

## Editoriaal

De pas gepubliceerde Welzijns- en gezondheidsatlas van Brussel-Hoofdstad <sup>(1)</sup> is zo mogelijk nog relevanter dan eerder verschenen buurtatlassen. De volkstellingengegevens van 2001 worden er niet an sich gepresenteerd, maar vormen, in relatie tot de welzijns- en gezondheidsproblematiek, uitgangspunt voor beleidsaanbevelingen. Bovendien worden objectieve gegevens aangevuld met de beleving van stadsbewoners inzake de kwaliteit van de omgeving en de perceptie van de eigen gezondheid en het welzijns- en gezondheidsaanbod.

Als dit document iets aantoonst, dan wel dat er in Brussel weinig nieuws onder de zon is. De territoriale tegenstellingen tussen arme en rijke buurten, een eerste keer gedocumenteerd door de Koning Boudewijnstichting in de armoedeatlas van 1984, blijven in grote trekken bestaan. Ondanks herwaarderingsoperaties her en der en gentrificatieverschijnselen in het zog hiervan, situeert de “arme sikkels” zich nog steeds in het noordwestelijke deel van het Gewest, in de Vijfhoek en de aanpalende, negentiende-eeuwse wijken van de gemeenten er rond.

Deze welzijns- en gezondheidsatlas biedt politici en beleidsverantwoordelijken een schat aan informatie om het bestaande voorzieningenaanbod in functie van maatschappelijke behoeften te evalueren en naar de toekomst toe te programmeren. Laat het ons in dit verband nog eens over de lokale dienstencentra hebben. Geconcipieerd als ouderenvoorzieningen, dienden ze zich, eenmaal ondergebracht in het Vlaamse thuiszorgdecreet, te richten naar alle personen die, op hun diensten beroep doen ongeacht hun leeftijd. Abstractie makend van deze verruiming en met één oog gericht op hoger genoemde atlas, kunnen we ons volgende vraag stellen: bevinden deze lokale dienstencentra, die voor het overgrote deel nog in de arme sikkels staan ingeplant, zich nog daar „waar de lamp brand”? Bij een oppervlakkige lezing van de welzijns- en gezondheidsatlas zou men kunnen denken van niet. De percentages ouderen in de perifere gemeenten liggen immers beduidend hoger dan in het centrum. Vanuit deze vaststelling zou men de bestaande of de nog openstaande programmering van lokale dienstencentra (er kunnen er nog 8 bijkomen) naar de periferie kunnen heroriënteren of oriënteren. Dat er in de perifere gemeenten noden zijn waar best aan tegemoet gekomen wordt, betekent van de weeromstuit nog niet dat diezelfde noden er in het centrum niet meer zouden zijn. Percentages zeggen niets over absolute aantallen. Om een voorbeeld te geven: het mag dan al zijn dat in het werkingsgebied van dienstencentrum De Harmonie het aandeel ouderen in de totale bevolking „klein” is [statistische sectoren van type 4 (10,7%) uitgezonderd 1 van type 3 (15,7%)], het blijft daar toch gaan om meer dan 700 personen ouder

dan vijfenzestig jaar die op een relatief kleine oppervlakte wonen. Wat meer is, de zelfgerapporteerde gezondheidstoestand bij de 66-75 jarigen is er slechter dan in welstellende, naar oppervlakte vergelijkbare wijken in de periferie. Wat maakt, zo stelt de atlas, dat de bruto zorgbehoevendheid er groter is.

Zijn de huidige locaties van de lokale dienstencentra als ouderenvoorzieningen in de „arme sikkels” zowel demografisch-statistisch als sociaal meer dan gewettigd, a fortiori zijn ze dat naar andere groepen toe (alleenstaanden, jonge moeders, daklozen, mensen zonder papieren) wier precare sociaal-economische situatie hand in hand gaat met een grotere zorgbehoevendheid.

Dringender dan een debat rond de inplanting van lokale dienstencentra is deze rond hun kerntaken en rond de vraag of de kerntaken, vastgelegd in het thuiszorgdecreet er voor een werking in achterstellingssituaties wel volledig toe doen. Functies en taken van lokale dienstencentra zijn in het thuiszorgdecreet aanbodgestuurd. De dienstverlening stelt gebruikers in staat tot op hoge leeftijd in de eigen vertrouwde omgeving te blijven wonen. Voor het zelfstandige individu met keuzevrijheid en zelfbeschikking stelt dit geen problemen. De traditionele benadering in het hulpverleningsdenken (de deontologische ethiek) is hierop gebaseerd. Echter, lokale dienstencentra, werkzaam in situaties van sociaal-economische achterstelling, worden niet geconfronteerd met onafhankelijke individuen, maar met individuen die de grootste moeite hebben om een relatie met hun omgeving tot stand te brengen. Het zorgethische denken nu gaat er alles aan doen om deze relatie te herstellen. Vandaar een niet-afwachtende houding, nadruk op het opzoeken van mensen, individuele begeleiding, zorgbemiddeling en zorgcoördinatie <sup>(2)</sup>. Dit alles vergt tijd en middelen en een wetgevend kader dat rekening houdt met de specifieke aard van de hulpverlening voor specifieke groepen. Op het vlak van functies, taken en normering is het decreet momenteel te veel „eenheidsworst” en dat zou dringend moeten worden herzien.

Een onlangs uitgevoerd onderzoek, waarvan we in dit nummer een samenvatting publiceren, heeft treffend aangetoond dat de verwachtingen van gebruikers hierbij haast naadloos aansluiten: meer (geïndividualiseerde) hulp en minder vorming <sup>(3)</sup>. Het ene mag niet ten koste gaan van het andere, maar zoals Berthold Brecht al zei: Erst kommt das Fressen und dann die Kultur. (ast)

1 Observatorium voor gezondheid en welzijn in Brussel, *Welzijns- en gezondheidsatlas van Brussel. Hoofdstad 2006*. Brussel, GGC, 2006, 152 pp.

2 C. Janssens, „Ongevraagd en welkom”, *Individuele hulp- en dienstverlening in een lokaal dienstencentrum door middel van outreaching*, Brussel, Erasmus hogeschool, 2006, 106 pp. (scripie)

3 Yo Ree Vandevivere, *Sluit het thuiszorgdecreet aan bij de leefwereld en de behoeften van de gebruiker van de Brusselse lokale dienstencentra?* Brussel, VUB, 2006, 42 pp. + bijlagen (eindverhandeling)