



Huis voor Gezondheid
draagt ZORG in Brussel

STRATEGISCH PLAN 2021-2025

INHOUD

Introductie	6
Voorwoord	6
Definities - begrippenkader	7
Omgevingsanalyse	9
De Brusselaar	9
De gezondheid van de Brusselaar	9
De gezondheidsorganisatie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest	10
Samenvatting.....	11
Huis voor Gezondheid	12
Visie Huis voor Gezondheid.....	12
Missie Huis voor Gezondheid	12
Doelgroep.....	12
Organigram.....	13
Toelichting samenwerking Huis voor Gezondheid en BruZEL	13
De focus van Huis voor Gezondheid voor 2021 - 2025	15
PIJLER 0: Implementatie van het Model van Kaiser Permanente	17
PIJLER 1: Verbinden van alle actoren binnen de Brusselse gezondheidszorg.....	19
PIJLER 2: Aantrekken van zorgprofessionals - Zorg om talent	20
PIJLER 3: Behouden van zorgprofessionals.....	21
PIJLER 4: Innovatie.....	22
Strategische en Operationele Doelstellingen.....	24
Indicatoren	24
Strategische doelstelling 0: Het implementeren van het model van Kaiser Permanente	24
Operationele doelstelling 0.1 Om elke (volgende) operationele doelstelling te bereiken maken we de oefening welk materiaal er nodig is of aangepast moet worden om de verschillende doelgroepen te bereiken volgens het model van Kaiser Permanente	24
Strategische doelstelling 1: Er is een wisselwerking tussen het beleid, het zorglandschap, zorgprofessionals en Brusselaars.....	25
Operationele doelstelling 1.1 Zorgprofessionals en Brusselaars hebben zicht op het Brusselse zorglandschap en het beleid.....	25
Operationele doelstelling 1.2 De noden van het terrein worden gedetecteerd en afgestemd met het zorglandschap, gesignaleerd aan de overheid en er wordt samen met de overheid naar passende antwoorden gezocht.....	25
Operationele doelstelling 1.3 Huis voor Gezondheid neemt een verbindende rol op en faciliteert de samenwerking of informatie-uitwisseling tussen de verschillende overheden m.b.t. de Brusselse zorgactoren en de Brusselaar zelf.	25
Strategische doelstelling 2: Bewust kiezen voor de Brusselse zorgsector.	26
Operationele doelstelling 2.1 Er is een positief beeld over 'zorg' en 'zorgen voor' bij kinderen, jongeren en volwassenen uit Brussel (en de Rand) = SENSIBILISEREN.....	26
Operationele doelstelling 2.2 Er wordt vanuit een positief, realistisch beeld gekozen voor een studie in de zorg (in Brussel) = INFORMEREN	26

Strategische doelstelling 3: De Brusselse zorgsector is gekend als stage- en toekomstige werkplek	27
---	----

Operationele doelstelling 3.1 Studenten in zorgopleidingen ontdekken en ervaren de Brusselse zorgsector als interessante en kwalitatieve werkplek om stage te lopen.....	27
Operationele doelstelling 3.2 Studenten in de zorgopleidingen kennen het werkaanbod in de Brusselse zorgsector (= TOELEIDEN NAAR HET WERKVELD).....	27

Strategische doelstelling 4: Brussel is een plaats waar je als zorgprofessional wilt blijven (samen) werken	28
---	----

Operationele doelstelling 4.1 Zorgprofessionals kunnen bij het Huis terecht voor al hun vragen bij een opstart en/of doorstart	28
Operationele doelstelling 4.2 Het Huis introduceert elke starter in haar netwerk en BruZEL	28
Operationele doelstelling 4.3 Het Huis brengt elke starter in contact met een ervaren Brusselse Nederlandskundige zorgprofessional	28

Strategische doelstelling 5: De Brusselse zorg staat model voor innovatie, duurzaamheid, toegankelijkheid en geïntegreerde aanpak	29
---	----

Operationele doelstelling 5.1 Huis voor Gezondheid inspireert de Brusselse zorg tot kwaliteitsverbetering, versterking van netwerking, verbeteren van samenwerking, aanzetten tot gedragsverandering bij alle leden van het zorgteam, op basis van lessons learned uit COVID-19 (later op basis van lessons learned uit het terrein).	29
Operationele doelstelling 5.2 Huis voor Gezondheid ontwikkelt innovatieve tools en methodieken ter ondersteuning van de Nederlandskundige zorgactoren en Brusselaars in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest - rekening houdend met de inspraak en participatie van beide partijen	29
Operationele doelstelling 5.3 Huis voor Gezondheid is steeds pro-actief en volgt (inter)nationale ontwikkelingen (zoals het 'ecosysteemdenken') en toekomstige zorgmodellen, beleidsevoluties, etc. op en vertaalt ze naar onderwijs, stageplaats en werkterrein in Brussel.	30

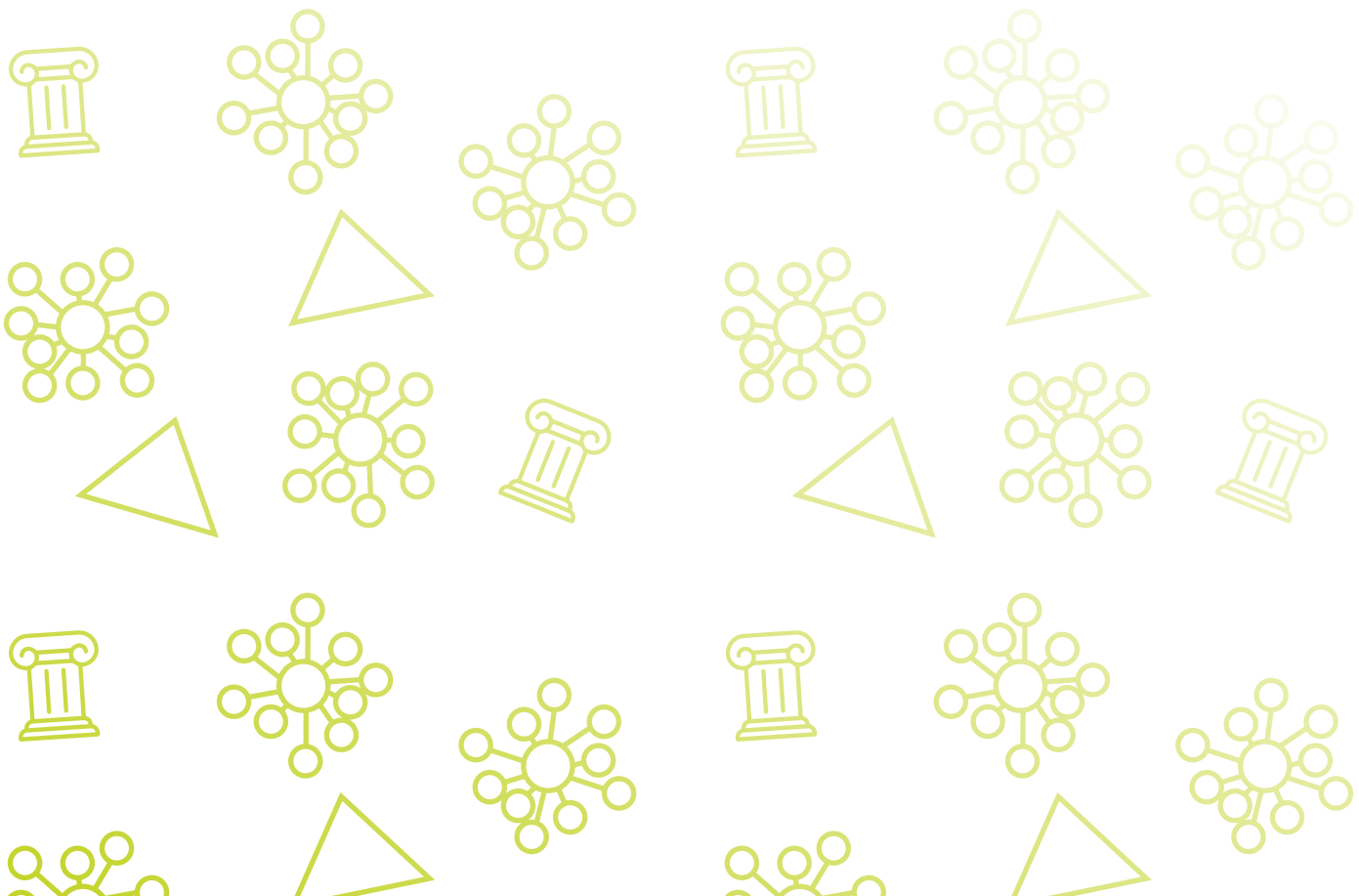
Bijlagen	31
----------------	----

Begroting.....	31
----------------	----

Uitgebreide omgevingsanalyse	31
Wie is de Brusselaar?	31
Gezondheid van de Brusselaar?	34
Gezondheidsorganisatie	35
Hoe zit het met het aanbod?.....	37
Trends en evoluties	38
World Health Organisation-model - Integrale Zorg	38
Model van Kaiser Permanente	38

Zelfevaluatie afgelopen Strategisch Plan.....	40
1. De sterktes van Huis voor Gezondheid.....	40
1.1. HET TEAM	40
1.2. ZORG VOOR TALENTWERKING	40
1.3. AANSPEKpunt/ EXPERT BRUSSELS ZORG.....	40
1.4. SAMENWERKING INITIËREN, FACILITEREN; VERBINDEND; BRUGFUNCTIE	40

1.5. ONDERSTEUNEND	40
1.6. BREED EN UITGEBREID NETWERK	40
1.7. AANDACHT VOOR TAAL EN CULTUUR SENSITIEVE BENADERING – BRUSSELSE SPECIFICITEIT EN CONTEXT	41
1.8. EHEALTH – ELEKTRONISCHE GEGEVENSDELING	41
2. Aandachtspunten van Huis voor Gezondheid	41
2.1. ZICHTBAARHEID VAN DE ORGANISATIE EN DE WERKING.....	41
2.2. AANSPREEKPUNT/ EXPERT BRUSSELSE ZORG.....	41
2.3. SAMENWERKING MET LOKALE BESTUREN	41
2.4. PERMANENTE KWALITEITSVERBETERING.....	41
2.5. ZORG VOOR TALENTWERKING	41
2.6. COMMUNICATIE EN SAMENWERKING	42
3. De opportuniteiten voor Huis voor Gezondheid	42
3.1 MOGELIJKHEDEN.....	42
3.2. BURGERS EN ZORGVRAGERS ZIJN PARTNERS BINNEN HET ZORGTEAM.....	42
3.3. DE NOODZAAK OM MEER AANDACHT TE SCHENKEN AAN HET MILIEU	42
3.4. OUT OF THE BOX	42
3.5. INNOVATIE	43
4. De uitdagingen van Huis voor Gezondheid	43
4.1 DE VERSNIPPERING VAN DE BEVOEGDHEDEN	43
4.2. INNOVATIE	43
Referentielijst	44
Figurenlijst.....	45
Afkortingen	46



INTRODUCTIE

VOORWOORD

Het strategisch Plan van Huis voor Gezondheid dat u hier kan lezen, is het resultaat van het werk van het Huis voor Gezondheid-team, het bestuursorgaan én de algemene vergadering van het Huis.

Huis voor Gezondheid viert zijn 10-jarig bestaan. Het werd opgericht om binnen de Brusselse zorg de actoren te verbinden en Nederlandskundige zorgprofessionals aan te trekken en te behouden. Het wil eveneens innoverende oplossingen vinden voor alle uitdagingen die typisch zijn voor de Brusselse zorgsector.

Het is een grote uitdaging om in deze hectische tijd onze missie te vervullen. De versnippering van Brusselse bevoegdheden bemoeilijkt de uitwerking van vele acties op het terrein. Daarnaast zijn zowel de socio-economische problemen van 35% van de Brusselse bevolking als de superdiversiteit van invloed op de dagelijkse werking van alle Brusselse hulp – en zorgprofessionals. Deze uitdagingen zijn met de jaren nog scherper geworden.

De recente coronacrisis maakt de realiteit van de Brusselaar, in het bijzonder de kwetsbare Brusselaar, nog meer zichtbaar. De maatschappelijke gevolgen van de crisis laten zich duidelijk voelen: de zwaksten worden nog zwakker en de armen nog armer. Deze crisis legt meer dan ooit de pijnpunten in ons zorgsysteem bloot. Anderzijds kunnen we net door deze crisis de weg vinden naar (ver)nieuwende initiatieven die leiden tot meer kwaliteitsvolle zorg.

Onze organisatie zal in samenwerking met vele burgerinitiatieven en partnerorganisaties, maar ook vanuit haar intrinsieke gedrevenheid en expertise zelf moeten zoeken naar structurele veranderingen die tegemoetkomen aan de 'Quadruple Aim'.

Het Huis hanteert hiervoor drie handvaten:

Ten eerste kijken we naar wat we zelf nog beter kunnen doen. We gaan binnen het Huis voluit voor het model van Kaiser Permanente, dat we doorheen de hele werking van het Huis willen toepassen zodat onze organisatie effectiever, meer kostenbesparend én efficiënter kan werken. Dit wordt verder toegelicht in dit Strategisch Plan.

Ten tweede is er het concept van de eerstelijnszone BruZEL dat sinds 1 juli 2020 zijn uitwerking krijgt. De acties worden gestuurd door de zorgraad, waarbij zorg en welzijn elkaar interdisciplinair aanvullen ten dienste van de kwetsbare Brusselaar in zijn wijk en leefwereld. De intense samenwerking tussen BruZEL en het Huis betekent voor beide organisaties een meerwaarde.

Ten derde is er ons team van enthousiaste en dynamische medewerkers die elke dag onze visie gestalte geven en onze missie waarmaken: ten dienste van de Brusselaar kwaliteitsvolle ondersteuning bieden aan actuele en toekomstige Nederlandskundige zorgprofessionals.

Wij nodigen u graag uit kennis te maken met onze plannen en de manier waarop we dit in de komende jaren zullen gestalte geven.

Namens het Bestuursorgaan van het Huis voor Gezondheid.

Greta De Geest, voorzitter

DEFINITIES - BEGRIPPENKADER

- **Nederlandskundige zorg**
We gebruiken bewust de term Nederlandskundig. Op deze manier maken we duidelijk dat onze werking iedereen behelst die het Nederlands machtig is én zorg kan leveren in deze taal.
- **Brussel**
Met Brussel bedoelen we het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, een Belgisch gewest dat 19 gemeenten omvat en de facto als 'Brussel' wordt beschouwd.
- **Brusselaar**
Alle inwoners van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.
- **Superdiversiteit**
Superdiversiteit verwijst naar de sterke toename van het aantal mensen met een migratieachtergrond. Superdiversiteit kent een kwalitatieve en kwantitatieve dimensie. De kwantitatieve dimensie heeft te maken met de zeer grote toename van etnisch-culturele diversiteit. De kwalitatieve dimensie verwijst naar de groeiende diversiteit binnen diversiteit.
- **Kwetsbaarheid**
Een eenduidige definitie van kwetsbaarheid is er niet. Kwetsbaarheid moet worden gezien als een breed begrip. Mensen worden kwetsbaar wanneer de problemen die ze in hun dagelijks leven tegenkomen (draaglast) zwaarder wegen dan hun vermogen om die problemen op te lossen (draagkracht). Gezondheidsproblemen (inclusief geestelijke gezondheidsproblemen), socio-economische problemen, huisvestingsproblemen, migratieachtergrond, laag opleidingsniveau, moeilijke of problematische gezinssituaties (inclusief isolement) zijn factoren die het risico op deze te grote draaglast verhogen. Bijzonder kwetsbaar zijn diegenen waarbij de problemen zo complex en alomvattend worden dat ze de regie (over hun eigen leven) verliezen en de zorg of ondersteuning die ze nodig hebben, zelf niet vragen of zelfs weigeren.
- **Kinderen**
Personen vanaf 0 tot en met 12 jaar oud
- **Tieners**
Personen vanaf 12 en 16 jaar.
- **Jongeren**
Personen vanaf 16 jaar tot 18 jaar.
- **Jongvolwassenen**
Personen vanaf 18 jaar.
- **NEET-jongeren (Not in Education, Employment or Training)**
Zijn jongeren tussen 15 en 24 jaar die:
 - Geen opleiding volgden in een referentieperiode van 4 weken;
 - Geen regulier onderwijs volgen;
 - Geen opleiding volgen buiten het regulier onderwijs;
 - Niet aan het werk zijn (ook niet als jobstudent).Die jongeren blijven onder de radar van instellingen die ondersteuning en hulp bieden bij onderwijs, welzijn en werk. Zij verschillen van jongeren in (jeugd) werkloosheid, die wel gekend zijn bij VDAB en daardoor gepaste ondersteuning genieten.
- **Starter**
Pas afgestudeerde of startende (Nederlandskundige) zorgprofessional die in Brussel aan de slag wil gaan.
- **LBGTQ+**
Afkorting voor Lesbian, Bisexual, Gay, Transgender, Queer. De "+" omvat alle andere seksuele en genderidentiteiten die ook bij die gemeenschap worden gerekend.
- **Zij-instromers - volwassen studiekeizers**
Volwassenen die vanuit een andere studierichting of sector komen, soms ook zonder diploma, en voor een zorgopleiding kiezen om vervolgens als het ware "van opzij" de zorgsector in te stromen.
- **EER-diploma**
Een diploma behaalt in één van de landen van de Europese Economische Ruimte.

- **Kaiser Permanente**

Een model van geïntegreerde zorg, dat verder reikt dan de klassieke gezondheidszorg, en de bevolking stratificeert op basis van hun gezondheids- en sociale behoeften. Het stratificatiemodel wordt gepresenteerd in de bekende Kaiser Piramide met verschillende niveaus: onderaan staan promotie en preventie gericht op de algemene populatie, op de tweede trap komt ondersteuning voor chronische patiënten via zelfmanagement, vervolgens krijgen hoog-risico patiënten ondersteuning via ziekte-management en bovenaan de top staat case-management voor patiënten met ernstige gezondheidsproblemen. Het is een model dat duidelijk aangeeft welke soort ondersteuning en informatie nodig is voor de verschillende doelgroepen en waar de meeste aandacht en energie naartoe moet.

- **Cohortondersteuning**

Extra ondersteuning voor groepen met gemeenschappelijke moeilijkheden binnen een bepaald traject, bijvoorbeeld om de weg naar zorgopleidingen/arbeidsplaats te vinden door een moeilijke thuissituatie of door een beperkte kennis van de Nederlandse taal.

- **Casemanagement**

Casemanagement is het beheer en de coördinatie op maat, vooral bedoeld voor personen met complexe problemen. Personen met een meervoudige en complexe problematiek hebben namelijk vaak verschillende hulp en zorg en soms ook extra stimulans nodig. Door dit te bieden ontstaat er effectieve hulpverlening.

- **Proportioneel universalisme**

Is een principe dat zijn acties en beleid richt op alle burgers (universeel), maar met meer en intensere ondersteuning voor doelgroepen die kwetsbaarder zijn en meer obstakels moeten overwinnen (proportioneel).

- **Quadruple Aim**

1. Het verbeteren van de zorg zoals die door het individu wordt ervaren.
2. Het verbeteren van de gezondheidstoestand op bevolkingsniveau met bijzondere aandacht voor toegankelijkheid en sociale vaardigheid.
3. Het realiseren, voor de patiënt, van meer waarde op vlak van gezondheid met de ingezette middelen.
4. Ervoor zorgen dat professionals in de gezondheidszorg hun werk op een goede en duurzame manier kunnen uitvoeren.

- **Integrale zorg**

Integrale zorg en ondersteuning neemt de behoeften, vragen en doelstellingen van de persoon met zorgbehoefte (en zijn naaste omgeving) als uitgangspunt. Het nastreven van een goede kwaliteit van leven voor en door elke burger moet de ultieme ambitie zijn van een integrale zorg en ondersteuning. Deze benadering vertrekt vanuit een holistische mensbeeld. Het vraagt een interdisciplinaire samenwerking tussen alle leden van een zorgteam (zorgprofessionals, informele zorg- en hulpverleners, hulpverleners en zorgvrager). De zorg en ondersteuning wordt in een gedeelde verantwoordelijkheid opgenomen en vertrekt vanuit de persoonlijke doelstellingen van de zorgvrager.

- **Good practices**

Good practices zijn bewezen en succesvolle voorbeelden die kunnen gebruikt worden als model voor nieuwe, effectieve werkwijzen.

- **Lessons learned**

Dit zijn geleerde lessen berustend op ervaringen waarmee actief rekening wordt gehouden in de praktijk en bij toekomstige projecten.

OMGEVINGSANALYSE

Om een krachtig en doelgericht meerjarenplan op te stellen werden zowel een omgevingsanalyse (wie is de Brusselaar en welke zorg heeft hij/zij nodig?) als een uitgebreide zelfevaluatie van de werking van het Huis (waar leidde het voorbije strategische vijfjarenplan toe?) gemaakt. U vindt hiervan een gedetailleerde beschrijving in bijlage. De resultaten hiervan kunnen we kort samenvatten door een antwoord te bieden op de volgende vragen; wie is de Brusselaar, hoe gaat het met zijn gezondheid en hoe werkt de gezondheidszorg in Brussel?

Het is een understatement om te zeggen dat Brussel 'anders' is waardoor extra aandacht of inspanningen nodig zijn om elke Brusselaar een kwaliteitsvolle zorg aan te bieden.

DE BRUSSELAAR

Eén woord zegt veel, zo niet alles over Brussel en zijn bewoners: superdivers. Na Dubai is Brussel de tweede meest diverse stad ter wereld wat betreft verschillende nationaliteiten en gesproken talen. Deze diversiteit beperkt zich niet tot herkomst of taal. Ze kent meerdere lagen.

Kenmerkend voor de Brusselaars is het grote verschil in socio-economische situatie. Ook zijn er grote verschillen in de scholingsgraad waardoor de kans op een stabiele job én een betere huisvesting beperkt blijven. We zien veel meer (kans)armen, waaronder veel eenoudergezinnen. Aan het andere spectrum zijn er ook zeer welgestelde gezinnen. Deze laatste wonen vaak slechts een paar straten verder.

De Brusselaar woont in een arm gewest, dat kampt met een beperkt budget en dat het moeilijk heeft om een begroting in evenwicht te houden. Anderzijds levert het Brussels Hoofdstedelijk Gewest 20% bij aan het BNP. De verklaring hiervoor ligt bij de talrijke pendelaars: zij komen naar Brussel om te werken, maar wonen en leven in de Rand

of verder. Tijdens de middagpauze doen ze soms beroep op het Brussels zorgaanbod. Weliswaar is dit laatste vermoedelijk verminderd sinds de stijging van het thuiswerk omwille van COVID-19 (cijfers volgen ongetwijfeld).

Ten slotte is er een zeer belangrijke groep die we niet kunnen vergeten: de 20ste gemeente nl. de dak- en thuislozen en de niet-erkende vluchtelingen.

Brussel is een groeiende stad, maar wordt gekenmerkt door veel eenzaamheid. Er zijn grote verschillen tussen het aantal sociale contacten.

Kortom, vele Brusselaars zijn kwetsbare burgers en dit heeft ook invloed op hun gezondheid.

DE GEZONDHEID VAN DE BRUSSELAAR

Epidemiologisch is de Brusselaar 'anders': er is meer kwetsbaarheid, meer eenzaamheid, de Brusselaar ervaart zichzelf als minder gezond, zowel fysisch als psychisch.

Dit komt terug in de nationale gezondheidsenquête (2018). Significant meer dan in Vlaanderen en Wallonië ervaren Brusselaars gezondheidsproblemen, geestelijke gezondheidsproblemen, veel 45-plussers hebben minstens één chronische aandoening, ... Brusselaars leven minder gezond: er is meer obesitas, er wordt minder gezond gegeten en minder aan beweging gedaan (ook hier zal de COVID-19-crisis een negatieve invloed op hebben). Deze resultaten zijn niet verrassend want: des te meer kwetsbaarheid, des te meer gezondheidsproblemen. Dit speelt reeds van bij de geboorte: kansarme kinderen hebben meer kans op overlijden op jonge leeftijd, leven doorgaans minder lang en hebben meer gezondheidsproblemen (fysiek en mentaal) gedurende hun verdere leven.

Een aantal bevindingen uit deze enquêtes zijn opmerkelijk.

Ondanks de meer gepercipieerde geestelijke gezondheidsproblemen worden er in het algemeen minder psychofarmaca geconsumeerd.

Ook bijzonder is dat er een lichte verbetering merkbaar was in 2018 t.o.v. 2013 bij een aantal thema's en voor een aantal indicatoren, bijvoorbeeld: meer respondenten gaven aan een goede algemene gezondheid te hebben t.o.v. 2013. Dit komt niet overeen met de perceptie van het terrein. Een mogelijke verklaring (nog te onderzoeken) ligt in het feit dat de respondenten in 2018 een minder representatieve steekproef van de Brusselse bevolking vertegenwoordigen. Indien dit zo blijkt te zijn, is dat een niet onbelangrijk gegeven. Dit betekent dat, als we burgers actief willen betrekken, we goed moeten nadenken hoe we alle Brusselaars kunnen bereiken én welke methodiek we hiervoor gebruiken.

DE GEZONDHEIDSORGANISATIE VAN HET BRUSSELS HOOFDSTEDELIJK GEWEST

Hier kunnen we eveneens de term 'divers' op toepassen: er zijn de versnipperde bevoegdheden (federaal, gemeenschappen, gewesten en gemeenten) en deels hieruit voortvloeiend, is er een versnipperd zorgaanbod. Nochtans vertrekken de beleidslijnen van de bevoegde instanties van een aantal gezamenlijke uitgangsprincipes, die (grotendeels) samenlopen met internationale trends.

De verschillende overheden kiezen resoluut voor het WHO-model voor integrale zorg; men gaat voor Quadruple Aim; men werkt volgens het model van Kaiser Permanente of toch minstens volgens het model van proportioneel universalisme; er wordt gekozen voor een buurtgerichte, cultuur-sensitieve benadering met bijzondere aandacht voor de kwetsbaren. Hoe de verschillende bevoegde overheden

hierop inzetten staat in de bijlage uitgewerkt. Het is echter relevant deze puzzel te kennen: dit is het Brussels speelveld waarbinnen dit nieuwe meerjarenplan moet gerealiseerd worden. COVID-19 heeft alvast één ding aangetoond: de versnipperde bevoegdheden inzake gezondheidszorg (en welzijn) zorgen voor onnodige extra uitdagingen: hier is verbetering en verandering noodzakelijk.

Tijdens de COVID-19 crisis kwam ook duidelijk naar voor dat Brussel, maar ook Vlaanderen, een immens te kort aan menskracht heeft in de zorgsector. Dit is niet enkel het geval gedurende crisissituaties. Het is zo dat er over het algemeen een (dreigend) tekort is aan menskracht in de zorg. Voor sommige beroepen (zoals verpleegkundigen en huisartsen) is dit al meerdere jaren een gegeven, anderen (technici medische beeldvorming, kinesitherapeuten, ergotherapeuten) voegen zich aan dit lijstje toe. Extra mankracht naar het Brussels zorgveld toeleiden vraagt inzet en betekent deels de concurrentie aangaan met de omliggende gemeenschappen (gewesten), want dit is niet enkel een Brussels gegeven.

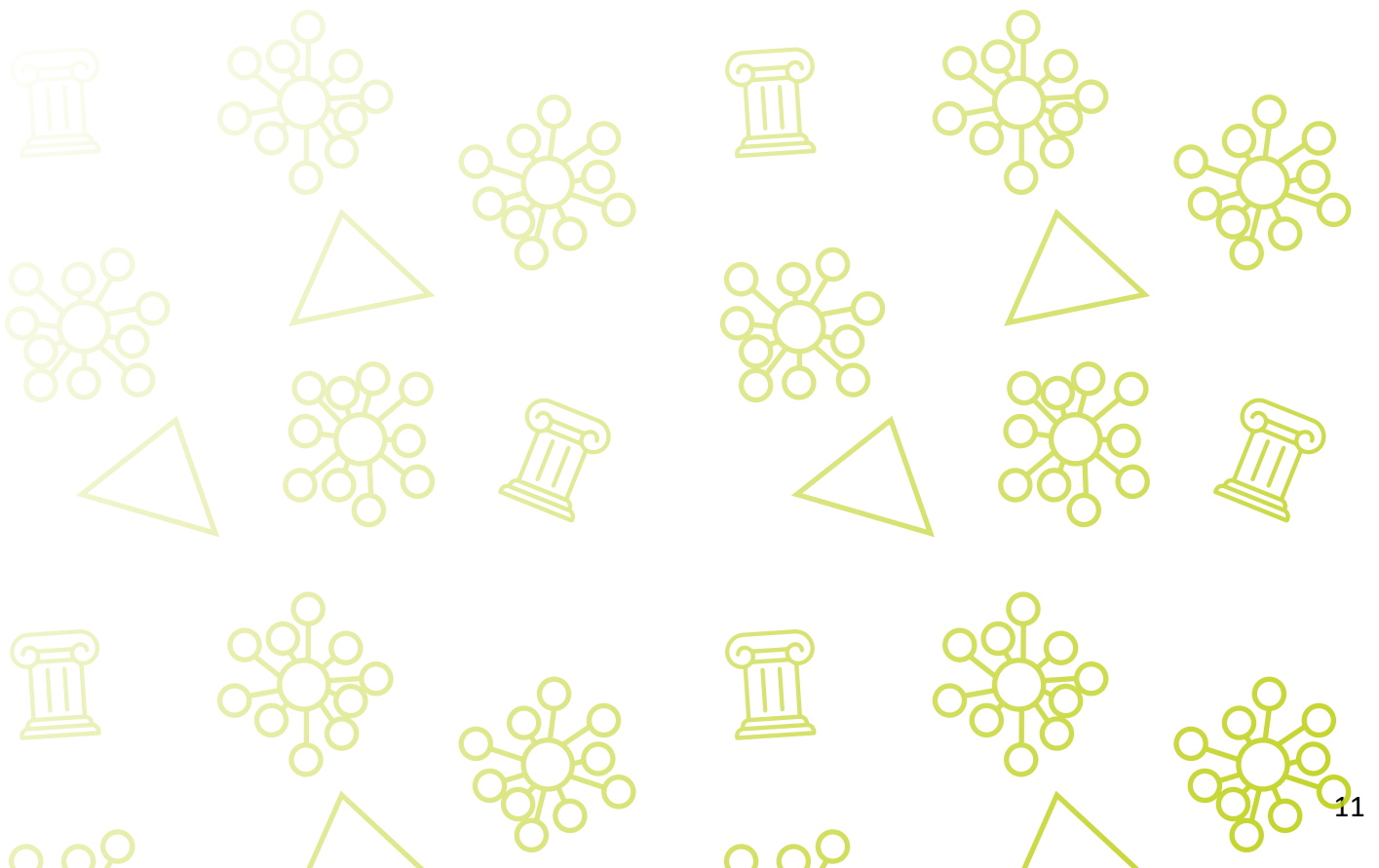
Uit eigen onderzoek (en dit is grotendeels bevestigd door een onderzoek van de VUB i.o.v. Unizo) blijkt dat een slecht imago over Brussel (over de zorginstellingen, de verloning, de veiligheid), de hoge kostprijs van immobiliën, de 'beperkte' beschikbaarheid van (buitenschoolse) kinderopvang en afstand van het ouderlijk huis een drempel vormen voor toekomstige zorgprofessionals om in Brussel te komen werken. De meertaligheid, de diversiteit aan nationaliteiten, de grootstedelijke context kunnen zowel een drempel als een aantrekkelijke factor zijn. De belangrijkste troeven die worden aangehaald om zeker in Brussel te werken zijn het grote aanbod aan zorginstellingen, een goede stage-ervaring en van Brussel houden of het kennen (door er geboren en getogen te zijn).

SAMENVATTING

We kunnen stellen dat er in Brussel veel kwetsbare burgers zijn. Het is een uitdaging om hen te bereiken, dit is een zoektocht voor zorgprofessionals en -organisaties. Ook voor de (kwetsbare) Brusselaar is het een uitdaging om de weg te vinden in het zorglandschap. Daarom wil het Huis een verbindende rol opnemen tussen alle actoren binnen de Brusselse gezondheidszorg. Wanneer het kader duidelijk is voor zorgprofessionals en -organisaties, zal dit ook duidelijker kunnen worden overgebracht naar de Brusselaar zelf.

Om een tekort aan zorgprofessionals te voorkomen willen we met het Huis ook inzetten op het aantrekken en behouden van zorgprofessionals. Dit met bijzondere aandacht voor de kwetsbare Brusselaars, zij hebben een hart voor Brussel, de nodige Brussel-kennis en vaak ook de capaciteiten. Door alle extra uitdagingen in hun leefomgeving krijgen ze echter niet de juiste kansen of vinden ze de weg niet naar een zorgopleiding.

Brussel is een wereldstad en vandaar ook de plek bij uitstek om innovatieve projecten op te zetten. Als het in Brussel werkt, werkt het waarschijnlijk ook in de rest van België.



HUIS VOOR GEZONDHEID

VISIE HUIS VOOR GEZONDHEID

Huis voor Gezondheid streeft naar een kwaliteitsvol Nederlandskundig zorgaanbod in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Hiertoe bieden we ondersteuning aan (organisaties van) Nederlandskundige zorgprofessionals die in de context van een superdiverse hoofdstad toegankelijke en kwaliteitsvolle Nederlandskundig zorg willen bieden. Doorheen de hele werking van het Huis passen we het model van Kaiser Permanente toe.

Onder kwaliteitsvol zorgaanbod verstaan we:

- Aanwezigheid van voldoende Nederlandskundige zorgprofessionals;
- Toegankelijke zorg volgens de 5 “B’s” van toegankelijkheid: bereikbaar (fysiek), beschikbaar (aanbod), betaalbaar, begrijpbaar (onder andere taal) en bruikbaar (nood aan);
- Zorg waarin de persoon met een zorgnood centraal staat, participeert aan zijn eigen zorg en met oog voor zijn mantelzorger(s);
- Zorg die kostenefficiënt is.

MISSIE HUIS VOOR GEZONDHEID

Huis voor Gezondheid is een netwerkorganisatie die dankzij het delen van haar kennis van het Brusselse zorglandschap samenwerking en netwerking tussen organisaties en zorgprofessionals faciliteert en initieert.

Onder zorglandschap verstaan we de Brusselse (organisaties van) zorgprofessionals en welzijnsorganisaties maar ook hun belangrijkste activiteiten, samenwerkingsinitiatieven en netwerken.

DOELGROEP

De doelgroep van het Huis bestaat uit de (organisaties) van (toekomstige) zorgverleners en burgers die beroep doen op het Nederlandskundig Brussels zorgaanbod.

Op welke manier we deze burgers actief gaan betrekken, wordt in de loop van het eerste werkingsjaar uitgewerkt.

ORGANIGRAM

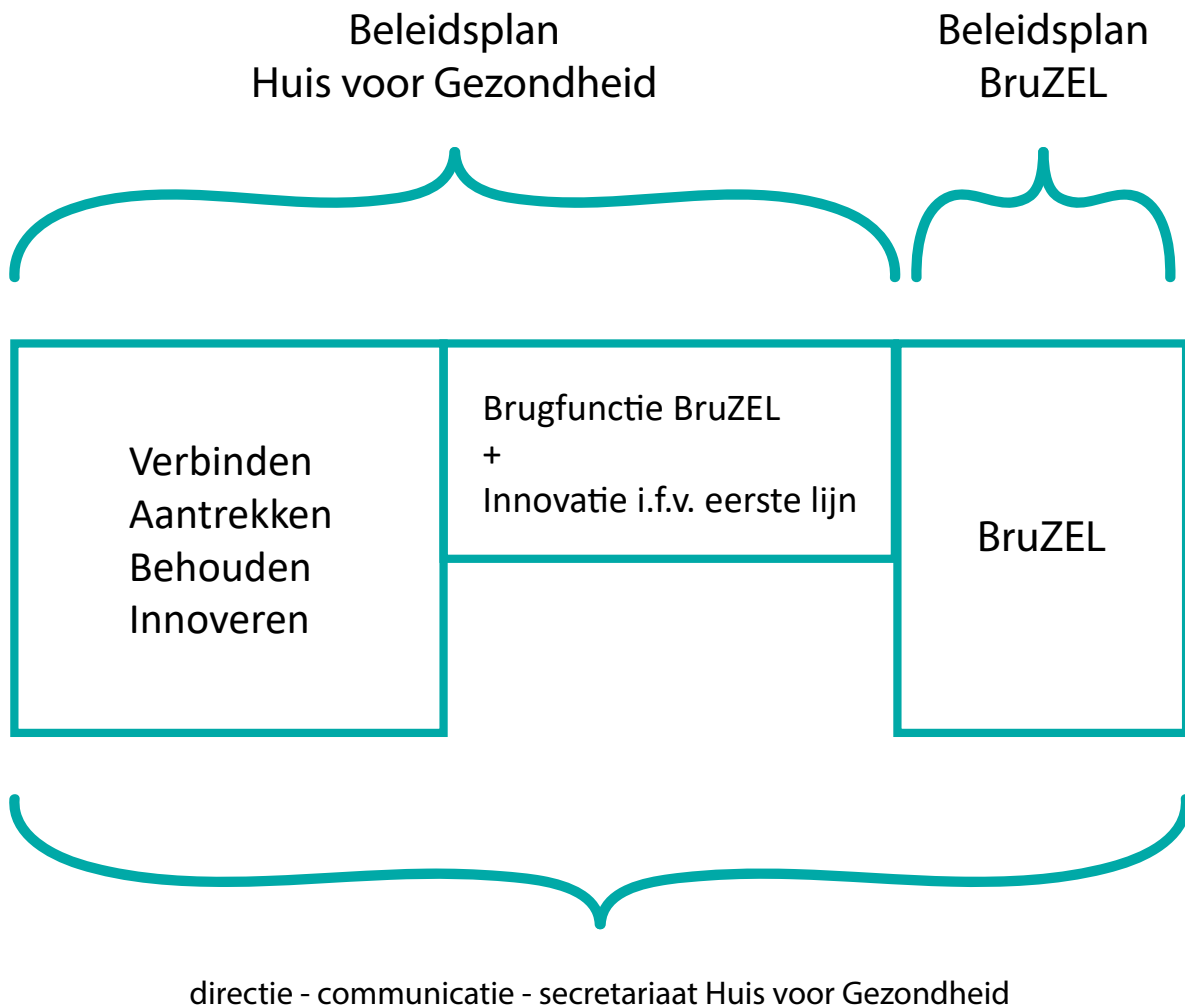


Fig.3 Beleidsplan van Huis voor Gezondheid en beleidsplan van BruZEL

TOELICHTING SAMENWERKING HUIS VOOR GEZONDHEID EN BRUZEL

De LMN-werking en de werking van BOT werden in de loop van 2020 beëindigd. Huis voor Gezondheid (en in het bijzonder de strategische doelstellingen rond multidisciplinair samenwerken) stond mee model voor de Eerstelijns Hervorming en de invulling van de taken en opdrachten binnen een ELZ.

De Brusselse ELZ, BruZEL, is ondergebracht onder de vzw Huis voor Gezondheid. Net zoals bij alle andere eerstelijnszones heeft de Brusselse zorggraad zijn prioritaire doelstellingen bepaald.

Niet alle doelstellingen en acties van de oude LMN/MDS-werking van het Huis zijn hierin overgenomen. Nochtans zijn er een aantal daarvan relevant en mag de competentie hieromtrent niet verloren gaan.

Huis voor Gezondheid zal dus - net zoals andere organisaties in de (Brusselse) zorg- en welzijnssector (zoals bv. het Kenniscentrum WWZ, VIVEL, CAW, VPP, ...) - ook samenwerken met BruZEL.

Wat we vanuit het Huis voor BruZEL doen, plaatsen we onder een brugfunctie: we ondersteunen en zetten verder wat een meerwaarde is voor samenwerken binnen de Brusselse zorg, maar wat BruZEL (voorlopig/nog) niet opneemt enerzijds. Anderzijds ontwikkelen we vanuit Huis voor Gezondheid

tools en methodieken (of vertalen we bestaande tools en methodieken naar de Brusselse context) die o.a. BruZEL dan kan toepassen.

Wat Huis voor Gezondheid complementair aan BruZEL opneemt, wordt steeds in onderling overleg bepaald. Een voorbeeld hierbij is de Vlaamse Sociale Kaart (die sowieso up-to-date moet worden gehouden i.h.k.v. de Vlaamse opdracht) die voor het Brusselse terrein best uitgebreid/aangevuld wordt met het volledige (ook niet Nederlandskundig) aanbod binnen Brussel. Weliswaar steeds met de nodige aandacht voor de taal van dit aanbod. Het is absoluut noodzakelijk dat het Nederlandstalig aanbod vlot ontsloten wordt.

Terzelfdertijd is de samenwerking binnen BruZEL ook een bron aan informatie waar Huis voor Gezondheid verder mee aan de slag kan.

Deze samenwerking Huis voor Gezondheid-BruZEL zal dus doorheen de verschillende actieplannen binnen dit meerjarenplan evolueren. In grote lijnen kunnen we stellen dat de inhoudelijke verschillen tussen de 2 als volgt samen te vatten zijn:

1. Het Huis heeft een helikopterzicht over het hele Brusselse zorglandschap (ook transmuraal) met in het bijzonder aandacht voor talentwerking/ aantrekken en ondersteuning van gezondheidszorgprofessionals.
2. BruZEL heeft een bredere scope naar welzijn en andere sectoren in concrete samenwerkingen, maar focust zich op de eerste lijn.

Organistorisch kan deze samenwerking als volgt omschreven worden (en deze is vastgelegd in een samenwerkingsovereenkomst BruZEL (Zorgraad) en Huis voor Gezondheid vzw).

Het personeel toegewezen aan de ELZ BruZEL zal tewerkgesteld worden door de vzw Huis voor Gezondheid. De vzw Huis voor Gezondheid zal bij de vergoeding van het personeel de normen van de Vlaamse Overheid respecteren en volgt de richtlijnen van de overheid inzake personeel en

organisatiecultuur. Het bestuursorgaan bestuurt conform de nieuwe vzw-wetgeving en respecteert de principes van goed bestuur (transparantie, collegialiteit, duidelijke bevoegdheden en rollen, competenties, ...).

Het bestuursorgaan van de vzw Huis voor Gezondheid draagt de eindverantwoordelijkheid voor de werking van BruZEL.

Het Huis voor Gezondheid zal de analytische boekhouding aanpassen, zodat inkomsten en uitgaven voor BruZEL transparant zijn en goed bewaakt kunnen worden.

Het personeel toegewezen aan de Zorgraad BruZEL zal deel uitmaken van het team van Huis voor Gezondheid en zal zich ontfermen over de uitvoering van het beleidsplan BruZEL en de kernopdrachten toegewezen aan een ELZ. Hiervoor wordt er samengewerkt met de stuurgroep-zorgraad die inhoudelijk de koers van BruZEL bepaalt: strategische keuzes, operationele doelstellingen en bijhorende acties.

Het bestuursorgaan van de vzw Huis voor Gezondheid keurt het beleidsplan BruZEL goed, tenzij er majeure knelpunten zouden zijn, zoals een beleidsplan dat te ambitieus of te weinig ambitieus is in functie van de beschikbare middelen en het beschikbare personeel of in fundamentele tegenspraak met de visie en missie van de vzw zelf.

De huidige visie en missie van BruZEL en het beleidsplan die hier worden voorgesteld, passen binnen de visie en missie van de vzw Huis voor Gezondheid.

DE FOCUS VAN HUIS VOOR GEZONDHEID VOOR 2021 - 2025

Het strategisch plan van Huis voor Gezondheid berust op 4 pijlers nl.:

1. Verbinden van alle actoren binnen de Brusselse gezondheidszorg,
2. Aantrekken van zorgprofessionals - Zorg om talent,
3. Behouden van zorgprofessionals,
4. Innoveren in de Brusselse gezondheidszorg.

Bij het realiseren van de hierbij horende strategische doelstellingen is het vanzelfsprekend dat het Huis samenwerkt met andere Brusselse organisaties in functie van expertise. En dit zowel taal- als sectoroverschrijdend. Dit kunnen organisaties zijn waar we reeds bestaande samenwerkingen mee hebben, maar we gaan ook actief op zoek naar nieuwe partners. Het Huis breidt haar doelgroep uit (zorgvragers), met specifieke aandacht voor doelgroepen met een kwetsbaarheid wat ook samenwerking vraagt met nieuwe partners. Wanneer verder in deze tekst over 'het Huis' wordt gesproken, dan bedoelen we steeds in samenwerking met relevante partners zonder deze expliciet op te lijsten.

Organisaties waar we nu al aan denken zijn bv. het Kenniscentrum WWZ, Muntpunt, Huis van het Nederlands, LOGO, BHAK en andere beroepskringen, Brusano, ...

WHO-MODEL INTEGRALE ZORG & KAISER PERMANENTE

Twee modellen vormen de rode draad doorheen dit strategisch meerjarenplan en de werking: het WHO-model voor integrale zorg en het model van Kaiser-Permanente.

WHO-MODEL INTEGRALE ZORG

Deze benadering vertrekt vanuit een holistisch mensbeeld, waarbij de burger zelf zo veel mogelijk de (zorg)regie in handen heeft. De persoon en zijn persoonlijke zorgdoelen (levensdoelen) staan hierbij centraal. Zorgprofessionals werken beroeps- en sector-overschrijdend samen met de persoon met een zorg- en ondersteuningsbehoefte en zijn naaste omgeving.



Fig. 7 World Health Organisation-model - integrale zorg

Dit impliceert een aantal paradigmashifts:

- Van aanbodgestuurd naar vraaggestuurd zorgaanbod
- Van probleem-georiënteerde naar doelgerichte zorg
- Van mono- en/of multidisciplinaire samenwerking naar inter- of zelfs transdisciplinaire samenwerking, waarbij o.a. taken herverdeeld worden onder de leden van het zorgteam volgens het subsidiariteitsprincipe
- Zelfregie van de persoon met een zorg- en/of ondersteuningsbehoefte. Dit impliceert wel dat er wordt ingezet op zorggeletterdheid.

Het Huis heeft tot op heden ingezet op patiëntgerichtheid bij de zorgprofessionals. Wanneer we dit model voor integrale zorg ook verwerken binnen de werking, spreken we minder over patiënten, maar eerder over burgers. Deze burger (Brusselaar-)gerichtheid passen we toe op meerdere niveaus:

1. Door de toegang naar zorg voor de Brusselaar zichtbaar te maken/ te verbeteren;
2. Door aandacht te hebben voor de taal (van de cliënt/Brusselaar) in de zorg.
3. Door de Brusselaar als een partner te beschouwen in de zorg: niet alleen door hem respectvol te benaderen en respectvol met hem te communiceren, maar ook door hem te betrekken in beslissingen over zorg (en welzijn). Deze betrokkenheid zal ervoor zorgen dat keuzes meer gedragen worden door de Brusselaar zelf; dat er wordt meegewerkt bij uitstippelen van (zorg)trajecten; dat hij een meer volledig beeld heeft over zijn eigen zorg, en bij uitbreiding ook over het zorglandschap in Brussel.

Het Huis zal bij haar initiatieven en acties telkens nagaan of het zinvol is en zo ja, op welke manier we de Brusselaar kunnen betrekken.

Zoals eerder al vermeld in de omgevingsanalyse, Brussel is superdivers. Deze diversiteit beperkt zich niet tot herkomst of taal, maar kent meerdere lagen. We moeten blijvend aandacht

hebben voor cultuur sensitieve zorg. We willen dit niet beperken tot de etnisch-culturele verschillen, maar ook aangepast communiceren over zorg en zorg bieden aan andere minderheidsgroepen binnen onze samenleving zoals bijvoorbeeld LGBTQ+, personen met een beperkte financiële draagkracht, een laag opleidingsniveau, ... deze doelgroepen vragen aangepaste (extra?) aandacht.

Daarnaast zien we het ook als een aandachtspunt binnen de zorgopleidingen, we moeten 'het omgaan met diversiteit' niet langer zien als een opleidingsonderdeel, maar een attitude die aangeleerd wordt aan de nieuwe generatie zorgprofessionals. Hier moet aandacht aan besteed worden doorheen de hele zorgopleiding.

In het Integrale Zorg-model wordt ook rekening gehouden met de zorgprofessional en hoe we zorg uitvoerbaar en werkbaar kunnen houden, maar ook kostenefficiënt.

In pijler 3 'Behouden van zorgprofessionals' gaan we er verder op in hoe het Huis hier wil op in zetten, zoals bv. inzetten op samenwerking tussen zorgprofessionals, veerkracht bij zorgprofessionals maar ook het onderhouden van effectieve tools om de zorg rond een patiënt werkbaar te maken en houden.

Ten slotte willen we ook inzetten op het 'ecosysteemdenken'. Dit is een nieuwe manier van denken en samenwerken om complexe realiteiten te vatten, acties op te zetten zonder onbedoelde neveneffecten en zonder het geheel uit het oog te verliezen, waarbij elke organisatie zijn essentie bijdraagt aan de oplossing van een (gezondheids)probleem. Door een probleem te belichten vanuit zoveel mogelijk facetten en met zoveel mogelijk partners uit verschillende sectoren, komen we tot vernieuwende initiatieven met respect voor de mens en de aarde. Het Huis sluit zich daarom aan bij het Leerplatform 'ecosysteemdenken' van het Kenniscentrum Welzijn, Wonen en Zorg, om vandaaruit gezondheidsinitiatieven te ontwikkelen gebaseerd op deze nieuwe manier van denken.



PIJLER 0: IMPLEMENTATIE VAN HET MODEL VAN KAISER PERMANENTE

Doorheen de hele werking van het Huis passen we het model van Kaiser Permanente toe. In dit Amerikaans zorgmodel gaan preventie én management van ziekte hand in hand. In functie van hun zorg- en ondersteuningsnood wordt de bevolking onderverdeeld in risiconiveaus. De zorgintensiteit verschilt in elk van deze niveaus: van groepsactiviteiten tot intensief casemanagement.

De mate waarin professionele ondersteuning nodig is, neemt toe naarmate je stijgt in de piramide. Daarnaast is er op alle niveaus veel aandacht voor zelfmanagement en preventie. Dit zorgt ervoor dat de zorgorganisatie effectiever, kostenbesparend én efficiënter kan werken.

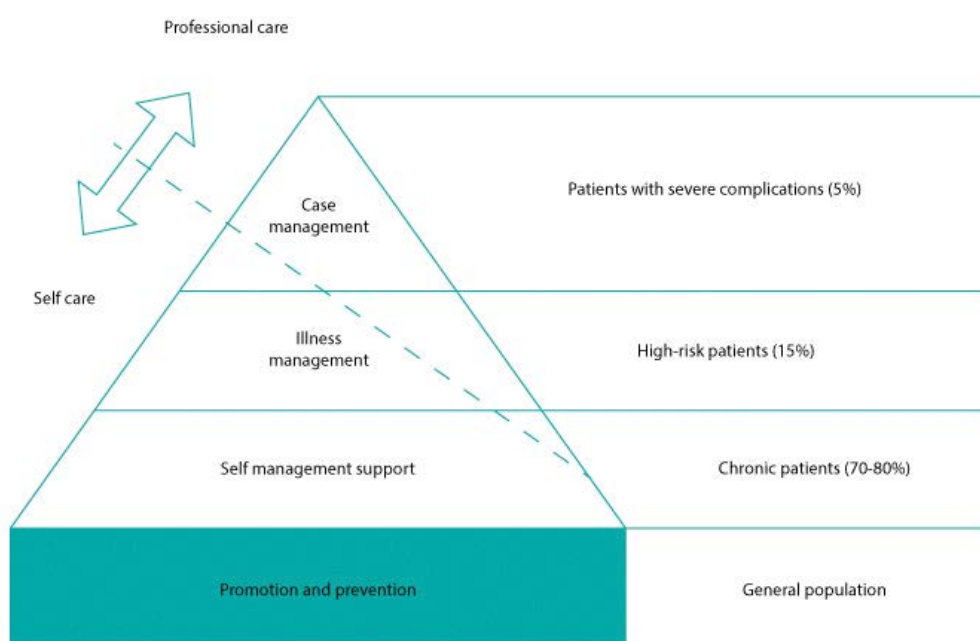


Fig. 1 Extend Kaiser Pyramid

EXTEND KAISER PYRAMID

De ondersteuning berust op dit principe: hoe lager in de piramide, en ook het grootste deel van de bevolking vraagt eenvoudige acties om actief geïnformeerd te worden over hun ziekte. Voorbeeld: Via folders, posters, websites, ... over valrisico bij ouderen.

Een kleinere groep van de bevolking (een cohort) vereist meer 'ziekte' management omdat er verschillende risicofactoren zijn. Deze mensen worden bijvoorbeeld opgenomen in een groepsprogramma (coördinatie en ondersteuning). Voorbeeld: Minder mobiele, maar toch actieve ouderen ontvangen begeleiding met een lage

intensiteit, zoals valpreventie oefeningen en informatie in groepsactiviteiten.

Ten slotte is bij een aantal gevallen de situatie zo complex dat individuele begeleiding (casemanagement) nodig is.

Voorbeeld: Individuele begeleiding bij alleenstaande burger die plots afhankelijk is geworden en veel verschillende zorgvragen heeft.

Het Huis wil het Kaiser Permanente model gebruiken binnen haar eigen werking. Concreet wil dit zeggen dat we bij elke operationele doelstelling een aanbod zullen voorzien dat voor een groot deel van de beoogde doelgroep eenvoudig toegankelijk/

bruikbaar is. Voor een kleinere groep voorzien we cohortondersteuning of een meer op maat gemaakte toepassing. Op deze manier kunnen we ervoor zorgen dat er bij de stafmedewerkers nog voldoende ruimte is om, zo nodig, in te gaan op specifieke, meer tijdrovende trajecten.

EXTEND KAISER PYRAMID BINNEN DE WERKING VAN HET HUIS

Hoe zien we dit concreet?

Bijvoorbeeld bij het toeleiden van jongeren naar zorgberoepen, kunnen we dit als volgt aanpakken:

- Voor een groot deel van de doelgroep: Informeren van kandidaat zorgprofessionals over zorgopleidingen/ arbeidsplaatsen in Brussel zodat ze zich empowered voelen om zelf de weg te vinden. We kunnen een H-teamsessie online aanbieden, in de vorm van een webinar of een online informatiepakket op onze website. Op deze manier kunnen meerdere leerlingen dit raadplegen zonder dat ze afhankelijk zijn van leerkrachten die dit aanbod in hun lessenspakket opnemen.

- Voor een kleiner deel: Cohortondersteuning voor groepen met bepaalde moeilijkheden om weg naar zorgopleiding/arbeidsplaats te vinden (bv. vluchtelingen met niet EER-diploma). We denken hier aan nieuwkomers met een niet EER-diploma, maar die in hun land van herkomst wel een zorgberoep uitoefenden. We zouden groepstrajecten/ focusgroepen opstarten om hen te begeleiden bij het regulariseren van hun diploma of het (gedeeltelijk) hervatten van studies. Dit door hen naar de juiste instanties door te verwijzen, voldoende te informeren en ondersteunen opdat ze 'en cours de route' van dit lastige proces niet afhaken.
- Voor een aantal gevallen: individuele trajectbegeleiding: voor kandidaten die o.w.v. een complexe situatie de weg naar zorgopleiding/arbeidsplaats niet vinden. Bijvoorbeeld jongeren met meerdere uitdagingen in de thuiscontext (ze zijn mantelzorger, er zijn financiële problemen, ze beschikken niet over een vlotte internetverbinding, ...) begeleiden we op maat, bv. via een meter/peter die hem of haar het hele traject bijstaat.

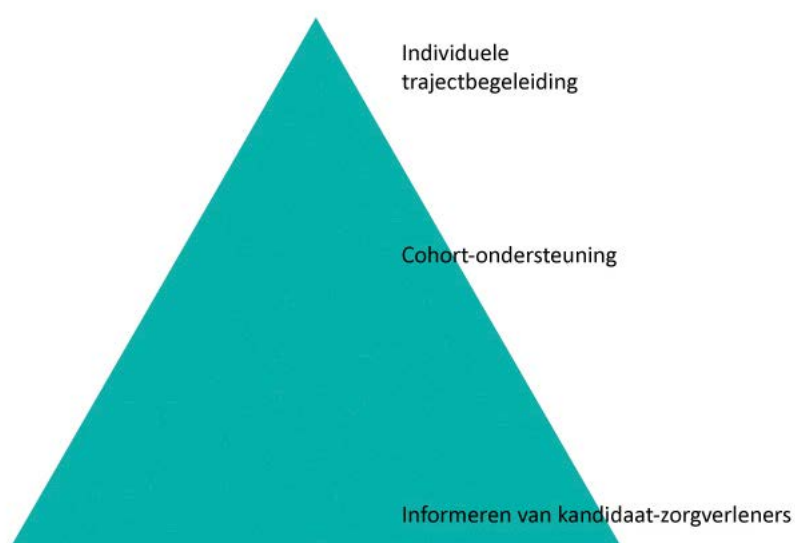


Fig. 2 Extend Kaiser Pyramid binnen de werking van HvG



PIJLER 1: VERBINDEN VAN ALLE ACTOREN BINNEN DE BRUSSELSE GEZONDHEIDSZORG

SD 1: ER IS EEN WISSELWERKING TUSSEN HET BELEID, HET ZORGLANDSCHAP, DE ZORGPROFESSIONALS EN DE BRUSSELAARS.

OD 1.1: Zorgprofessionals en burgers hebben zicht op het Brusselse zorglandschap en het beleid.

OD 1.2: De noden van het terrein worden gedetecteerd en afgestemd met het zorglandschap, gesignaleerd aan de overheid en er wordt samen met de overheid naar passende antwoorden gezocht.

OD 1.3: Huis voor Gezondheid neemt een verbindende rol op en faciliteert de samenwerking of informatie-uitwisseling tussen de verschillende overheden m.b.t. de Brusselse zorgactoren en de Brusselaar zelf.

Om alle actoren te verbinden binnen de Brusselse gezondheidszorg wil het Huis een **‘wisselwerking tussen het beleid, het zorglandschap, de zorgprofessionals en de Brusselaars faciliteren’**. Dit is dan ook onze eerste, alsook overkoepelende strategische doelstelling. Zonder wisselwerking en/of samenwerking van deze actoren is het onmogelijk om de andere doelstellingen binnen dit strategisch plan te bereiken.

Zorgprofessionals en burgers hebben zicht op het Brusselse zorglandschap en het beleid.

De institutionele complexiteit en versnippering vormen vaak een struikelblok voor zorgprofessionals. Het Huis kan geen wetgevend werk verrichten, maar probeert - samen met andere terreinpartners - voor de burger en de Brusselse zorgprofessionals overzicht te houden over het kluwen van verschillende overheden en hun bevoegdheden. Het Huis biedt hen dit kader aan, enerzijds om hun werk te faciliteren anderzijds om de startende zorgprofessionals of stagiair(e)s de nodige handvaten te bieden om in het Brusselse zorglandschap de weg te vinden naar de juiste instanties. Dit is aanvullend op BruZEL die dit voor de zorg in de eerstelijns opneemt, met focus op de burger met een kwetsbaarheid. Het Huis zorgt voor een helikopterzicht over het hele zorglandschap.

De noden van het terrein worden gedetecteerd en afgestemd met het zorglandschap, gesignaleerd aan de overheid en er wordt samen met de overheid naar passende antwoorden gezocht.

Het Huis streeft ernaar om alle zorgprofessionals en alle Brusselaars de kans te geven hun stem te laten horen én te participeren aan en mee te denken over de zorg (van de toekomst). Zij zijn immers ervaringsdeskundigen in het complexe Brussel.

Het Huis neemt een verbindende rol op en zorgt voor de nodige informatie-uitwisseling tussen de verschillende overheden m.b.t. de Brusselse zorgactoren en de Brusselaar zelf.

Door deel te nemen aan verschillende bestuursraden, adviesorganen en overleggroepen kan het Huis informatie doorgeven, haar signaalfunctie opnemen, het belang van samenwerking aantonen en deze bevorderen. Dit wordt opgenomen in overleg met partners, met de focus op meer verbinding en samenwerking tussen gezondheidszorg en welzijn.

Een voorbeeld hierbij is de brugfunctie die het Huis heeft tussen BruZEL en de Vlaamse

Gemeenschapscommissie, het Agentschap Zorg en Gezondheid. BruZEL wordt namelijk gefinancierd door de Vlaamse Overheid (VAZG) en ook de werking wordt van hieruit bepaald. Door efficiënt aan de VGC, VG Coördinatie Brussel en het VAZG besluiten, evoluties of knelpunten (en mogelijke oplossingen) voor Brussel door te geven kunnen zij hier op anticiperen vanuit hun bevoegdheden wat betreft (gezondheids)zorg in Brussel.

Op een vergelijkbare manier kan het Huis ook informatie delen met de Brusselse, (federale?) en Vlaamse overheid.

Anderzijds kan het Huis vanuit de Brusselse ervaring ontwikkelde tools, Brusselse oplossingen delen met dezelfde overheden, zodat deze ter inspiratie kunnen dienen voor elders in Vlaanderen.



PIJLER 2: AANTREKKEN VAN ZORGPROFESSIONALS - ZORG OM TALENT

SD 2: BEWUST KIEZEN VOOR DE BRUSSELSE ZORGSECTOR.

OD 2.1: Er is een positief beeld over 'zorg' en 'zorgen voor' bij kinderen, jongeren en volwassenen uit Brussel (en de Rand). = SENSIBILISEREN

OD 2.2: Er wordt vanuit een positief, realistisch beeld gekozen voor een studie in de zorg (in Brussel). = INFORMEREN

SD 3: DE BRUSSELSE ZORGSECTOR IS GEKEND ALS STAGE- EN TOEKOMSTIGE WERKPLEK.

OD 3.1: Studenten in zorgopleidingen ontdekken en ervaren de Brusselse zorgsector als interessante en kwaliteitsvolle werkplek om stage te lopen.

OD 3.2: Studenten in de zorgopleidingen kennen het werkaanbod in de Brusselse zorgsector (= TOELEIDEN NAAR HET WERKVELD).

Er is een tekort aan ALLE Nederlandstalige zorgprofessionals maar vooral verpleegkundigen, huisartsen, ergotherapeuten, kinesitherapeuten en kindbegeleiders zijn schaars op de arbeidsmarkt. Dit bewijzen de vele vacatures in Brusselse ziekenhuizen en andere zorginstellingen.

De tweede strategische doelstelling '**Bewust kiezen voor de Brusselse zorgsector**' spreekt voor zich.

Er is een positief beeld over 'zorg' en 'zorgen voor' bij kinderen, jongeren en volwassenen uit Brussel (en de Rand). = SENSIBILISEREN

Post-COVID-19 steeg de interesse in de zorg en hierdoor ook de inschrijvingscijfers in zorgopleidingen. Hier spelen we verder op in. Het Huis blijft jongeren en volwassen studiekezers in Brussel en de Rand informeren over de waaier aan zorgberoepen.

Door veranderde, maatschappelijke noden breidde het Huis de doelgroep uit naar ouders en leerkrachten, of 'de opvoeders'. Zij zijn immers de sturende krachten, de raadgevers en rolmodellen bij het begeleiden van de studiekeuze. Ook kinderen en tieners willen

we oppikken, met specifieke aandacht voor de meest kwetsbaren. Zij beschikken vaak al, zonder het te beseffen, over een massa aan zorgtalent. Dit willen we aanwakken.

Er wordt vanuit een positief, realistisch beeld gekozen voor een studie in de zorg (in Brussel) = INFORMEREN

We sensibiliseren, informeren en motiveren om te kiezen voor een zorgberoep. We focussen ons hier op de laatste graad secundair onderwijs (met bijzondere aandacht voor moeilijk bereikbare groepen) en volwassen studiekeizers.

In strategische doelstelling 3 'De Brusselse zorgsector is gekend als stage – en toekomstige werkplek' werken we aan acties opdat **studenten in zorgopleidingen de Brusselse zorgsector ontdekken en ervaren als interessante en kwaliteitsvolle plek om stage te lopen**. We leggen hierbij de klemtoon op de samenwerking met alle andere zorgberoepen.

We bieden ondersteuning en toeleiding zodat **studenten in de zorgopleidingen het werkaanbod in de Brusselse zorgsector kennen**.



PIJLER 3: BEHOUDEN VAN ZORGPROFESSIONALS

SD 4: BRUSSEL IS EEN PLAATS WAAR JE ALS ZORGPROFESSIONAL WILT BLIJVEN (SAMEN)WERKEN.

OD 4.1: Zorgprofessionals kunnen bij Huis voor Gezondheid terecht voor al hun vragen bij een opstart en/of doorstart.

OD 4.2: Huis voor Gezondheid voorziet voor elke starter een warme overdracht naar haar netwerk/BruZEL.

OD 4.3: Huis voor Gezondheid brengt elke starter in contact met een ervaren Brusselse Nederlandskundige zorgprofessional.

Brussel is een plaats waar je als (startende) zorgprofessional wilt blijven (samen)werken

Elke zorgprofessional wil snel en vlot toegang hebben tot betrouwbare informatie en een (lokaal) netwerk, zich ondersteund voelen wanneer dat nodig is. Om te willen blijven moeten de randvoorwaarden zo optimaal mogelijk vervuld zijn.

Niet bij alle randvoorwaarden kan het Huis hulp bieden, wel aan deze die te maken hebben met een netwerk op- en uitbouwen, aan optimaliseren van samenwerking, ...

Het Huis voorziet voor elke starter een warme overdracht naar haar netwerk en brengt hem in contact met een ervaren Brusselse Nederlandskundige zorgprofessional, een vertrouwenspersoon, een meter of een peter waar deze starter terecht kan met zijn vragen.

Zorgprofessionals kunnen bij het Huis terecht voor al hun vragen bij een opstart en/of doorstart en op onze hulp rekenen bij het administratieve luik dat hierbij komt kijken. We hechten hierbij in het bijzonder aandacht aan de opstart van multidisciplinaire praktijken en/of interdisciplinaire samenwerkingen.¹

¹ Dit in samenwerking met een aantal andere partners en met (mits) middelen vanuit de GGC

Het Huis ondersteunt niet enkel de individuele zorgprofessional, maar ook de beroepskringen in Brussel van deze zorgprofessionals. Het Huis heeft bij haar oprichting kringwerking voor Brusselse zorgprofessionals ondersteund. In theorie zou dit door BruZEL kunnen worden opgenomen (cfr. decreet zorgraden). BruZEL heeft hier momenteel niet prioritair voor gekozen. In overleg met BruZEL zal het Huis dit samen met BruZEL opnemen. De focus ligt hier niet op het beroepsspecifieke (dat is een taak voor de kringen), maar wel op samenwerking en het Brussel-specifieke.

In het algemeen zal de ondersteuning vanuit BruZEL eerder in de richting van 'samenwerken met partners binnen het zorgteam' gaan en vanuit het Huis eerder ad hoc werken en moeilijkheden aanpakken. Ten slotte zal het Huis vooral vernieuwende projecten opzetten en experimenteren met nieuwe vormen of mogelijkheden wat betreft interdisciplinaire samenwerking.



PIJLER 4: INNOVATIE

SD 5: DE BRUSSELSE ZORG STAAT MODEL VOOR INNOVATIE, DUURZAAMHEID, TOEGANKELIJKHEID EN GEÏNTEGREERDE AANPAK.

OD 5.1 Huis voor Gezondheid inspireert de Brusselse zorg tot kwaliteitsverbetering, sterkere netwerking, verbeteren van samenwerking, aanzetten tot gedragsverandering bij alle leden van het zorgteam, op basis van lessons learned (in een eerste fase vnl. lessons learned uit COVID-19 crisis).

OD 5.2 Huis voor Gezondheid ontwikkelt innovatieve tools en methodieken ter ondersteuning van de Nederlandskundige zorgactoren en Brusselaars in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest - rekening houdend met de inspraak en participatie van beide partijen.

OD 5.3 Huis voor Gezondheid is pro-actief, volgt (inter)nationale ontwikkelingen en toekomstige zorgmodellen, beleidsevoluties, etc. op en vertaalt ze naar onderwijs, stageplaats en werkterrein in Brussel.

Vernieuwing of innovatie is eigen aan de werking van het Huis. De voorbije jaren ontwikkelden we ook reeds tools en methodieken specifiek voor Brussel. De hertekening en de ingrijpende vernieuwing van het zorglandschap in de eerstelijnszones zorgen voor een nieuwe impuls. Mede door COVID-19 zullen we nog meer uitgedaagd worden om operationeel innoverend te werken.

Innoveren betekent ook experimenteren, inspelen op nog onbekende evoluties. We houden de vinger aan de pols en schrijven alle vernieuwende acties uit binnen deze pijler.

De Brusselse zorg staat model voor innovatie, duurzaamheid, toegankelijkheid en geïntegreerde aanpak, een doelstelling die elke zorgprofessional, maar ook elke Brusselaar zal toejuichen.

De eerstelijnszone BruZEL, die de eerstelijns in Brussel ondersteunt, is vanaf 1/7/2020 onderdeel van Huis voor Gezondheid. BruZEL heeft een eigen beleidsplan met een ambitieus takenpakket. Echter kunnen zij (nog) niet alles doen en (nog) geen nieuwe tools ontwikkelen. Om te vermijden dat bestaande tools of methodieken (zoals multi- of interdisciplinaire overlegmomenten) verloren zouden gaan, zal het Huis

deze (voorlopig) verder aanbieden en ondersteunen. Daarnaast bouwen we voort op de expertise die het Huis heeft als ondersteuningsorganisatie voor de zorg- en gezondheidssector en kan dit een verrijking betekenen voor BruZEL en de opdrachten die ze vervult. Anderzijds is het aan BruZEL om op het terrein noden of problemen te detecteren en deze aan het Huis door te spelen opdat we deze samen kunnen aanpakken en zo snel mogelijk een antwoord bieden aan de noden van de zorgprofessionals.

Zoals we voor alle Nederlandskundige zorgactoren en Brusselaars in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest ondersteuning willen aanbieden en inspireren tot **kwaliteitsverbetering, sterkere netwerking, verbeteren van samenwerking, aanzetten tot gedragsverandering bij alle leden van het zorgteam, op basis van lessons learned** (in een eerste fase vnl. lessons learned uit COVID-19 crisis).

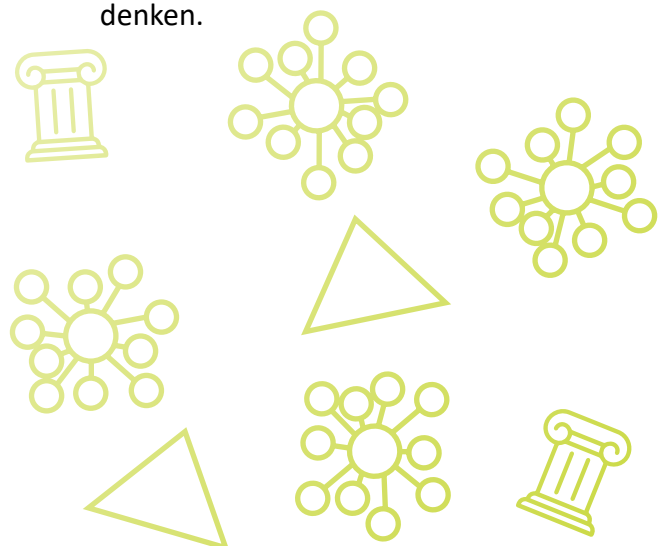
Het Huis breidt in het nieuwe strategische plan haar doelgroep ook uit naar de Brusselaar en zijn informele zorgprofessionals. De Brusselaars en informele zorgprofessionals hebben een ander profiel. Zo zijn zij o.m. meertalig, maar we moeten ook rekening houden met subgroepen die nog met taboes, vooroordelen en beperkte toegankelijkheid worden geconfronteerd, de grote verschillen in socio-economische status en opleidingsniveau, de culturele verschillen, LBGTQ+, kwetsbare jongeren, ... Hoe we hiermee moeten omgaan als organisatie is een permanent aandachtspunt.

Taal-, sector- en grensoverschrijdend werken vraagt permanente aandacht voor vernieuwing. **Huis voor Gezondheid ontwikkelt innovatieve tools en methodieken ter ondersteuning van de Nederlandskundige zorgactoren en Brusselaars in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest - rekening houdend met de inspraak en participatie van beide partijen.**

Huis voor Gezondheid is proactief en volgt (inter)nationale ontwikkelingen en toekomstige zorgmodellen, beleidsevoluties op en vertaalt ze naar onderwijs, stageplaats en werkterrein in Brussel.

Ten slotte willen we ook inzetten op het 'ecosysteemdenken'. Dit is een nieuwe manier van denken en samenwerken om complexe realiteiten te vatten, acties op te zetten zonder onbedoelde neveneffecten en zonder het geheel uit het oog te verliezen, waarbij elke organisatie zijn essentie bijdraagt aan de oplossing van een (gezondheids) probleem.

Door een probleem te belichten vanuit zoveel mogelijk facetten en met zoveel mogelijk partners uit verschillende sectoren, komen we tot vernieuwende initiatieven met respect voor de mens en de aarde. Het Huis sluit zich daarom aan bij het Leerplatform 'ecosysteemdenken' van het Kenniscentrum Welzijn, Wonen en Zorg, om vandaaruit gezondheidsinitiatieven te ontwikkelen gebaseerd op deze nieuwe manier van denken.



STRATEGISCHE EN OPERATIONELE DOELSTELLINGEN

INDICATOREN

In de jaaractieplannen:

- Formuleren we voor elke OD indicatoren per actie / werkingsjaar.
- Evalueren we aan het einde van elk jaar de acties volgens het principe van de PDCA-cyclus.
- Sturen we in functie van de verbeterpunten verderlopende acties bij.
- Gaan we na of indicatoren ontbraken of moeilijk meetbaar waren.
- Formuleren we voor nieuwe acties nieuwe indicatoren.
- Voor SD 2 / OD 2.1 is een voorbeeld uitgewerkt (zie bijlage).

PIJLER 0: KAISER PERMANENTE



PIJLER 0: KAISER PERMANENTE

STRATEGISCHE DOELSTELLING 0: HET IMPLEMENTEREN VAN HET MODEL VAN KAISER PERMANENTE		Wanneer?
<i>Alle operationele doelstellingen en acties worden eerst getoetst aan het model van Kaiser Permanente. We stellen ons voortdurend de vraag of we de doelgroep voldoende bereiken en of we specifieke acties moeten voorzien per ondersteuningsniveau.</i>		
Operationele doelstelling 0.1	Om elke (volgende) operationele doelstelling te bereiken maken we de oefening welk materiaal er nodig is of aangepast moet worden om de verschillende doelgroepen te bereiken volgens het model van Kaiser Permanente	
Acties	Voor het breed doelpubliek informatie delen via website, sociale media	2021-2025
	Cohorte – ondersteuning: materiaal laagdrempelig ontsluiten via webinars, online leerpakketten, etc.	
	Individuele begeleiding: bepaalde expertise enkel op vraag of onder bepaalde voorwaarden ter beschikking stellen	
Beoogd resultaat	Een breder doelpubliek bereiken door materiaal laagdrempelig te ontsluiten en minimale tijdsinvestering vraag van medewerkers van het Huis, waardoor extra ruimte vrijkomt voor case-management.	



PIJLER 1: VERBINDEN VAN ALLE ACTOREN BINNEN DE BRUSSELSE GEZONDHEIDZORG

STRATEGISCHE DOELSTELLING 1: ER IS EEN WISSELWERKING TUSSEN HET BELEID, HET ZORGLANDSCHAP, ZORGPROFESSIONALS EN BRUSSELAARS		Wanneer?
<i>Het Huis wil zorgprofessionals en Brusselaars wegwijs maken in het complexe Brusselse zorglandschap en zijn beleid, dit op een duidelijke, toegankelijke en eenvoudig begrijpbare manier. Daarnaast willen we er ook, in nauwe samenwerking met relevante partners, voor zorgen dat de noden van het terrein vlot doorgegeven worden aan de overheid en omgekeerd.</i>		
Operationele doelstelling 1.1	Zorgprofessionals en Brusselaars hebben zicht op het Brusselse zorglandschap en het beleid.	
Acties	Het Huis werkt mee aan het maken en up-to-date houden van een overzicht van de bevoegdhedenverdeling in Brussel i.s.m. partners.	2021
	Het Huis verspreidt de informatie inzake bevoegdheidsverdeling via partners zoals Jes, BON, Muntpunt, ... alsook via onderwijs	2023 - 2025
Beoogd resultaat	Het Brussels zorglandschap en het beleid zijn "helder" voor de zorgprofessionals en de Brusselaars.	
Operationele doelstelling 1.2	De noden van het terrein worden gedetecteerd en afgestemd met het zorglandschap, gesignaleerd aan de overheid en er wordt samen met de overheid naar passende antwoorden gezocht.	
Acties	Het Huis is, samen met BruZEL voor de brede eerste lijn, het (beroepsoverschrijdend = focus van het Huis) aanspreekpunt voor vragen, onduidelijkheden, knelpunten i.v.m. (samen) werken in de Brusselse zorg en impact van beleidsbeslissingen op het terrein.	2021 - 2025
	Het Huis neemt deel aan verschillende beleids- en overlegorganen, gebruikersgroepen, adviesraden, etc. op Brussels, Vlaams en nationaal niveau	
Beoogd resultaat	De overheid en het zorglandschap beschikken over de meest recente informatie om rekening te kunnen houden met de noden van het terrein.	
Operationele doelstelling 1.3	Huis voor Gezondheid neemt een verbindende rol op en faciliteert de samenwerking of informatie-uitwisseling tussen de verschillende overheden m.b.t. de Brusselse zorgactoren en de Brusselaar zelf.	
Acties	Het Huis legt contacten met sectoren en overheden die impact hebben op de gezondheid van de Brusselaar.	2021
	Het Huis signaleert de noden van het terrein naar het beleid, doet voorstellen of werkt mee aan oplossingen.	2021-2025
	Het Huis kan informatie en beslissingen van verschillende overheden aan elkaar doorgeven. (Overleg initiëren - participeren - signaleren indien nodig.)	

Beoogd resultaat	Door de brugfunctie van het Huis is er een optimale informatie-uitwisseling met de verschillende overheden m.b.t. de Brusselse zorgactoren en de Brusselaar zelf.	
------------------	---	--

PIJLER 2: AANTREKKEN VAN ZORGVERLENERS



STRATEGISCHE DOELSTELLING 2: BEWUST KIEZEN VOOR DE BRUSSELSE ZORGSECTOR.		Wanneer?
<i>Het Huis wil de positieve beeldvorming (sensibiliseren) over de zorgsector blijven(d) versterken. Vanuit een realistische kijk op 'zorg' en 'zorgen voor' (informer) stimuleren we studiekeizers en carrièreswitchers om bewust te kiezen voor een zorgberoep in Brussel.</i>		
Operationele doelstelling 2.1	Er is een positief beeld over 'zorg' en 'zorgen voor' bij kinderen, jongeren en volwassenen uit Brussel (en de Rand) = SENSIBILISEREN	
Acties	Het huidig aanbod wordt herwerkt zodat we dit aan een breder doelpubliek en in crisissituaties blijvend kunnen aanbieden volgens de principes van Kaiser Permanente.	Cfr.bijlage indicatoren
	Het Huis ontsluit haar informatie door deze voor het brede doelpubliek ter beschikking te stellen op haar website.	
	Het Huis besteedt extra aandacht aan kwetsbare jongeren in haar sensibilisatieprojecten voor zorgberoepen in Brussel en de Rand.	2021 - 2025
	Het Huis breidt de focus van haar sensibilisatie- en ondersteuningsprojecten m.b.t. het toeleiden naar zorgberoepen uit naar kinderen in Brussel en de Rand alsook naar jongeren die we nu nog niet bereiken	2022 - 2023
	Het Huis breidt focus van sensibilisatieprojecten voor de zorgberoepen uit naar ouders/opvoeders, leerkrachten uit Brussel (en de Rand ²) i.s.m. andere Brusselse partners	2023 - 2025
Beoogd resultaat	De beeldvorming over 'zorg' en 'zorgen voor' is in positieve zin veranderd bij de bereikte doelgroep.	
Operationele doelstelling 2.2	Er wordt vanuit een positief, realistisch beeld gekozen voor een studie in de zorg (in Brussel) = INFORMEREN	
Acties	Het Huis informeert tieners en jongeren in Brussel en de Rand over zorgopleidingen en zorgberoepen.	2021
	Er worden tools ontwikkeld om de continuïteit van deze actie te behouden (post-COVID) en de focus uit te breiden naar specifieke doelgroepen	2021-2022

	De focus bij het faciliteren van workshops, inleefmomenten en nieuwe projecten voor leerlingen van het secundair onderwijs en voor volwassen studiekeizers (zij-instromers) breidt uit naar specifieke doelgroepen (mensen met reeds verworven competenties, met extra drempels naar werk (50+, migratieachtergrond, vrouwen, LGBTQ+, kansarmoede, taaldrempels, ...) i.s.m. relevante partners.	2022-2025
	Het Huis onderzoekt hoe werknemers die ten gevolge van een maatschappelijke crisis zoals vb. COVID-19 van werk moeten of willen veranderen, kunnen worden toegeleid naar de zorgsector (i.s.m. Actiris, VDAB, Tracé Brussel en de werkwinkels).	2021 - 2025
Beoogd resultaat	De ingeschreven studenten in de zorgopleidingen zijn geïnformeerde studenten.	

STRATEGISCHE DOELSTELLING 3: DE BRUSSELSE ZORGSECTOR IS GEKEND ALS STAGE- EN TOEKOMSTIGE WERKPLEK		Wanneer?
<i>Het Huis moedigt studenten uit Nederlandstalige zorgopleidingen aan om te kiezen voor Brussel als stageplaats, woon- en werkplek. Wij laten hen het unieke karakter van de Brusselse zorgsector in al haar complexiteit en diversiteit maar ook met massa's meerwaarde ontdekken en ervaren.</i>		
Operationele doelstelling 3.1	Studenten in zorgopleidingen ontdekken en ervaren de Brusselse zorgsector als interessante en kwalitatieve werkplek om stage te lopen.	
Acties	Het Huis, i.s.m. relevante partners, organiseert ervaringsgerichte events voor alle studenten in Brusselse en Nederlandstalige zorgopleidingen. De focus ligt op interdisciplinariteit, delen van good practices, integrale zorg, cultuursensitiviteit, ...	2021
	Het Huis organiseert het overlegplatform (stagementoraat) voor onderwijs en werkveld	2021 - 2025
	Het Huis ondersteunt studenten bij bachelor, master, banaba of manama proeven indien relevant voor de Brusselse gezondheidszorg.	2021-2025
Beoogd resultaat	Er zijn positieve evaluaties over de evenementen die het Huis organiseert en de geboden ondersteuning door het Huis om studenten kennis te laten maken met het Brussels zorglandschap.	
Operationele doelstelling 3.2	Studenten in de zorgopleidingen kennen het werkaanbod in de Brusselse zorgsector (= TOELEIDEN NAAR HET WERKVELD).	
Acties	Het Huis organiseert een jobbeurs voor alle bachelor- en HBO5-afgestudeerden uit de Brussels zorgopleidingen	2021-2025
	Het Huis heeft een actieve rol in het verzamelen en verspreiden van vacatures in de Brusselse zorg	2021-2025
	Het Huis organiseert initiatieven om meer personeel in de kindzorg in Brussel aan te trekken	2021-2022
Beoogd resultaat	Er worden meer vacatures verspreid via het Huis.	
	Meer afgestudeerden zijn op de hoogte van de werkmogelijkheden en wat het Huis voor hen kunnen doen.	



STRATEGISCHE DOELSTELLING 4: BRUSSEL IS EEN PLAATS WAAR JE ALS ZORGPROFESSIONAL WILT BLIJVEN (SAMEN)WERKEN		Wanneer?
<i>Het Huis biedt aan pas afgestudeerde of nieuw startende Nederlandkundige zorgprofessionals (=starters) ondersteuning bij de uitbouw van hun netwerk, administratie, sociale kaart en vragen op maat.</i> <i>Het Huis betreft zorgprofessionals bij lopende en nieuwe projecten om hen blijvend warm te houden voor de meerwaarde die Brussel biedt.</i>		
Operationele doelstelling 4.1	Zorgprofessionals kunnen bij het Huis terecht voor al hun vragen bij een opstart en/of doorstart	
Acties	Het Huis informeert studenten (alle zorgopleidingen) en zorgprofessionals over het bestaan van de dienst 'Het Huis helpt je op weg in Brussel'	2021 - 2025
	Het Huis zet in op krachtige communicatie (website, folder, ...) zodat onze dienstverlening 'Het Huis helpt je op weg in Brussel' gekend is bij het brede doelpubliek	
	Het Huis gaat pro-actief op zoek naar nieuw startende zorgprofessionals in Brussel.	
Beoogd resultaat	Studenten in de zorgopleidingen kennen het werkaanbod in de Brusselse zorgsector (= TOELEIDEN NAAR HET WERKVELD).	
	Er is een stijging van het aantal zorgprofessionals die bij de opstart van hun praktijk beroep deden op het Huis.	
	De zorgprofessionals evalueren de dienst 'Het Huis helpt je op weg' positief.	
Operationele doelstelling 4.2	Het Huis introduceert elke starter in haar netwerk en BruZEL	
Acties	Het Huis biedt een startersgesprek of traject aan elke nieuwe Nederlandkundige Brusselse zorgprofessional.	2021-2025
	Na de individuele trajectbegeleiding (OD1), brengt het Huis de zorgprofessional in contact met haar netwerk en BruZEL, alsook de Brusselse kringwerking.	
Beoogd resultaat	Elke starter is door het Huis geïntroduceerd in het Brussels netwerk van zorgprofessionals.	
Operationele doelstelling 4.3	Het Huis brengt elke starter in contact met een ervaren Brusselse Nederlandkundige zorgprofessional	
Acties	Het Huis maakt een eigen bestand op met zorgprofessionals (per beroepsgroep, per buurt) die een eventuele meter-peterschap willen opnemen	2021-2025
	Het Huis gaat steeds proactief op zoek naar zorgprofessionals die een meter-peterschap willen opnemen	
	De lijst wordt frequent geüpdatet	
	Het Huis gaat op zoek naar de perfecte match tussen starter en meter/peter	

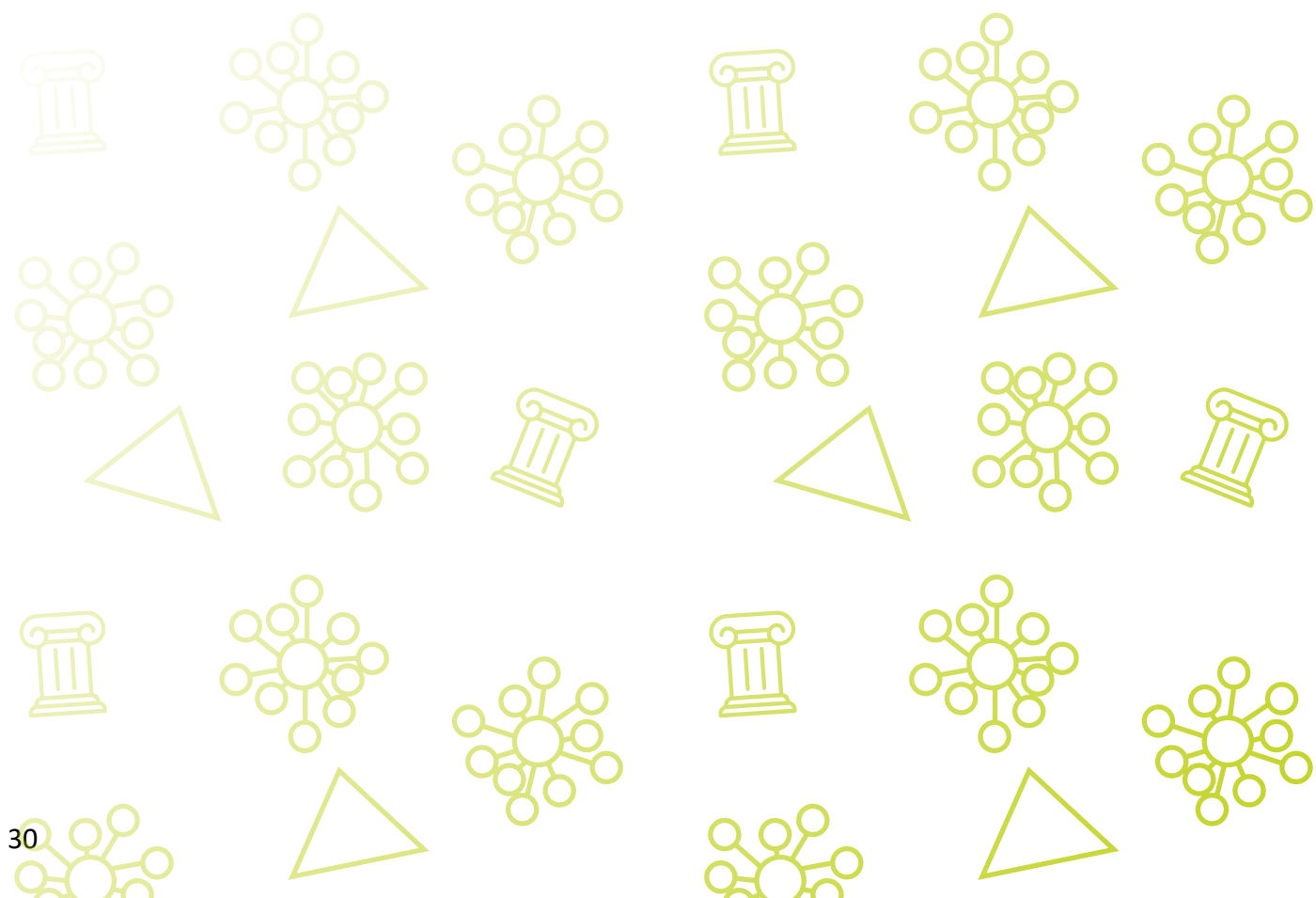
	Het Huis regelt een eerste kennismakingsgesprek tussen starter en meter/peter	
Beoogd resultaat	Elke starter heeft een positieve ervaring met een Brusselse zorgprofessional (meter – peter)	



PIJLER 4: INNOVATIE

STRATEGISCHE DOELSTELLING 5: DE BRUSSELSE ZORG STAAT MODEL VOOR INNOVATIE, DUURZAAMHEID, TOEGANKELIJKHEID EN GEÏNTEGREERDE AANPAK		Wanneer?
<i>Onze maatschappij, het zorglandschap en de Brusselaar evolueren in sneltempo. Brussel wordt daardoor steeds meer complex. Toch zetelen hier heel veel zorgorganisaties, overheden, universiteiten: broeiplaats van talent, ideeën en mogelijke aansturing. Bovendien beschikken we over een bodemloos vat aan ervaringsdeskundigen die we absoluut meer kunnen betrekken in het ontwerpen en bedenken van de zorg van de toekomst. Het Huis wil samenwerken met al deze actoren om een efficiënte en geïntegreerde aanpak van de Brusselse gezondheidszorg te bereiken.</i>		
Operationele doelstelling 5.1	Huis voor Gezondheid inspireert de Brusselse zorg tot kwaliteitsverbetering, versterking van netwerking, verbeteren van samenwerking, aanzetten tot gedragsverandering bij alle leden van het zorgteam, op basis van lessons learned uit COVID-19 (later op basis van lessons learned uit het terrein).	
Acties	Het Huis gaat op zoek naar partners die op regelmatige momenten willen samenzitten en samenwerken rond relevante topics binnen de Brusselse zorg, zoals COVID-19, cultuursensitiviteit, preventie, GGZ.	2021-2022: contacten zoeken en leggen + initiëren werkgroep
	Het Huis stelt een (meertalige) werkgroep samen i.s.m. diverse partners (Franstalige partners, academie eerste lijn, universiteiten, ziekenhuizen, BruZEL, lokaal bestuur, etc.)	Vanaf 2022: oprichting werkgroep
	Het Huis organiseert i.s.m. de werkgroep events, workshops, ... om alle Brusselse zorgactoren te laten kennismaken met de nieuwste trends, nieuwe tools, etc.	Vanaf 2023: events, workshops
Beoogd resultaat	Op basis van lessons learned is het Huis een inspiratiebron voor de Brusselse zorg van de toekomst.	
Operationele doelstelling 5.2	Huis voor Gezondheid ontwikkelt innovatieve tools en methodieken ter ondersteuning van de Nederlandskundige zorgactoren en Brusselaars in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest - rekening houdend met de inspraak en participatie van beide partijen	
Acties	Het Huis blijft steeds de reeds ontwikkelde tools/ methodieken evalueren en onderhouden op basis van feedback van partnerorganisaties/zorgprofessionals	2021-2025

	Het Huis ontwikkelt i.s.m. partnerorganisaties tools/methodieken met speciale aandacht voor cultuursensitiviteit en andere soorten diversiteit voor de Nederlandskundige zorgprofessional zodat zij zorg op maat kunnen bieden aan de Brusselaar ('elke Brusselaar met een zorgvraag is uniek en verdient zorg op maat')	
	Het Huis gaat vanaf 2021 op zoek naar welke manier en via welke kanalen we de Brusselaar kunnen bereiken	
	Het Huis maakt nieuwste tools/methodieken bekend	
Beoogd resultaat	Nederlandskundige zorgprofessionals en Brusselaars gebruiken de tools en methodieken.	
Operationele doelstelling 5.3	Huis voor Gezondheid is steeds pro-actief en volgt (inter) nationale ontwikkelingen (zoals het 'ecosysteemdenken') en toekomstige zorgmodellen, beleidsevoluties, etc. op en vertaalt ze naar onderwijs, stageplaats en werkterrein in Brussel.	
Acties	De stafmedewerker volgt opleidingen, woont congressen/vormingen/lezingen bij en werkt samen met partners om zijn/haar kennis steeds up-to-date te houden en om te zetten in de praktijk.	2021-2025
Beoogd resultaat	Nieuwe tendensen zijn zichtbaar en worden gehanteerd in het onderwijs en op het terrein in Brussel.	



BIJLAGEN

BEGROTING

Zie afzonderlijk Exceldocument.

UITGEBREIDE OMGEVINGSANALYSE

De omgevingsanalyse (2015) die aan de basis lag van het strategisch meerjarenplan 2016-2020 bevat veel elementen die vandaag (2020) nog steeds gelden.

De inhoud van het strategisch plan 2015-2020 is nog steeds relevant, zoals bijvoorbeeld:

- De gezondheidszorg in België is aanbodgestuurd i.p.v. behoeftegestuurd.
- De zorgbehoefte van de bevolking is grotendeels ongekende materie.
- Het acuut zorgmodel domineert de Belgische gezondheidszorg.
- Eerste en tweede lijn werken onvoldoende samen.
- Er is fragmentarisch cijfermateriaal over zorgactiviteit en type zorgprofessionals in de eerste lijn.
- De vergoeding/prestatie is de norm.
- Er is een versnippering van bevoegdheden inzake gezondheidszorg over de verschillende bevoegdheden, wat vnl. in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest voor extra uitdagingen zorgt. Een belangrijk knelpunt hierbij is dat deze verschillende overheden niet op de hoogte zijn van elkaars gevoerde beleid.

Hiertegenover stonden de wil of het engagement van de beleidsvoerders om de gezondheidszorg te herorganiseren/optimaliseren. De herorganisatie is gebaseerd op aantal duidelijke, terugkomende trends zoals:

- Patient centered care
- Integrale zorg
- Chronic care model
- Triple aim model
- Buurtgerichte zorg

- Outreachend werken
- eHealth & mobile Health
- Health in all policies

Er moest een paradigmashift plaatsvinden in de zorgorganisatie: van aanbod- naar vraaggestuurde zorg, met meer aandacht voor de patiënt en intense samenwerking.

De verschillende bevoegde overheden hebben de afgelopen legislatuur heel bewust ingezet op een herorganisatie van de zorg en ze kozen allemaal voor het WHO-model van geïntegreerde zorg.

De eerste stappen zijn gezet, maar er is nog veel werk. Zeker in Brussel.

WIE IS DE BRUSSELAAR?

De Brusselse bevolking groeit en kent veel beweging. Er is een grotere toestroom vanuit het buitenland naar het gewest. Tegelijkertijd is er een grotere stadsvlucht van Brusselaars naar de Vlaamse Rand of daarbuiten.

Na Dubai is Brussel de meest diverse stad ter wereld: zowel wat betreft nationaliteiten als gesproken talen. De Brusselaar is meertalig. Nederlands als moedertaal doet het minder goed, maar ook Frans als moedertaal verliest aan belang. Tweetaligheid stijgt (in meerdere combinaties). De jonge Brusselaar denkt niet in termen als Nederlands of Frans, maar in 'Brussels'. In de straten hoor je jongeren converseren in hun eigen, nieuwe Brussels (waarin een mix van meerdere talen herkenbaar is). Het Engels heeft zich op de tweede plaats genesteld, en is in tegenstelling tot de officiële talen is dit cijfer niet opvallend gedaald. Het blijft een schooltaal, wint

Vergelijking van de evolutie taalkennis (goed/ uitstekend spreken)

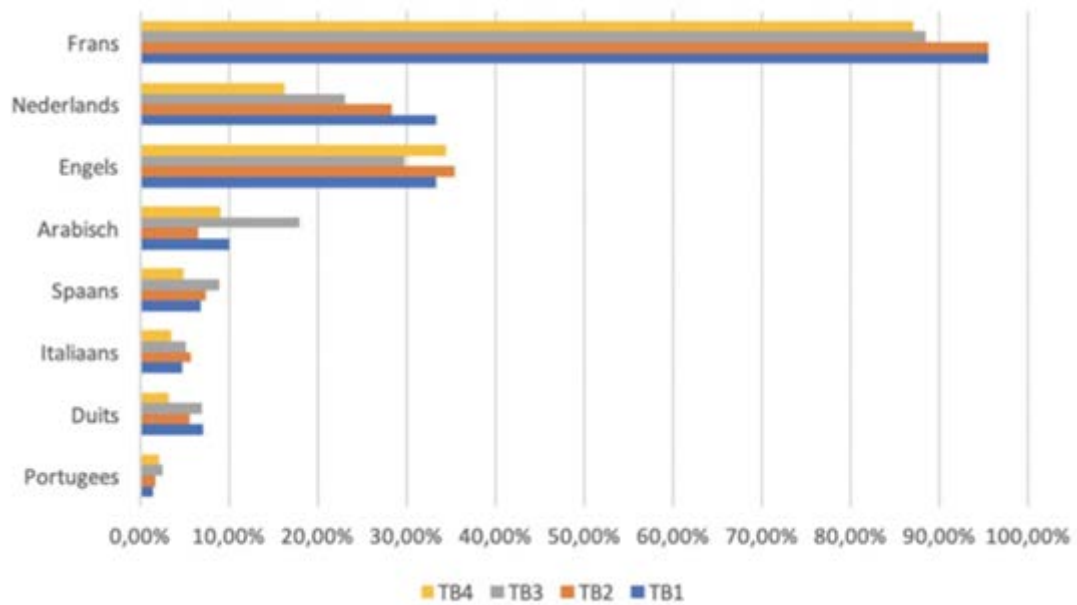


Fig. 4 vergelijking evolutie taalkennis (goed/ uitstekend spreken)

Bron: Brio Taalbarometer 4

De oorspronkelijke thuistaal van de Brusselaars

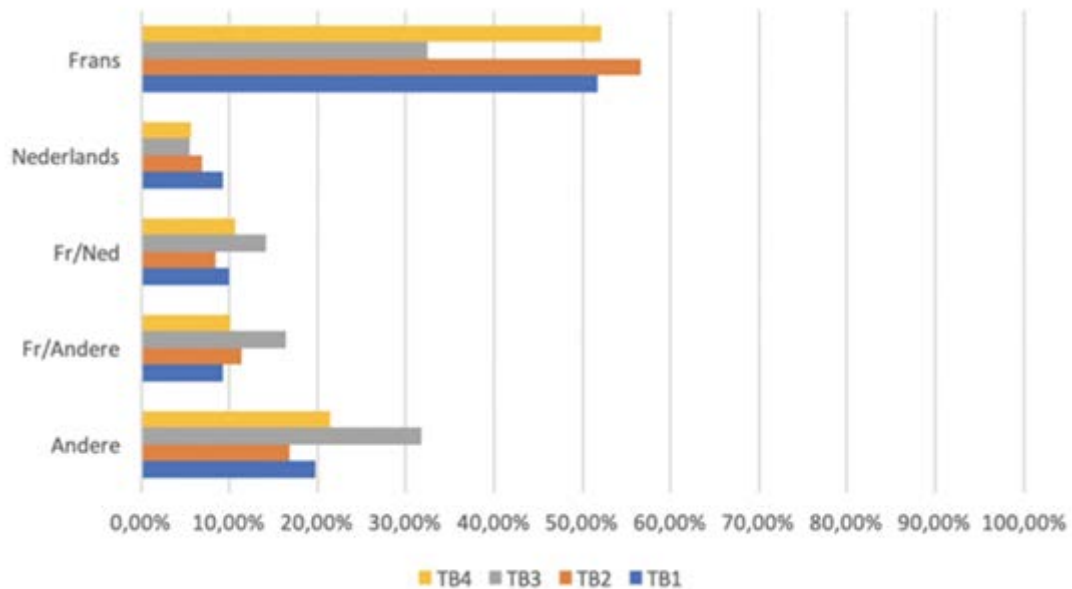


Fig. 5 De oorspronkelijke thuistaal van de Brusselaars

Bron: Brio Taalbarometer 4

licht terrein als tweede gezinstaal en blijft net als het Nederlands erg belangrijk op de arbeidsmarkt en is het populairst bij de jongste generatie.

De verschuivingen in Figuur 2 weerspiegelen vooral de invloed van stadsvlucht en het grote aantal migraties (zowel naar als uit Brussel) binnen de bevolking, de leeftijd en de intergenerationele taaloverdracht. Opvallend is de stijging van het aantal Brusselaars uit eentalig Franstalige gezinnen. Dit kan deels worden verklaard door de aangroei van Fransen en Afrikanen die zich in Brussel vestigen, en anderzijds door het verfransingspatroon bij traditionele migrantengroepen waarvan de kinderen steeds minder een partner zoeken in het land van oorsprong en met de Brusselse partner van de tweede, derde of vierde generatie Frans spreken.

De Brusselaars uit eentalig Nederlandstalige gezinnen richten zich evenwel veel sterker dan vroeger op Brussel. Op de vraag waar ze zichzelf binnen 5 jaar zien wonen, scoren zij met 90% 'nog steeds in Brussel' het hoogst van alle thuistaalgroepen. Deze houding vertaalt zich bijvoorbeeld ook in hun reactie wanneer ze de lokale ambtenaar in het Nederlands aanspreken en deze in het Frans antwoordt. Zo'n 90% schakelt in deze situatie naar het Frans over.

Jongere Brusselaars uit eentalig Nederlandstalige gezinnen staan anders tegenover de Brusselse taalsituatie dan vroeger. Ze steunen het idee van een tweetalig onderwijscurriculum, en benadrukken tweetaligheid als essentieel kenmerk van de Brusselse identiteit waarmee ze zich sterker kunnen vereenzelvigen dan met de Vlaamse.

Brussel is een groeiende stad. De demografische projecties voorzien een verdere stijging van de Brusselse bevolking met ongeveer 5 % voor de periode 2018-2025. Dit zou een bevolkingsaantal betekenen van meer dan 1 253 000 in 2025.

Het Brussels Gewest is een internationaal "stadsgewest", met een groot aandeel bewoners met een buitenlandse nationaliteit:

op 1 januari 2018 had meer dan een derde (35 %) van de Brusselse bevolking niet de Belgische nationaliteit (tegenover 9 % in Vlaanderen en 10 % in Wallonië).

De bevolking kent zowel een toename in de jongere leeftijdsgroep als in de oudste leeftijdsgroep. Op 1 januari 2018 bedroeg de gemiddelde leeftijd 37,5 jaar in het Brussels Gewest tegenover 42,6 jaar in Vlaanderen en 41,3 jaar in Wallonië.

Brussel is economisch een rijk gewest en levert 20% bij aan het BNP, maar desondanks is het een arm gewest en kampt met een beperkt budget. Brussel heeft het moeilijk om een begroting in evenwicht te houden. 1/3e van de bevolking loopt risico op armoede of sociale uitsluiting. Er is een grote mismatch tussen het groot aantal laagopgeleiden in de Brusselse bevolking en het hoge aantal jobs voor hooggeschoolden. 50% van de jobs die in Brussel gecreëerd worden zijn ingenomen door pendelaars.

De Brusselaars kennen zowel armoede als rijkdom. Veel kinderen groeien op in een éénoudergezin, zonder inkomen uit werk en leven onder of rond de armoedegrens. De wachtlijst voor sociale woningen telde in 2019 43.000 gezinnen. Er is nog steeds een relatief grote graad van werkloosheid, waarvan gevreesd wordt dat ze na de COVID-19-crisis van 2020 nog zal toenemen. Brussel kent eveneens veel laaggeschoolden, alsook vroegtijdige schoolverlaters. Kwaliteit van huisvesting, socio-economische context, scholingsgraad ouders, (digitale) armoede, beperkte sociale contacten, zijn allemaal factoren die studeermogelijkheden voor jongeren beperken. Waardoor de kans op een stabiele job, betere huisvesting, betere socio-economische context beperkt blijft. Een vicieuze cirkel.

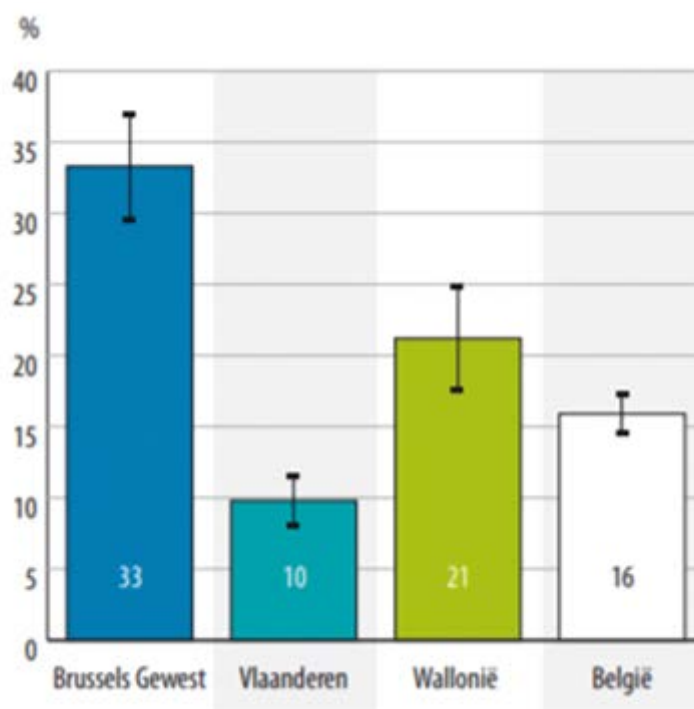


Fig. 6 Aandeel van de bevolking onder de armoederisicogrens, België en de gewesten, inkomens 2016
Bron: FOD Economie – statistics Belgium, Quality Raport Belgian SILC 2017

Brussel kent aan de andere kant ook welstellende gezinnen. De samenstelling van de bevolking varieert zeer sterk van wijk tot wijk.

GEZONDHEID VAN DE BRUSSELAAR?

In de gezondheidsenquête van 2013 lazen we dat 1/4e van de Brusselaars zich niet zo gezond voelt (subjectieve gezondheidsbeleving); 2/3 van de 45-plussers heeft minstens 1 chronische aandoening (en daarvan geeft de helft aan er 2 of meer te hebben); 40% geeft aan geestelijke gezondheidszorgproblemen te ervaren.

Deze cijfers zijn een beetje, maar niet grondig, gewijzigd in de nieuwe gezondheidsenquête van 2018.

Er is een kleine stijging van het aantal personen met een chronische aandoening (dit is deels te wijten aan de vergrijzende populatie), maar de subjectieve gezondheidsbeleving is eerder stabiel.

In het Brussels Gewest vinden we voor verscheidene chronische ziekten een lagere prevalentie dan in het Vlaams en Waals Gewest en dat geldt ook voor multimorbiditeit. Bovendien lijkt de evolutie van sommige ziekten, maar ook van zelf gerapporteerde chronische morbiditeit (hoge bloeddruk, cholesterol, diabetes, depressie, allergie) en multimorbiditeit tussen 2013 en 2018 in Brussel gunstiger te zijn dan in de andere gewesten. Dit heeft misschien te maken met het feit dat Brussel een groot aantal inwoners heeft met een nationaliteit of geboorteland buiten de EU. Voor verschillende chronische ziekten stellen we in deze bevolkingsgroep immers een lagere prevalentie vast dan bij personen met de Belgische nationaliteit.

Brusselaars hebben in vergelijking met de rest van het land meer overgewicht (en zijn vaker obees), hebben minder gezonde eetgewoonten en bewegen minder. Bij de Brusselaar zien we significant meer overgewicht en obesitas bij jongeren dan elders. Bij volwassenen heeft 55% overgewicht, 21% lijdt aan obesitas en

39% heeft een te grote buikomtrek. Bij de lagere sociale klassen is er tweemaal meer diabetes. De kans op diabetes is in het algemeen hoger bij laagopgeleiden, alsook niet-gediagnosticeerde of slecht geregelde diabetes.

Steeds vaker wordt op jonge leeftijd al alcohol gebruikt; 50% van de -16jarigen heeft al alcohol gedronken. Er is een grote sociale ongelijkheid naar tabaksgebruik toe.

Brussel is een koploper wat betreft het gebruik van drugs. Eén op de acht mensen van 15 tot 64 jaar heeft recentelijk cannabis gebruikt (12,4%) en één op twaalf (8,2%) heeft het de afgelopen maand gebruikt. Opgemerkt moet worden dat het percentage vrouwen dat recent cannabis heeft gebruikt twee keer zo hoog is in Brussel (6,8%) dan in de twee andere gewesten. Opvallend is ook dat de prevalentie recente cannabisgebruikers bijna drie keer zo hoog is als in de twee andere gewesten.

Daarnaast heeft 11,7% al een ander psychoactief middel uitgetprobeerd, 4,7% zijn recente gebruikers (12 maanden) van minstens één andere drug en 4,8% zijn recente polydruggebruikers. In Brussel zien we ook dat polydruggebruik bij jonge vrouwen van 15-24 jaar (4,5%), maar vooral van 25-34 jaar (9,0%), hoger is dan elders.

Dit kan het gevolg zijn van een gevarieerd marktaanbod van illegale drugs in grote kosmopolitische steden, maar ook van een betere toegankelijkheid tot deze producten.

We moeten deze cijfers ook kunnen nuanceren aangezien deze enquête wordt uitgevoerd bij de algemene bevolking. De meerderheid van drugverslaafden en de problematische gebruikers bevinden zich in een destructieve fase buiten het steekproefkader van het onderzoek, bv. in een therapeutisch – of afkickcentrum, in de gevangenis, op straat of in een daklozencentrum.

Ondanks het psychisch onwelzijn worden er minder psychofarmaca gebruikt. Bijvoorbeeld; het gebruik van slaap- en kalmeermiddelen

is hoger in Wallonië (13,1%) dan in Brussel (9,8%). Vlaanderen bevindt zich hier tussenin (12,4%). Het gebruik van antidepressiva is het hoogst in Wallonië (9,2%), gevolgd door Brussel (8,1%) en Vlaanderen (6,6%).

Kwetsbaarheid bij ouderen komt het vaakst voor in het Brussels Gewest (28,1%), gevolgd door het Waals Gewest (23,9%) en het Vlaams Gewest (21,5%). Enkel het verschil tussen het Brussels Gewest en het Vlaams Gewest is significant.

Zoals eerder al vermeld scoort Brussel op een aantal indicatoren beter bij de gezondheidsenquête van 2018. Meer respondenten gaven aan een goede algemene gezondheid te hebben t.o.v. 2013. Dit is echter niet de perceptie van het terrein, noch werd dit in andere cijfers/onderzoeken bevestigd. Een hypothese is dat er een niet-representatieve steekproef van de Brusselaars heeft geantwoord (eerder de hoogopgeleide Brusselaars).

De hamvraag is natuurlijk hoe de gezondheid van de Brusselaar eruitziet post-COVID-19.

GEZONDHEIDSORGANISATIE

Gezondheid is voor velen een kostbaar goed en ondanks de vooruitgang van de geneeskunde en ondanks de omvang van de uitgaven voor de ziekteverzekering binnen ons systeem van sociale zekerheid (maar ook ten gevolge van de staatshervorming binnen onze gemeenschappen en gewesten) is een “goede gezondheid” verre van een gelijke realiteit voor iedereen.

Samengevat: hoe lager op de sociale ladder, hoe slechter de gezondheidstoestand, hoe minder effectief preventie en hoe meer verschillen in de zorg. In Brussel is dat aandeel groter en zijn de verschillen sterker uitgesproken.

Het gebruik van de gezondheidszorg toont aan dat de Brusselaars zich niet op dezelfde manier verzorgen. In het Brussels Gewest wordt er minder gebruik gemaakt van ambulante zorg bij de huisarts dan in het Vlaams en Waals Gewest, wat

hoogstwaarschijnlijk gerelateerd is met het grootstedelijk karakter van de hoofdstad, en ook samenhangt met het vaker gebruiken van de spoeddienst (deels ook te verklaren door het derde betalende principe). 2/3e van de Brusselaars hebben geen vaste huisarts, nog minder hebben een GMD-houder. Ook wordt hier minder gebruik gemaakt van een dienst voor thuiszorg, maar Brusselaars raadplegen wel vaker een psycholoog, een psychotherapeut of een psychiater (11,2% tegenover 8,4% van de Vlamingen). Velen geven aan zorg uit te stellen om financiële redenen of omdat het te lang duurt voordat ze een afspraak kunnen vastleggen met een zorgprofessional (9,2%).

De bevoegdheidsverdeling maakt het niet eenvoudig. Zowel de Vlaamse Gemeenschap, de Gemeenschappelijk Gemeenschapscommissie (die de bevoegdheden verdeelt tussen Iriscare en Diensten Verenigd College), de COCOF als de federale overheid (en het RIZIV) bepalen de Brusselse eerstelijnszorg. Bovendien speelt de VGC hier ook nog een rol, nl. als brugfunctie tussen Vlaanderen en GGC, maar de VGC heeft ook een hefboomfunctie. Ten slotte kunnen ook de lokale besturen (19 gemeenten) beslissingen nemen die de eerstelijnszorg aangaan.

Maar ook voor de andere lijnen is de bevoegdheid verdeeld over zowel de federale overheid als over de deeltentiteiten.

De coronacrisis heeft het sterk bevestigd: dit kluwen werkt vertragend en contraproductief, zorgt voor frustratie en onbegrip op het terrein en bij de burgers. Hervormingen zijn noodzakelijk. Zowel naar bevoegdheidsverdeling als naar zorgorganisatie. De hervormingen naar zorgorganisatie zijn reeds opgestart. Alle bevoegde instanties in België (maar ook internationaal) hebben hun beleid gebaseerd op het WHO-model integrale zorg.

De Belgische overheden delen ook volgende uitgangspunten:

- Een buurtgerichte (lokale) aanpak;
- Een sterk zichtbare en toegankelijke eerste

lijn en een intense samenwerking tussen sectoren en lijnen (waarbij gegevens (elektronisch) worden gedeeld);

- Een vraag-gestuurde zorgorganisatie waarbij de burger zelf de regie in handen neemt. De noden en de levensdoelen van de burger zijn het vertrekpunt.

Elke overheid streeft bij deze hervorming een viervoudig doel na:

1. Het verbeteren van de kwaliteit van geleverde zorg;
2. Verbetering van de bevolkingsgezondheid,
3. Meer kostenefficiënt
4. Aandacht voor het professioneel welzijn van de zorgprofessionals.

Het is nodig dat hierbij rekening gehouden wordt met de socio-economische ongelijkheden in gezondheid. Deze zijn reeds van de geboorte aanwezig, waardoor een kind ongewild met een achterstand start met zijn leven. Hier moet rekening mee gehouden worden wanneer wordt verwacht van burgers dat ze zelf actief beslissingen nemen en geïnformeerde burgers zijn wat betreft gezondheidszorg. Er moet ook oog zijn voor de achterliggende bepalende factoren van gezondheidsongelijkheden als we ook deze burgers willen verantwoordelijk stellen voor hun eigen gezondheid. Doordat gezondheidsongelijkheden zo diepgeworteld zijn in de ruimere socio-economische maatschappelijke context, kunnen beleidsmaatregelen zich niet beperken tot de gezondheidszorg. We moeten ook durven nadenken over de vraag waarom we mensen verzorgen maar dan terugsturen naar de levenscondities die hen ziek maken. Verschillende beleidsdomeinen hebben onrechtstreeks mee invloed op gezondheid, zoals bijvoorbeeld werkgelegenheid, schoolomgeving, huisvesting, leefmilieu, sociale zekerheid, ... Om gezondheidsongelijkheden aan te pakken, is het dan ook belangrijk dat gezondheid wordt opgenomen in alle beleidsdomeinen, zoals het principe van 'health in all policies' van de Wereldgezondheidsorganisatie voorschrijft.

Een goede gezondheidszorg is nog steeds belangrijk. Een toegankelijke zorg zal zeker bijdragen tot het verkleinen van

gezondheidsongelijkheden.

Om dit te realiseren zet de federale overheid in op een hervorming van het KB78 (waar zorgberoepen geregulariseerd worden), op de netwerken P107 (geestelijke gezondheidszorg), ziekenhuisnetwerken, pilootprojecten geïntegreerde zorg voor chronisch zieken en eHealth-plan.

Binnen Vlaanderen wordt de eerstelijnszorg op 3 niveaus ondersteund: het dichtst bij de burger staan de 60 eerstelijnszones. Deze vormen lokaal het kruis- en verbindingspunt om integrale zorg op de eerste lijn te realiseren. Vervolgens wordt binnen de 15 regionale zorgzones ondersteuning geboden aan deze eerstelijnszones en wordt aan zorgstrategische planning gedaan. De link met de ziekenhuisnetwerken zou op dit niveau moeten worden gelegd. Ten slotte ondersteunt VIVEL de volledige eerste lijn (via big data - toegang, tools, methodieken, intervisie, vormingsaanbod, ...).

De uitdaging bestaat er in Brussel in om op het terrein te komen tot een zo congruent mogelijke zorgorganisatie voor de Brusselaars, over de verschillen tussen bevoegde overheden heen. Ondanks de gemeenschappelijke uitgangspunten, zijn er veel verschillen die zorgprofessionals en zorgvragers voor uitdagingen stellen. Dit is zeer zichtbaar geworden tijdens de coronacrisis. Ondanks inspanningen op beleidsniveau (die misschien nog meer hadden mogen zijn?) werden op het terrein soms onbegrijpelijke verschillen vastgesteld inzake distributie van beschermingsmateriaal, maatregelen binnen zorginstellingen en organisaties, organisatie van cohort- en/of schakelzorg, ...

Het Brussels Gezondheidsplan vormt de basis, hoewel dat binnen de huidige legislatuur zal worden herwerkt tot een Brussels Welzijns- en Gezondheidsplan. Via een 0,5de functie zou de toegang tot en naar de eerste lijn wordt versterkt en ondersteund door Brusano. Daarnaast zijn er ook de projecten buurtgerichte zorg voor ouderen en is er de hervorming van het Impulseo-beleid.

HOE ZIT HET MET HET AANBOD?

De cijfers over het aantal zorgprofessionals, wonend in Brussel of 'actief' in Brussel, zijn niet bruikbaar: we weten niet in welke mate deze up-to-date zijn, in welke mate deze zorgprofessionals al dan niet voltijds actief zijn in deze rol, in welke mate zij binnen de eerste lijn actief zijn en in welke mate deze Nederlandskundig zijn. Wat we wel weten is dat de gemiddelde leeftijd van zowat alle groepen zorgprofessionals stijgt. We staan dus nog steeds voor een uitdaging. Meer handen 'aan het bed' zijn nodig, maar er is meer nodig: we zullen deze zorgprofessionals 'anders' moeten inzetten in de zorg. Via taak(her)verdeling en samenwerking moeten we tot een meer efficiënte aanpak komen: de juiste zorg op de juiste plaats, op het juiste moment, door de meest aangewezen zorgprofessional. Dit vraagt een paradigmashift bij zorgprofessionals, zorgorganisaties, maar ook bij de overheid (naar regelgeving en vooral naar financiering).

We merken dat deze mindshift bij de jongere generatie zorgprofessionals al aanwezig is. Zo kwam uit het onderzoek "Huisartsen in het Brussels Gewest" van het Brussels Observatorium voor Welzijn en Gezondheid al dat jongere artsen meer vertegenwoordigd zijn in grote groepspraktijken, al dan niet met een forfaitair systeem. Oudere artsen werken vaker in een solo-praktijk. We zien deze trend ook bij andere zorgberoepen. Paramedische zorgprofessionals gaan ook vaker in multidisciplinaire praktijken aan de slag.

Het Huis heeft na 10 jaar werking duidelijk zicht op aantrekkende factoren en drempels om in Brussel aan de slag te gaan/ blijven als zorgprofessional.

Drempels zijn:

- (Perceptie van) een gebrek aan stageplaatsen;
- Een slecht imago van de ziekenhuizen;
- Minder goede verloning;
- Slechte stage-ervaring;

- Onveiligheid;
- Te ver van 'thuis';
- Te duur om te wonen;
- Onvoldoende kinderopvang.

Aantrekkende factoren zijn:

- Groot aanbod aan zorginstellingen;
- Goede stage-ervaring;
- In Brussel wonen.

Een aantal factoren vormen voor sommigen een drempel, maar zijn voor anderen net een aantrekkende factor, nl.:

- Meertaligheid;
- Mobiliteit;
- Multiculturele en andere diversiteit;
- Grootstad.

Promotie van (gezondheids)zorgberoepen en het Brussels werkveld blijft dus nodig, alsook een ondersteuning op maat van de toekomstige zorgprofessional.

TRENDS EN EVOLUTIES



Fig. 7 World Health Organisation-model – integrale zorg

WORLD HEALTH ORGANISATION-MODEL - INTEGRALE ZORG

Integrale zorg en ondersteuning neemt de behoeften, vragen en doelstellingen (en dus normen en waarden) van de persoon met een zorgbehoefte (en zijn naaste omgeving) als uitgangspunt en realiseert een paradigmashift van 'probleem-georiënteerde' naar 'doel-georiënteerde' zorg en ondersteuning. Een goede kwaliteit van leven voor elke burger is het doel (dus ook de geestelijke gezondheid maakt hier deel van uit). Deze benadering vertrekt vanuit een holistisch mensbeeld, waarbij de burger zelf zo veel mogelijk de regie in handen heeft. Zorgprofessionals

werken beroeps- en sector-overschrijdend samen met de persoon met een zorg en ondersteuningsbehoefte en zijn naaste omgeving. Taakherverdeling om de juiste zorg op de juiste plaats door de juiste persoon te realiseren staat hierbij centraal (subsidiariteitsprincipe).

MODEL VAN KAISER PERMANENTE

Op bevolkingsniveau vertrekt men vanuit de noden van de populatie, een risicostratificatie. Een model hiervoor is het model van Kaiser-Permanente, dat duidelijk aangeeft wanneer welke ondersteuning/informatie nodig is. Ondersteuning wordt ingezet volgens het

principe van proportioneel universalisme: daar waar meer nood is, wordt meer en intenser ondersteund.
Om hier naartoe te evolueren is er een paradigmashift nodig, op meerdere niveaus:

1. Zorg moet vraaggestuurd i.p.v. aanbodgestuurd worden aangeboden en georganiseerd. De persoon met een zorgbehoefte neemt de regie maximaal in handen en wordt hierin ondersteund zo nodig. Zijn noden en levensdoelen vormen de basis van het zorg- en ondersteuningsplan, meer dan pathologiegebonden richtlijnen. Deze richtlijnen blijven geldig, maar worden in overleg met de persoon met een zorgbehoefte (bv. shared decision making model) nagestreefd.
2. Het zorgteam (waar de informele zorgprofessional en de burger evenwaardig deel van uitmaken) werkt discipline- en sectoroverschrijdend (interdisciplinair) samen, neemt een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de zorg en ondersteuning op en deelt gegevens (liefst elektronisch).
3. Men streeft naar gezondheidszorg: proactief en preventief, zodat ziektezorg niet of pas nadien nodig is. Re-integratie en inclusie moet de norm zijn. Voor een minderheid van de bevolking, die om welke reden dan ook zorg mijdt, is aanklappende zorg de norm. Blijven aanbieden, blijven ondersteunen, eerder dan dwingen.

Een aantal randvoorwaarden zijn hieraan verbonden. Een zo lokaal mogelijke (buurtgerichte) en voor iedereen toegankelijke eerstelijnszorg is cruciaal. Burgers moeten voldoende gezondheidsvaardigheden hebben om deze zelfregie waar te maken en/of ondersteund worden in het verwerven van deze gezondheidsvaardigheden. Onderwijs kan hier een rol bij spelen.

Een ander financieringsmodel dan de louter op prestatie gebaseerde financiering is aan de orde (bv. cappuccinomodel), (ver)nieuw(d)e en andere samenwerkingsmodellen moeten mogelijk worden (wijkgezondheidscentra en andere samenwerkingsverbanden in de

eerste lijn). Meer zorgcapaciteit niet alleen door meer menskracht, maar ook door de beschikbare menskracht optimaal (anders) in te zetten moet mogelijk zijn. De kwaliteit van zorg en van de samenwerking moeten worden meegenomen, want zijn een kritisch element voor kwaliteitsvolle integrale zorg.

Ten slotte moet ook de overheid een geïntegreerd beleid voeren (health in all policies, afstemming tussen de overheden).

Specifiek voor de Brusselse context is het nodig hierbij voldoende aandacht te hebben voor:

- Cultuursensitieve zorg;
- De superdiversiteit (in de brede betekenis van het woord);
- Kwetsbare groepen (meer in het bijzonder de jongeren, gezien de grote groep kwetsbare jongeren in Brussel).

ZELFEVALUATIE AFGELOPEN STRATEGISCH PLAN

Hieronder vindt u de zelfevaluatie van Huis voor Gezondheid. In deze analyse leest u de sterktes, de aandachtspunten, de opportuniteiten en de uitdagingen van het Huis.

De analyse is gebaseerd op interviews met sleutelfiguren, op de bevraging van de bestuurders van het Huis en op informatie die verzameld werd tijdens de stakeholdersbijeenkomst.

1. DE STERKTES VAN HUIS VOOR GEZONDHEID

1.1. HET TEAM

Het Huis heeft een polyvalent, gemotiveerd en zeer competent team. De medewerkers zijn gedreven en tonen een grote betrokkenheid bij het werk. Binnen het team is er heel wat expertise en heerst er een grote loyaliteit naar andere actoren en organisaties.

1.2. ZORG VOOR TALENTWERKING

Omdat er een tekort is aan zorgprofessionals (en in de toekomst nog zal toenemen) vertaalt het Huis de promotie van de zorgberoepencampagne naar de Brusselse context. Het vertegenwoordigt Brussel in verschillende overlegorganen (v.b. Vlaams overlegplatform ter promotie van zorgberoepen, VOPZ).

Met de opgebouwde kennis en expertise zal het Huis zorgberoepen blijven promoten, rekening houdend met gekende drempels zoals v.b. taal. Het zal stages promoten en faciliteren zodat Nederlandskundige zorgprofessionals zin hebben om Brussel te ontdekken als stageplaats. Om deze zorgprofessionals in Brussel te behouden biedt het Huis ondersteuning bij het opzetten van een netwerk voor nieuwe zorgverlener.

1.3. AANSPREEKPUNT/ EXPERT BRUSSELSE ZORG

Door de sterke dossier – en Brusselkennis is het Huis een betrouwbaar informatiepunt voor zowel professionals als overheden. Er wordt neutrale informatie gegeven over alle aspecten binnen de Brusselse zorg. De signaalfunctie die het Huis opneemt krijgt stilaan gehoor. De problematiek rond gegevensdeling via elektronische weg staat immers op de agenda van de beleidsvoerders alsook de (deelse) erkenning van de noodzaak om Vlaamse regelgeving en beleid in Brussel aan te passen aan de lokale context.

1.4. SAMENWERKING INITIËREN, FACILITEREN; VERBINDEND; BRUGFUNCTIE

Het Huis is een goede facilitator van multidisciplinaire samenwerking tussen beroepsgroepen binnen de eerstelijnszorg en transmuraal (zorg en welzijn). Tools zoals MFO, “verwijzer” blijven dan ook zinvol voor het terrein.

Het Huis neemt ook de brugfunctie op tussen welzijn en gezondheid, overheid en werkerterrein, over de taalgemeenschappen en met andere sectoren (v.b. onderwijs).

1.5. ONDERSTEUNEND

Door informatiedeling, vraagverheldering, signaalfuncties, acties en tools biedt het Huis ondersteuning – ook tijdens crisissituaties zoals Corona. Het is dan ook een echte multitasker wat de nodige erkenning en waardering geeft binnen het werkveld.

1.6. BREED EN UITGEBREID NETWERK

Het Huis toont een grote betrokkenheid bij de verschillende actoren. Dat uit zich zowel in goede contacten met de verschillende overheden als in een breed netwerk op het terrein (gemeenschapsoverschrijdend).

1.7. AANDACHT VOOR TAAL EN CULTUUR SENSITIEVE BENADERING – BRUSSELSE SPECIFICITEIT EN CONTEXT

Brussel heeft specifieke demografische, epidemiologische en sociologische kenmerken die een specifieke aanpak vragen. Een Brusselaar is Brussels, niet Vlaams, niet Waals. Het Huis neemt dit mee in zijn werking v.b. door in te zetten op meertaligheid op alle (raak)vlakken.

1.8. EHEALTH – ELEKTRONISCHE GEGEVENSDELING

Het Huis blijft bij de bevoegde instanties aankloppen om het veilig delen van elektronische gegevens binnen Brussel in de aandacht te houden. Het neemt initiatieven om oplossingen te vinden binnen het verschillend beleid en het gebrek aan interoperabiliteit.

Het Huis laat dit niet los omdat het ervan overtuigd is dat correcte informatie naar het terrein en medewerking aan projecten hier rond een meerwaarde zijn voor de Brusselse zorgprofessional en burger.

2. AANDACHTSPUNTEN VAN HUIS VOOR GEZONDHEID

2.1. ZICHTBAARHEID VAN DE ORGANISATIE EN DE WERKING

De geïnterviewden voor deze SWOT-analyse gaven aan dat ze slechts een aantal van de collega's van het Huis kennen. Zichtbaarheid en communicatie van zowel teamleden – wie doet wat-, als de werking van het Huis mogen meer in de picture gezet worden.

Een aantal suggesties:

- Transparant overzicht geven van de medewerkers + hun takenpakket
- Transparant overzicht over de brede werking naar het volledige werkveld
- Transparante communiceren over strategische keuzes, motivatie van beslissingen tot acties of stopzetten van

acties. Deze evaluatie gebeurt intern, maar mag breder gecommuniceerd worden.

- Meer samenwerken als team rond projecten, minder versnipperde werking
- Zorgen voor backup, meer dan 1 aanspreekpunt per thema/project
- Sociale media intensiever gebruiken, website, nieuwsbrief,

2.2. AANSPREEKPUNT/ EXPERT BRUSSELSE ZORG

Het Huis kan als aanspreekpunt voor noden en vragen, nog meer inzetten op het vinden van de juiste oplossingen via tools, projecten, ...

Het Huis is zeer goed op de hoogte van de lopende hervormingen. Ze kan deze plaatsen binnen de Brusselse context. De vertaling hiervan en het werkbaar maken voor het Brusselse werkveld kan echter nog sterker.

Op dit ogenblik is het Huis een aanspreekpunt. Het zou krachtiger zijn als het een “inloophuis” wordt voor zorgprofessionals – op een meer toegankelijke locatie.

2.3. SAMENWERKING MET LOKALE BESTUREN

Het Huis mag zijn netwerk nog meer uitbreiden zodat samenwerking met Brusselse OCMW 's en lokale besturen (gemeenten) mogelijk wordt.

2.4. PERMANENTE KWALITEITSVERBETERING

Zichtbaarheid van de medewerkers en de werking blijft een aandachtspunt. Daarnaast kunnen opvolging en bijsturen van acties, kwaliteitsevaluaties transparanter gecommuniceerd worden.

2.5. ZORG VOOR TALENTWERKING

Het Huis mag meer aandacht besteden aan specifieke knelpuntberoepen binnen de zorg v.b. aantrekken en ondersteunen van nieuwe (zelfstandige) professionals in de eerste lijn zoals groepspraktijken, kleine apotheken enz.

De focus ligt nu vooral op intramuros verpleegkunde en zorgkundigen. De uitdaging is om dit uit te breiden naar de eerste lijn en multidisciplinair werken.

2.6. COMMUNICATIE EN SAMENWERKING

Het Huis moet een vernieuwende inspiratiebron zijn voor samenwerking binnen de eerste lijn en binnen de zorg algemeen.

Als zorgprofessionals in een buurt elkaar kennen kan er efficiënt samengewerkt worden. Binnen hun lokaal netwerk wordt er dan gemakkelijker gecommuniceerd en kunnen (elektronische) gegevens veilig gedeeld worden. Het Huis kan een belangrijke rol spelen om deze zorgprofessionals samen te brengen. Het kan hulp bieden bij het faciliteren en ondersteunen op het terrein en bij de onderlinge communicatie.

Maar niet enkel tussen zorgverleners binnen een wijk, ook breder binnen de eerste lijn heeft het Huis een verantwoordelijkheid. Het Huis kan de BruZel-werking aanvullen en ondersteunen alsook transmurale –met de ziekenhuisnetwerken- samenwerking bevorderen. Zo wordt efficiëntie van beschikbare mankracht en middelen gegarandeerd en wordt dubbel of parallel werken vermeden.

Gezien de huidige evoluties mag het Huis zich meer richten op burgerparticipatie.

Geestelijke gezondheidszorg mag meer in the picture gezet worden, vooral thema's als vroeg detectie en toegankelijkheid voor psychisch kwetsbaren in het bijzonder kinderen en jongeren. Covid-19 leerde dat anonieme, laag drempelige gratis chat-tools het best werken voor jongeren. Bij videobellen of telefoneren voelen ze zich meer geremd omwille van meeluisterende huisgenoten.

Er wordt reeds veel samengewerkt en ondersteund. Binnen integrale zorg moet dit nog dieper en breder gaan. Het zichtbaar maken van concrete acties en win-winprojecten is een prioriteit voor het Huis. Op die manier zal het terrein overtuigd raken van de meerwaarde van het Huis.

3. DE OPPORTUNITeiten VOOR HUIS VOOR GEZONDHEID

3.1 MOGELIJKHEDEN

De eerstelijns hervorming en de keuze voor integrale zorg creëren mogelijkheden om veel meer in te zetten op:

- Preventie en gezondheidsbevordering
- Gezondheidsvaardigheden, patiënteducatie en ondersteuning
- Vroeg detectie, toegang (door mee te werken/ denken aan de invulling van 0.5de functie)
- De samenwerking tussen eerste lijn en de Brusselse ziekenhuisnetwerken
- MDO
- (Elektronisch) gegevens delen: aandacht voor de digitale kloof

3.2. BURGERS EN ZORGVRAGERS ZIJN PARTNERS BINNEN HET ZORGTEAM

Het Huis moet waakzaam blijven dat het de volledige bevolking bereikt, zeker bij burgerparticipatieprojecten. (cfr. Resultaten Gezondheidsenquête). Hierbij moet vooral aandacht besteed worden aan subgroepen die nog met taboes, vooroordelen, beperkte toegankelijkheid geconfronteerd worden (LBGT, kwetsbare jongeren).

3.3. DE NOODZAAK OM MEER AANDACHT TE SCHENKEN AAN HET MILIEU

Het Huis kan duurzaamheid (in de brede betekenis van het woord) meenemen in de werking.

3.4. OUT OF THE BOX

Het Huis moet pionier zijn voor Brussel, proactief - en out of the box denken om oplossingen op maat te vinden. Het moet zorgprofessionals warm maken om toekomst gericht te werken.

3.5. INNOVATIE

Het huis kan innoverende projecten opzetten:

- Initiatieven op buurtniveau v.b. zorgwijkcentrum (per buurt een inloophuis voor zorg)
- Projecten rond aantrekken van jongeren en volwassenstudiekiezers naar zorg met bijzonder aandacht voor de meest kwetsbaren
- Projecten op het terrein die linken leggen tussen terrein en onderwijs (stage) met een focus op integrale zorg
- Arbeidsreorganisatie: taakherverdeling...

4. DE UITDAGINGEN VAN HUIS VOOR GEZONDHEID

4.1 DE VERSNIPPERING VAN DE BEVOEGDHEDEN

Versnippering van bevoegdheden betekent versnippering op het terrein. Er blijft een spanningsveld tussen verschillende organisaties en projecten.

- Federale, Brusselse en Vlaamse projecten op het terrein
- Organisaties en werking:
 - Brusano
 - BruZEL en Huis voor Gezondheid (de BruZEL werking binnen Huis voor Gezondheid als vzw biedt opportuniteiten, maar is ook een uitdaging naar samenwerking met andere actoren, naar transparantie naar de buitenwereld)
 - Andere organisaties op het terrein en hun link met BruZEL.

4.2. INNOVATIE

De pioniersrol van het Huis is wat verloren gegaan.

Een aantal factoren kunnen hier mee verantwoordelijk voor zijn:

- Het Huis is te afhankelijk van subsidies die niet geïndexeerd worden (er moet bespaard worden). Een meerjaren overeenkomst biedt onvoldoende garantie waardoor het werkingsbudget onder druk staat.
- Er is een grote personeelsturnover. Deze kan – onrechtstreeks- gelinkt worden aan de afhankelijkheid van subsidies, maar ook aan de structuur van de organisatie. Het Huis heeft immers een vlakke, niet-hiërarchische structuur) met weinig groeiperspectief. Daarnaast is het ook een gegeven dat jongeren meer jobhoppen. Om te vermijden dat expertise verloren gaat moet het Huis leren omgaan met deze gegevens.

Eventueel mogelijke oplossingen:

- Omkadering directie
- Andere samenwerking binnen team – tussen team en directie – tussen team en bestuursorgaan.
- Externe expertise aantrekken
- Specifieke kwalificaties aantrekken (mits meer middelen?)
- Ook leren als organisatie uit COVID-19

Mede door deze personeelsturnover is er een gebrek aan kennisborging. Iedere medewerker die andere oorden opzoekt neemt immers een netwerk en expertise mee.

- Er moet meer aandacht besteed worden aan kwaliteit. Minder motiverende projecten worden onvoldoende bijgestuurd en eventueel stopgezet. Goed lopende projecten zijn te weinig zichtbaar.

Het Huis moet meer innoverend en toekomstgericht werken (zie 3.5).

REFERENTIELIJST

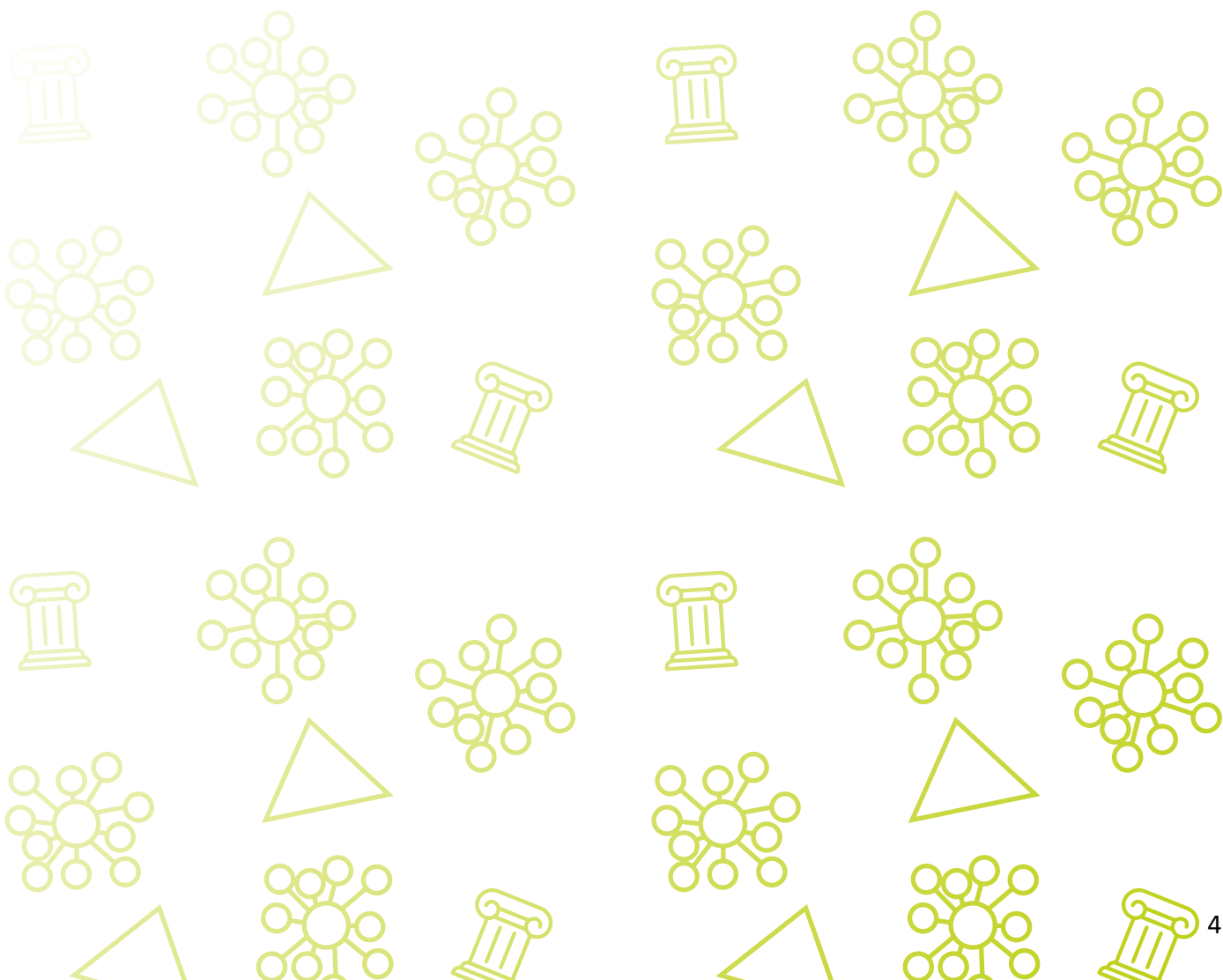
Een greep uit de geraadpleegde literatuur:

- https://raadvgc.be/wp-content/uploads/2019/07/Akkoord-VGC_3.pdf, Brussel is wat we delen – Akkoord VGC-3
- <https://www.parlement.brussels/wp-content/uploads/2019/07/07-20-Algemene-Beleidsverklaring-brussels-parelement-2019.pdf>, Gemeenschappelijke Algemene Beleidsverklaring van de Brusselse Hoofdstedelijke Regering en het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie – regeerperiode 2019-2024
- <https://www.vlaanderen.be/publicaties/actieplan-40-werk-maken-van-werk-in-zorg-en-welzijn-conceptnota>, Conceptnota actieplan 4.0
- <https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/tableaux-de-bord-de-la-sante-/2017-gi-inschattinggezondheid-brussel.pdf>, De inschatting van de eigen gezondheid in Brussel
- https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_313A_Performantie_Rapport_2019_Rapport%20NL.pdf, De performantie van het Belgische gezondheidssysteem
- https://www.steunpuntwerk.be/system/files/werk.focus_2019_02.pdf, De Vlaamse werkzaamheidsgraad herbekeken
- <https://www.eerstelijnszone.be/sites/default/files/atoms/files/Besluit%20van%20de%20Vlaamse%20Regering%20%281%29.pdf>, Eerstelijnsdecreet Vlaanderen - besluit van de Vlaamse Regering tot de erkenning en subsidiëring van de zorgraden
- <https://www.eerstelijnszone.be/sites/default/files/atoms/files/Nota%20bij%20besluit%20van%20de%20Vlaamse%20Regering.pdf>, Eerstelijnsdecreet Vlaanderen - bisnota Vlaamse Regering omtrent erkenning en subsidiëring van de zorgraden
- <https://werkgevers.vdab.be/sites/web/files/gebruikers/BPEIRS/Evaluatierapport%20%40level2work.pdf>, Evaluatierapport @level2work
- https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20%20documenten/summ_HS_NL_2018.pdf, Gezondheidsenquête 2018 - gezondheid en kwaliteit van leven
- https://www.vlaamsbrabant.be/binaries/investeren-in-zorg-en-welzijn-rapport-20190424_tcm5-136525.pdf, investeren-in-zorg-en-welzijn-rapport-20190424
- https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_325A_Verpleegkundige_bestaffing_synthese_2nd_edition.pdf, Verpleegkundige bestaffing voor een veilige(re) zorg in acute ziekenhuizen
- https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20%20documenten/summ_LS_NL_2018.pdf, Gezondheidsenquête 2018, Levensstijl, samenvatting van de resultaten
- <https://www.gezondleven.be/files/memorandum-gezond-leven.pdf>, Memorandum Gezond Leven 2019
- https://domusmedica.be/sites/default/files/Memorandum%20voor%20de%20gezondheidszorg_mei%202019.pdf, Memorandum voor de gezondheidszorg 2019
- <http://www.psy107.be/files/Brussel.pdf>, Gids, naar een betere geestelijke gezondheidszorg, Brussel
- https://www.steunpuntwerk.be/system/files/overwerk_2018_2_02.pdf, Hefboom aan het werk? Naar de factoren die de arbeidsmarktintegratie van asielzoekers in Vlaanderen beïnvloeden
- https://aim-ima.be/IMG/pdf/ongelijkheden_in_gezondheid_-_ima-rapport_-_def_-_nl_-_20190508.pdf, Ongelijkheid in gezondheid, 2019
- https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20%20documenten/SH_NL_2018.pdf, gezondheidsenquête 2018, Subjectieve gezondheid
- <https://www.onderwijs.vlaanderen.be/nl/neet-jongeren>, Definitie “NEET-jongeren
- <https://www.huisvoorgezondheid.be/zorgverlener/ondersteunen/zorgverleners-eerste-lijn/startersgesprek/> Definitie “starter”
- <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/De%20hervorming%20van%20de%20eerste%20lijn%20in%20perspectief%20-%20Jan%20De%20Maeseneer.pdf> Definitie “Quadruple Aim”
- <https://www.kennisplein.be/Documents/Jongvolwassenen%20tussen%20wal%20en%20schip%20-%20Beleidsdossier.pdf> Definitie “jongvolwassene”
- Goed ziek. Hoe we de gezondheidszorg veel beter kunnen maken. – Ri De Ridder; Van Halewyck – 2019

- Onbezorgd. Naar een geïntegreerd gezondheidssysteem. G. Van Hootegeem & E. Dessers, Acco – 2017
- Zwartboek en Witboek van de Geestelijke Gezondheidszorg in Brussel (FAMGB – 2018)
- www.zorg2030.BE - Zorg 2030. Rapport van een dialoog over de zorg in de toekomst. UZ Brussel & VUB
- <https://www.zorgneticuro.be/publicaties/eindrapport-zorg-aan-zet-groot-draagvlak-voor-fundamentele-hervormingen> Eindrapport Zorg aan Zet – Groot draagvlak voor fundamentele hervormingen – Zorgnet Icuro – mei 2020
- Drempels die gezondheidszorgverstrekkers ervaren bij het opstarten en uitvoeren van zelfstandige zorgactiviteiten in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest – Veerle De Frène –VUB (i.o.v. Unizo) – preview
- ...

FIGURENLIJST

- Fig. 1 Extend Kaiser Pyramid
- Fig. 2 Extend Kaiser Pyramid binnen de werking van HvG
- Fig. 3 Beleidsplan van Huis voor Gezondheid en beleidsplan van BruZel
- Fig. 4 vergelijking evolutie taalkennis (goed/uitstekend spreken)
- Fig. 5 De oorspronkelijke thuistaal van de Brusselaars
- Fig. 6 Aandeel van de bevolking onder de armoederisicogrens, België en de gewesten, inkomens 2016
- Fig. 7 World Health Organisation-model - integrale zorg



AFKORTINGEN

Actiris (BGDA)	Brussels Gewestelijke dienst voor Arbeidsbemiddeling
ADOV	Algemeen Directie Onderwijs en Vorming
BAnaBA	Bachelor na Bachelor
BHAK	Brusselse Huisartsen Kring
BHG	Brussel Hoofdstedelijk Gewest
BON	Brussels Onthaalbureau Inburgering
BOT	Brussels Overleg Thuiszorg
CAW	Centrum Algemeen Welzijn
COCOF	Commission Communautaire Française
ECM	Etnisch Culturele Minderheden
ELZ	EersteLijnsZone
EVC	Erkenning Van Competenties
FAMGB	Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Bruxelles
FOD	Federale OverheidsDienst (Volksgezondheid)
HBO	Hoger BeroepsOnderwijs
H-team	Health Team
HvG	Huis voor Gezondheid
IPOPZ	Inter Provinciaalplatform Promotie Zorgberoepen
LBGTQ+	Lesbian, Bisexual, Gay, Transgender, Queer. De "+" omvat alle andere seksuele en genderidentiteiten die ook bij die gemeenschap worden gerekend
LMN (RML)	Lokaal Multidisciplinaire Netwerk
LOGO	LOcoregionaal Gezondheidsoverleg en Organisatie
ManaMa	master na master
MDO	MultiDiSciplinair Overleg
MDS	MultiDiSciplinair
MFO	Medisch Farmaceutisch Overleg
OCMW	Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn
OD	Operationele Doelstelling
PZON	Persoon met een Zorg- en OndersteuningsNood
PZOV	Persoon met een Zorg- en OndersteuningsVraag
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte en Invaliditeitsverzekering
SD	Strategische Doelstelling
SOKA	Sociale Kaart
SWOT	Strenght - Weakness (intern) - Opportunities - Threads (extern)
VAN	Vlaams Apothekers Netwerk
VAZG	Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid
VBZV	Vlaamse Beroepsvereniging Zelfstandige Verpleegkundigen
VGC	Vlaamse GemeenschapsCommissie
VOPZ	Vlaams Overleg Promotie Zorgberoepen
WHO	WereldGezondheidsOrganisatie



Huis voor Gezondheid
draagt ZORG in Brussel

Huis voor Gezondheid vzw
Lakensestraat 76/7
1000 Brussel

T: 02 412 31 65
E: info@huisvoorgezondheid.be
W: www.huisvoorgezondheid.be