kan worden ingeschakeld wanneer dat nodig is, zonder onderbreking in het traject.

Concreet betekent dat dat de banden tussen actoren moeten worden aangehaald: ze moeten elkaar beter leren kennen, vlot van gedachten kunnen wisselen over bepaalde situaties en gemeenschappelijke referentiepunten ontwikkelen. Het zijn vaak die banden die ervoor zorgen dat er geen onderbrekingen ontstaan.

Samenwerking structureel maken

Om zo goed mogelijk in te spelen op de complexiteit van de situaties en de toenemende kwetsbaarheid, is niet alleen het welzijns- en gezondheidsaanbod van belang. Hoewel het versterken van bepaalde voorzieningen noodzakelijk blijft, met name in overbelaste sectoren zoals de geestelijke gezondheidszorg, zijn er nu al mogelijkheden voor verbetering in de organisatie van het systeem zelf. Want de kwaliteit daarvan hangt niet alleen af van de verscheidenheid aan beschikbare diensten, maar ook van de manier waarop ze op elkaar zijn afgestemd. De afstemming tussen generalistische en gerichte benaderingen is dus een onmisbare voorwaarde om de continuïteit van de begeleiding te waarborgen. Maar die afstemming mag niet alleen steunen op de individuele inzet van professionals, die al zwaar onder druk staan door steeds moeilijkere arbeidsomstandigheden. Ze veronderstelt en vraagt om structurele kaders: overlegfora, verbindingfuncties, territoriale dynamiek en erkenning van netwerken. Ze vraagt ook om krachtige tools die nog op zich laten wachten, in het bijzonder op het gebied van gegevensuitwisseling (een veilig kader waarborgen en tegelijkertijd de communicatie bevorderen tussen alle partijen die een therapeutische band hebben met een begunstigde, een essentiële schakel in de samenwerking).

Vaak komen de beperkingen voort uit het kader en de organisatie van het systeem, niet uit de mensen die er deel van uitmaken. Misschien is het daarom tijd om van perspectief te veranderen en onze oorspronkelijke vraag opnieuw te bekijken: het probleem ligt waarschijnlijk minder in de complexiteit van de situaties dan in de organisatie van onze reacties, die maar al te vaak niet goed aansluit bij die complexiteit.

Céline Graas
Brusano

Het terrein in actie(s)

Op weg naar oplossingen

We gingen op zoek naar Brusselse welzijns- en gezondheidsactoren die niet willen afwachten om een andere koers te varen. Een blik op enkele inspirerende projecten.

HUBBIE

HUBBIE

INFO EN CONTACT

ACTIVITEITENGEBIED

hubbie.brussels

Brussels Hoofdstedelijk Gewest

Joepie, daar is Hubbie!

De zorg voor iemand met een lichamelijke of verstandelijke beperking is een complexe aangelegenheid waarbij verschillende aspecten een rol spelen: de behoeften van de persoon zelf, de verwachtingen van de naasten, de beschikbaarheid van voorzieningen...



Thomas Richards
Projectmanager bij
Hubbie

Kan je om te beginnen in een paar woorden uitleggen wat Hubbie is?

Hubbie is een dienstverlener voor mensen met een beperking. We werken rond drie hoofdpijlers: huisvesting, werk en vrije tijd. Wat ons echt onderscheidt, is het aanbod aan diensten dat wij aanbieden.

Bestaan jullie al lang?

De huidige organisatie werd in 2020 opgericht. Ze is ontstaan uit de fusie van twee verenigingen, De

In Brussel biedt de Vlaamse vzw Hubbie een bijzonder breed en gevarieerd dienstenaanbod aan, waarmee op maat kan worden ingespeeld op tal van situaties. Thomas Richards, projectmanager bij de organisatie, vertelt ons meer over dit project en de werking ervan.

Lork en Begeleid Wonen Brussel, die respectievelijk gespecialiseerd waren in werkplaatsen en huisvesting. Ze hebben de krachten gebundeld om elkaar te versterken en hun aanbod uit te breiden.

Laten we het nog eens hebben over jullie drie dienstverleningsgebieden. Wat bieden jullie aan op het gebied van huisvesting?

We beschikken over drie gebouwen, twee in Sint-Gillis en één in Anderlecht, die zijn aangepast om mensen met een beperking te huisvesten. We bieden hen ook begeleiding aan die is afgestemd op hun mate van zelfredzaamheid. In sommige gevallen is er 24 uur per dag een begeleider nodig, in andere gevallen zijn de cliënten – wij geven de voorkeur aan deze term boven begunstigten – vrijwel zelfstandig...

In Sint-Gilles gaat het om eenpersoonkamers met gemeenschappelijke ruimtes (keuken, woonkamer ...), een beetje naar het voorbeeld van een studenten-residentie. In Anderlecht gaat het om echte appartementen die door twee personen worden gedeeld.

Daarnaast bieden we een hulpdienst aan voor mensen die alleen wonen of bij hun ouders wonen. Een team komt langs voor zogenaamde ‘praktische’ hulp – meegaan naar de winkel, samen een wandeling maken ... – of voor wat wij ‘algemene’ hulp noemen, die varieert van hulp bij administratieve zaken tot het zoeken naar een aanbieder van cursussen.

Waarom geef je de voorkeur aan de term ‘cliënten’, die sommigen misschien aanstootgevend vinden?

Wij werken niet op dezelfde manier als in de Franse Gemeenschap, waar organisaties subsidies krijgen om bepaalde diensten te verlenen. In Vlaanderen ligt dat anders: de organisatie ontvangt geen overheidsgeld meer. Zij biedt diensten aan en het is de gebruiker van die dienst – haar ‘cliënt’ dus – die voor de dienst betaalt.

Concreet betekent dit dat elke meerderjarige persoon met een handicap voor een beoordelingscommissie van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) verschijnt die, afhankelijk van de mate van invaliditeit, een zogenaamd persoonsvolgend budget toekent, een individueel budget. De betrokkene kan dit budget dan naar eigen inzicht besteden om de gewenste zorg of diensten aan te kopen bij individuele begeleiders, gezondheidsprofessionals en zorgverleners die zijn erkend door het VAPH. Als mensen beslissen om een beroep te doen op Hubbie, wordt elke dienst die wij voor hen verrichten dus betaald uit hun individuele budget.

Er zijn nog andere financieringsvormen, maar bij Hubbie komt het grootste deel van de inkomsten voort uit deze uitwisseling tussen dienstverlener en cliënt.

Dat is duidelijker... Dus: hoe meer cliënten je hebt en hoe meer diensten je levert, hoe meer inkomsten je hebt?



Dat klopt in grote lijnen. En omgekeerd: als we te weinig cliënten hebben, moeten we ons personeelsbestand inkrimpen.

We moeten een evenwicht vinden, want dit systeem kan gevaarlijk zijn. Een cliënt die veel zorg nodig heeft, beschikt over een groter individueel budget om te besteden. Een organisatie zou dan in de verleiding kunnen komen om de zorg voor hem of haar op te nemen, terwijl de behoeften van die persoon op de grens liggen van of zelfs verder gaan dan wat die organisatie kan bieden...

Komen deze cliënten uit eigen beweging naar jullie toe of worden ze doorverwezen?

Ik zou zeggen dat het 50/50 is. Sommigen nemen uit eigen beweging contact met ons op, anderen worden doorverwezen door hun huisarts, het OCMW, het ziekenfonds ...

Tweede pijler: werk. Wat bieden jullie op dat vlak aan?

We helpen onze cliënten bij het vinden van een baan... of beter gezegd: vrijwilligerswerk, want daar gaat het in feite om. We brengen ze in contact met een van de organisaties waarmee we samenwerken en die bereid is hen aan te nemen. We hebben bijvoorbeeld een cliënt die eens per week bij BRUZZ langskomt om alle planten water te geven. Een andere cliënt werkt in de bibliotheek

Munt Punt, waar hij helpt met het opruimen van de boekenplanken.

Bovendien openen we binnenkort, hopelijk nog deze zomer, een restaurant in Koekelberg waar zowel de keuken als de bediening door cliënten en vrijwilligers worden verzorgd.

Jullie werken dus met vrijwilligers?

Ja, we hebben zo’n zestig vrijwilligers die samen met 120 medewerkers 450 cliënten in de regio Brussel bedienen. Het profiel van deze vrijwilligers is zeer divers: er is zowel een groep uit een parochie als studenten die voor hun opleiding een inleefactiviteit moeten doen met een doelgroep zoals de onze... We proberen nieuwe vrijwilligers aan te trekken door te benadrukken wat een mooie kans deze ervaring is voor mensen die hun Nederlands willen verbeteren. Er is voortdurende uitwisseling zonder oordeel.

Zorg je voor specifieke opleidingen voor deze vrijwilligers?

We hebben terugkerende interne opleidingen die zowel voor vrijwilligers als voor onze medewerkers bedoeld zijn, want niet iedereen heeft een opleiding gevolgd die voorbereidt op werken met mensen met een beperking. Zo bieden we modules aan over mensen met een lichte beperking, over mensen met autisme ...

Dan zijn we klaar met de aangeboden diensten: de derde pijler is dus vrijetijdsbesteding.

Inderdaad. We bieden de mogelijkheid om deel te nemen aan verschillende soorten workshops: kunst, sport, koken, knutselen ... We streven er altijd naar om deze activiteiten op een inclusieve manier te organiseren. We willen graag samenwerken met organisaties buiten de handicapsector (scholen, sportclubs ...) om de diversiteit onder de deelnemers te bevorderen.

Zo gaan de bewoners van ons huis in Sint-Gillis elke woensdag naar een dansworkshop in een cultureel centrum, waar ze samen met leerlingen van een basisschool uit de gemeente dansen. We hebben een heel proces van reflectie en vervolgens artistieke

creatie doorlopen rond de plaats van mensen met een beperking in de openbare ruimte. Daarbij waren cliënten, leerlingen van een middelbare school en de Brusselse straatkunstenaar Antoine Caramalli betrokken. We werken samen met andere verenigingen om de Zinneke Parade voor te bereiden, waar we met een gezamenlijke zinode zullen meelopen. We hebben maskers gemaakt en zijn nu bezig met het bedenken van onze eigen choreografie...

We organiseren ook weekenduitstapjes en vakanties. Op een heel ander niveau zijn we actief in de gevangnissen van Sint-Gillis en Haren om activiteiten op te zetten voor geïnterneerde gedetineerden, dus met een psychiatrisch statuut. Daar proberen we hen zoveel mogelijk te betrekken bij de keuze van de activiteiten, die zowel artistiek als praktisch kunnen zijn. Dat kan zowel een muziekworkshop zijn als een introductiecursus informatica.

Nog iets dat je zou willen zeggen?

Ja, er is één punt waar ik echt op wil hameren, namelijk dat we naast de aangeboden diensten een doelstelling hebben om de mensen met wie we werken uit het isolement te halen, waar hun situatie hen soms toe lijkt te veroordelen.

Ik ben bij Hubbie begonnen als begeleider in een wooncentrum en ik heb gemerkt hoe belangrijk het voor de cliënten was om naar buiten te gaan, mensen te ontmoeten en niet te blijven hangen in hun anders-zijn.

Historisch gezien heeft België de neiging gehad om mensen met een beperking in instellingen onder te brengen, dat wil zeggen hen op te sluiten in psychiatrische ziekenhuizen, instellingen, gespecialiseerde centra ... Ik ben er echter van overtuigd dat het juist belangrijk is dat zij naar buiten kunnen gaan, de wereld kunnen ontdekken en weten dat ze daar een plek hebben.

We zijn bij *Kom à la maison*...

Het is half elf op deze regenachtige dinsdag in maart als ik bij nummer 46 van de Veldstraat in Etterbeek aankom. Door de condens op de grote ramen rondom het hoekpand kan ik niet zien wat er binnen gebeurt. Ik stap dus onbekend terrein binnen.

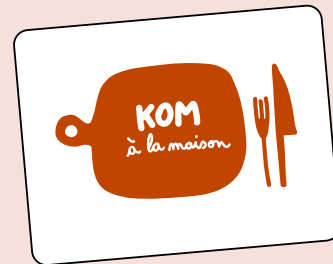
Ik heb amper de tijd om de deur op een kier te zetten of de drukte doorbreekt de dromerige nonchalance waarin ik me bevond. Het is er druk, er wordt geroepen, iedereen rent alle kanten op en praat onophoudelijk. “Pas op, heet, heet!!!” “Wat hebben we vandaag in huis om een salade te maken?” “Kan je de ovendeur even voor me openen?” “Ga opzij, ik houd het niet meer, ik laat het dienblad vallen!” “Misschien kan ik twee vullingen voor de cannelloni maken, met en zonder tomaten?” “Is de soep opgezet? Kan iemand dit even controleren?” Ze zijn met een stuk of tien en vullen de ruimte met een geïmproviseerd ballet op een live geproduceerde soundtrack.

Net als elke andere ochtend is het team van vrijwilligers van Kom à la maison druk bezig met het bereiden van de lunch, samen met Alix, de begeleidster van vandaag en initiatiefneemster van het project. De koks zijn rond 9 uur aangekomen om samen te ontbijten en hebben daarna samen het menu van de dag samengesteld op basis van de beschikbare ingrediënten. Over minder dan twee uur zitten de meesten van hen aan tafel, samen met gasten uit de omgeving, om te genieten van een driegangenmenu – soep, hoofdgerecht en dessert, vandaag bloemkoolsoep, cannelloni met twee vullingen en cake – waarvoor een vrijwillige bijdrage wordt gevraagd. Tot slot is er hier nauwelijks sprake van ‘bediening’: iedereen bedient zichzelf en anderen, ruimt de tafels af en helpt met de afwas als hun tijdbesteding dat toelaat. Want het project is niet alleen gebaseerd op solidariteit, maar

ook op participatie. En het is inclusief. Iedereen is welkom en draagt bij naar eigen vermogen en vaardigheden.

Om de goed geoliede machine die voor mijn ogen in volle gang is niet te hinderen ga ik op in de omgeving om alles op mijn gemak te kunnen gadeslaan. De ruimte op deze begane grond is verdeeld in twee delen: aan de ene kant de keuken met twee werkbladen en kookapparatuur, aan de andere kant de eetkamer met een half dozijn tafeltjes die worden samengevoegd tot twee grote tafels. De meubels ruiken lekker naar upcycling. Op een dressoir staat een trofee die eraan herinnert dat het project door Leefmilieu Brussel is uitgeroepen tot ambassadeur van ‘Good food’. Een bord herinnert aan de regels van Kom à la maison. “We heten elkaar welkom.” “We komen hier om gezellig samen te zijn en mensen te ontmoeten.” “We doen het samen en delen met elkaar.” “We luisteren naar onszelf en naar anderen.” “We respecteren onze verschillen.” “Je mag het er niet mee eens zijn, maar je spreekt je uit zonder anderen te kwetsen.” Een ander bord dat ophangt, legt het principe van de vrije prijs uit... maar ook dat van solidariteit: “Iedereen betaalt naar vermogen. Een menu kost ons 15 euro. Als je meer geeft, draag je bij aan de maaltijd van een andere gast.”

Nadat ik samen met Magali, Mohammed, Tobias, Georges en Yves van het dagmenu heb genoten, een handje heb geholpen met de afwas en eerlijk mijn rekening heb betaald, ga ik aan tafel zitten met Alix Rijckaert. Zij staat aan de basis van *Kom à la maison*, heeft het project concreet uitgewerkt en organiseert de activiteiten.



Alix Rijckaert
Initiatiefneemster
van Kom à la maison

Hoe ben je op het idee gekomen voor dit participatieve en solidaire restaurant?

Ik was journalist bij AFP en volgde de diplomatie van de Europese Unie en de NAVO, toen mijn dochter wat gezondheidsprobleempjes kreeg en zes maanden lang niet naar de crèche kon. Van de ene op de andere dag ben ik gestopt met werken om voor haar te zorgen. Toen las ik een artikel over een Frans project met de naam ‘Les petites cantines’¹, dat precies deed wat we nu bij *Kom à la maison* doen. Ik dacht meteen: als zoiets in Brussel zou bestaan, zou ik er dolgraag willen werken. Het was precies waar ik van droomde, koken voor en samen met mensen...

Ik heb contact opgenomen met het Franse project dat begeleiding had opgezet voor initiatieven die op hun concept zijn geïnspireerd, en zo is het allemaal begonnen.

¹ lespetitescantines.org

Maar in de praktijk sta je op dat moment nog nergens...

Inderdaad. Ik heb een cursus over duurzame voeding gevolgd bij de vereniging ‘Rencontre des continents’. Daar heb ik veel mensen ontmoet die enthousiast waren over het project. Samen met hen heb ik besloten een informatiebijeenkomst te organiseren.

Voor mij was het vanaf het begin duidelijk dat dit alleen maar een collectief project kon zijn, dat ten dienste staat van de gemeenschap en gezamenlijk wordt gedragen. Na deze informatiebijeenkomst is er een werkgroep opgericht en sindsdien hebben we samen verder gewerkt. Alle belangrijke beslissingen werden dus samen genomen: de keuze van het pand, het ondertekenen van het huurcontract, enzovoort. Ook de inrichting van het restaurant – met uitzondering van de ingrijpende verbouwingen om aan de veiligheidsvoorschriften te voldoen – werd gerealiseerd via participatieve bouwswerpen.

Waarom zijn jullie hier gevestigd? Is dat een bewuste keuze of heb je gewoon een kans aangegrepen?

Ik woon in Etterbeek en het leek me logisch om dit in een omgeving te doen die ik goed ken. De informatiebijeenkomst vond plaats in Etterbeek. De meeste leden van de initiatiefgroep wonen of hebben in Etterbeek gewoond, dus er zit een logica achter, al is het geen bewuste keuze of intentie.



De vestiging in de omgeving van De Jacht is dan weer geen toeval. Het is juist een weloverwogen en bewuste keuze. Het is een van de weinige wijken in het zuidoosten van Brussel die in het kader van het stadsbeleid als prioritair wordt aangemerkt. Er is veel beweging en er heerst een echte diversiteit dankzij de aanwezigheid van sociale woningen. Dit is precies de omgeving die we voor ons project zochten.

Laten we het nog eens hebben over de betekenis en de doelstellingen van dit project. Hoe zou je het concept van Kom à la maison omschrijven?

Het is een participatief restaurant, wat betekent dat buurtbewoners achter het fornuis staan en de maaltijd delen met andere bewoners. In feite gebruiken we de keuken om mensen bij elkaar te brengen, hen uit hun isolement te halen en tegelijk toegang te bieden tot kwalitatief hoogwaardige, gezonde en duurzame voeding.

Je hebt het over de buurtbewoners, staan zij open voor jullie aanpak? Is dat trouwens een absolute voorwaarde om mee te doen?

Er zijn veel buurtbewoners die ons steunen, maar niet iedereen heeft de mogelijkheid om als kok mee te doen... Veel mensen werken en zijn niet beschikbaar, maar sommigen komen wel als gast bij de maaltijd. Anderen komen op zondag met het hele gezin. Op die dag zitten we altijd vol en het is de enige dag van de week waarop we onze doelstelling voor de vrijwillige bijdragen halen. Er zijn ook donderdagavonden waarop we verschillende activiteiten organiseren: een muziekquiz, bingo ...

Als we het over buurtbewoners hebben, bedoelen we eigenlijk alle mensen die het leven in de wijk vormgeven. Zo werken we samen met scholen waarvan sommige leerlingen bij ons komen eten, een Fedasil-centrum dat alleenstaande minderjarigen naar ons doorverwijst, dagcentra waarvan we sommige deelnemers ontvangen, enzovoort.



Het is een plek die leeft, die zich elke dag vernieuwt, en dat maakt het zo bijzonder. We richten ons niet op een bepaald profiel van deelnemers, we willen diversiteit en inclusiviteit bevorderen.

Hoe zijn jullie samenwerkingen tot stand gekomen? Hebben jullie proactief gehandeld?

Zoals ik al zei, is een van onze doelstellingen het bevorderen van sociale cohesie en samenleven. We hebben dus inderdaad contacten gelegd met organisaties die ons mensen in isolement kunnen doorverwijzen. Dat is ook zo voor de NBMV van Fedasil. Dat geldt ook voor de begunstigden van het OCMW van Etterbeek, een partner waarmee we op verschillende manieren samenwerken. Zo komt bijvoorbeeld Nathalie, een maatschappelijk werker, regelmatig langs om een mobiel spreekuur te houden en met de deelnemers te praten in het kader van de strijd tegen het niet-opnemen van rechten.

Nog een voorbeeld: elke ochtend halen we de onverkochte broden en croissants op bij de supermarkt aan de overkant voor ons ontbijt. Alles wat we niet opeten – en dat is heel wat – wordt systematisch aan de voedselbank van het OCMW geschonken.

Sommige samenwerkingen – Fedasil, OCMW's, scholen, de sociale cohesie van de gemeente, overleg met lokale verenigingen, wijkgezondheidscentra, ... – zijn het resultaat van een initiatief van onze

kant, terwijl andere meer toevallig tot stand zijn gekomen. Dit geldt met name voor deelnemers met een verstandelijke beperking. Een medewerkster van een dagcentrum hoorde over ons en besloot een aantal van haar begunstigden mee te nemen. Vervolgens speelde mond-tot-mondreclame een rol en breidde de kring van geïnteresseerde organisaties zich in alle opzichten uit: het zijn er meer en ze komen ook van buiten de directe omgeving. Vandaag hebben we zelfs deelnemers die door Fond-Roy zijn gestuurd, in Ukkel...

Voeding staat centraal in het project. Werken jullie, net als anderen, op basis van het ophalen van onverkochte producten?

Nee. Of slechts in kleine mate: we kopen 95% van wat we bereiden. Het grootste deel van onze bevoorradings komt van een biologische groenteteler die ons ook peren, appels en eieren levert. De linzen, rijst, pasta, melk ... – altijd biologisch – komen van Cabas, een producentencoöperatie in Elsene. Alleen boter en suiker kopen we in de supermarkt, en dan niet biologisch, want dat is echt veel te duur. Het probleem met de onverkochte producten is dat het volkomen onvoorspelbaar is. De ene dag heb je 200 kilo en de volgende dag 10... Met 10 kilo kan je geen restaurant draaiende houden. Bovendien zijn

er nooit uien, aardappelen, wortelen ... Het zijn altijd producten die heel snel bederven: champignons, broccoli ... Wat wil je doen met tien kratten broccoli? Een driegangenmenu, voorgerecht, hoofdgerecht, dessert rond dat product?

We hechten veel waarde aan het aanbieden van gezonde, duurzame en hoogwaardige voeding. Het gaat niet alleen om het bereiden van een maaltijd, maar ook om bewustwording: de deelnemers stellen zelf de menu's samen en koken gerechten die ze lekker vinden. Daarmee tonen ze aan dat deze manier van eten voor iedereen toegankelijk is.

Denk je dat deze boodschap kan doordringen tot een kwetsbare doelgroep?

De socioloog Bénédicte Boni heeft het concept van 'voedselgeweld' theoretisch onderbouwd. Ze laat zien hoe voedselhulpsystemen hun begunstigden in een passieve houding opsluiten. Je komt aan als een bedelaar en je krijgt wat de consumptiemaatschappij niet wilde, haar afval. Je situatie is al moeilijk genoeg en dan word je geconfronteerd met een overvloedige samenleving die haar vuilnisbakken voor je opent... Dit is echt een beeld van de barmhartige Samaritaan die de arme stakker te hulp schiet. Welke invloed heeft dit op het zelfbeeld van de begunstigden?



We willen deze dynamiek echt doorbreken. Bij ons is eten bedoeld om mensen bij elkaar te brengen en niemand zit er passief bij. Door zelf te koken, eigen je je toe wat je gaat eten en betaal je voor je maaltijd. Je bevindt je niet in een slachtofferrol.

De vrije prijs is echt symbolisch, om eraan te herinneren dat er kosten aan verbonden zijn, maar 10% van onze maaltijden wordt verkocht voor één euro, 60% voor 10 euro... Het belangrijkste is de dynamiek die we hiermee tot stand brengen.

Met de ‘vrije prijs’ kan je duidelijk geen economisch evenwicht bereiken. Hoe werken jullie dan?

We zijn gestart met wat steun (crowdfunding, sponsoring, Open Soon, ASBL en transition, Cocof ...) en door ons persoonlijke spaargeld te investeren. Zo konden we de ruimte die niet aan de normen voldeed volledig renoveren. Het was tijdens de COVID-lockdown, de horeca was gesloten en we werkten alleen met afhaalmaaltijden. Toen verkochten we tussen de 30 en 40 porties per dag, terwijl dat er nu 20 tot 25 zijn. Bovendien hebben we twee jaar lang gewerkt zonder ook maar een cent loon te



ontvangen. Sinds 2022 zijn wij met drie begeleiders die het wettelijk minimumloon ontvangen, op niveau 0 en met 0 jaar anciënniteit, voor een totaal van 2,4 voltijdse banen. Daarnaast zijn we kampioenen in het vinden van meubilair, servies en zelfs apparatuur via slimme trucs en goede tips. Hierdoor hebben we een kleine financieel buffer kunnen opbouwen.

Maar het is duidelijk dat ons *businessplan* vanaf het begin al te optimistisch was... en dat wisten we ook. Het is al moeilijk genoeg om in te schatten hoeveel bezoekers een zaak zal trekken, laat staan om te voorspellen hoeveel de vrije prijsstelling zal opleveren! Bovendien hadden we de sociale dimensie van het project bewust wat minder benadrukt om onze potentiële donateurs niet af te schrikken, waardoor de cijfers dus wat optimistischer waren.

Concreet gezegd: als we de ingrediënten, de huur, de lasten en de lonen meerekenen, kost een maaltijd ons ongeveer 15 euro, terwijl 80% van de gasten minder betaalt... Het spreekt voor zich dat we nog lang niet break-even draaien. Ons bedrijfsmodel is momenteel dus voor 50% gebaseerd op eigen inkomsten en voor 50% op externe financiering, subsidies of donaties. We zijn voortdurend op zoek naar dergelijke financiering, en dat is allesbehalve eenvoudig, want onze activiteiten passen niet echt in een hokje... En door het ontbreken van een regering hadden we lange tijd geen aanspreekpunt. Ik heb onlangs, geheel toevallig, ontdekt dat er subsidies bestaan voor vzw's en organisaties die mensen met een beperking in hun werking betrekken, zonder daarvoor structurele financiering te ontvangen. Dat is typisch voor ons: we hebben contact met heel wat actoren in de gehandicaptenzorg, maar niemand heeft ons ooit op deze mogelijkheid gewezen...

2 Sciensano heeft in juni 2025 inderdaad een rapport gepubliceerd met de titel 'Resultaten van de Nationale Voedselconsumptiepeiling 2022-2023'

sciensano.be/nl/resultaten-van-de-nationale-voedselconsumptiepeiling-2022-2023

De aanbevelingen waar Alix Rijckaert naar verwijst, zijn echter ontleend aan de 'Voedingsaanbevelingen voor de Belgische bevolking (2025)', die tegelijkertijd door de Hoge Gezondheidsraad zijn gepubliceerd

hgr-css.be/nl/advies/9805-9807/voedingsaanbevelingen-voor-de-belgische-bevolking-2025

Heb je vertrouwen in de toekomst van het project?

Natuurlijk! En dat heb ik des te meer omdat Sciensano afgelopen juni een opmerkelijk onderzoek heeft gepubliceerd over de eetgewoonten van de Belgen, dat pleit voor alles wat wij proberen te doen². In een hoofdstuk over voeding als sociaal fenomeen staat in de aanbevelingen zwart op wit dat de overheid initiatieven moet ondersteunen om mensen aan te moedigen om samen te koken en te eten! Dit wordt gezien als de enige manier om eetgewoonten echt te veranderen, door uit te gaan van individuen en hun wensen in plaats van vast te houden aan top-downvoorschriften die niet werken. Dit concept, waarbij mensen gezond eten en genieten van wat ze zelf hebben klaargemaakt, is precies waar *Kom à la maison* voor staat!



Het (culinaire) kapitaal

In “Voedingsaanbevelingen voor de Belgische bevolking (2025)”, waar Alix Rijckaert tijdens onze ontmoeting naar verwees, merkt de Hoge Gezondheidsraad op dat “Naast tijd en geld eetgewoonten worden gevormd door ‘culinair kapitaal’, een uitbreiding van Bourdieus ‘cultureel kapitaal’³. Het culinair kapitaal weerspiegelt hoe kookvaardigheden, smaken, toegang tot middelen en voedingsgerelateerde kennis verband houden met sociale klasse en identiteit. Het bestaat in drie vormen: belichaamd (bv. vaardigheden, smaak), geobjectiveerd (bv. toegang tot apparatuur en kwalitatieve ingrediënten) en institutioneel (bv. kooklessen, gezonde eetgelegenheden). Deze verschillen in culinair kapitaal versterken de ongelijkheid, waardoor gezond eten een grotere uitdaging wordt voor mensen met minder middelen.” (...)

De HGR is van mening dat “door inclusieve, gedeelde eetervaringen aan te bieden, individuele personen en instellingen sociale verbondenheid en een gemeenschapsgevoel versterken en tegelijkertijd ook (gedeeld) culinair kapitaal verder versterken.”

Daar draagt Kom à la maison toe bij, net als andere initiatieven die allemaal hun eigenheid hebben, maar aansluiten bij dezelfde aanpak die solidariteit en gezonde voeding combineert: *La MarmMeet* in Schaarbeek, *Les Uns et les Autres* en *Cassonade* in Molenbeek, *Ma Broek* in Anderlecht, enz.

3 Noot van de redactie: Pierre Bourdieu is een Franse socioloog die een theorie heeft ontwikkeld waarin hij stelt dat er naast economisch kapitaal ook cultureel kapitaal (opleidingsniveau, kennis van geschiedenis, kunst ...), sociaal kapitaal (persoonlijke relaties, netwerken ...) en symbolisch kapitaal (belang en invloed die aan het individu worden toegekend op basis van de drie andere vormen van kapitaal) bestaan, die bepalend zijn voor ieders handelingsvermogen en de mogelijkheid om doelen te bereiken.

Tandpijn behandeld in een busje

‘Les sans-dents’ of de tandelozen is een term die François Hollande zou hebben gebruikt, de ‘normale’ president van een verarmd Frankrijk. Of dit nu triestig genoeg waar is of verzonnen om hem schade te berokkenen, feit is dat het een duidelijk beeld oproept. Het gebit heeft namelijk als eerste te lijden onder gebrek aan zorg en is één van de belangrijkste indicatoren van kwetsbaarheid en onderbreking van het zorgtraject... Zelfs de stevigste hoektanden en de scherpste snijtanden zijn niet lang bestand tegen ongezond voedsel, verwaarloosde mondhygiëne en een gebrek aan zorg. Dus ja, zowel in de uithoeken van het platteland als midden in de stad worden en blijven veel van de mensen die gedoemd zijn om in de steeds bredere marges van de samenleving te leven, ‘tandelozen’.

Professionals die in contact staan met mensen in kwetsbare situaties in de stad en op het platteland, zijn zich bewust van de omvang van het probleem en van de behoeften. Binta Liebmann Diallo is actief bij Douche Flux en bedacht in 2021 een concept dat zeer vrij geïnspireerd was op de beroemde uitspraak van Lagardère: “Als je niet naar de tandarts gaat, komt de tandarts wel naar jou!” Het concept: een mobiele praktijk die zo dicht mogelijk bij de begunstigden komt, zodat vrijwillige zorgverleners hen gratis kunnen behandelen.

Met de hulp van Michaël Gabai, een tandarts die zich al inzet voor humanitaire missies in Togo, werden er in situ experimenten georganiseerd voor de doelgroep van Douche Flux. Voor deze gelegenheid stelde de vzw Dental Mobilis haar speciaal ingerichte bestelbus ter beschikking, om ouderen die zich niet meer kunnen of willen verplaatsen op te halen om hun gebit te laten controleren.

Dat de tests de omvang van de vastgestelde tekortkomingen en de voordelen van de voorgestelde oplossing bevestigden, was geen verrassing. Er werd vervolgens een vzw opgericht om het project concreet vorm te geven. Daarin waren de initiatiefnemers van het project vertegenwoordigd, zoals Douche Flux, Dental Mobilis, Dokters van de wereld, Cultures&Santé, het OCMW van Sint-Gillis ... Dental Flux was officieel geboren. Maar alles moest nog worden opgebouwd.

Er werd uitgebreid nagedacht en overleg gepleegd. Dat hield vooral in dat het veld werd bevraagd, zowel actieve organisaties als begunstigden, om hun vraag zo nauwkeurig mogelijk in kaart te brengen en daarop de meest passende oplossing te bieden. Zo werden de opdrachten verduidelijkt en werden de middelen die nodig waren om ze uit te voeren, vastgelegd. Toen het dossier eenmaal rond was, hoefden we alleen nog maar...

De Brusselse minister van Volksgezondheid gaf het project zijn zegen en kende er vanaf oktober 2023 een subsidie aan toe. Dental Flux was toen echt op dreef! Nu ja, bijna dan. Want het voertuig moest nog worden gebouwd en ingericht. Ook de benodigde tandheelkundige apparatuur moest worden gevonden...

We spraken over het vervolg van het avontuur met Sarah Florent, de huidige coördinatrice van Dental Flux.



Sarah Florent

Coördinatrice van Dental Flux

Sinds wanneer is het project daadwerkelijk operationeel?

De bestelwagen werd in maart 2025 in gebruik genomen. Daarna moesten we intern de juiste werkwijze vinden. Verschillende coördinatrices zijn elkaar opgevolgd, voordat ik in juli 2025 in dienst trad. De consultaties, die nu drie dagen per week plaatsvinden, zijn in september 2025 van start gegaan. We staan dus nog een beetje in de beginfase, maar alles is al goed op orde en we kunnen er al de eerste lessen uit trekken.

Waar vinden de consultaties plaats?

Op maandag zijn we bij Resto du Cœur in Sint-Gillis, op dinsdag bij Aire de Rien, het dagcentrum van Les Petits Riens in Vorst, en op vrijdag bij Douche Flux in Anderlecht. Onze vrijwilligers zijn telkens aanwezig van 9.00 tot 15.00 uur.

We houden ook één keer per maand een permanentie binnen de verenigingskoepel waar verschillende mobiele organisaties samen zijn gevestigd in het Zuidstation. We vinden hier Bulle, dat wasmachines ter beschikking stelt, Rolling Douche, dat douches aanbiedt, de preventiedienst van Anderlecht, die zich inzet voor risicobeperking bij drugsgebruikers... Er is ook een solidaire foodtruck.

Hoe is de keuze voor de standplaatsen tot stand gekomen?

De plaatsen zijn in kaart gebracht op basis van de behoeften.

Douche Flux was een heel logische keuze, gezien de doelgroep en de resultaten van de tests die bij de



start van het project waren uitgevoerd. Voor de twee andere plaatsen hebben de OCMW's van Sint-Gillis en Vorst ons geholpen bij het maken van de keuzes. Ze werken bovendien volledig mee aan het project, bijvoorbeeld door een dagkaart voor medische zorg te bezorgen aan mensen die ons raadplegen en helemaal niet verzekerd zijn.

Ik moet zeggen dat we het erg druk hebben. SAMU Social, Dune, Transit ... maar ook kraakpanden en zelfs gevangenen nemen contact met ons op om samen te werken. We hebben er echter de middelen niet voor. Als het kan, breng ik deze vragen onder de aandacht van de organisaties die de drie huidige vestigingen beheren, zodat zij kunnen proberen daar afspraken te regelen.

Een vierde consultatiedag zou overwogen kunnen worden – we werken momenteel trouwens samen met verschillende OCMW's om te bekijken waar we het meest van nut kunnen zijn. Maar meer dan dat is onmogelijk, want we hebben absoluut een dag nodig om de medische en administratieve inventaris op te maken. We werken overigens op het scherpst van de snede, zowel qua personeel als qua materiaal.

Hoe werken jullie? Op afspraak? Met vrije inloopuren?

In principe vinden de consultaties uitsluitend op afspraak plaats. Elke gastorganisatie stelt zelf haar eigen planning op. In de praktijk ligt het iets anders, omdat we met een specifieke doelgroep werken, namelijk mensen op straat die vaak moeite hebben met het begrip tijd.

We stelden vast dat ongeveer 50% van wie die zich voor een consultatie had ingeschreven daadwerkelijk op de afgesproken dag en tijdstip aanwezig was. Daarom nodigen we mensen toch uit om toch langs te komen, ook al is de agenda vol. Zo kunnen ze plaatsen innemen die vrijkomen door afwezigheid... Per consultatie behandelen we op die manier tussen de 8 en 12 mensen.

Heb je een profiel van de mensen die naar de consultaties komen?

Het gaat in overgrote meerderheid om mannen, namelijk ongeveer 90%. 60% heeft geen verzekering om toegang te krijgen tot gezondheidszorg. Ofwel bevinden ze zich in de periode van dertig dagen waarin een sociaal onderzoek loopt naar aanleiding van hun aanvraag voor een medische kaart bij het OCMW, ofwel leven ze in totale onwetendheid over hun rechten, zonder medische kaart of ziekenfonds aansluiting. We proberen dan ook om een eerste stap te zijn op weg naar de uitoefening van hun rechten...

“We hanteren een zeer lage toegangsdrempel. We verzamelen dus geen persoonlijke gegevens, een voornaam is voldoende om je aan te melden.”

In leeftijd is er een grote verscheidenheid: de jongste patiënt is 6 jaar en de oudste 78. Maar de groep die zich duidelijk onderscheidt, is ongetwijfeld die van de 30- tot 50-jarigen.

Voor het overige is het moeilijk om veel meer te zeggen, want we hanteren een zeer lage toegangsdrempel. We verzamelen dus geen persoonlijke gegevens, een voornaam is voldoende om je aan te melden. In de loop van de maanden is echter gebleken dat de mensen die bij ons aankloppen, voornamelijk in noodopvangcentra, zoals SAMU social, of in nachtopvang verblijven. We werken samen met opvangcentra voor NBMV (niet-begeleide minderjarige vreemdelingen, nvdr), die heel wat jongeren tussen de 16 en 19 jaar doorverwijzen. Ten slotte hebben we gemerkt dat er een aanzienlijk aantal mensen uit de Roma-gemeenschap bij ons komt.

En wat zijn de trends in de zorg die jullie bieden?

Allereerst wil ik zeggen dat er zaken zijn die we niet doen, met name alles wat met orthodontie en protheses te maken heeft. De ruimte is te krap om daar effectief aan te werken. Bovendien zijn het zeer tijdrovende ingrepen.

We richten ons op alle basisbehandelingen. De meest voorkomende behandelingen zijn tandsteenverwijderingen. Daarna volgen



extracties en vervolgens vullingen. Er zijn ook wat wortelkanaalbehandelingen.

Voor alles wat we niet zelf doen, verwijzen we door naar de tandheelkundige spoeddienst in Sint-Pieter.

Gaat het meestal om een eenmalig bezoek of wordt er een vervolgbehandeling opgestart?

Er is geen vaste regel. Behalve dan dat wanneer de tandarts aan een behandeling begint, hij probeert die af te maken om mensen die speciale nazorg nodig hebben niet in de steek te laten. Wij stellen de benodigde producten voor mondhygiëne ter beschikking, maar kunnen niet garanderen dat ze ook daadwerkelijk worden gebruikt...

Er zijn mensen bij wie het gebit in zo'n slechte staat verkeert dat er meerdere ingrepen nodig zijn, variërend van de meest dringende tot de minst ingrijpende. We stellen dan voor om een paar keer terug te komen... in de hoop dat de gemaakte afspraken niet worden vergeten.

Zijn deze behandelingen gratis?

Het principe is dat mensen hier komen zonder zich zorgen te maken over de kosten. Voor hen is het dus gratis. Daarna is het aan mij om te kijken of die en die... een open medische kaart heeft of niet en, indien nodig, de factuur op te stellen. Dat is echt heel lastig zoekwerk, want er zijn negentien gemeenten die op negentien verschillende manieren werken...

Soms is de medische kaart voldoende, soms niet, dan heb je ook een requisitorium nodig. Dat wil zeggen dat de persoon naar de tandarts moet gaan, hem om een offerte voor de geplande ingreep moet vragen, vervolgens naar het OCMW moet gaan om op basis van die offerte een requisitorium aan te vragen en met dat formulier terug naar de tandarts moet gaan om behandeld te worden. Het spreekt voor zich dat dit systeem helemaal niet werkt als het gaat om mensen die totaal geen zicht hebben op hun rechten. Daarom hebben we ervoor gekozen om eerst te behandelen en daarna pas geld te vragen. Uiteraard zitten we regelmatig buiten het kader. Ongeveer 30% van de geleverde verstrekkingen is uiteindelijk factureerbaar.

Hoe redden jullie je financieel in deze context?

We hebben een subsidie die ons in oktober 2023 voor een periode van één jaar is toegekend en waarvoor we een uitstel van zes maanden hebben gekregen. We hebben dus tot juni 2025 met deze middelen kunnen werken. Sindsdien draaien we op eigen middelen.

We doen ons best om onze kosten zo veel mogelijk te drukken. We werken dus met een bijzonder klein team: ik zorg voor de algemene coördinatie, dat wil zeggen de administratie, de boekhouding en de facturering, HR, het beheer van de planning, de communicatie en de netwerken. Mijn collega Natacha, tandartsassistente, biedt ondersteuning in de bestelbus en beheert en de voorraad. We gaan ook af en toe langs bij opleidingen voor mondhygiënist en tandartsassistenten om toekomstige professionals bewust te maken van de uitdagingen rond toegang tot zorg. We zaaien zaadjes om de vooroordelen te bestrijden die nog te vaak rond kwetsbare situaties hangen.

Waar komen jullie eigen middelen vandaan?

Er is het saldo van een crowdfundingactie die Douche Flux voor de bestelbus heeft georganiseerd, een subsidie van de Nationale Loterij, er zijn diverse schenkingen en het geld dat we hebben bespaard bij de inrichting van de bestelbus, dankzij medisch materiaal dat door sponsors werd gedoneerd.

Met deze middelen zouden we het tot het einde van het jaar moeten kunnen volhouden, maar als we voor 2027 geen subsidies krijgen, is het naar mijn mening afgelopen...

Je werkt samen met tandartsen die hun expertise gratis ter beschikking stellen aan de vereniging... Hoeveel mensen telt het team momenteel?

We hebben een pool van zo'n zestig solidaire tandartsen, waarvan er een tiental regelmatig langskomt. De kern van de groep werd door Michaël Gabai gevormd uit collega's met wie hij al humanitair

vrijwilligerswerk deed in Togo. De sociale betrokkenheid was er al en hij zei hen: "Je hoeft geen twee weken vrij te nemen en het vliegtuig te nemen om mensen te gaan helpen. Je kunt je één dag per week, per maand of zelfs per jaar inzetten, hier in Brussel." We hebben zowel gepensioneerd die hun RIZIV-nummer hebben behouden en dus kunnen blijven werken, als pas afgestudeerden die hun ervaring willen uitbreiden. Sommigen werken in een kliniek, anderen in een privépraktijk, en af en toe maken ze een dag vrij om ons te helpen. Er is geen vaste verbintenis, ze kunnen elke week of een keer per jaar komen, afhankelijk van hun wensen en beschikbaarheid. Dat maakt het opstellen van de roosters wel wat ingewikkelder, maar we redden het wel!

Welke lessen trek je na zes maanden uit deze ervaring?

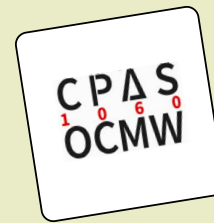
Ik vind het belangrijk om te benadrukken hoe waardevol het is dat we ondergebracht zijn in een geïntegreerd welzijns- en gezondheidscentrum, in dit geval Goujonissimo in Anderlecht. Zo kunnen we verder kijken dan de thuislozensector en ons richten op een andere vorm van kwetsbaarheid. Sommige van de bezoekers van het centrum zijn al vijftien jaar of langer niet meer bij de tandarts geweest. Het is ook belangrijk om op hen af te stappen om ze weer te laten aanhaken. Dat is ook een van de opdrachten van Dental Flux. Er zijn overigens consultaties ter plaatse gepland, zodra de wegwerkzaamheden, die de plaatsing van de bestelwagen verhinderen, zijn afgerond.

Wat is je ambities voor Dental Flux op middellange termijn?

Allereerst zou ik graag zien dat de huidige aanpak wordt voortgezet in de lijn die ik zojuist heb geschetst, namelijk het aanpakken van alle vormen van kwetsbaarheid.

Ik zou ons werkterrein trouwens graag buiten Brussel willen uitbreiden. Er zijn veel mensen in Wallonië die evenmin toegang hebben tot tandheelkundige zorg, omdat ze het zich niet kunnen veroorloven, of omdat ze in een medisch achtergestelde regio wonen, of beide. Kwetsbaarheid is op het platteland minder zichtbaar, maar wel degelijk reëel.

Bevoorrechte partners



Vanaf het begin van het project is er een nauwe samenwerking ontstaan tussen Dental Flux en het OCMW van Sint-Gillis. Myriem Amrani, voorzitter van de instelling, legt ons uit waarom.

"Dental Flux is ontstaan uit een initiatief van de Gezondheidsgroep van de sociale coördinatie van het OCMW, via de organisatie van een campagne voor mondzorg gericht op een publiek waarvoor de drempel erg laag moet liggen. Toen het project zich als vzw had georganiseerd en weer contact met ons opnam om te vragen of we de bestelbus op ons grondgebied konden ontvangen, leek het antwoord ons vanzelfsprekend.

Resto du Cœur leek ons een ideale plek om deze bus te ontvangen. Zo kon Dental Flux zich namelijk vlak bij het OCMW vestigen en tegelijk direct in contact staan met de doelgroep van het project, namelijk kwetsbare mensen die geen directe toegang hebben tot tandheelkundige zorg.

Als je het over het Dental Flux-project hebt, heb je het over waardigheid: het werk dat de solidaire tandartsen doen op het gebied van zowel curatieve als preventieve zorg sluit naadloos aan bij de taken van ons OCMW. Dit project is in mijn ogen ontzettend belangrijk, omdat het zowel financiële als sociale barrières wegneemt en toegang tot zorg mogelijk maakt, wat in 2026 van fundamenteel belang is. Bovendien gaat het bij tandheelkundige zorg om het zelfbeeld en het beeld dat je uitstraalt. Dit project helpt mensen dus niet alleen met hun gezondheid, maar ook op psychologisch en sociaal vlak."

Hoe ziet de samenwerking tussen het OCMW en Dental Flux er concreet uit?

Sinds 2025 staat Dental Flux elke maandag voor het pand van Resto du Cœur om zijn diensten aan te bieden. De solidaire tandartsen ontvangen daar een tiental patiënten, die door de maatschappelijk werkers van Resto du Cœur worden aangemeld. Daarnaast werkt het busteam samen met de

maatschappelijk werkers van ons OCMW om de toegang tot gezondheidszorg voor patiënten te bevorderen, met name door een medische kaart toe te kennen aan wie aan de voorwaarden voldoet. Om een goede coördinatie te garanderen tussen het team van Resto du Cœur, dat van Dental Flux en het OCMW, organiseren we regelmatig coördinatievergaderingen.

Ben je van plan deze samenwerking verder uit te breiden?

Momenteel zitten we in een stabilisatiefase van het project. In de toekomst kunnen we overwegen om deze samenwerking te versterken, bijvoorbeeld door de aanwezigheid van de bus uit te breiden of door samen met Dental Flux andere projecten te ontwikkelen die aansluiten bij de 'gezondheidsstrategie' van het OCMW. Zo kunnen we zo goed mogelijk inspelen op de gezondheidsuitdagingen waarmee onze begunstigden worden geconfronteerd.

Hoe draagt Dental Flux volgens jou bij aan "de transformatie van de welzijns- en gezondheidszorg in Brussel", om de slogan van Zinneke te citeren?

De samenwerking tussen verenigingen, Dental Flux en Resto du Cœur, en een openbare dienst als het OCMW zorgt voor concrete synergieën die onmisbaar zijn voor de welzijns- en gezondheidsacties in Brussel.

Bovendien maakt het opzetten van een project als Dental Flux binnen Resto du Cœur – een eerste lijnsorganisatie die voedselhulp, douches en sociale begeleiding biedt aan de meest kwetsbare mensen – het mogelijk om een innovatieve aanpak op het gebied van gezondheidszorg te ontwikkelen: rechtstreeks naar de patiënten toe gaan. Mensen in zeer precarie situaties hoeven niet langer zelf op zoek te gaan naar een tandarts, maar de zorg komt naar hen toe op plekken waar ze toch al komen (hier bijvoorbeeld voor maaltijden) en waar ze vertrouwen in hebben. Deze actie is zowel onmisbaar als vernieuwend in het Brusselse welzijns- en gezondheidslandschap, vooral voor een publiek waarvoor de drempel laag moet liggen.



Minder risico's en optimale resultaten?

Het voorbeeld komt niet altijd van waar je het verwacht... Stel dat je wordt gevraagd welk land een voortrekkersrol heeft gespeeld bij de invoering van risicobeperkende gebruiksruidtes. Dat zijn veilige ruimtes waar drugsgebruikers kunnen gebruiken onder optimale hygiënische omstandigheden en onder toezicht van medisch personeel. Instinctief noem je ongetwijfeld een land dat terecht of ten onrechte bekend staat om zijn tolerant beleid.

Nederland? Nee. Denemarken?? Ook niet... Groot-Brittannië dan? Nee, zeker niet.

De kans dat je de zeer respectabele Zwitserse Confederatie noemt, lijkt bijna nul. En toch is het daar, en meer bepaald in Bern, dat de eerste 'injectieruimte' of 'veilige gebruiksruidte', om de lokale terminologie te gebruiken, werd opgezet.

Het is 1986 en Zwitserland voert op dat moment een tolerant beleid rond het gebruik van illegale middelen, met name heroïne, in bepaalde openbare parken, zoals het beroemde Platzpitz in Zürich. Al snel veroorzaken deze 'open plekken', die aan hun lot worden overgelaten en buiten elk kader en elke controle vallen, heel wat overlast. Diefstal en geweld zijn schering en inslag. De levensomstandigheden van de mensen die zich daar massaal hebben verzameld, verslechteren. Het vuil, het lawaai en de onveiligheid vallen bij de omwonenden in slechte aarde, en zij komen in actie om hier verandering in te brengen. En ze krijgen hun zin. De parken worden met geweld ontruimd en gesloten. Het tolerantiebeleid maakt plaats voor een nultolerantie. De staat treedt hard op.

Om iets te doen aan deze situatie, die tot grote sociale ellende onder drugsverslaafden

leidt, opende het Bernse hulpcentrum Contact in juni 1986 een cafetaria. Daar kan deze doelgroep, die naar de rand van de samenleving werd gedreven, terecht. Op 23 juli 1986 besluit het team van het centrum dat "wie een shot wil zetten, daarover met de maatschappelijk werker moet praten". Impliciet wordt drugsgebruik daar getolereerd, zolang het onder begeleiding gebeurt. Dit initiatief maakt de weg vrij voor de oprichting van de injectieruimte in de herfst van het volgend jaar. Die bestaat vandaag de dag nog steeds en werd in 1988 officieel erkend. Veertig jaar later telt de Zwitserse Bondsstaat 15 risicobeperkende gebruiksruidtes¹. Als je de Zwitserse strikte en pragmatische aanpak kent, zou dit cijfer alleen al het beste pleidooi moeten zijn voor de oprichting van dergelijke voorzieningen. Helaas bestaan er uitdagingen waarbij vooroordelen, angst en taboes de overhand krijgen op het gezond verstand...

In België zijn er, na de sluiting in oktober 2024 van de ruimte Sâf Ti in Luik (die werd geopend in 2018), momenteel twee risicobeperkende gebruiksruidtes, allebei in Brussel: Gate is sinds mei 2022 actief en LINKup is sinds 15 december 2025 toegankelijk.²

We spraken met Maïté Deprez en Bruno Valkeneers, respectievelijk coördinatrice van LINKup en communicatieverantwoordelijke van de vzw Transit. Zij staan in voor de operationele werking van deze ruimtes. Samen met hen maken we de balans op van deze projecten.

¹ infodrog.ch/files/content/factsheets/2025_Infodrog_fiche-d-information-ECS_final.pdf

² Wereldwijd zijn er momenteel ruim honderd risicobeperkende gebruiksruidtes (salle d'injection supervisée in Canada, halte soins addictions in Frankrijk, ...). Europa telt het overgrote deel daarvan, verspreid over elf lidstaten, waaronder Nederland en Duitsland, die deze voorziening met respectievelijk 37 en 26 vestigingen tot een volwaardig onderdeel van hun drugsbeleid hebben gemaakt.



Maïté Deprez
Coördinatrice van LINKup

Bruno Valkeneers
Communicatie-
verantwoordelijke van
de vzw Transit

Hoe zou je het doel van de risicobeperkende gebruiksruidte omschrijven?

Maïté Deprez: We hebben een dubbele doelstelling. Enerzijds zijn ze bedoeld om de gezondheid van drugsgebruikers te beschermen en hun toegang tot zorg te vergemakkelijken, maar dan wel zorg in de breedste zin van het woord. We bieden onze gebruikers een reeks diensten aan die ze nodig hebben. We doen maatschappelijk werk waardoor ze rechten kunnen terugkrijgen die ze kwijt zijn geraakt omdat ze geen vaste woonplaats, geen identiteitskaart, geen inkomen of geen toegang tot universele gezondheidszorg meer hebben. Dit is een belangrijk aspect van onze begeleiding dat vaak over het hoofd wordt gezien, wanneer er over risicobeperkende gebruiksruidtes wordt gesproken.

Anderzijds dragen de lokalen bij aan de rust in de openbare ruimte. Wat er in een risicobeperkende gebruiksruidte gebeurt, gebeurt nergens anders. Bijna 70% van de mensen die we opvangen bij Gate – we hebben nog geen statistieken over LINKup – vertelt ons dat als deze voorziening er niet was, ze geen ander alternatief zouden hebben dan op straat drugs te gebruiken.

Bruno Valkeneers: Sinds de opening van Gate in mei 2022 tot en met 31 december 2024 hebben we 26.000 consumpties in de openbare ruimte voorkomen...

MD: Ons werk is dus echt een 50/50-verdeling tussen deze twee uitdagingen: enerzijds gebruikers met problematisch gebruik doorverwijzen naar de voorziening zodat ze binnen de ruimte gebruiken en het zorgtraject opstarten, anderzijds lokaal bemiddelen met omwonenden, winkeliers ... en materiaal (naalden, pipjes ...) opruimen dat is achtergelaten door gebruikers die niet naar de gebruikersruimte komen.

Het is paradoxaal dat jullie zeggen dat de voorziening rust brengt in de openbare ruimte terwijl de tegenstanders van deze zalen juist wijzen op de overlast die ze zouden veroorzaken.

BV: Die reactie is bijna instinctief zodra er over een project voor een ruimte wordt gesproken, maar de beschuldiging houdt bij nader onderzoek geen stand. De omwonenden zijn bang en verwachten het ergste. Daarom organiseren we informatiebijeenkomsten die al ruim voor de opening van een ruimte beginnen en ook na de opening regelmatig plaatsvinden. Maar de opkomst is erg beperkt en bestaat meestal alleen uit... voorstanders van het project! Dit bevestigt dat de overlast een verzinsel is, want niemand komt klagen als de ruimte eenmaal open is. Hoe dan ook zijn er mensen die de opening van een risicobeperkende gebruiksruidte uit principe of overtuiging nooit zullen accepteren... Maar dat is een ander verhaal.

MD: Onze bedoeling is om de consumptieruidtes te positioneren als een nieuwe troef voor een wijk. Het is een heel pragmatische aanpak: de situaties zijn er nu eenmaal, dus laten we een systeem opzetten waarmee we er zo goed mogelijk mee om kunnen gaan. Deze voorziening is tot stand is gekomen in samenwerking met alle gemeentelijke instanties (burgemeester, politie, OCMW ...) en met actoren op het gebied van preventie en veiligheid, sociale diensten, straatwerkers ... Ze vormt een echte meerwaarde voor de wijk. Als de gebruiksruidte niet alleen geen onveiligheid of overlast veroorzaakt, maar ook nog eens een positieve impact heeft

op de volksgezondheid en het leven in de wijk, dan kunnen de omwonenden alleen maar tevreden zijn.

BV: Het is interessant dat de omwonenden in Ribaucourt zich hebben ingezet VOOR de opening van de zaal. En op verschillende plekken in Brussel spreken buurtcomités politici aan over drugsgebruik op straat en stellen ze de oprichting van gebruiksruimtes voor als oplossing...

Ik neem aan dat de keuze van de locaties voor de twee ruimtes niet toevallig is. Hoe zijn jullie te werk gegaan?

BV: Uit een onderzoek uit 2018 naar de haalbaarheid van het opzetten van gebruiksruimtes in Brussel bleek dat er in de stad verschillende openbare plekken zijn waar drugs worden gebruikt. We wisten dus vanaf het begin dat we meerdere ruimtes moesten opzetten, want het strategische uitgangspunt is om je te vestigen waar het probleem al bestaat. We hebben Gate geopend in de Woeringenstraat, bij metrostation Lemonnier, om de gebruikers te bereiken van het Zuidstation, het Baraplein en de Hallepoort, waar crack alomtegenwoordig is en 80% van het problematische drugsgebruik vertegenwoordigt. We hadden daar te maken met een publiek dat grotendeels uit de migratie kwam en

waarvan een groot deel geen Frans sprak, wat een echte hindernis was voor onze medewerkers. Bij LINKup aan de Leopold II-laan, vlakbij het station Ribaucourt, hebben we te maken met gebruikers met een ander profiel. Ze zijn doorgaans wat ouder, goed geïntegreerd in de buurt en hebben soms een woning en een gezin. Het gaat voornamelijk om heroïnegebruikers die al jarenlang actief zijn.

MD: Het is belangrijk om te vermelden dat deze twee doelgroepen zich niet mengen. Talrijke studies hebben aangetoond dat het bezoeken van een risicobeperkende gebruiksruimte een lokale aangelegenheid is: gebruikers komen niet van ver, maar uit de directe omgeving. Deze vaststelling maakt korte metten met de mythe, het vooroordeel of de slogan dat gebruiksruimtes fungeren als magneten voor drugsverslaafden.

BV: Daarom lijken plannen om deze plekken te decentraliseren en ze uit de stadscentra te weren, zoals sommigen bepleiten, gedoemd te mislukken. Barcelona heeft dat aan den lijve ondervonden.

MD: Er zijn tal van verklaringen voor dit lokale gebruik. Enerzijds is bezit van drugs, zeker op de openbare weg, strafbaar, en daarom vermijden

gebruikers het om zich te verplaatsen, uit angst voor een boete en vooral voor inbeslagname van hun dosis. Anderzijds bedelen de meeste gebruikers om geld bij elkaar te krijgen om drugs te kopen. Zodra ze het product in handen hebben, wordt het beloningscircuit onmiddellijk geactiveerd. Ze kunnen niet wachten om het te consumeren en doen dat waar ze zich op dat moment bevinden. Ten slotte mogen we niet vergeten dat de meeste van deze mensen op straat leven en geen vervoersbewijs hebben om zich te verplaatsen.

Hoe zien de gebruikers jullie?

MD: Er is nog altijd veel wantrouwen, want een risicobeperkende gebruiksruimte is geen ingericht kraakpand waar je samenkomt om te gebruiken. Er zijn toch regels die je moet naleven. Het duurt even voor ze aan het systeem gewend zijn. Ze komen bijvoorbeeld eerst materiaal halen bij de balie om het team te leren kennen, voordat ze in de ruimte gebruiken.

BV: De repressie tegen drugsgebruik zit diep verankerd in de hoofden van mensen en het is moeilijk om een tegenovergestelde boodschap over te brengen. Er is het vermoeden dat er iets achter zit... Je hoort dan: “Wacht even, je zegt dat we in je ruimte kunnen komen gebruiken, maar wat zit daarachter?” Er is heel wat bewustmakingswerk nodig voordat een ruimte open kan gaan. We bereiden het terrein voor met onze straatwerkers en die van onze partners, zoals Dune, Cover, het Lama-project ... Met LINKup konden we meeliften op de mond-tot-mondreclame over Gate en was de start iets makkelijker. Maar meestal duurt het wel zes maanden voordat alles goed op zijn plaats valt.

Kan je een profiel schetsen van de mensen die de ruimtes bezoeken?

MD: Het onderscheid tussen de genders is interessant, omdat er echt heel weinig vrouwen zijn: 12% volgens de meest recente cijfers van Gate. We hebben bij LINKup een gebruiksruimte gecreëerd

die speciaal voor hen is gereserveerd, maar dat verandert niet veel aan dit percentage. Het is een feit dat vrouwen over het algemeen ondervertegenwoordigd zijn bij het gebruik van sociale of gezondheidsdiensten, met een verhouding van 80/20. Maar hier is het percentage nog lager. We hebben daar eigenlijk geen verklaring voor. Misschien bevinden er zich minder vrouwen in situaties van extreme kwetsbaarheid en problematisch drugsgebruik... Qua leeftijd gaat het voornamelijk om mensen van 40 tot 45 jaar.

Hoe werken jullie in de praktijk?

MD: De zalen zijn elke dag geopend van 10.00 tot 17.00 uur, behalve op maandag, wanneer we om 12.00 uur open gaan. We hebben de openingstijden van LINKup afgestemd op die van Gate, maar de twee locaties zijn heel verschillend. Gate ligt in een klein straatje waar ook Mass zit, een medisch-sociaal opvangcentrum dat zich op dezelfde doelgroep richt. Door die nabijheid is het overdag behoorlijk druk en we wilden daarom de rust van de bewoners thuis, dus ‘s

avonds, niet verstoren. LINKup is heel anders gelegen. We zitten aan een boulevard met constant verkeer, het is er zelfs ‘s avonds levendig en we zouden dus andere openingstijden kunnen overwegen. We houden dit goed in de gaten en evalueren de situatie voortdurend. Het is mogelijk dat we de openingstijden uitbreiden naargelang de behoeften. Maar we moeten ook rekening houden met een aantal beperkingen, met name van financiële aard: langere openingstijden vragen om meer personeel en dus om extra middelen.

Wat zijn precies jullie financiële en personele middelen?

MD: Financieel gezien hebben we het geluk dat we werken met structurele financiering, wat veel meer zekerheid biedt dan een proefproject dat beperkt is in de tijd en geen garantie biedt op voortzetting. Het team van LINKup bestaat uit 12 personen: een



coördinatrice, een hoofdverpleegkundige, zes begeleiders, vier verpleegkundigen en twee straathoekwerkers. Het team zal nog groeien, want het project heeft een tweede onderdeel: naast de risicobeperkende gebruikersruimte gaan we namelijk een opvang openen die 24 uur per dag, 7 dagen per week toegankelijk is, voor een paar uurtjes rust of voor een langere periode. Zo kunnen we meer uitgebreide hulp bieden aan onze doelgroep, waarvan 70 tot 80% dakloos is en 50% op straat leeft. Dankzij deze noodopvang krijgen ze de kans om tijdelijk onderdak te vinden, te douchen en even tot rust te komen. Zo zijn ze in

een betere conditie om gebruik te maken van ons maatschappelijk werk en onze begeleiding.

We bieden 24 plaatsen aan. Alle kamers kunnen van binnenuit worden afgesloten om de privacy van de bewoners te waarborgen, maar kunnen in geval van nood ook van buitenaf worden geopend, bijvoorbeeld bij vermoeden van overdosis. Vrijwel uniek bij dit soort noodopvang is dat je er met je hond terecht kunt, zoals dat trouwens al het geval is in de gebruikersruimte.

Wat zou je tot slot zeggen om tegenstanders van risicobeperkende gebruikersruimtes te overtuigen van de voordelen van dit systeem?

MD: Ik zou kunnen ingaan op de rust die is teruggekeerd in de wijken waar openlijk drugs werden gebruikt, maar ik benadruk liever andere positieve gevolgen...

In een algemene context waarin alle zorgdiensten, inclusief ziekenhuizen, overbelast zijn, speelt een gebruikersruimte een onmisbare rol. Naast wat de ruimte haar doelgroep te bieden heeft, helpt ze het hele zorgnetwerk. Vraag het maar aan de hulpdiensten: als ze elke overdosis of elke wond zouden moeten behandelen die dankzij de risicobeperkende gebruikersruimte wordt voorkomen, zouden ze het niet meer aankunnen.

Daarnaast helpen we gebruikers om het taboe rond hun verslaving te doorbreken, wat leidt tot een effectieve behandeling. Het is een van de weinige situaties waarin ze hun problematische gebruik



Repressie
Therapie
Preventie
Risicobeperking
... deze pijler is storend...!

niet hoeven te verbergen. Op alle andere plaatsen komen ze een bepaalde dienst vragen – inkomen, huisvesting, ... – en als ze eerlijk zijn over hun situatie, kan dat in hun nadeel werken. Hier is dat niet het geval. Integendeel, iedereen weet hoe het zit en dat is een ongelooflijke troef om een heel medisch-sociaal netwerk rond de gebruiker op te bouwen.

Het interessante aan de risicobeperkende gebruikersruimtes is dat we werken met een lagere drempel voor toegang tot zorg dan alle andere diensten. Meer dan 30% van de mensen die hier komen, is nog nooit op sociaal of medisch vlak begeleid voor hun gebruik. Zonder ons zouden deze mensen volledig buiten beeld blijven. Wij brengen ze weer in contact met de sociale en vooral de gezondheidsaspecten van hun situatie. En het werkt. Het doorbreekt de vooroordelen dat mensen die dwangmatig gebruiken geen interesse meer hebben in hun gezondheid. Als je het probleem in zijn geheel benadert, als je niet alleen naar het drugsgebruik kijkt maar ook naar de mensen en hun leefomgeving om diensten aan te bieden die echt bij hun behoeften passen, dan boek je resultaten. Maar dat betekent natuurlijk wel dat je moet afstappen van een benadering van drugsverslaving die voornamelijk, zo niet uitsluitend, repressief is...

© Mix&Remix voor info drog - GREA

Snelle balans

In de 40 jaar dat de risicobeperkende gebruikersruimtes bestaan, zijn er talrijke studies aan gewijd en die komen allemaal tot vrijwel dezelfde conclusies.

Risicobeperkende gebruikersruimtes richten zich op een zeer specifieke doelgroep, namelijk drugsgebruikers in zeer kwetsbare situaties, die meestal dakloos zijn en gedwongen worden om op straat te gebruiken. Volgens statistieken van GATE (Brussel, 2023) en Sâf Ti (Luik, 2022) leeft 50% van de gebruikers op straat, heeft 75% geen eigen woning, heeft 95% geen inkomen uit arbeid en heeft een derde geen enkele legale bron van inkomsten.

De resultaten tonen:

- een daling van het sterftecijfer onder gebruikers (bv. door overdoses);
- een daling van de morbiditeit (overdracht van gerelateerde ziekten, zoals hiv, hepatitis ...);
- een afname van risicovol gebruik (bv. delen van naalden, hergebruik van materiaal ...);
- een afname van het openbaar drugsgebruik;
- een vermindering van de hoeveelheid gebruiksfval (bv. injectienaalden) op de openbare weg.



... Verslaafden helpen om drugs te gebruiken...
... Dat is toch te gek voor woorden!...
... Maar het gebeurt tenminste niet om het even waar...
... En ook niet om het even hoe!...

Er is geen toename van de criminaliteit (diefstal, drugsbezit en -handel, geweldpleging ...) waargenomen in de omgeving van risicobeperkende gebruikersruimtes.

Ter afsluiting van hun presentatie van de eerste resultaten van het wetenschappelijk onderzoek naar Gate³ schrijven de onderzoekers: “Van de gebruikers van GATE geeft 38% aan geen contact te hebben met andere bestaande diensten. Deze 38% is aanzienlijk jonger dan de andere gebruikers en bestaat vaker uit mensen zonder papieren, daklozen en mensen zonder inkomen. Het gaat dus om een zeer kwetsbare groep gebruikers die zonder Gate geen toegang zou hebben tot hulp en zorg. (...)

Naast de gebruikersruimte biedt Gate ook medische en verpleegkundige zorg en sociale dienstverlening aan. Hoewel 44% van de gebruikers alleen de gebruikersruimte bezoekt, maakt de overige 56% ook gebruik van de sociale en medische diensten. Deze 56% gebruikers komt vaker dan de andere. En deze mensen komen vaker uit de directe omgeving van Gate en zijn aanzienlijk vaker dakloos en zonder inkomen. Zo zijn de mensen die Gate het vaakst bezoeken bestaansonzekerder. Zij maken ook gebruik van de sociale en medische voorzieningen. Dit is een duidelijk teken dat Gate ertoe bijdraagt dat deze mensen weer aansluiting vinden bij het welzijns- en zorgsysteem.

3 Chantry M., Sluyts J., Nicaise P. en de REVE-DROOM-onderzoeksgroep: 'Factsheet: De eerste resultaten van het wetenschappelijk onderzoek naar GATE, de eerste risicobeperkende gebruikersruimte in Brussel' Institut de Recherche Santé et Société (IRSS) – UCLouvain

Het REVE-DROOM-onderzoek wordt gecoördineerd door het IRSS-UCLouvain en uitgevoerd in samenwerking met de Universiteit Gent, de Universiteit van Luik en de UCLouvain-Saint-Louis, belspo.be/belspo/fedra/proj.asp?l=nl&COD=DR/93

Rondleiding

Bij LINKup begint het traject van de gebruikers bij de receptiebalie, waar ze steriel materiaal kunnen verkrijgen. “De mensen worden dan geregistreerd onder hun geboortedatum en een naam die een pseudoniem kan zijn. We vragen hen ook of ze bij andere instanties onder behandeling zijn; meer niet.”



Als de gebruiker besluit om verder te gaan in het programma en gebruik te maken van de gemeenschappelijke ruimtes, met name de gebruiksruidtes, wordt hij of zij uitgenodigd voor een intakegesprek waarin een sociale anamnese wordt afgenomen om te bepalen of zijn of haar profiel goed aansluit bij de doelgroep. “Dit is een zeer belangrijke stap, want we letten er goed op dat we de doelgroepen niet mengen. Hier vangen we meerderjarigen op die actief en risicovol gebruiken en die een achteruitgang in hun vaardigheden vertonen. Het intakegesprek biedt ook de mogelijkheid om de werkelijke consumptie van de persoon in kaart te brengen. Dit is van groot belang voor de begeleiding, zodra hij of zij hier komt gebruiken. Vaak zeggen ze: *‘Ik gebruik crack’*, en als we wat dieper graven, horen we: *‘Ik drink ook zo’n tien biertjes per dag’*. En dan: *‘Ik ben vergeten je te vertellen dat ik ook benzodiazepinen gebruik. Mijn arts schrijft me er drie per dag voor, maar ik slik er vijf of zes... En ja, eigenlijk koop ik soms ook methadon op de zwarte markt.’* Via dit gesprek kunnen we de situatie objectief bekijken en beschikken we over alle nodige informatie als er iets zou gebeuren in de gebruiksruidte.”



Voor elke gebruiker wordt een dienblad met het benodigde gebruiksmateriaal klaargelegd voordat hij of zij de ruimte binnenkomt.

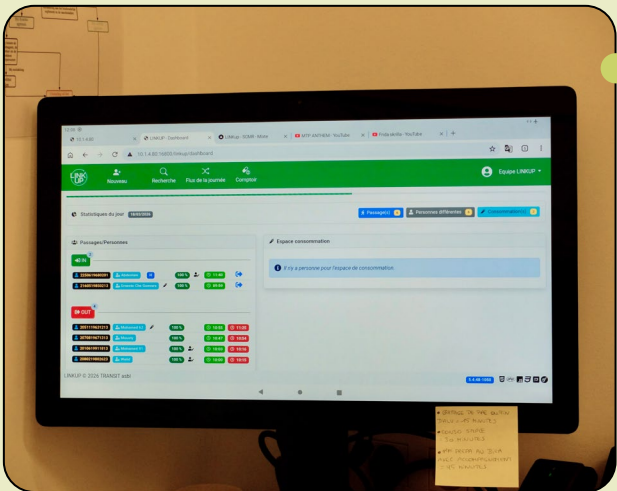


Er zijn ruimtes beschikbaar die zijn aangepast aan de wijze waarop de verschillende middelen (voornamelijk crack en heroïne) worden gebruikt. Er is plaats voor maximaal 15 personen tegelijk. Overal staan er bordjes met tips voor veiliger gebruik.

Om verantwoordelijkheid te stimuleren, worden gebruikers gevraagd de ruimte achter te laten zoals ze die hebben aangetroffen, dat wil zeggen: gebruikt materiaal in de daarvoor bestemde vuilnisbakken gooien en de plek waar ze hebben gezeten schoonmaken.



LINKup onderscheidt zich door het aanbieden van een gebruiksruidte die uitsluitend voor vrouwen is bestemd. Om hun privacy zo goed mogelijk te waarborgen, bevindt deze ruimte zich aan het einde van de gang, zodat geen enkele andere gebruiker erlangs hoeft te lopen.



Er wordt nauwkeurig gemonitord hoeveel mensen er bij de balie langskomen en hoe de verschillende consumptieruimtes worden gebruikt.

Verder is er een rustruimte voor de gebruikers, een medische ruimte waar eventuele problemen als gevolg van het drugsgebruik (zoals wonden) kunnen worden behandeld, en een binnenplaats waar gebruikers kunnen roken.

Getuigenissen

Als kunst naar senioren komt

We geven hier ruimte aan begunstigden van welzijns- en gezondheidsdiensten om hun ervaringen te delen en hun gevoelens op een of andere artistieke manier te uiten.

In dit nummer staan de bewoners van Residentie Sint-Geertruide in de schijnwerpers, die hun woonzorgcentrum hielpen omtoveren tot een kunstcentrum.

Midden in de Marollen, op een steenworp van het Vossenplein en de dagelijkse rommelmarkt, bevindt zich Residentie Sint-Geertruide, een woonzorgcentrum dat wordt beheerd door het OCMW van de Stad Brussel. Al meer dan 40 jaar biedt het onderdak aan de meest kansarme senioren van de hoofdstad. Hier gaan economische kwetsbaarheid hand in hand met emotionele en culturele kwetsbaarheid. Op die plaats besliste Mohamed El Khatib, een Franse toneelschrijver en regisseur, een permanent kunstcentrum op te richten.

Het idee ontstond in 2021 tijdens onderzoek naar liefde bij 65-plussers, als voorbereiding op zijn volgende voorstelling, 'La Vie secrète des vieux' (Het geheime leven van ouderen). Hij gaat praten met bewoners van wzc Les Blés d'Or in Chambéry. Een gesprek met de directrice zet hem aan het denken over hoe je een duurzame band kunt creëren tussen kunst en het dagelijks leven van ouderen in de instelling waar ze verblijven. Het gaat er niet om kunst in de ruimte te plaatsen, want die is er al, maar wel om kunst te uiten, te laten zien. Dat omvat zowel esthetische, sociale als politieke aspecten. Kunst geraakt verweven met het dagelijks leven. Het rusthuis, dat bekendstaat als een sterfhuis, een plek van 'het laatste uur' waar je vooral je levenseinde ondergaat in plaats van het leven intens te blijven beleven, vindt weer aansluiting bij het normale levensritme.

Een eerste project werd gerealiseerd in het woonzorgcentrum van Chambéry. Daarna vond het

in 2023 onderdak in Residentie Sint-Geertruide, die werd omgedoopt tot *La Maison Gertrude* (Huis Gertruide).

Kunstenaars kwamen er samen met de bewoners werken maken die ter plaatse blijven om de plek te verfraaien. Zo ontstond geleidelijk een kunstcentrum dat openstaat voor het publiek. Het doel is om levensvormen en artistieke experimenten te laten ontstaan die worden opgevat als manieren om weer deel te nemen aan de wereld. Beeldend kunstenaars, beeldhouwers, schilders, fotografen, enz.: de genodigden worden geselecteerd door Mohamed El Khatib, het Théâtre National, dat al sinds de start bij het project betrokken is, of door partnermusea.

Het project kon niet bij alle bewoners van Sint-Geertruide op bijval rekenen. Sommigen, vooral de oudste bewoners, verzetten zich tegen die inbreuk op wat 'hun' leefomgeving is, en ook vandaag de dag is er soms nog sprake van een zekere wrevel ten opzichte van bezoekers. Anderen hebben ervoor gekozen om zich in meer of mindere mate in te zetten voor het avontuur en de artistieke (co)creatie. Maar uiteindelijk hebben ze allemaal baat bij de inspirerende sfeer die wordt gecreëerd door de vele kunstwerken die de ruimte nu vullen en een nieuwe dimensie geven.

La Maison Gertrude,
Kapucijnenstraat 23a 1000 Brussel.

→ Rondleiding twee woensdagen per maand.

'Lampenkappen voor sombere dagen', een creatie van de kunstenaars Fred Hocké en Lisa Lecuivre, gemaakt van lampenkappen die ze op de rommelmarkt van het Vossenplein hebben gevonden.



Op verschillende plekken, zowel buiten als binnen in La Maison Gertrude, kan je via installaties van Joëlle Sambi en Nicolas Pommier een nummer kiezen uit het door de kunstenaars samengestelde telefoonboek met 580 namen en een door bewoners ingesproken boodschap beluisteren.



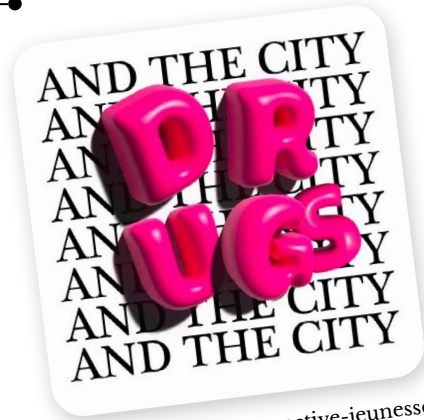
'De reuzin', gemaakt door kunstenaar Shengül Özdemir, alias Shen Özdemir, waakt over La Maison Gertrude en neemt deel aan feesten in de wijk.



Deze reusachtige foto, een herinnering aan een performance die samen met buurtbewoners op het Vossenplein werd uitgevoerd, verwelkomt de bezoekers van de cafetaria.

Werken van bewoners





PODCAST FR

© prospective-jeunesse.be

Drugs and the City

Drugs: 50 tinten straffen en verboden

Door Prospective Jeunesse

Deze podcast benadert verslavingen vanuit het perspectief van welzijn. In de eerste aflevering wordt onderzocht hoe het repressieve en bestraffende beleid dat al bijna een eeuw in België wordt gevoerd, onze kijk op verslavingen ingrijpend heeft beïnvloed. De podcast wil de oorsprong van dit beleid en de gevolgen ervan begrijpen en verkent alternatieve benaderingen.

Doelgroep: alle doelgroepen.

→ prospective-jeunesse.be/poscasts/podcast-drugs-and-the-city-episode-1/

WEBSITE FR NL

Habitools

Door de Brusselse Bond voor het Recht op Wonen

Habitools is een inventaris van educatieve tools over huisvesting die verenigingen in hun dagelijkse praktijk hebben ontwikkeld. Deze bewustmakingstools behandelen verschillende thema's, zoals binnenhuisvervuiling, strategieën voor duurzaam consumeren, rechten en plichten van huurders en eigenaars, zoeken naar woonruimte ...

Op dinsdag 15 september 2026 vindt er van 9.30 tot 19.30 uur een Habitools-beurs plaats in De Kriekelaar, Gallaitstraat 86 in Schaarbeek, met als thema 'Van spel naar actie: tools ontwikkelen om beter te wonen'

Doelgroep: professionals die begunstigden met huisvestingsproblemen begeleiden.

→ habitools.be

Dat helpt!

SPEL FR

Niet te veel taboes

Door Le Patro

Bij het begeleiden van groepen kinderen en jongeren worden animatieteams regelmatig geconfronteerd met complexe en soms delicate situaties. Dit spel is bedoeld om gesprekken over onderwerpen op het gebied van relationele, emotionele en seksuele vorming te bevorderen, door vrije meningsuiting en dialoog over gevoelige thema's te stimuleren.

In sommige scènes komen moeilijke onderwerpen aan bod, zoals seksueel misbruik, toestemming of intimidatie.

Doelgroep: begeleidingsteams die met jongeren werken.

→ shopatro.com/fr/outils-pedagogiques/254-pas-trop-tabou.html

FOLDER NL

Info voor ouders over vaperen

Door het Vlaams Instituut Gezond Leven

Vapen of het gebruik van e-sigaretten, in het bijzonder door jongeren, is een veelbesproken onderwerp in de media en baart ouders zorgen. Maar wat weten we er echt over? En wat kan je als ouders doen? Twee essentiële vragen waarop deze folder een antwoord probeert te geven.

Doelgroep: ouders.

→ gezondleven.be/files/webwinkel/vapen-folder-final-digital.pdf

SPEL + BEWUSTMAKINGSGIDS FR

“Het probleem is niet ouderdom, maar leeftijdsdiscriminatie”

Door Liages

Volgens de VN zou wereldwijd één op de twee mensen leeftijdsdiscriminerende opvattingen hebben.

In België geeft 7 op de 10 mensen boven de 55 jaar aan dat ze te maken hebben met leeftijdsdiscriminatie. Leeftijdsdiscriminatie is alomtegenwoordig en heeft gevolgen voor de gezondheid, het welzijn, de waardigheid en de mensenrechten. Maar leeftijdsdiscriminatie is een sociaal construct. En wat is opgebouwd, kan ook weer worden afgebroken.

Doelgroep: alle doelgroepen.

→ liages.be/lutter-contre-l-agisme-campagne-liages/



© liages.be

FICHE FR

Hoe gezondheidsgelletterdheid ondersteunen in de perinatale periode?

Door Cultures & Santé

Onder 'gezondheidsgelletterdheid' verstaan we het vermogen van mensen om toegang te krijgen tot gezondheidsinformatie, deze te begrijpen, te beoordelen en toe te passen.

Deze fiche belicht de specifieke uitdagingen en mogelijke acties voor de perinatale periode, een cruciale fase voor de gezondheid van zowel de moeder als het kind. In die fase is de sociale ongelijkheid op het gebied van gezondheid echter heel uitgesproken.

Doelgroep: professionals om de nodige tools aan te reiken om mensen te ondersteunen bij het ontwikkelen van hun gezondheidsgelletterdheid.

→ cultures-sante.be/outils-ressources/fiche-lisa-10-comment-soutenir-la-litteratie-en-sante-en-periode-perinatale/

CAMPAGNE FR

Preventief handelen

Door Centre de Santé Mentale ALFA, Fonds des Affections Respiratoires – FARES, Infor-Drogues, Le Pélican, Nadja, Prospective Jeunesse, Service Prévention d'A.V.A.T en Univers Santé.

Deze campagne is opgezet door een groep verenigingen die actief zijn als gespecialiseerde diensten op het gebied van verslavingspreventie en zich richten op gezondheidsbevordering. Ze wil zichtbaarheid geven aan de plaats en rol van de verslavingspreventiesector als ondersteuning voor eerstelijnsprofessionals in de problematische situaties die zij bij hun doelgroepen aantreffen.

Doelgroep: eerstelijnsprofessionals.

→ agirenprevention.be



www.agirenprevention.be

© agirenprevention.be



© femmesetsante.be

HANDLEIDING FR

Ik zie, ik onderneem actie: ingrijpen als getuige van verloskundig geweld

Door het Plateforme citoyenne pour une Naissance Respectée, Femmes et Santé, Garance

Iedereen heeft recht op zorg waarbij zijn of haar waardigheid, zelfstandigheid en grondrechten worden gerespecteerd. Toch worden vrouwelijke patiënten regelmatig blootgesteld aan geweld in de gynaecologie en verloskunde, en aan ongepaste, intrusieve of ongewenste handelingen. Deze gids reikt professionals die getuige zijn van dergelijke situaties en zich machteloos voelen, concrete aanwijzingen en strategieën aan om actie te ondernemen, met respect voor de betrokkenen en de realiteit in de praktijk.

Doelgroep: professionals in de perinatale zorg; iedereen die op dit gebied invloed heeft.

→ femmesetsante.be/manuel-je-vois-jagis-intervenir-en-temoin-de-violences-obstetricales/

Zinneke, dat ben jij!

Dit magazine wil een collectief, participatief en dynamisch project weerspiegelen: de transformatie van de Brusselse welzijns- en gezondheidszorg. We rekenen op jou om het tot leven te brengen!

Wil je jouw originele tools of innovatieve projecten met de wereld delen?

Een ervaring om te delen?

Heb je opmerkingen?

Vond je dit Zinneke een beetje, heel, ontzettend leuk ... of helemaal niet leuk?

Heb je ideeën om het verder te ontwikkelen?

Laat het ons weten:

zinneke@brusano.brussels



**Mis geen enkel
nummer!**

Zinneke wordt gratis verstuurd naar een selectie van organisaties en welzijns- en gezondheidsprofessionals in Brussel.

Wil je het magazine thuis in de bus krijgen zodra het verschijnt? Stuur dan een e-mail naar zinneke@brusano.brussels met als onderwerp 'Abonnement' en vermeld je volledige naam en adres.

Online kun je ons ook
vinden op

www.brusano.brussels

