

IMPACT COVID-19

MEDISCHE EN SOCIALE EERSTELIJNSDIENSTEN IN
BRUSSEL: IMPACT VAN DE GEZONDHEIDSCRISIS EN
AANBEVELINGEN

CENTRE BRUXELLOIS
DE PROMOTION DE LA SANTÉ





CENTRE BRUXELLOIS DE PROMOTION DE LA SANTÉ



Diagnostisch onderzoek in opdracht van Barbara Trachte, minister-president van het College van de Franse Gemeenschapscommissie (COCOF), belast met gezondheidsbevordering.



GEMEENSCHAPPELIJKE
GEMEENSCHAPSCOMMISSIE

Met de steun van de Franse Gemeenschapscommissie en Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie

MEDISCHE EN SOCIALE EERSTELIJNSDIENSTEN IN BRUSSEL: IMPACT VAN DE GEZONDHEIDSCRISIS EN AANBEVELINGEN

FLORENCE GEURTS, DAMIEN FAVRESSE

Januari 2022

AUTEURS

Florence Geurts, Damien Favresse

DANKWOORD

Aan de professionele dienstverleners die zo vriendelijk waren om aan de interviews deel te nemen, en hielpen de aanbevelingen uit te werken

Aan de medewerkers die de interviews hebben getranscribeerd

Aan het team van het CBPS voor hun hulp tijdens het hele diagnostische onderzoek (herlezing, suggesties tijdens het brainstormen, methodologische kritiek, enz.)

Aan journalist Philippe Engels, voor zijn bijdrage aan het opstellen van dit document

Aan de leden van het Comité de Pilotage des Stratégies Concertées Covid, die ons hebben ondersteund bij de uitvoering van dit diagnostisch onderzoek

Aan de leden van het Comité d'Accompagnement en zijn verscheidene sectoren, die het uitgevoerde onderzoek hebben verrijkt

Aan de algemeen bestuurder van de Franse Gemeenschapscommissie en de verschillende departementen, en het kabinet van minister Trachte, zonder wie het diagnostisch onderzoek niet mogelijk zou zijn geweest

VERTALING

Akira Traductions nv

LAY-OUT

Nathalie da Costa Maya, Centre de Diffusion de la Culture Sanitaire - vzw CDCS

DRUK

AZPrint

UITGAVE

Verantwoordelijke uitgever: D. Favresse,
Jourdanstraat 151, 1060 Brussel
Depotplicht: D/2024/15.416/01
Januari 2024

GELIEVE DIT DOCUMENT ALS VOLGT TE CITEREN:

Geurts F., Favresse D., *Medische en sociale eerstelijnsdiensten in Brussel: impact van de gezondheids crisis en aanbevelingen*, Centre Bruxellois de Promotion de la Santé, Brussel, 2024.

Dit document is een samenvatting van het rapport '*Quel diagnostic peut-on dresser de l'impact de la crise sanitaire de la Covid-19 sur les pratiques des services médico-sociaux de première ligne et de proximité à Bruxelles*', dat terug te vinden is op www.cbps.be.

Voor een vlotte leeservaring wordt in deze tekst de mannelijke vorm gebruikt wanneer naar mensen wordt verwezen, ongeacht hun geslacht.

www.cbps.be

0. INHOUD

1. DOELSTELLING, METHODE, CONCLUSIES	4
2. ANALYSE EN BEVINDINGEN	5
2.1. De verschillende houdingen ten opzichte van het virus	5
2.2. Wantrouwen jegens autoriteiten, relatieve steun van de hiërarchie	9
2.3. Uitputting en twijfels over de medisch-sociale missie	13
2.4. Nog kwetsbaardere doelgroepen	16
2.5. Medewerkers die afzien	19
2.6. Te vrezen gevolgen op sociaal en gezondheidsvlak	21
3. AANBEVELINGEN	23
3.1. Betreffende gebruikers	23
3.2. Betreffende de arbeidsomstandigheden voor medisch-sociale eerstelijnsdiensten	25
3.3. Betreffende gemeenten en OCMW's	26
3.4. Betreffende covidpreventie	27
4. CONCLUSIE	28
5. BIBLIOGRAFIE	31

1.

DOELSTELLING, METHODE EN CONCLUSIES

Van februari tot april 2021 voerde het Centre Bruxellois de Promotion de la Santé (CBPS) in opdracht van minister Barbara Trachte een kwalitatief onderzoek uit bij medewerkers van medisch-sociale eerstelijnsdiensten en nabijheidsdiensten. Na de tweede golf van de coronapandemie, in het najaar van 2020, werd duidelijk dat de preventiemaatregelen in bepaalde kwetsbare wijken van Brussel onvoldoende beantwoordden aan de doelstellingen die op gewestelijk niveau waren vastgesteld.

De gegevens werden verzameld aan de hand van dertig semigestructureerde interviews¹. De deelnemers waren dienstverleners die werkten met kwetsbare bevolkingsgroepen (ouderen, jongeren uit achtergestelde wijken, mensen die sociale bijstand kregen, daklozen, enz.). Het doel van deze gesprekken was om een beter inzicht te krijgen in de impact van de crisis op hun praktijken en gebruikers. Op basis van die ervaringen werden aanbevelingen opgesteld om in de toekomst beter met dergelijke pandemieën om te gaan. We interviewden enerzijds medisch-sociale veldwerkers (maatschappelijk werkers, straathoekwerkers, verpleegkundigen), en anderzijds leidinggevenden van projecten, teams of diensten.

Uit de interviews bleek dat de coronacrisis de ongelijkheid voor de meest kwetsbare bevolkingsgroepen heeft versterkt. Ze werden immers meer beïnvloed door de getroffen politieke maatregelen. Dat had een grote impact op hun dagelijks leven: de digitale kloof groeide, ze waren minder goed in staat om zich veilig te gedragen, en konden moeilijk met angst omgaan. Het wantrouwen ten opzichte van de politiek groeide gestaag: de autoriteiten werden gezien als mensen die geen voeling hadden met het leven van kwetsbare groepen en veldwerkers.

De aanpak van de pandemie tastte de sociale banden aan, zorgde voor meer sociale spanningen tussen 'goede' en 'slechte' burgers, stigmatiseerde bepaalde gedragingen van de meest achtergestelde groepen, en had gevolgen voor hun geestelijke gezondheid omdat er veel angst heerste. Het leek alsof de noodsituatie beheerst kon worden door de pandemie te reduceren tot een gezondheidsrealiteit die voorkomen kon worden. Maar naarmate de epidemie vorderde, bleek deze focus contraproductief voor de preventie en volksgezondheid binnen kwetsbare groepen. Het belette ons immers rekening te houden met het feit dat de pandemie alle aspecten van het dagelijkse leven beïnvloedt. Bovendien beperkte het de mogelijkheden om doeltreffende preventieve en gezondheidsmaatregelen te nemen.

Daarom roepen we op om meer rekening te houden met sociale en culturele kwetsbaarheden, om preventieve en beleidsmaatregelen te baseren op een brede disciplinaire kennis (Coutellec, 2020; Mansour, 2021), en om mensen meer te betrekken bij de implementatie van acties die hen aangaan (Wallerstein, 2006, 2018). Gezien de uiteenlopende profielen en verwachtingen moeten de preventiemaatregelen en het sociale en gezondheidsbeleid meer gediversifieerd worden. Zo leren kwetsbare mensen beter om te gaan met een crisis en zullen de gezondheidsmaatregelen waarschijnlijk beter nageleefd worden. Het verzacht ook de mentale, sociale en fysieke gevolgen van de crisis.

Dit document is een samenvatting van een rapport dat 132 pagina's telt. In het derde deel staat meer toelichting bij de aanbevelingen die samen met dienstverleners zijn opgesteld.

¹ In totaal werden 22 organisaties in vijftien gemeenten in het Brussels Gewest ondervraagd. Op de lijst staan tien gemeentelijke diensten, zes OCMW's, drie diensten voor rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp, een medisch centrum, en twee ambulante diensten voor daklozen.

2.

ANALYSE EN BEVINDINGEN

2.1. DE VERSCHILLENDE HOUDINGEN TEN OPZICHTE VAN HET VIRUS

Er is één constante: de bijzonder beangstigende context en de uiteenlopende houdingen ten opzichte van de pandemie enerzijds, en het overheidsbeleid anderzijds, hebben veldwerkers belemmerd preventief op te treden..

WAT WAS DE HOUDING VAN GEBRUIKERS?

Medische en maatschappelijke eerstelijns werkers merkten dat de houdingen van gebruikers wijd uiteenliepen.

Een beangstigend virus

Alle mensen die we interviewden, zeiden dat sommige gebruikers bijzonder angstig en bang waren voor de pandemie. In de meest extreme gevallen raakten mensen volledig afgesloten van de buitenwereld, verlamd door angst. Ze durfden hun huis niet meer te verlaten, hun handen waren volledig uitgedroogd door het overmatig gebruik van alcoholgel, ze ontsmetten elk product dat ze naar huis meenamen met bleekmiddel, enz. Deze houding kwam vaker voor aan het begin van de lockdown en vooral bij alleenstaande vrouwen met jonge kinderen (Brooks *et al.*, 2020). Die angst nam alleen maar toe wanneer iemand uit hun omgeving was overleden aan een ernstige vorm van covid.

Aan de ene kant zorgde de angst ervoor dat de social distancing en andere gezondheidsmaatregelen goed werden nageleefd. Maar aan de andere kant vormde hij een obstakel om hulp te zoeken en zorgde hij voor veel onzekerheid. Dat werd versterkt door de infodemie², wat rationeel gedrag in verband met het virus bemoeilijkte. Omdat voor deze mensen de situatie onbeheersbaar leek, stonden ze kritisch tegenover de maatregelen van de overheid en vonden ze die ontoereikend.

Een afstandelijke blik op het virus

Uit de opmerkingen van de medewerkers bleek dat de meeste gebruikers in staat waren om de gezondheidsmaatregelen in perspectief te plaatsen en na te leven. Dat gold vooral voor mensen die zich niet bedreigd voelden door het virus, maar toch beschermende maatregelen troffen.

Dat deden ze om verscheidene redenen. Ten eerste vreesden ze politie- of administratieve sancties als ze de maatregelen niet naleefden. Ten tweede wilden ze hun naasten (familie, vrienden, burens) en de medewerkers zelf beschermen. Ze vreesden de gevolgen van het virus voor anderen meer dan de gevolgen voor zichzelf, en beseften dat ze het konden overdragen. Dat was voor hen de belangrijkste reden om de maatregelen na te leven. Deze altruïstische houding kwam vaker voor bij bevolkingsgroepen die zelf niet direct bedreigd werden door het virus, zoals jongeren, maar die risicopatiënten onder hun vrienden of familieleden hadden. Ze wilden hen niet besmetten of stress bezorgen door de gezondheidsmaatregelen niet na te leven.

2 Infodemie betekent een "zich vooral via de sociale media snel verspreidende hoeveelheid (onjuiste) informatie over een problematiek, die feitelijke en betrouwbare beeldvorming daarover verhindert". Bron: Dikke Van Dale (z.d.). Infodemie. In Dikke Van Dale. Geraadpleegd op 11 januari 2024, op zoeken.vandale.nl.

Deze gebruikers waren bereid om de maatregelen te volgen, vooral als dat een voorwaarde was voor toegang tot de dienstverlening. Het werd al snel een routine, zonder dat dit gedrag noodzakelijkerwijs met volle overtuiging of tegenzin werd toegepast.

Twijfel over het gevaar van het virus

De sprekers beschreven ook gebruikers die de pandemie en de gevolgen ervan extreem relativeerden. Die mensen waren minder geneigd om de veiligheidsmaatregelen toe te passen. Hun weigerachtige houding werd gevoed door een aantal factoren. Ten eerste was de destructieve aard van de gezondheidsbedreiging niet erg zichtbaar of waarneembaar, en stemde die dus niet overeen met hun perceptie van een pandemie. Ze verwezen naar de manier waarop pandemieën worden afgebeeld in fictie (films, series, videospelletjes, romans, enz.), maar dat strookte dus niet met de werkelijkheid en dus met de ervaring van deze gebruikers in het dagelijkse leven. Kortom, de gezondheidscontext stemde niet overeen met het 'rampscenario' van een pandemie, met duizenden doden in de straten.

Volgens deze gebruikers hadden gezondheidsmaatregelen weinig zin. Ze hielden zich eraan en respecteerden ze, maar slechts minimaal en vooral wanneer ze toegang wilden krijgen tot diensten.

Een onvermogen om in te schatten hoe gevaarlijk het virus is

Dienstverleners meldden ook dat gebruikers niet in staat waren om de gezondheidssituatie volledig in te schatten, omdat ze hun kennis niet van de conventionele kanalen haalden, geen toegang hadden tot die kennis, of omdat ze daar mentaal niet toe in staat waren.

Naast de officiële en institutionele informatiebronnen, haalden sommige gebruikers hun informatie over de pandemie ook elders. Dat was met name het geval voor gebruikers van buitenlandse afkomst, die geen enkele landstaal spraken en hun kennis over de pandemie bijna uitsluitend haalden uit de media van hun thuisland of gemeenschap. De toevlucht tot buitenlandse informatiekanalen werd waarschijnlijk versterkt door de taalbarrière, het verlies van referentiepunten na migratie, een hechte band met het thuisland en de ontwikkeling van informatietechnologie.

Andere gebruikers hadden dan weer geen toegang tot informatie over de pandemie door hun leefomstandigheden. Dat gold vooral voor mensen die op straat leefden en niet over de middelen beschikten om op de hoogte te blijven van de situatie en de geldende maatregelen.

Daarnaast was een deel van de gebruikers mentaal niet in staat om de gezondheidsmaatregelen te begrijpen en na te leven. Dat waren dan vooral kwetsbare straatbewoners, daklozen of zwervers. Sommigen onder hen zijn immers verslaafd aan psychoactieve middelen of hebben chronische psychiatrische stoornissen die niet behandeld of opgevolgd worden. Volgens de dienstverleners konden deze mensen niet langer veilig gedrag vertonen, en in sommige gevallen weigerden ze zelfs zich aan de regels van de lockdown en social distancing te houden.

Een virus dat het wantrouwen jegens de autoriteiten vergroot

Dienstverleners zagen ook nog een andere houding bij hun gebruikers. Het was een uiting van echt wantrouwen jegens de autoriteiten en openbare instellingen (ziekenhuizen, politieke besluitvormers, de media). Die ging vaak gepaard met een gebrek aan respect voor de gezondheidsmaatregelen en valse overtuigingen over het virus en hoe het onder controle te krijgen.

Bij een deel van die gebruikers leek het erop dat hoe meer ze zich gediscrimineerd en slecht vertegenwoordigd voelden door de autoriteiten en openbare instellingen, hoe groter de kans dat ze de regels verwierpen, zich er niet aan hielden en in de meest extreme gevallen zelfs complottheorieën aanhingen. Geruchten zoals een dodelijke injectie bij een gehospitaliseerd familielid vonden bij deze mensen een vruchtbare voedingsbodem, omdat ze zich omwille van hun levensloop en -situatie in de steek gelaten of afgewezen voelden door de overheid. Tegelijkertijd hadden ze geen vertrouwen meer in particuliere en publieke autoriteiten en instellingen. Dit zijn waarschijnlijk mensen in de marge van de samenleving die een ander referentiekader (normen, waarden, overtuigingen, enz.) hanteren dan doorgaans in onze samenleving. Sommige hebben dat van een gemeenschap overgenomen, terwijl anderen het halen uit contacten met gelijkgestemden.

Gebruikers waren slecht op de hoogte van de maatregelen

Aan het begin van de pandemie waren de gebruikers vaak onvoldoende op de hoogte van de geldende maatregelen, vooral degenen die zich niet echt bedreigd voelden door het virus. Als gevolg daarvan begrepen ze niet echt waarom de diensten werden gesloten of aangepast. De dienstverleners moesten dat kennisgebrek dan verhelpen.

Bovendien hadden de dienstverleners geen normatief kader dat gebruikers veiligheid bood, omdat de maatregelen in de loop van de pandemie regelmatig veranderden. Dat belemmerde volgens de dienstverleners de naleving van de maatregelen. Een jaar na het begin van de pandemie hadden veel gebruikers nog steeds geen idee van de gezondheidsmaatregelen, wisten ze niet hoeveel mensen in hun bubbel mochten, hoelang de avondklok duurde, enzovoort.

Bepaalde gebruikers baseerden zich niet op officiële maar op verkeerde informatie, en kenden de geldende maatregelen niet omdat ze ook steeds complexer werden en leidden tot nog meer machtsniveaus. Die complexiteit schepte verwarring en verplichtte burgers om voortdurend op te zoeken wat wel en niet mocht, zonder dat ze daar noodzakelijkerwijs de middelen voor kregen. De bevolkingsgroepen die het minste toegang hadden tot informatie en het meeste getroffen werden door sancties, waren daarom het meest kwetsbaar (Tatti *et al.*, 2021).

HOE REAGEERDEN DE EERSTELIJNSWERKERS?

De reacties van veldwerkers op de pandemie verschilden van persoon tot persoon. Toch bracht de analyse van de interviews enkele punten van overeenkomst aan het licht, met name over de blootstelling aan het virus tijdens hun werk.

Onzekerheid leidt tot tal van spanningen

Eerstelijns werkers (maatschappelijk werkers, straathoekwerkers) kenden vaker angst, vrees en stress dan hun hogergeplaatste collega's. Sommigen hadden zelfs het gevoel dat hun veiligheid geofferd werd op het "altaar van de pandemie". Ze werkten als enigen in contact met de mensen. In de chaos van de eerste dagen van de pandemie hadden ze niet het nodige materiaal en waren ze niet overtuigd dat de beschermingsmiddelen doeltreffend waren. Richtlijnen bleven uit, en dat viel niet in goede aarde. De angst voor het virus leidde tot veel afwezigheden, waardoor de werkdruk te hoog werd en de toegang tot sociale diensten in het gedrang kwam. Sommige werkers zeiden dat er al spanningen waren, die door de komst van covid alleen maar erger werden. Dat had nog veel onaangename gevolgen dan het virus zelf. Deze diensten kampten voor de crisis immers al met vrij ongunstige omstandigheden. Met de komst van de pandemie gooiden velen de handdoek in de ring omdat de vermoeidheid, druk en ademnood alsmaar toenamen.

Naast de angst voor het virus ontstonden er ook spanningen op persoonlijk vlak, soms in de vorm van tegenstrijdige gevoelens. Aan de ene kant wilden dienstverleners dat hun veiligheid op dezelfde manier werd gegarandeerd als die van andere, minder blootgestelde medewerkers. Velen van hen waren bang om het virus op te lopen of hun dierbaren te besmetten vanwege hun werk met een kwetsbare bevolkingsgroep die zich niet altijd aan de gezondheidsmaatregelen hield of daartoe niet in staat was. Aan de andere kant misten ze het veldwerk en het menselijk contact met hun doelgroepen. Die tweestrijd zorgde voor ongemak en beïnvloedde vaak de relatie met de hiërarchie, die borg staat voor de uitoefening van hun beroep.

Dit gevoel van onveiligheid was vooral sterk tijdens de eerste twee maanden van de lockdown, van maart tot mei 2020. Het werd verergerd door inconsistente en tegenstrijdige richtlijnen, vooral over de mondklappers, en door mensen die bleven werken hoewel collega's positief hadden getest.

Een meer afstandelijke houding ten opzichte van de risico's

Andere medewerkers hadden een meer gematigde houding aangenomen ten opzichte van het virus en het besmettingsrisico. Ze waren zich bewust van de gevaren, maar wisten ook dat een nulrisico niet bestond. Ze vonden het belangrijk om de veiligheidsmaatregelen te integreren in hun gedrag, maar waren niet overdreven streng voor zichzelf als dat niet lukte. Die redenering was vooral kenmerkend voor team- of projectmanagers die medewerkers of vrijwilligers coördineerden. Ze zagen zichzelf vaak als rolmodel en herinnerden mensen regelmatig aan de maatregelen die ze moesten volgen. Ze stelden gerust na zorgwekkende toespraken en feiten die door de media werden overgebracht. Uit hun opmerkingen bleek geen bijzonder wantrouwen tegenover politieke beslissingen of gezondheidsinstellingen. Ze beschouwden het bestaan van het virus ook minder snel als een belemmering voor hun beroepsuitoefening.

Ik let nog steeds op en ben nog steeds voorzichtig. Volgens mij heb ik het wel onder de knie. Het is nu een gewoonte geworden. Een flesje ontsmettingsmiddel in mijn tas voelt normaal, en allesbehalve paranoïde. (Een projectmanager).

Voor hen was een strikte en collectieve naleving van de gezondheidsmaatregelen een voorwaarde voor hun manier van werken. Zo konden ze namelijk nieuwe, rustige werkomstandigheden creëren en de samenhang binnen het team in stand houden, die door de social distancing was verzwakt.

Spanningen omtrent vaccinatie

Vaccinatie was het onderwerp van menig publiek debat en discussie in het dagelijkse leven. Zo ook onder medewerkers³ in de eerstelijnssteams, zowel bij sociale als medische diensten.

Sommige dienstverleners waren voorstander van vaccinatie. Ze hadden vertrouwen in de gezondheidsinstellingen en de wetenschappelijke controle- en validatieprocessen voor de coronavaccins. Volgens hen was het medische en farmacologische hulpmiddel veilig en onschadelijk. Vaccinatie werd dan meer gezien als een manier om zichzelf en anderen te beschermen, uit de crisis te raken en terug *een zo normaal mogelijk* leven te leiden, in al zijn aspecten (relaties, vrijetijdsactiviteiten, reizen, enz.). Andere dienstverleners hadden echter hun bedenkingen bij de coronavaccins en waren kritischer ten opzichte van de gezondheidsautoriteiten. Dat wantrouwen vloeide vooral voort uit de mogelijke persoonlijke gevolgen van vaccins, zoals effecten op de vruchtbaarheid, of meer specifiek uit het feit dat ze te snel op de markt waren gebracht. Bovendien waren de mRNA-vaccins een nieuwe technologische innovatie, en heerste er in het algemeen wantrouwen tegenover de farmaceutische industrie. De geïnterviewde dienstverleners met een meer afstandelijke houding hadden het meeste vertrouwen in het vaccin. Het lijkt er dus op dat het wantrouwen tegenover het vaccin groter was onder dienstverleners die zich onzeker en in de steek gelaten voelden door de manier waarop de overheid de crisis aanpakte.

De dienstverleners waren het echter eens over twee punten: de noodzaak om vaccinatie toegankelijk te maken voor de meest kwetsbaren (op basis van leeftijd en co-morbiditeit), en het feit dat vaccinatie een persoonlijke keuze moet blijven.

3 Ter herinnering: de interviews werden afgenomen aan het begin van de vaccinatiecampagne, van februari tot april 2021.

In tegenstelling tot het beeld dat soms in de media werd geschetst, zeiden de geïnterviewden in dit onderzoek dat de gebruikers over het algemeen goed meewerkten en de gezondheidsmaatregelen respecteerden. De getroffen maatregelen waren echter gebaseerd op relatief wankelende fundamenten (angst, twijfel, gebrek aan informatie, enz.). Daardoor waren kwetsbare bevolkingsgroepen slecht toegerust om met dit soort crises om te gaan.

Daarom is het van vitaal belang om de informatie-, bewustmakings- en preventiestrategieën die gericht zijn op kwetsbare bevolkingsgroepen te herbekijken. Dat moet zeker gebeuren als ze angst inboezemen, een uitsluitingsdynamiek lijken te versterken en het wantrouwen van deze bevolkingsgroepen tegenover de instellingen en organisaties in onze samenleving (scholen, ziekenhuizen, OCMW's, gemeentelijke diensten, enz.) voeden.

De crisis creëerde vooral in de beginfase een onzekere context die vragen oproep. Dat vormde voor dienstverleners een bron van spanning, zowel in het persoonlijke als professionele leven (onderbemande teams, bevelen van bovenaf zonder respect voor maatregelen, spanningen tussen het nemen van persoonlijke risico's en het uitvoeren van de professionele taken, enz.). Sommigen hadden kritiek op de richtlijnen van de overheid, waaruit blijkt dat het wantrouwen jegens de overheid, weliswaar in mindere mate, ook op hen invloed had. Dat is ook te zien aan hun uiteenlopende meningen over vaccinatie.

2.2. WANTROUWEN JEGENS AUTORITEITEN, RELATIEVE STEUN VAN DE HIËRARCHIE

Alleen organisaties die ondersteuning boden en erkenning toonden, kregen voldoende flexibiliteit en motivatie terug van hun medewerkers. Maatregelen van bovenaf werden zwaar bekritiseerd.

HOE WERD DE OVERHEID GEZIEN?

De meeste geïnterviewden waren wantrouwig door de complexe, verwarrende en tegenstrijdige maatregelen van de overheid, het onsamenhangende politieke discours, en de uiteenlopende meningen die door de media werden verspreid.

Rampzalige communicatie

De geïnterviewden uitten forse kritiek over de officiële communicatie die het publiek moest informeren over de geldende beperkingen. Ze vonden dat ze totaal niet relevant was voor de bevolking en de realiteit die zij ervaarden. Ze had geen aandacht voor de meest kwetsbare groepen en was stigmatiserend en culpabiliserend, in het bijzonder voor jongeren.

Ik vind dat de meest kwetsbare mensen volledig vergeten zijn, en ik heb de politiek nog nooit horen praten over onze sociale sector. Ze heeft het al gehad over artsen, kunstenaars en leraren, maar nog nooit over maatschappelijk werkers. (Een maatschappelijk werker)

Als mensen zich niet herkennen in officiële communicatie, brengen ze minder waardering op voor de overheidsdiensten (Mercier, 2003).

Complexe en verwarrende richtlijnen

Tijdens de coronacrisis vaardigden verschillende overheden een overvloed aan richtlijnen en maatregelen uit, die bovendien voortdurend veranderden: de duur van een quarantaine, de uitvoeringsvoorwaarden voor een coronatest, de openingsuren van diensten, de toelatingsvoorwaarden voor binnen- of buitenactiviteiten, enz. Daarnaast hadden veel steden, gemeenten en sectoren ook nog hun eigen bepalingen. Sommige eerstelijnsdiensten moesten richtlijnen van meerdere instanties naleven, waaronder het ONE (kantoor van het kind en de geboorte), de jeugdzorg, persoonlijke hulpverlening, onderwijs, dag- en nachtopvang, en regels voor maximumcapaciteit. Die wisselende, tegenstrijdige en ongecoördineerde beslissingen tussen overheidsniveaus en tussen sectoren zorgden voor een overvloed aan informatie. Daardoor kregen de teams in het veld verschillende bevelen, die ze niet altijd gemakkelijk op elkaar afgestemd kregen. Sommige sectoren bleven zelfs in het ongewisse omdat ze pas laattijdig richtlijnen van hun instanties kregen of er geen kregen. Het daaruit voortvloeiende gebrek aan stabiliteit maakte sommige geïnterviewden nog angstiger, vooral omdat ze niet de materiële middelen hadden die nodig waren om de richtlijnen na te leven.

Die instabiliteit belemmerde het veldwerk. Het gaf dienstverleners de indruk dat de overheid de crisis niet aanpakte. Daardoor zagen ze hun werk als tijds- en energieverspilling. Ze waren bang dat ze voor niets werkten, en dat ze onophoudelijk werkactiviteiten moesten afzeggen en verzetten, zonder alternatieven.

De bevrageden hadden het meeste aan hun gemeente en de solidariteit van de burgers. Dat compenseerde gedeeltelijk het gebrek aan materiële en menselijke middelen om de richtlijnen van de gewestelijke en federale overheden toe te passen.

Politiek gewin valt niet altijd in goede aarde

Sommige dienstverleners vonden dat politici hun veldwerk ondermijnden door de gezondheidscrisis te gebruiken 'om stemmen te ronselen'. Dat was met name het geval wanneer politieke figuren publiekelijk maatregelen aankondigden die niet toepasbaar waren en zo de eisen van gebruikers negeerden, of wanneer de activiteiten van dienstverleners de kern vormden van onenigheid tussen politici.

Vaak is het van 'Ah, waarom weiger je?' 'Maar de behoefte is niet aangetoond', 'Ja, dat kunnen we evengoed in het coronafonds stoppen.' En dan kan het opeens. (...) Of de federale overheid geeft een budget vrij, en dat moet onmiddellijk uitgegeven worden. (Maatschappelijk werker)

Dat gebrek aan samenhang was een bron van onrust voor dienstverleners, en ontstond voornamelijk uit beslissingen van bovenaf die genomen waren zonder voorafgaand overleg met de dienstverleners die ze moesten uitvoeren. Het leidde tot een mismatch tussen de vastgelegde maatregelen en de behoeften van de geïnterviewden, en tot bijkomende en nutteloze werklast voor dienstverleners.

KOMT ER STEUN UIT DE HIËRARCHIE?

De hiërarchie speelde een doorslaggevende rol in het vermogen van veldwerkers om met de crisis om te gaan, zich aan te passen aan veranderingen, en de stress en angst die daaruit voortvloeiden onder controle te houden.

Uit de analyse bleek dat medewerkers de crisis serener en filosofischer benaderden als ze van bovenaf gesteund werden door betrokken leidinggevenden die naar hen luisterden, zich om hun mening bekommerden, en bovenal hun werk erkenden. Door die erkenning voelden ze zich meer betrokken bij hun organisatie, en waren ze meer gemotiveerd. Bovendien leek een dergelijk hiërarchisch kader de medewerkers te beschermen tegen de verstoringen binnen de overheid die door de crisis werden veroorzaakt. Een welwillend en ondersteunend management vormde dus een drijvende kracht voor de veldwerkers. Die houding had een zeer positieve invloed op de samenhang binnen het team, de solidariteit tussen collega's, en de motivatie van medewerkers.

Er wordt altijd naar me geluisterd. Het is heel fijn om je ideeën te kunnen voorleggen en gehoord te worden. Sinds het begin van de crisis zijn mijn voorstellen eigenlijk heel zelden afgewezen. (Een straathoekwerker)

Die erkenning werkt op alle niveaus: tussen straathoekwerkers en hun teamleiders, tussen teamleiders en hun afdelingsmanagers, en tussen afdelingsmanagers en de organisatie als geheel. Deze gunstige dynamiek komt elk professioneel niveau ten goede en stimuleert de teams. De opmerkingen van de medewerkers beklemtoonden de behoefte aan erkenning. Dat gaat niet alleen over loon, maar ook over welzijn op het werk.

Als directe leidinggevendenden hun eerstelijns werkers weinig ondersteunden, en zonder overleg voorschriften oplegden, dan werd dat ervaren als een belemmering voor interventies in tijden van crisis. Het verminderde immers de veerkracht en het aanpassingsvermogen van eerstelijns werkers, wat hun frustraties aanwakkerde en hen kwetsbaarder maakte. Meer specifiek voelden veel medewerkers zich alleen en geïsoleerd op professioneel vlak, en dat in een beangstigende context waarin ze aangewezen waren op hun eigen middelen om zich aan te passen. Het gebrek aan erkenning van leidinggevendenden ondermijnde hun professionele motivatie en de doeltreffendheid van hun werk. Beslissingen van bovenaf die weinig aandacht hadden voor het werk van de dienstverleners, gaven blijk van weinig vertrouwen en degradeerden hen tot louter uitvoerders. Ze gaven dienstverleners soms de indruk dat ze deel uitmaakten van een instelling uit een ander tijdperk, die niet in staat was om de uitdagingen van een gezondheids crisis het hoofd te bieden, en het nut van hun werk in vraag stelde.

POLITIEOPTREDEN EN SOCIALE INTERVENTIE BIJ SPANNINGEN

Gezondheidsmaatregelen staan centraal in het spanningsveld tussen een repressieve en een bevrijdende aanpak.

Wijken waar spanningen heersen

De relatie met de politie verdient speciale aandacht. Hoewel er verschillen waren tussen de gemeenten, hekelden de medewerkers het ontoereikende optreden van de politie. Vooral in verband met hun jongere doelgroepen gaven straathoekwerkers een reeks voorbeelden van stigmatiserende en discriminerende politie-interventies, die op hun beurt soms leidden tot provocerend gedrag jegens de politie. Deze houding bestond deels al voor de pandemie, maar werd meer uitgesproken tijdens de crisis (Tatti *et al.*, 2021). Ze verstoorden het straathoekwerk van maatschappelijk werkers in wijken die achtergesteld waren op het vlak van woonomstandigheden, bevolkingsdichtheid en toegang tot groene ruimte.

De bevindingen tonen aan dat de pandemie bestaande ongelijkheden versterkte op het gebied van repressieve politiemeasures. Die hadden immers een grotere impact op bepaalde buurten en groepen die het toch al moeilijker hadden om de gezondheidsmaatregelen na te leven. Dit politieoptreden was vaak specifiek gericht tegen jongeren uit de meest achtergestelde wijken van Brussel, waardoor het leek alsof sommige ordediensten de gezondheidscontext beschouwden als een vrijbrief voor minder weloverwogen gedrag. Dit gedrag verspreidde zich als een olievlek en besmeurde het imago van de politie als geheel, waardoor haar aanwezigheid in deze wijken alleen al tot spanningen leidde.

De impact op sociale interventie?

Deze spanningen hadden een dubbele impact op het werk van maatschappelijk werkers. Ten eerste kwamen sommige maatschappelijk werkers regelmatig in situaties terecht waarin ze spanningen moesten temperen of moesten optreden als bemiddelaar in conflicten. Door het politieoptreden werd hun handelingsbevoegdheid aangetast. Soms werden ze zelf als crimineel bestempeld. Ten tweede wilden de dienstverleners zich onderscheiden van de politie en vermijden dat hun gebruikers dachten dat ze gewoon kwamen controleren en waarschuwen. Daaruit blijkt dat de gezondheidsmaatregelen eerst en vooral toezicht en repressie in plaats van preventie symboliseerden, terwijl dat laatste net kan leiden tot emancipatie en sociale verandering – de kern van sociaal werk.

Deze spanningen waren groter aan het begin van de pandemie. Daarna werden ze minder prominent, blijkbaar naarmate de politie-interventies steeds meer gebaseerd waren op sociale tussenkomst in de wijken. Onder die omstandigheden leken jongeren de tussenkomst van de politie beter te accepteren.

De manier waarop de federale en gewestelijke overheden de crisis aanpakten, werd sterk bekritiseerd omdat ze contraproductief was voor eerstelijnsinterventies bij kwetsbare bevolkingsgroepen. De kritiek had vooral betrekking op de verwarrende en onstabiele richtlijnen die daardoor moeilijker na te leven waren, de stigmatiserende, culpabiliserende en onrealistische inhoud van de officiële communicatie naar deze bevolkingsgroep toe, en het gebrek aan transparantie over politieke beslissingen. Daarom moeten officiële instanties communiceren over de mechanismen die leiden tot besluitvorming, vooral omdat het tijdens een gezondheidscrisis moeilijk is om politieke beslissingen te nemen (Stanton-Jean, 2020) en er snel geschakeld moet worden. De beslissingen zijn namelijk gebaseerd op relatieve en veranderende wetenschappelijke kennis en worden niet ter nalezing en goedkeuring voorgelegd aan collega's. Toch moeten ze rekening houden met het toekomstige draagvlak, de aanvaardbaarheid en het vermogen van de bevolking om de genomen maatregelen na te leven. Tegelijkertijd zullen ze kritiek oogsten van sectorvertegenwoordigers, botsen met de grenzen van onze gezondheidszorg, enz.

Ook de combinatie van preventieve en repressieve maatregelen verdient bijzondere aandacht. Frequentere politie-interventies in bepaalde achtergestelde wijken werden als contraproductief ervaren voor het maatschappelijk werk. Ze kwamen soms discriminerend over bij jongeren en veroorzaakten daardoor spanningen, terwijl deze bevolkingsgroep de regels niet vaker aan zijn laars lapte dan andere (Denoël *et al.*, 2021).

De dienstverleners zeiden dat ze beter in staat waren om hun taken uit te voeren en zich aan te passen aan de context van de crisis als ze op lokaal niveau ondersteund, erkend en gehoord werden. Publieke solidariteit hielp ook om de arbeidsomstandigheden te verbeteren. Maatregelen die daarentegen op lokaal niveau werden opgelegd zonder rekening te houden met de meningen en behoeften van dienstverleners, belemmerden hen nog meer om zich aan te passen aan de crisissituatie. De literatuur over het verminderen van sociale ongelijkheid in de gezondheidszorg wijst in dezelfde richting. Om die vermindering te bewerkstelligen, is een beleid voor sociale verandering nodig dat rekening houdt met de specifieke verschillen van kwetsbare bevolkingsgroepen. Dat vereist een bottom-upbenadering die samen met de bevolking wordt uitgedacht en opgebouwd. Daardoor ontstaat vertrouwen, omdat de aanpak verankerd is in hun omgeving en levensomstandigheden, en rekening houdt met de mens in zijn geheel (toegang tot gezondheidszorg en sociale rechten, huisvestingsproblemen, beschikbaarstelling van preventiemateriaal, enz.) (Wallerstein, 2006, 2018; Hachar-Noé *et al.*, 2019).

2.3. UTING EN TWIJFELS OVER DE MEDISCH-SOCIALE MISSIE

Eerstelijnswerkers hadden het gevoel dat ze het contact met hun doelgroepen, en dus de essentie van hun werk kwijt waren.

COVIDPREVENTIE KOST TE VEEL ENERGIE

Voor de medewerkers leek het regelmatig alsof de overheid de bevolking tot de orde riep met haar preventieve maatregelen, bewustmaking en informatiecampagnes over gezondheidsmaatregelen. Van die autoritaire houding wilden ze echter afstand nemen. Omdat de regels onophoudelijk herhaald werden, voelden de medewerkers zich ongemakkelijk, want het ondermijnde de hulprelatie waarop hun professionele filosofie is gebaseerd.

Uiteindelijk leidde de covidpreventie die werd 'opgelegd' door de autoriteiten tot frustratie en vermoeidheid. Ze toonde immers weinig vertrouwen in de gebruikers, en verpestte de kwaliteit van de interacties met hen. Hoewel de sociale diensten tijdens de kritieke fase van de pandemie aanvankelijk borg stonden voor de uitvoering van de gezondheidsmaatregelen, werd dat mettertijd steeds minder realistisch omdat ze hun werk- en opvangruimten bijna als een ziekenhuis moesten beheren.

De verplichte gezondheidsmaatregelen vormden ook een belemmering op zich: een masker dragen, mensen proberen te helpen via de telefoon in plaats van in het echt, een veilige afstand bewaren ... Het waren allemaal elementen die de hulp- of zorgrelatie complexer maakten, vooral wanneer de gebruiker weinig Frans sprak. Ze ondergroeven het wederzijdse begrip tussen de gebruiker en de dienstverlener en creëerden zo nog een obstakel. Bovendien hadden de maatschappelijk werkers specifieke kennis en vaardigheden nodig om met het virus om te gaan en verspreiding en besmetting te voorkomen, maar bezaten ze die slechts gedeeltelijk of helemaal niet. De angst om verkeerde informatie te verspreiden of niet te weten hoe de vragen van gebruikers te beantwoorden, kon dus ook een rem zetten op proactieve preventie-initiatieven.

Het is natuurlijk geen verrassing dat medische hulpverleners covidpreventie als een integraal onderdeel van hun werk beschouwden. Preventie werd zelfs een prioriteit tijdens deze gezondheids crisis. Ondanks het gebrek aan andere projecten voelden de teams zich verplicht om iets te doen voor de volksgezondheid, en deze preventieactiviteiten gaven hen iets omhanden.

DE PROMOTIE VAN VACCINS STUIT OP STERKE WEERSTAND

De weerstand tegen de promotie van vaccins was nog groter dan tegen de bewustmaking over de preventieve en gezondheidsmaatregelen. Hulpverleners konden vaccinatie niet promoten, want sommigen onder hen stelden de vaccins in vraag en vonden het een persoonlijke beslissing.

In hun ogen mochten enkel gezondheidsprofessionals over vaccinatie praten. Naar hun gevoel hadden ze weinig legitimiteit om het te promoten, ook al hadden ze specifieke opleidingen gevolgd. Ze wilden liever dat een externe persoon met een duidelijke en gekende rol de vaccins promootte, want dat verstoorde de hulprelatie niet. Zo werd ook de beroepsethiek van de medewerkers gewaarborgd, en hoefden ze geen persoonlijke gegevens van gebruikers te verwerken die hun niet aangingen, zoals hun medische gegevens.

Sommige maatschappelijk werkers zagen het echter als deel van hun algemene taak om besmetting te voorkomen en vaccinatie te promoten. De medewerkers die deze mening toegedaan waren, hadden vooral leidinggevende functies, geen banen met direct contact. Deze standpunten waren ook meer uitgesproken bij medewerkers van grote openbare instellingen (OCMW's, gemeentelijke diensten, enz.) dan bij medewerkers van kleine verenigingen.

MEDEWERKERS HADDEN HET GEVOEL DAT ZE DE ESSENTIE VAN HUN BEROEP KWIJT WAREN

De crisis bracht veranderingen met zich mee waaraan de dienstverleners zich moesten aanpassen. We zagen dat de meeste opgelegde maatregelen en de ontwikkeling ervan niet in goede aarde vielen. Ze stemden niet overeen met de manier waarop de dienstverleners hun werk wilden doen. Het was alsof een aanzienlijk deel van hun actiemiddelen en praktijken hen ontnomen werd. De creativiteit en innovatie die ze aan de dag legden, konden die tekortkomingen bij lange niet compenseren. Hun getuigenissen onthulden dat ze echt afzagen (zij het in verschillende mate). Hun visie op hun missie botste met de aanpassingen die verwacht werden in termen van prioriteiten en minimale dienstlevering. Die werden steeds dwingender en leken niet te stroken met de behoeften van hun doelgroepen.

De grootste frustratie van de medewerkers was dat hun beroep zijn betekenis verloor tijdens de crisis. De social distancing, gesloten diensten, beperkte opvangcapaciteit en het verbod om de leefomgeving van mensen te betreden (thuis, in jeugdcentra of buurthuizen, enz.) dwongen medewerkers tot bureaucratie en technocratie. Dat hinderde hen in de hulp- of zorgrelatie. Ze uitten de behoefte om opnieuw betekenis te vinden, een vorm van sociaal nut, en om te kunnen voldoen aan hun emotionele en affectieve behoeften.

De volgende voorbeelden van 'technocratie' illustreren de schade aan de hulprelatie:

- De vaste maatschappelijk werker als aanspreekpunt van de gebruiker werd vervangen door een ticketingsysteem.
- De dienstverlening en opvolging werden opgedeeld, waardoor verschillende soorten verzoeken door verschillende, gespecialiseerde teams moesten worden behandeld.
- Fysieke dienstverlening werd vervangen door online- of telefonische dienstverlening.
- Door de informatisering en social distancing verdwenen procedures waarvoor gebruikers naar het kantoor moesten gaan. Die waren vervangen door digitale procedures.

De dienstverleners hekelden de ontmenselijking van de hulprelatie. Over het algemeen zien maatschappelijk werkers zichzelf als een begeleider die de geschiedenis, smart en uitdagingen van zijn hulpvrager kent en metertijd ziet evolueren. Hij verwijst mensen door naar de juiste bemiddelingsdiensten, die hen helpen hun problemen aan te pakken. Dat alles vereist echte gesprekken, die schermen, e-mails of de telefoon niet kunnen compenseren.

Ontmoetingen met onze doelgroep zitten in het DNA van ons werk. We hebben uitwisselingen met en tussen onze doelgroepen nodig, in een poging om projecten op te zetten die sociale cohesie en interculturaliteit bevorderen. (Een diensthoofd)

Daarnaast was de ontmenselijking van de interventies te wijten aan het feit dat de dienstverleners geen toegang meer hadden tot de meeste contactpunten (wijkcentra, jeugdcentra, medische centra, huisbezoeken, enz.). Op die plaatsen konden ze voordien collectieve actie ondernemen en een vertrouwensband opbouwen met de gebruikers. Het verbod op huisbezoeken voor maatschappelijk werkers, verpleegkundigen en ouderenzorg was tweeslachtig. Enerzijds bood het een zekere mate van comfort en tijdsbesparing omdat er meer administratief werk was als gevolg van de digitalisering veroorzaakt door de crisis. Aan de andere kant werd de medewerkers een belangrijke informatiebron ontnomen, en hadden ze geen toegang meer tot een plek waar gebruikers zich vrij konden uiten.

Sommige dienstverleners beschreven een 'significante' tegenstelling tussen het verleden, dat als beter en positief werd gezien, en de realiteit van de crisis, die een negatieve connotatie had en frustrerend en vermoeiend was. In de periode voor de crisis hadden maatschappelijk werkers het gevoel dat ze over alle middelen, het nodige inlevingsvermogen en de menselijkheid beschikten om hun taken uit te voeren. Tijdens de crisis waren ze beroofd van hun functies en vaardigheden, konden situaties niet opgelost worden, deden gebruikers moeilijk en raakten medewerkers overweldigd. Bij sommige maatschappelijk werkers werd deze tegenstelling tussen de perioden voor en tijdens de crisis ook weerspiegeld in hun visie op de gebruiker. Vroeger moest die het heft in eigen handen nemen, tijdens de crisis werd zijn *hand vastgehouden*. 'Het heft in eigen handen nemen' verwijst naar het idee dat de maatschappelijk werker een kader, aanknopingen en voorwaarden biedt die de gebruiker in staat stellen om *verantwoordelijkheid* te nemen, om actief mee te zoeken naar oplossingen voor zijn problemen. De pandemie versterkte dat verantwoordelijkheidsverlies omdat

kantooruren overbodig werden, evenals de verplichting om het huis te verlaten, documenten te verzamelen en organisatorische inspanningen te leveren.

Medewerkers in de publieke dienstverlening gaven aan dat ze uitgeput raakten omdat de werkdruk toenam en ze zich steeds nuttelozer voelden. Dat creëerde een gevoel van machteloosheid, wat een impact had op de kwaliteit van de relatie met de gebruiker (stemmingswisselingen, minder persoonlijke hulprelaties, afstandelijkheid jegens de gebruiker, gebrek aan motivatie, enz.).

TELEWERKEN IS EEN ZWAARD DAT LANGS TWEE KANTEN SNIJDT

Sommige veldwerkers konden niet op dezelfde manier van telewerken profiteren als anderen die een meer administratieve functie hadden. Daardoor kregen ze soms het gevoel dat hun gezondheid werd opgeofferd voor hun baan. In andere diensten konden eerstelijnswerkers afwisselend telewerken en face-to-face werken. Kortom, telewerken zorgde voor verdeling onder de dienstverleners. Aan de ene kant gaf het een gevoel van bescherming tegen het virus, en verbeterde het de levenskwaliteit van medewerkers doordat ze minder tijd verloren aan het onderweg zijn. Aan de andere kant kwam er kritiek op, en wel om drie belangrijke redenen:

- er was een gebrek aan voldoende, kwalitatieve IT-apparatuur om telewerken mogelijk te maken;
- de werkdruk was te hoog (thuiswerken heeft een meer administratieve aard en flexibelere werkuren);
- de werkregels waren ongeschikt, met name om overuren te registreren en op te nemen.

Daarnaast was telewerk problematisch omdat het de kwaliteit van fysieke aanwezigheid niet kon vervangen, de bureaucratiesering van de beroepen versterkte, en de samenhang binnen het team bedreigde. In die zin veranderde het dus de essentie van eerstelijnswerk.

Voor maatschappelijk werkers was het verre van zelfsprekend om een beroep te doen op professionals in de sociale sector om te voorkomen dat het virus zich verspreidde, of om vaccinatie te promoten. Ze voelden zich ontwapend, ontdaan van hun actiemiddelen en niet in staat om een missie te vervullen die voor hen nog zinvol was. De pandemie verzwoeg hen. Uit hun getuigenissen bleek een groot leed en emotionele uitputting. Hun beroep werd door steeds meer obstakels verhinderd, terwijl zinvolle regelingen uitbleven die hun maatschappelijke rol moesten waarborgen. In hun ogen werden de gezondheidsmaatregelen genomen ten koste van sociale maatregelen, die de kern van hun beroep vormen. De maatregelen van de overheden en de verwachtingen die daaruit voortvloeiden, voelden voor hen aan als een miskennis van hun basistaken. Bovendien leed de kwaliteit van hun werk eronder (de hulprelatie werd ontmenselijkt, de afhankelijkheid van gebruikers vergroot, de sociale ongelijkheden benadrukt, enz.). Dat was eerder het gevolg van het model waarin de covidpreventie was ingebed, en minder van de weerstand tegen preventieve activiteiten. De controlerende, hygiënische, bedreigende en discriminerende connotatie van gezondheidsmaatregelen staat haaks op het preventieve, emancipatoire, empowerende en allesomvattende doel van preventie (Barras, 2021) zoals dat in het sociaal werk kan worden opgevat.

Daarom moet de werkwijze van maatschappelijk werkers afgestemd worden op de eisen die de autoriteiten in tijden van crisis aan hen stellen. Dat vereist een heroverweging van de essentiële beroepen, zodat ze hun basistaken en preventieve rol in voldoende beschermende omstandigheden kunnen uitvoeren. Samen met de dienstverleners moeten op basis van hun ervaringen duidelijke richtlijnen opgesteld worden, die we vervolgens kunnen toepassen bij een nieuwe pandemie. Zo ontstaat er een logica waarin de rollen van de specifieke beroepen elkaar aanvullen. Het lijkt tevens van vitaal belang om een geïntegreerde preventieve aanpak te ontwikkelen die de mentale en sociale dimensies omvat, en die de verschillende actoren betreft die met kwetsbare bevolkingsgroepen werken.

Ondanks de bedenkingen van de meerderheid van de maatschappelijk werkers, kunnen de gezondheidsmaatregelen bij sommige (medische) beroepen rechtstreeks worden geïntegreerd in hun beroepstaken. Vooral teammanagers zijn die mening toegedaan.

2.4. NOG KWETSBAARDERE DOELGROEPEN

De dienstverleners gaven aan dat de algemene toestand van hun doelgroep nog onzekerder en fragieler werd.

SLECHTERE LEEFOMSTANDIGHEDEN

Bescherming tegen het virus vereist specifieke middelen, zoals beschermende uitrusting en ruimte om in quarantaine te gaan en afstand te houden van dierbaren. Voor de gebruikers van eerstelijnsdiensten brachten die middelen onvoorziene kosten met zich mee. Die extra kosten concurreerden met andere basisuitgaven voor primaire behoeften, zoals gezondheidszorg of voeding. Volgens de dienstverleners hadden deze mensen geen toekomstperspectief, waardoor ze niet in staat waren om te anticiperen. Uitgestelde zorg was daar een sprekend voorbeeld van. Het trof vooral kansarme groepen in achtergestelde wijken, en hield rechtstreeks verband met hun onvermogen om vooruit te kijken en in bemoedigende vooruitzichten te geloven.

De meeste medewerkers wezen op de huisvesting van hun doelgroepen, die ongeschikt was om langdurig binnen te blijven. Vooral grote gezinnen leden daaronder, omdat ze maandenlang samengehokt zaten in zeer krappe ruimtes, zonder privacy, persoonlijke en buitenruimte. Die situatie zorgde ervoor dat de relaties binnen het gezin en de mentale gezondheid van gezinsleden sneller achteruitgingen. Dat tastte hun onderlinge samenhang aan, die nochtans essentieel was om de gezondheidscrisis het hoofd te bieden.

TOENAME VAN HUISELIJK GEWELD

Omdat mensen langdurig veel te kleine ruimtes moesten delen en soms onzeker waren over hun arbeidssituatie, namen frustratie, agressie, verslaving en mentale gezondheidsproblemen toe. Kortom, het creëerde een omgeving die ervoor zorgde dat geweld toenam. Volgens een gepubliceerde analyse (Stavart, 2021) was het aantal gevallen van partnergeweld in bepaalde Brusselse gemeenten met 30% gestegen en waren de aanvragen voor slachtofferhulp sterk toegenomen. De dienstverleners uitten hun bezorgdheid over dit intrafamiliaal, huiselijk en echtelijk geweld. Het werd niet opgemerkt, opgevolgd of correct afgehandeld omdat telewerken en digitalisering de norm waren (Noël, 2021).

NEGATIEVE GEVOLGEN VOOR DE MENTALE GEZONDHEID

Professionals vreesden de mentale gevolgen van de lockdown voor hun doelgroepen. Sommigen leefden immers al maanden in isolatie, terwijl anderen zich opgesloten of in de steek gelaten voelden. De gevolgen uitten zich als een toename van psychische stoornissen (slaapproblemen, eetstoornissen, dwangmatig gedrag in verband met hygiëne, enz.).

Wat echt altijd aangehaald wordt, is het isolement (...) Velen spraken over gewichtsverlies of -toename, slaapproblemen, angst. Het is waar dat we heel wat mensen gek zagen worden. Ze leden aan psychische decompensatie.
(Een verpleegster)

Tal van jongeren, ouders, ouderen en mensen op straat leden aan psychische decompensatie. Ze draaiden door en leken uitgeput, ontmoedigd en machteloos. Door de lockdown, het verlies van sociale steun, en de beangstigende aard van de epidemie, staken bij kwetsbare gebruikers mentale gezondheidsproblemen de kop op die tot dan toe latent waren gebleven. Vooral mensen wiens psychiatrische behandeling te lang onderbroken werd, waren niet meer in staat om hun mentale toestand zelf te reguleren. (UNIA, 2020).

'EXPLOSIE' VAN SOCIALE ONGELIJKHEDEN

De gezondheidsmaatregelen versterkten het gevoel dat de overheid de bevolking in de steek liet. Voor sommige medewerkers was het duidelijk dat hun doelgroepen zich bewust waren van de kloof tussen de maatregelen en het echte leven. Analfabeten en mensen die de officiële landstalen niet machtig waren, werden alsmaar meer uitgesloten, en dat was zorgwekkend. Deze groep trok zich uit de slag door mondeling te communiceren, en door een beroep te doen op mensen die toelichting konden geven en in hun naam het woord konden nemen, die hun situatie begrepen, en de tijd namen om de oplossingen of antwoorden uit te leggen. De afwezigheid van fysiek contact werd niet verholpen door sociale innovaties, want die toonden geen inzicht en begrip voor de behoeften van deze doelgroepen in de context van een pandemie.

Sommige medewerkers van diensten die niet gesloten waren, veroordeelden de sluiting van andere diensten of kantoren en het effect daarvan op hun doelgroepen. De gezondheids crisis leidde tot een inkomensverlies, en vooral digibeten waren daardoor niet in staat om de publieke hefboomen te activeren die een minimuminkomen garanderen. Dat leidde tot frustratie, woede en onbegrip, wat op zijn beurt het wantrouwen jegens politici, en in het bijzonder jegens overheidsinstellingen, aanwakkerde.

UITBREIDING VAN DE DOELGROEPEN

Vrouwen

De interviews brachten aan het licht hoe vrouwen de pandemie ervaren. Velen waren uit hun lood geslagen en zaten opgesloten in verstikkende sociale rollen. De crisis versterkte de ongelijkheid tussen mannen en vrouwen, met name op het gebied van mentale gezondheid en partnergeweld. Uit de interviews bleek dat ouders het zwaarst getroffen werden. Ze onthulden enkele factoren die hen kwetsbaar maakten: de zorg voor kinderen die moesten thuisblijven, het hybride lesgeven (half afstandsonderwijs, half in de klas), de angst dat hun kinderen besmet raakten, en de angst dat hen iets zou overkomen en hun kinderen aan hun lot zouden worden overgelaten.

Losgeslagen jongeren

Hiermee bedoelen we jongeren die geen toegang meer hadden tot de diensten die voor hen bestemd waren. De nabijheid en solidariteit waar ze anders op konden rekenen, waren verzwakt. Deze jongeren maakten minder gebruik van jeugdzorg. Hun ervaringen en psychologische kwellingen waren bijzonder zwaar en lagen buiten het bereik van maatschappelijk werkers (Van Reeth, 2021). Verschillende dienstverleners vertelden over jongeren die hun familie hadden verlaten, thuis waren weggelopen en niet meer naar school gingen. Ze hadden geen inkomen, waren helemaal alleen en hadden geen toekomstperspectief. Ze waren bezorgd over hun vermogen om opnieuw met deze jongeren aan de slag te gaan, want oplossingen voor hen waren schaars en uitdagend. Straathoekwerkers beschreven enkele extreme gevallen, namelijk tieners of jongvolwassenen uit achtergestelde of kwetsbare wijken, die totaal geen voeling hadden met de realiteit, of het nu gaat om onderwijs, werk of openbare welzijnsinstellingen. In sommige buurten, voornamelijk sociale wijken, vreesden ze dat het merendeel van de jongeren het criminele pad zou kiezen. In de rand van de samenleving hadden ze immers een gemeenschap gevonden met haar eigen regels, hiërarchie en normen. Informele 'solidariteit' beantwoordde effectiever en sneller aan hun behoeften dan de openbare welzijnssystemen.

Geïsoleerde ouderen

Dienstverleners maakten zich zorgen over de groeiende kwetsbaarheid van hun oudere zorgvragers. De toename van het aantal gevallen van acute psychische decompensatie was zorgwekkend. Voor medewerkers was het niet altijd gemakkelijk om een onderscheid te maken tussen een geval van 'normale' veroudering, en dementie als gevolg van de lockdown. In deze destabiliserende situaties waren maatschappelijk werkers niet altijd in staat om de situatie helder te analyseren. Ze merkten op dat er zich steeds meer ernstige gevallen van decompensatie voordeden. Bovendien begrepen gepensioneerd of zorgvragers die leden aan decompensatie niet per se dat een gedwongen opname in een ziekenhuis, of een oproep naar de hulpdiensten nodig was voor hun eigen bestwil. Het gebeurde wel vaker dat de verantwoordelijkheid voor een dergelijke beslissing in de schoenen van de maatschappelijk werker werd geschoven. Aan de andere kant bleek uit de interviews dat de

ouderen bang waren, vooral diegenen die alleen thuis woonden. Dat kon de vorm aannemen van angst om naar buiten te gaan of besmet te raken, of de angst dat hen iets zou overkomen en dat ze thuis niet gered zouden kunnen worden.

Daklozen en mensen zonder papieren

daklozen. Tijdens de eerste lockdown waren zij de enigen op straat, want iedereen werd aangemaand om thuis te blijven. Iedereen keerde hen de rug toe, behalve de weinige eerstelijnsdiensten die nog actief waren en opvangfaciliteiten probeerden op te zetten. Mensen op straat verloren hun referentiepunten, en vooral daar hadden ze het moeilijk mee. Door hun kwetsbaarheid waren ze minder goed in staat om zich aan te passen aan de versturende gebeurtenissen in de pandemie. Verslavings- en/of mentale gezondheidsproblemen zijn bij deze mensen schering en inslag, zoals ook systematisch werd aangehaald door straathoekwerkers. Hun gewoontes werden verstoord, ze hadden geen controle meer over hun consumptie, en hun gebruikelijke hangplekken waren gesloten. Dat alles werkte ontwrichtend, veroorzaakte paniek, en wekte frustraties op die soms in geweld uitmondde.

Mensen die met illegalen werkten, legden uit dat de gezondheidscrisis de wetteloze situatie nog verergerde. Ze hadden alleen recht op spoedeisende medische hulp. Maar omdat de OCMW's gesloten en de diensten gedigitaliseerd waren, konden ze dat recht slechts met vertraging uitoefenen. Mensen zonder papieren zijn vaak afhankelijk van de informele economie en werken in het zwart in de horeca, kleine winkels, de bouwsector, enz. Omdat de activiteiten in deze sectoren waren stopgezet, verloren deze mensen plots hun inkomen, zonder dat ze recht hadden op een vervangingsinkomen of op de specifieke bijstand die tijdens de coronacrisis werd aangeboden, zoals tijdelijke werkloosheid of het 'overbruggingsrecht'. Daarbij kwam nog de verminderde toegang tot de gebruikelijke verenigingen en ondersteunende diensten. De medewerkers wezen op de absolute behoefte, kwetsbaarheid en ontredde van deze mensen.

Nieuwe kwetsbare bevolkingsgroepen

De maatschappelijk werkers van het OCMW stelden unaniem vast dat de crisis nieuwe begunstigen aantrok, met nieuwe verzoeken om sociale bijstand. Het is niet verwonderlijk dat nieuwe delen van de bevolking in precare situaties terechtkwamen, in het bijzonder zelfstandigen, pas afgestudeerden die de arbeidsmarkt niet konden betreden, en studenten.

Er kwamen twee groepen naar voren: aan de ene kant de mensen die recht hadden op een leefloon en het buiten de crisis zonder OCMW zouden gered hebben, of die niet op de hoogte waren van hun rechten; aan de andere kant de nieuwe profielen die in aanmerking kwamen voor sociale bijstand. Die nieuwe profielen werden gekenmerkt door een gebrek aan kennis over hun rechten, de hulp die ze zouden kunnen krijgen, en de procedures die ze moesten volgen om die hulp te krijgen. Soms pasten deze nieuwe behoeftigen in geen enkele categorie vanwege de ongeziene aard van hun situatie (bv. Europeanen die hun inkomen kwijt waren en vastzaten in België).

Het probleem was dat die nieuwe zorgvragers zich te laat meldden. Daardoor werd hun situatie urgent, om niet te zeggen catastrofaal. Maatschappelijk werkers stonden soms machteloos tegenover de ernst van hun toestand. Ze moesten schipperen met vooronderstellingen over de taken van de OCMW's en de beweegruimte van maatschappelijk werkers. Dat legde extra druk op hun schouders, terwijl ze geconfronteerd werden met dramatische situaties waarin ze niet konden ingrijpen.

De tendens om de pandemie te reduceren tot een gezondheidsrealiteit die voorkomen kon worden, zorgde ervoor dat alle aspecten van het dagelijkse leven werden geminimaliseerd. Daarom moet de aanpak van de crisis herbekeken worden, zodat hij rekening houdt met alle aspecten van volksgezondheid. Dan wordt niet alleen voorkomen dat een ziekte zich verspreidt, maar worden ook de psychosociale en culturele determinanten van gezondheid in acht genomen. Een dergelijke aanpak is interdisciplinair (epidemiologie, sociologie, economie, enz.), richt zich op kwetsbare bevolkingsgroepen, vermindert sociale ongelijkheden op het vlak van gezondheid, gaat ervan uit dat individuen en bevolkingsgroepen hun gezondheid in eigen handen nemen, enzovoort.

Hoewel noodmaatregelen gerechtvaardigd kunnen zijn om een uitzonderlijke situatie het hoofd te bieden, moeten ze geleidelijk omgevormd worden tot een "beleid dat veerkracht bevordert" (Byk, 2020). We moeten de overstap maken van een beleid dat gericht is op het reguleren van de ziekte, naar een beleid dat zich meer richt op het vermogen van mensen om weloverwogen keuzes te maken (Barras, 2021) over de ziekte en de risico's die ze met zich meebrengt. Zo versterken we hun aanpassingsvermogen voor toekomstige crisissituaties (Gilbert, 2013), zoals het preventie betaamt.

2.5. MEDEWERKERS DIE AFZIEN

Vooraf bij sociale eerstelijnszorgverleners (maatschappelijk werkers, straathoekwerkers) van grote openbare instellingen zoals het OCMW of gemeentelijke diensten is het leed groot. Hoe groter de organisatie, hoe groter het leed bij medewerkers, zo bleek uit onze gesprekken met hen. Daarin kwam een duidelijke ontevredenheid naar voren over de veranderingen die de organisatie doorvoerde als reactie op de crisis. De nieuwe taken die tijdens de pandemie werden opgelegd, stonden te ver af van hun professionele eerstelijnszorg, waardoor het vertrouwen bij hun gebruikers afnam (zie ook punt 2.3). Ze hadden het gevoel dat ze als instrumenten werden ingezet, zonder dat hun professionele vaardigheden in acht waren genomen.

Zoals we al zeiden, verhoogde telewerk de werkdruk in sommige opzichten. Maatschappelijk werkers ontwikkelden 'mailbox-stress'. Ze moesten zich een nieuwe 'gesprekstoel' eigen maken, die langzamer werkte zonder dat ze extra middelen of tijd kregen.

Overspanning was niet ongewoon, vooral omdat de verwachtingen van gebruikers complexer werden en dienstverleners zich steeds minder in staat voelden om daaraan te voldoen. Die benarde situatie had natuurlijk ook gevolgen voor de gebruikers. De dienstverleners veroordeelden de bureaucraties en controlerende maatregelen van hun instellingen. Toch namen ze, om zichzelf te beschermen, de standpunten van de veldwerkers over: die waren immers verantwoordelijk over het gedrag van de zorgvragers, en pleitten voor meer restrictieve maatregelen en richtlijnen om dringende verzoeken te kaderen. Deze maatschappelijk werkers droegen de mistoestanden en vijandigheid binnen openbare instellingen over op de gebruikers, een fenomeen dat bekend is in de sociale sector (Gonçalves, 2012).

DE CRISIS ALS HEFBOOM VOOR VERANDERING?

Het is niet allemaal kommer en kwel. De medewerkers benadrukten dat de gezondheids crisis ook geleid heeft tot een aantal doorbraken en innovaties. Ten eerste waardeerden sommige van de geïnterviewde medewerkers de verschillende uitzonderlijke financieringspakketten⁴ die als gevolg van de pandemie beschikbaar werden gesteld. Dat toonde volgens hen dat politieke besluitvormers de ogen niet sloten voor de toegenomen armoede

⁴ Andere voorbeelden waren de subsidies van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC): financiële steun voor Brusselse hulp- en zorginstellingen, een bonus van het Gewest ter ondersteuning van hulp- en zorgpersoneel, opschorting van limieten op kinderbezoek, en de distributie van beschermingsmiddelen (maskers, gel, enz.). Daarnaast kregen OCMW's coronasubsidies voor personen die vóór de crisis geen leefloon of OCMW-bijstand nodig hadden.

en onzekerheid onder de bevolking. Andere geïnterviewden benadrukten dat de crisis het mogelijk maakte om goedkeuring te krijgen voor projecten of acties die voordien geen prioriteit hadden, controversieel waren, of een zeer lang goedkeuringsproces kenden. De installatie van openbare toiletten voor daklozen was daar een voorbeeld van.

Sommige medewerkers waren trots op de veranderingen die de pandemie bij hen zelf teweeg had gebracht, zowel in hun dagelijkse werk als in hun houding ten opzichte van hun taken. Ze zeiden dat de confrontatie met een uitzonderlijke situatie het beste in hen naar boven bracht. Sommige mensen in administratieve functies namen een sociale, menselijke rol op, buiten de grenzen van het kantoor.

Bovendien werd de bevolking op een ongeziene manier gemobiliseerd door de ongekeende aard van de eerste lockdown: ze doneerden voedsel en kleding, deden vrijwilligerswerk, maakten maskers, enz. Dat waardeerden en bewonderden de dienstverleners enorm. Tijdens de crisis kenden de verenigingen een toestroom van nieuwe vrijwilligers. De bevolking leek sneller te reageren dan de politiek, zoals ook het geval was in eerdere crises. Volgens de dienstverleners bevorderde dat de samenhang binnen de gemeenschap, die zich voor het algemeen belang inzette.

Uit de analyse van de interviews bleek dat de medewerkers zich in de coronajaren fors hebben aangepast, en in verschillende mate veerkracht hebben ontwikkeld ten opzichte van de crisis. Tijdens de versoepelingsfasen verbeterde hun professionele weerbaarheid, terwijl die tijdens de lockdowns verslechterde. De situatie verbeterde wel op de lange termijn.

De gevolgen van de gezondheids crisis voor de medisch-sociale praktijken waren talrijk en hadden een impact op de kwaliteit van de dienstverlening aan de gebruikers. De mensen werden gesegmenteerd geholpen, waardoor het onmogelijk werd om zorg te verlenen aan gebruikers met meervoudige problemen. Daarnaast verwaterden de professionele verantwoordelijkheden, nam de complexiteit van de zorg toe omdat essentiële organisaties sloten, verzwakte de samenhang binnen de teams, enz. De digitalisering van diensten had een impact op de hulpverlening: er was geen wisselwerking meer, communicatieproblemen en conflicten tussen personen namen toe, het gevoel groeide dat er niet geluisterd werd, enz. (Tisseron, 2020). Veldwerkers konden mensen met een 'digitale achterstand' moeilijker bereiken, omdat die laatste geen toegang meer hadden tot essentiële organisaties (banken, ziekenfondsen, OCMW's, enz.). De digitalisering en met name het telewerk ondermijnde ook de teamdynamiek (Tisseron, 2020), versterkte het gevoel van professionele isolatie, "verhinderde de creatie van een gemeenschappelijke cultuur", "verkleinde de ruimte voor creativiteit", verhoogde het risico op burn-out, enzovoort.

Uit die balans vloeit voort dat het concept van noodhulp geherdefinieerd moet worden, aan de ene kant op basis van de essentiële behoeften van kwetsbare bevolkingsgroepen, en aan de andere kant op basis van de onderlinge afhankelijkheid tussen organisaties wanneer ze hulp en diensten verlenen aan die bevolkingsgroepen.

De veerkracht van eerstelijns hulpverleners vergroot in tijden van crisis wanneer de politiek tijdig rekening houdt met de specifieke behoeften van kwetsbare bevolkingsgroepen, en wanneer de bevolking zich mobiliseert.

2.6. TE VREZEN GEVOLGEN OP SOCIAAL EN GEZONDHEIDSVLAK

Hoe moet het nu verder? De meeste respondenten vinden dat de uitsluiting en zorgelijke situatie van hun zorgvragers steeds erger wordt. Ze vrezen dat de problemen van hun gebruikers zullen toenemen, dat hun werklast te hoog zal zijn, en dat het moeilijk zal zijn om de banden met hun doelgroepen te herstellen. Daarnaast maken ze zich zorgen over de duurzaamheid van telewerken en de digitalisering van openbare en sociale diensten.

EEN GROEIEND AANTAL PROBLEMEN

Omdat de problemen steeds complexer worden, moeten er nieuwe vaardigheden en kennis op het gebied van wetgeving en procedures komen, wat voortdurende training vereist en medewerkers uit hun vakgebied haalt. De angst dat ze niet meer aan de eisen van de gebruikers kunnen voldoen, overheerst. Ook aan de toename van psychisch leed onder de doelgroepen is duidelijk te zien dat de maatschappelijke zorg moeilijker wordt. Medewerkers zullen zich moeten aanpassen en wapenen, en geduldig en tolerant moeten zijn. Daarom zullen ze ook nieuwe psychosociale vaardigheden moeten aanleren, zodat ze kunnen omgaan met mensen die al dan niet chronisch aan mentale gezondheidsproblemen lijden. Die psychische kwetsbaarheid is een reële bedreiging voor medewerkers die met ouderen werken. Hun toegenomen isolement in de context van de crisis, vooral bij bewoners van woonzorgcentra, heeft merkbare gevolgen.

Volgens de dienstverleners heeft de coronacrisis de ongelijkheden in onze samenleving niet gecreëerd, maar wel blootgelegd en versterkt. Ze deed dat op dezelfde manier als andere gebeurtenissen en crises uit het verleden, waaruit blijkbaar geen lessen zijn getrokken. De problemen zijn structureel en leiden tot het idee dat onze samenleving niet in staat is om voor de armen te zorgen of armoede te voorkomen. Door de onderfinanciering van een overbelaste en onderbezette sociale sector wordt politieke interventie meer gezien als een 'doekje voor het bloeden'.

De steeds complexere problemen hebben ook betrekking op patiënten in medische diensten. Gezondheidsprofessionals vrezen de gevolgen van het gebrek aan toezicht en gezondheidscontroles, het stopzetten van kankerscreening of opvolging van chronisch zieke patiënten, en het uitstellen of niet gebruikmaken van zorg tijdens lockdowns.

HOGERE WERKDRUK VOOR MAATSCHAPPELIJK WERKERS

Wat de medewerkers ook zorgen baart, is het vooruitzicht dat hun werkdruk zal blijven toenemen. Ze vrezen dat het extra energie en tijd zal vergen om het contact met gebruikers te herstellen. Het contact was nog nooit op deze manier onderbroken geweest. Zelden stonden de diensten zo ver af van hun doelgroep. Hun vrees wordt nog versterkt door het feit dat de subsidiërende overheden die obstakels niet zien en er dus geen rekening mee houden. Als die afstand tot de doelgroepen blijft bestaan, kunnen de overheden financiële sancties opleggen aan de betrokken organisaties, die verplicht zijn om verslag uit te brengen over hun activiteiten (vaak met cijfers).

DE DIGITALISERING EN HET TELEWERK DUURZAAM MAKEN

Verschillende dienstverleners zijn van mening dat de verplichting tot telewerken leidde tot ongelijkheid tussen medewerkers. Ze maken zich daarom zorgen over toekomstige ontwikkelingen. Ze vragen zich af hoe ze de flexibiliteit van telewerken, gelijke arbeidsvoorwaarden en een voldoende en relevante aanwezigheid ter plaatse op een duurzame manier kunnen combineren. Telewerken wordt ook gezien als een bedreiging voor een constructieve dynamiek, gedeelde governance, en de medewerking van alle dienstverleners en gebruikers. Er zijn dus duidelijke risico's verbonden aan telewerken. Het is van essentieel belang dat deze kwestie op een gezamenlijke en interdisciplinaire manier wordt aangepakt.

Tot slot vormt de digitalisering van diensten, gegevens en procedures ook een bron van bezorgdheid voor medewerkers. Volgens sommige dienstverleners kan deze ontwikkeling de menselijke dimensie van maatschappelijke begeleiding in gevaar brengen.

ENKELE BEMOEDIGENDE ONTWIKKELINGEN

De coronacrisis leidde niet alleen tot doemdenken bij de dienstverleners.

1. De pandemie heeft ook benadrukt dat de OCMW's een vitale rol spelen als vangnet. Veel OCMW's hadden namelijk hun deuren gesloten en werden daarvoor fel bekritiseerd, want de gevolgen waren rampzalig. Toen ze heropenden, werden ze overspoeld door aanvragen. Dat toont nog maar eens hoe broodnodig ze zijn.
2. Het tweede bemoedigende signaal is dat sommige medewerkers ervan overtuigd zijn dat de crisis hen zichtbaarder heeft gemaakt. Dat geldt bijvoorbeeld voor de teams op straat, zoals de straathoekwerkers of het ambulante medische personeel.
3. Daarnaast hebben we door de crisis grenzen verlegd en de zorg voor kwetsbare mensen op ongeziene manier uitgebreid.
4. Een vierde positief element ten slotte betreft de creativiteit en innovatie van de verenigingen, die erin geslaagd zijn zichzelf opnieuw uit te vinden en hun maatschappelijke eerstelijnstaken zo goed mogelijk te blijven uitvoeren. Daaruit kunnen we afleiden dat we moeten leren werken met nieuwe media en tools, en nieuwe vaardigheden en verbeeldingskracht moeten ontwikkelen, zodat we gebruikers een stem kunnen blijven geven.

3.

AANBEVELINGEN

Na analyse van de interviews hebben de dienstverleners zelf deze aanbevelingen opgesteld.

3.1. BETREFFENDE GEBRUIKERS

IN HET ALGEMEEN:

- We moeten het isolement bestrijden dat wordt verergerd door de lockdowns, en voorkomen dat diensten sluiten, zoals we in 2020 hebben meegemaakt. Daarom moeten we:
 - noodplannen opstellen in instellingen en medisch-sociale sectoren die voorzien in het behoud van opvang binnen diensten, en tegelijkertijd de veiligheid van medewerkers garanderen (planningen met afwisselende aanwezigheden, maximale opvangcapaciteit, communicatieplan voor gebruikers, enz.);
 - middelen voorzien om de banden met de meest geïsoleerde gebruikers in stand te houden, waaronder flexibele maatregelen voor bepaalde groepen (jongeren uit achtergestelde wijken, psychisch kwetsbare mensen, enz.), en zorgen voor voldoende beschermingsmiddelen in geval van fysiek contact;
 - digitaal kwetsbare mensen alternatieven bieden voor de gedigitaliseerde diensten, door contact op afstand af te wisselen met fysieke aanwezigheid;
 - de menselijke dimensie van zorg behouden, om ervoor te zorgen dat zorgvragers niet als nummers worden behandeld en dat hulpverleners een totaalbeeld hebben van hun situatie.

- We moeten de toename van sociale ongelijkheid en ongelijkheid op gezondheidsgebied bestrijden door het risico te voorkomen dat mensen geen beroep meer doen op hulp en zorg, en hun primaire behoeften niet meer gedekt worden. Daarom moeten we:
 - op basis van de bevindingen uit de coronacrisis gezondheidsmaatregelen voor een pandemie opstellen die rekening houden met dat risico;
 - nagaan of we het collectieve belang voorrang kunnen geven op de sociale, economische en gezondheidsgevolgen op de lange termijn, die voortvloeien uit sluitingen, bezuinigingen op diensten en het ontnemen van vrijheden. Als dat niet kan, moeten we die gevolgen compenseren waar nodig.

- We moeten de digitale kloof en digitale kwetsbaarheid bestrijden. Daarom moeten we:
 - digitale vaardigheden beter aanleren op lagere en middelbare scholen, en in beroepsopleidingscentra voor volwassenen;
 - media-educatie en technieken voor historische kritiek integreren in de leerplannen;
 - sociale diensten uitrusten met geschikte IT-apparatuur;
 - het aantal en de toegankelijkheid van digitale openbare ruimten vergroten;
 - investeren in de aanschaf van digitale apparatuur voor gebruikers, en zorgen voor eenvoudige en eerlijke distributiecriteriën;
 - systematisch fysieke alternatieven bieden voor gedigitaliseerde diensten.

- We moeten de sectoren versterken die tijdens de coronapandemie over het hoofd werden gezien, zoals de gehandicaptensector, de sector van de thuiswonende ouderen, de ambulante jeugdzorg, de onderwijssector en de vrijetijdssector.

WAT OUDEREN BETREFT:

- We moeten thuiszorg handhaven en versterken door:
 - procedures vast te stellen om ervoor te zorgen dat het personeel met respect wordt behandeld en op een waardige en aantrekkelijke manier wordt beloond;
 - geschikte beschermingsmiddelen te financieren;
 - de thuiszorg aan te passen: voorrang geven aan een gepersonaliseerde opvolging van de gebruikers (d.w.z. een vaste contactpersoon indien mogelijk), rekening houdend met waardigheid en privacy, wat essentieel is in de ouderenzorg;
 - de bijkomende positieve aspecten van dit beroep te waarderen.
- We moeten het crisismanagement in woonzorgcentra verbeteren door:
 - koste wat kost bezoekmomenten te behouden (tref de nodige regelingen: beperkte bezoektijden, beschermingsmiddelen, geschikte ruimtes);
 - isolatie- en voorzorgsmaatregelen op te stellen die niet alleen rekening houden met gezondheidsrisico's, maar ook met de mentale en sociale risico's voor bewoners.
- We moeten het aantal dagcentra voor ouderen verhogen, want momenteel zijn er niet genoeg. Zo kunnen we het sociale isolement van ouderen bestrijden en de werklust van mantelzorgers verlichten.
- We moeten de digitale kloof bij 65-plussers bestrijden door:
 - platformen voor intergenerationele uitwisseling en ondersteuning tussen vrijwilligers en hulpbehoevende senioren te bevorderen;
 - openbare digitale ruimten voor senioren te ontwikkelen en te versterken op gemeentelijk niveau;
 - ruimtes aan te bieden waar senioren persoonlijke begeleiding kunnen krijgen bij hun digitale activiteiten.

WAT DAKLOZEN BETREFT:

- We moeten dakloosheid aanpakken, omdat daklozen zichtbaarder zijn geworden door de crisis en extra hard getroffen werden door de lockdown. Dat doen we door:
 - het aantal noodopvangplaatsen dat het hele jaar door open is, zowel overdag als 's nachts, te handhaven en uit te breiden, zodat mensen kwalitatief betere en waardigere hulp krijgen;
 - het aantal toegankelijke verblijfplaatsen in Brussel te verhogen;
 - ervoor te zorgen dat basisbehoeften van dak- en thuislozen (zorg, hygiëne, voedsel) in alle omstandigheden worden gedekt, en door in crisissituaties verantwoordelijke diensten aan te wijzen en te financieren;
 - de strijd tegen uithuiszetting op te voeren en het aantal oplossingen voor nieuwe huisvesting te verhogen;
 - de rechten voor daklozen toegankelijker te maken;
- daklozen vrijstelling te geven voor gezondheidsmaatregelen.

WAT JONGEREN IN ACHTERGESTELDE WIJKEN BETREFT:

- We moeten tegengaan dat de spanningen tussen politiediensten en jongeren uit achtergestelde wijken kristalliseren door:
 - samenwerkings- en uitwisselingsmechanismen op te zetten tussen medische en maatschappelijke eerstelijnsverleners en de politie- of veiligheidsdiensten, zodat beide partijen elkaars dynamiek kennen en begrijpen. Op die manier voorkomen we dat de interventies van de twee soorten actoren contraproductief zijn en ondermijnen wat er ter plaatse al is bereikt;
 - de aanwezigheid van preventiewerkers (straathoekwerkers, bemiddelaars, enz.) in deze buurten te vergroten en hun werkuren uit te breiden;
 - preventieve missies te bevorderen en repressieve interventies door de politie te verminderen om ervoor te zorgen dat jongeren de politiediensten beter aanvaarden;
 - lokale politie-eenheden te mobiliseren in plaats van de federale politie, die minder goed geaccepteerd wordt in de wijken;
 - de rol van 'buurtbeheerder' te formaliseren en uit te breiden. Die fungeert als schakel tussen de politie, gemeentelijke diensten en de lokale bevolking.

- We moeten openbare buitenruimtes flexibeler gebruiken en toegankelijker maken door:
 - massaal te investeren in buiteninfrastructuur en het onderhoud ervan;
 - te zorgen voor flexibiliteit voor ambulante jeugdhulpdiensten die actief zijn in leefomgevingen, en zo het gebrek aan toegang tot contactruimten (zoals jeugdcentra, buurthuizen, sporthallen, enz.) te compenseren.

3.2. BETREFFENDE DE ARBEIDSSOMSTANDIGHEDEN VOOR MEDISCH-SOCIALE EERSTELIJNSDIENSTEN

- We moeten de telewerkregelingen voor de medisch-sociale eerstelijnssector afbakenen en aanpassen door:
 - bestuursorganen te mobiliseren om een sociale dialoog te voeren over de voorwaarden voor telewerken in de medisch-sociale sectoren; regels op te stellen voor telewerk, zodat het voldoet aan de eisen van de praktijk en technologische innovaties;
 - de ongelijkheden aan te pakken die ontstaan tussen medewerkers die kunnen telewerken en veldwerkers die dat niet kunnen; compensatiemechanismen te voorzien voor de gecreëerde ongelijkheden (zoals risicobonussen of compensatieverlof);
 - risicoanalyses en gezondheidscontroles aan te passen voor eerstelijnsfuncties die niet (zelfs niet gedeeltelijk) telewerken, voldoende beschermingsmiddelen ter beschikking te stellen, en zo iets te doen aan het onveiligheidsgevoel van medewerkers.

- We moeten waardering tonen voor extramurale medewerkers die onder hoge druk zijn blijven werken en die tijdens de crisis geen vrijstellingen kregen of konden telewerken, zoals medewerkers van rust- en verzorgingstehuizen, thuiszorgmedewerkers, maatschappelijk werkers en straathoekwerkers. Dat doen we door:
 - hun inspanningen en moeilijke werkomstandigheden zichtbaar te maken, in overweging te nemen en te laten erkennen door het management, de directe hiërarchie en de bestuursorganen;
 - te vermijden dat 'beschikbare' veldwerkers 'geïnstrumentaliseerd' worden om taken uit te voeren die verder reiken dan hun basisopdrachten (zoals bepaalde taken in verband met covidpreventie). We moeten ervoor zorgen dat ze hun sociale en medische spoedopdrachten met prioriteit kunnen uitvoeren. Medewerkers moeten de mogelijkheid krijgen om zich op vrijwillige basis beschikbaar te stellen voor uitzonderlijke en specifieke taken in verband met de pandemie;

- meer te overleggen met medische en sociale eerstelijns werkers in crisisbesluitvormingsorganen, om ervoor te zorgen dat de maatregelen haalbaar zijn op het terrein, en om het wantrouwen tegen te gaan dat ontstaat door besluitvorming van bovenaf.
- We moeten de angsten van medisch-sociale eerstelijns werkers tijdens een pandemie aanpakken door:
 - maatschappelijk werkers de instrumenten te bieden die ze nodig hebben om met de tegenstrijdige gevoelens om te gaan die de crisis oproept (angst om zichzelf in gevaar te brengen door aan het werk te gaan, tegenover frustratie over de ontoegankelijkheid van het actieterrein en de noodzaak om de banden met de doelgroep te onderhouden);
 - de besluitvaardigheid van medewerkers te vergroten in een context die wordt gekenmerkt door beangstigende en tegenstrijdige uitdagingen.
- We moeten medewerkers uitrusten om met nepnieuws en complottheorieën om te gaan, waaraan vooral veldwerkers (verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, onderwijzers, enz.) worden blootgesteld. Dat doen we door doeltreffende argumenten aan te reiken en 'valse' informatiebronnen te identificeren.

3.3. BETREFFENDE GEMEENTEN EN OCMW'S

- Een aantal lokale overheden zette algemene callcenters op tijdens de eerste lockdown om in te spelen op de noden en vragen van de lokale bevolking. Die systemen hebben hun waarde bewezen. Daarom moeten ze snel kunnen worden ingezet wanneer dat nodig is. De middelen moeten worden gedeeld zodat elke gemeente het wiel niet opnieuw hoeft uit te vinden. De mechanismen om die systemen uit te rollen moeten kapitaal krijgen, en de beschikbare hulpverleners moeten op voorhand geïdentificeerd worden.
- Rampenplannen voor een gezondheids crisis moeten regelmatig opgesteld, bijgewerkt en geactiveerd worden. Daarin staat welke activiteiten en diensten worden stopgezet, hoe de gemeentelijke diensten zich moeten reorganiseren volgens de prioriteiten van de gezondheids crisis, en welke actoren en verantwoordelijkheden ingeschakeld moeten worden. We moeten het voorbeeld volgen van bestaande noodplannen en -procedures, lokale diagnoses (sociale en gezondheidsdiagnoses, diagnoses over sociale cohesie, lokale veiligheidsdiagnoses) en lessen uit de huidige crisis.
- We moeten de helpende rol van de ondersteunende diensten (financiën, personeelszaken, administratie, infrastructuur, enz.) versterken, administratieve taken aan hen geven om de eerstelijnsdiensten te ontlasten, en de restrictieve maatregelen van de ondersteunende diensten bestrijden.
- In elke gemeente moeten we de dienstbaarheid van burgers versterken door:
 - een kader en organisatie te bieden die hulpvragen koppelen aan hulp aangeboden door burgers. Dat zal de druk op gemeentelijke diensten verlichten, met name op de preventiediensten;
 - publieke of private hulporganisaties te identificeren die uitsluitend een beroep doen op vrijwilligers, een lijst ervan te maken, en in te schatten hoeveel begunstigden door deze organisaties en hun activiteiten worden opgevolgd.
- We moeten meer uitwisselingen en communicatie plannen tussen lokale overheden en hun verschillende afdelingen, om de inspanningen beter te verdelen en ervoor te zorgen dat de verschillende diensten elkaar beter kennen.
- We moeten beroepsmalaise en absentieïsme bestrijden, in het bijzonder bij de maatschappelijke teams van de OCMW's. De crisis heeft met name de realiteit van de maatschappelijk werkers in de algemene sociale diensten van de OCMW's aan het licht gebracht, die tijdens de crisis zwaar op de proef werden gesteld. Tegelijkertijd is er een collectief besef ontstaan van de noodzaak en de waarde van hun sociale missie. Daarom moeten we:
 - de druk op medewerkers verminderen door hun aantal te verhogen en het aantal dossiers per maatschappelijk werker te verminderen;

- hun bewegingsruimte en autonomie vergroten en hun administratieve taken verminderen en vereenvoudigen. We moeten interne controlemechanismen flexibeler maken en maatschappelijk werkers meer verantwoordelijkheid geven voor het beheer van hun dossiers;
- regelmatig hun mening en professionele expertise vragen en hen betrekken bij institutionele veranderingen en voorstellen om hun diensten te verbeteren;
- de psychosociale ondersteuningssystemen voor deze medewerkers uitbreiden (overleg tussen collega's, psychosociale ondersteuningseenheid, enz.);
- een veilige werkomgeving bieden: een flexibele benadering van telewerken, adequate en beschikbare IT-hulpmiddelen, duidelijke en eerlijke procedures, beschikbare beschermingsmiddelen.

3.4. BETREFFENDE COVIDPREVENTIE

- We moeten de communicatie- en preventiecampagnes voor gemarginaliseerde bevolkingsgroepen verbeteren in de context van een pandemie, door:
 - een massaberichtgeving te vermijden, evenals culpabiliserende en moraliserende boodschappen;
 - preventieboodschappen af te toetsen bij burgers, waarbij gemarginaliseerde en achtergestelde groepen correct vertegenwoordigd worden;
 - de aard en inhoud van de boodschappen te laten valideren door de sector voor gezondheidsbevordering van Brussel;
 - rekening te houden met de prioritaire behoeften (op economisch, sociaal en gezondheidsvlak) van achtergestelde groepen, en die af te wegen tegen de gezondheidsmaatregelen;
 - preventieboodschappen te herformuleren zodat ze begrepen worden door een kwetsbare bevolkingsgroep die geen enkele landstaal spreekt of onvoldoende gezondheidsgeletterdheid heeft; de voorkeur te geven aan duidelijke, gerichte, eenvoudige en neutrale boodschappen;
 - af te stappen van een marketingbenadering voor preventie.
- We moeten het intersectorale overleg over de opgestelde richtlijnen verbeteren binnen de bestuursorganen van de verschillende subsidiërende of referentie-autoriteiten, door:
 - de vertegenwoordiging en expertise van de sociale sector in crisisbesluitvormingsorganen zoals de GEMS te vergroten;
 - te voorkomen dat verschillende instanties tegenstrijdige en inconsistente maatregelen uitvaardigen die betrekking hebben op dezelfde diensten (Het was bijvoorbeeld mogelijk om tijdens de lockdown een dagcentrum voor dakloze volwassenen te openen, maar groepssessies in een binnenruimte met tieners ouder dan 12 jaar konden niet. Het openbaar vervoer nemen mocht wel, maar naar de bioscoop gaan niet.).
- We moeten testresultaten zo snel mogelijk beschikbaar maken, een prijsplafond voor de tests voorstellen, en vragen of ziekenfondsen de kosten van de tests willen vergoeden. PCR- en antigeentests moeten lokaal verspreid worden.
- We moeten de sociale ongelijkheden verminderen die voortvloeien uit het Covid Safe Ticket, door de kosten van PCR- en antigeentests te vergoeden en de toegang ertoe lokaal te vergemakkelijken, aangezien het CST bedoeld is om besmetting tegen te gaan en niet om mensen die niet gevaccineerd zijn te stigmatiseren.
- We moeten een duidelijke en werkbare definitie van contactgevallen voorstellen die rekening houdt met de menselijke natuur, en bewust en meetbaar gedrag bevordert (15 minuten op een afstand van 1,50 m is moeilijk toe te passen en leidt tot verwarring bij het identificeren van contactgevallen).
- We moeten openbare buitenruimtes flexibeler gebruiken en toegankelijker maken in tijden van crisis, vooral in de dichtstbevolkte wijken, omdat ze de sluiting van traditionele ontmoetingsplaatsen (jeugdcentra, sporthallen, enz.) compenseren. Beperk de maximale grootte van de contactbubbel buiten niet te veel (niet minder dan 5 personen).

4.

CONCLUSIE

HET BELEID HERORIËNTEREN NAAR VOLKSGEZONDHEID EN GEZONDHEIDSBEVORDERING OM HET KADER WERKBAARDER TE MAKEN

Maatregelen om sociale ongelijkheid op het vlak van gezondheid te verminderen en mensen weerbaarder te maken tegen een pandemie zijn gebaseerd op een aantal fundamentele beginselen.

Wat de volksgezondheid betreft, moet de expertise die leidt tot politieke besluitvorming multidisciplinair zijn, en moet elke discipline op een evenwichtige manier vertegenwoordigd zijn (Mansour *et al.*, 2021). Die noodzaak is met name gebaseerd op het feit dat de kennis van elke discipline relatief is en ons een blik op de pandemie biedt, maar geen enkele discipline kan beweren alles over de pandemie te weten. Tijdens de crisis werd de epidemiologie vaak geraadpleegd. De bijdrage van dit vakgebied is dan ook onmiskenbaar voor de omgang met een pandemie, maar is onvoldoende om geïnformeerde beslissingen te kunnen nemen over menselijk gedrag. Het stelt ons met name in staat om de waarschijnlijke effectiviteit van een beleid te meten door de evolutie van de ziekte te volgen, maar het is niet voldoende om de voorwaarden te begrijpen waaronder het beleid effectief is. Het stelt ons ook in staat om risicogroepen te identificeren, maar het helpt ons niet om te weten hoe we moeten ingrijpen bij deze risicogroepen, om de onderliggende redenen voor dit risicogedrag te begrijpen, evenals de verschillende problemen die achter deze groepen schuilgaan. Hoewel gezondheidsgegevens cruciaal zijn in tijden van een pandemie, zijn ze niet voldoende om een geïnformeerde politieke besluitvorming te onderbouwen (Stanton-Jean, 2020). Bovendien is kennis vanuit een enkele discipline niet neutraal. Ze draagt een ideologisch en normatief kader met zich mee. Epidemiologisch toezicht kan bijvoorbeeld gezien worden als een systeem om "het leven van het individu en zijn of haar familie te controleren, inclusief de meest intieme aspecten, in de naam van het welzijn van de gemeenschap." Daardoor is het soms geneigd om het individu te zien als iemand die de kennis en het vermogen mist om zijn of haar eigen leven te leiden, en lijkt het gezondheidsbehoeften belangrijker te achten dan de werkelijke behoeften van de bevolking. Dergelijk toezicht is nuttig en noodzakelijk, des te meer als het niet beperkt blijft tot klinische kennis (Santos *et al.*, 2010). In die zin is het niet de epidemiologische benadering die hier in twijfel wordt getrokken, maar het gebruik ervan voor normatieve en ideologische doeleinden. Informatieoverdracht die focust op een paar gegevens over het risico (vaccinatiegraad, percentage mensen dat beschermingsmaatregelen neemt, opnames op intensieve zorgen, enz.) is niet onschuldig. Ze geeft ons een beknot en bedreigender beeld van de ziekte in zoverre individuele en collectieve toe-eigening deels "onafhankelijk" is van het zogenaamde objectieve bestaan van de ziekte (Kmiec *et al.*, 2014). Die toe-eigening is niet zonder gevolgen voor de bevolking, die de geboden en maatregelen beoordeelt in het licht van deze "subjectiviteit" (hamsteraars in het begin van de pandemie, bezorgde ouders die weigeren hun kinderen terug naar school te laten gaan, individuen die zich gemanipuleerd voelen door het beeld dat de media uitdragen wanneer ze dat vergelijken met hun persoonlijke ervaring met de ziekte, mensen die zich afkeren van de traditionele media vanwege de angst die wordt veroorzaakt door de informatie die ze verspreiden, enz.). De maatregelen werken beangstigend op een deel van de bevolking dat niet noodzakelijkerwijs de mogelijkheid heeft om deze cijfers met een afstandelijke en kritische blik te bekijken, en dat geneigd zal zijn om de veroorzaakte angst te compenseren (Barras, 2021) door zijn toevlucht te nemen tot andere informatie, die soms niet erg objectief is, om opnieuw een geruststellend kader te creëren. Bovendien moet de kwaliteit van het advies gegarandeerd zijn. Die kwaliteit is niet louter een kwestie van vaardigheden. Vanuit het oogpunt van volksgezondheid is ze gekoppeld aan de onafhankelijkheid van de deskundigen. Het advies moet komen van personen die geen financieel, sectoraal of institutioneel belang hebben bij de oriëntatie van de maatregelen die door de autoriteiten worden genomen. Bovendien "moeten

alle deskundigenrapporten worden gepubliceerd, zodat het publiek toegang heeft tot de informatie die tot een bepaalde beslissing heeft geleid" (Mansour *et al.*, 2021). Interdisciplinariteit, onafhankelijkheid en neutraliteit maken de wetenschappelijke kennis geloofwaardig voor het publiek, zeker wanneer die wordt onderworpen aan peer review en wetenschappelijk debat om ze te valideren en verder te ontwikkelen.

De genomen maatregelen moeten aangepast zijn aan de specifieke context van de interventie voor kwetsbare bevolkingsgroepen. Als mensen de door de deskundigen opgelegde maatregelen niet aanvaarden, wordt dat maar al te vaak geïnterpreteerd als een gebrek aan kennis. Het enige dat we moeten doen is de verschillende informatiekanalen gebruiken om deze kennis door te geven en ervoor te zorgen dat het publiek de maatregelen steunt. Hoewel informatie noodzakelijk is, is ze vaak onvoldoende om nieuw gedrag te creëren, vooral bij de meest kwetsbare bevolkingsgroepen die door hun levensomstandigheden niet altijd in staat zijn om de genomen maatregelen na te leven (digitale kloof, financieel onvermogen om veilig gedrag aan te nemen, angst, krappe woningen, enz.). Die ongelijkheden zijn ook deels te wijten aan een gebrek aan vertrouwen in de autoriteiten, die volgens sommigen op een ivoren toren zitten. Dit gebrek aan vertrouwen treft in mindere mate ook de eerstelijnsprofessionals. Een deel van hen meent namelijk dat de genomen maatregelen niet aansluiten bij hun werk. Zo ontstaat er een discrepantie tussen de maatregelen van de autoriteiten en de eerstelijnsprofessionals, die gedeeltelijk te wijten lijkt aan de manier waarop mensen tijdens deze gezondheidscrisis worden benaderd. De dienstverleners, en meer specifiek die in de sociale sector, benaderen hun gebruikers op een meer alomvattende manier: ze houden rekening met hun fysieke, mentale en sociale dimensies. De federale overheid daarentegen benadert de burgers meer gericht, waarbij ziekte centraal staat en de fysieke dimensie van gezondheid voorrang krijgt op de andere dimensies. Hun acties zijn dus niet gebaseerd op dezelfde legitimiteitsprincipes. Door dat verschil wordt de legitimiteit van de federale overheid en de experts die de overheid adviseren in twijfel getrokken. Een pandemie is gemakkelijker te bestrijden als de medisch-wetenschappelijke expertise voorrang krijgt op advies van andere sectoren. Toch roept deze aanpak vragen op vanuit een aantal maatschappelijke, wetenschappelijke en praktische oogpunten. Ze minimaliseert namelijk de impact van de gezondheidscrisis op elk aspect van het dagelijkse leven. De genomen maatregelen dienen immers niet alleen om een ziekte onder controle te krijgen, maar hebben ook betrekking op fundamentele aspecten van individuele vrijheden, de rechten van individuen en patiënten, de bescherming van burgers, en maatschappelijke keuzes. De aanpak focust vooral op controle over de epidemie, waarover geen definitieve kennis bestaat, en op de capaciteit van medische hulpdiensten om ermee om te gaan. Daardoor hecht hij minder belang aan deskundigenrapporten, die een beter inzicht zouden geven in de redenering achter de (niet-)naleving van de maatregelen (Mansour *et al.*, 2021). Veel van de dienstverleners die we hebben ontmoet, zijn het dus eens met de principes van epidemiebeheer zoals die moeten worden opgevat in een aanpak die de volksgezondheid en gezondheidsbevordering ten goede komt. Daarbij wordt gezondheid in haar vele dimensies beschouwd, en richt de actie zich ook op de factoren die deze gezondheid beïnvloeden (huisvesting, de banden tussen dienstverleners en hun zorgvragers, de toegankelijkheid van diensten, psychosociale vaardigheden, overtuigingen die gedrag sturen, enz.). De voorwaarden om op deze manier aan de slag te gaan, ontbreken echter gedeeltelijk: het is niet altijd mogelijk om in een netwerk te werken, de gebruiker wordt steeds meer gesegmenteerd benaderd, de basisdiensten zijn niet toegankelijk, enz. Dat heeft op de korte, middellange en lange termijn gevolgen voor de geestelijke, sociale en lichamelijke gezondheid van kwetsbare mensen. Daarom moet herdefiniëerd worden wat 'verstandige' acties zijn. In een pandemie moet de aanpak worden afgestemd op kwetsbare bevolkingsgroepen. Daarbij wordt niet alleen veilig gedrag bevorderd dat specifiek is voor de ziekte, maar er wordt ook ingegrepen in de factoren die bepalend zijn om dat gedrag aan te nemen (huisvesting, financiële problemen, spanningen binnen het gezin, enz.). Om dat te bereiken, moeten de burgers meer vertrouwen krijgen in de autoriteiten, en moeten de autoriteiten bereid zijn om maatregelen treffen die rekening met hen houden, om het politieke besluitvormingskader te herzien, enz.

Een gezondheidscrisis vereist regulering op korte termijn, maar daarachter gaat de dringende noodzaak schuil om de sociale samenhang te behouden, of beter gezegd te herstellen, en om interventies te ontwikkelen die een blijvend effect hebben zodat het leven in een dergelijke noodsituatie gemakkelijker wordt in de toekomst. We kunnen natuurlijk niet van de ene dag op de andere nieuwe synergieën tussen disciplines en sectoren creëren, gecoördineerd en in overleg samenwerken, en participatieve benaderingen ontwikkelen. Die laatste hebben hun waarde echter wel bewezen (Wallerstein *et al.*, 2006, 2018), want ze betrekken de lokale bevolking om de situatie op te lossen. Die interventielogica is in de loop van de pandemie opgebouwd, maar werd ook in meer of mindere mate beïnvloed door maatregelen om de verspreiding van covid te reguleren. Ze verdient echter meer aandacht en moet in toekomstige pandemieën meteen toegepast worden. Ze roept op om de eerstelijnsdiensten waarbij fysieke toegang essentieel is te herdefiniëren, om te vermijden dat de sociale ongelijkheid in gezondheidszorg toeneemt en veldwerkers overbelast raken in tijden van crisis. Daarom moet

beter bekeken worden welke impact de coronacrisis en de aanpak ervan hadden op de verschillende aspecten van het leven van kwetsbare bevolkingsgroepen. De crisis had mentale en sociale gevolgen voor kwetsbare bevolkingsgroepen. Door de situatie liepen ze namelijk het risico dat ze de regels van de samenleving niet meer beheersten. Sommigen trokken zich bijgevolg terug uit het sociale leven en lieten de sociale voorschriften voor wat ze waren, terwijl anderen zich ertegen verzetten en ze met opzet overtraden (Favresse, 2007). Daarom is het belangrijk om beslissingen te nemen die ingrijpen in de sociale kwetsbaarheid die de pandemie veroorzaakt. We moeten voorkomen dat die gevolgen onomkeerbaar worden voor de meest kwetsbare bevolkingsgroepen door hun een maatschappelijke rol (terug) te geven, zodat ze zich kunnen herpakken en opnieuw actief kunnen deelnemen aan onze samenleving.

Voor de dienstverleners specifiek moet hun werkwijze afgestemd worden op de eisen die de autoriteiten in tijden van crisis aan hen stellen. Dat vereist een heroverweging van de essentiële beroepen, zodat ze hun basistaken in voldoende beschermende omstandigheden kunnen uitvoeren. Samen met hen moeten op basis van hun ervaringen duidelijke richtlijnen opgesteld worden, die vervolgens kunnen worden toegepast bij een nieuwe pandemie. Zo ontstaat er een logica waarin de rollen van de specifieke beroepen elkaar aanvullen. Er moet zoveel mogelijk vermeden worden dat richtlijnen voortdurend veranderen, want dat ondermijnt de preventieve acties.

Daarnaast moeten we in het achterhoofd houden dat autoriteit vandaag minder vat heeft op de bevolking. Die is namelijk in staat om zelf te analyseren, vrij te denken en los te komen van sociale en culturele normen om innovatieve strategieën te implementeren. Als we die veranderingen niet in acht nemen en voornamelijk vertrouwen op beheerstrategieën die zijn gebaseerd op een vorm van 'sociale gehoorzaamheid', op de vooronderstelling dat de bevolking een algemeen belang dient, dan lopen we ook het risico dat de kloof tussen politici en de bevolking groter wordt, het wantrouwen jegens de overheid toeneemt, en nieuwe vormen van sociaal protest ontstaan in de nasleep van de pandemie.

De coronacrisis heeft zich gemoeid met de paradigmaverschuiving in psycho-medisch-sociale interventie, die al enkele decennia aan de gang is. Een van de uitdagingen voor de toekomst is om dit paradigma een prominentere plaats te geven. Daarom moeten we meer vertrouwen op participatieve actiestrategieën die samen met de bevolking worden opgebouwd, en intersectorale samenwerkingsverbanden ontwikkelen op basis van interdisciplinaire kennis, zodat kwantitatieve en kwalitatieve benaderingen worden gecombineerd. Op die manier kunnen we verder gaan dan gedragingen louter becijferen, wat redelijk 'zinloos' is. Ze krijgen immers pas hun volledige betekenis als we ze "intrinsiek begrijpen en in hun context plaatsen" (Van Campenhoudt, 2007). Het is dus belangrijk om dienstverleners en de bevolking te betrekken zodat we meer inzicht krijgen in de manier waarop ze zich de realiteit van de pandemie opnieuw toe-eigenen, en waarop hun gedrag in specifieke contexten (buurt, werkplek, festival, familie, enz.) ontstaat. Zo kunnen beslissingen over beleid deel uitmaken van een zinvolle en logische gedragsdynamiek.

5.

BIBLIOGRAFIE

BANSE E., BIGOT A., DE VALKENEER C., LORANT V., LUMINET O., NICAISE P., SMITH P., TUBEUF S., WUILLAUME A., Quelques enseignements sur les impacts sociaux et économiques de la stratégie de réponse à la pandémie du coronavirus en Belgique, *Revue de la Faculté de Médecine et Médecine dentaire de l'Université catholique de Louvain*, 2020.

BARRAS C., Prévention menaçante, prévention prévenante : regards anthropologiques sur un concept polysémique, in *Prospective Jeunesse. Drogues, Santé, Prévention*, 94 :4-8, 2021.

BROOKS S. K., WEBSTER R. K., SMITH L. E., et. AL., The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence, in *Lancet*, n°395, 2020.

BYK C., La pandémie de Covid-19 : un choc salutaire dans le contexte d'une crise de l'urgence, de l'autorité et de la liberté ? in *Droit, Santé et Société*, 1:4-10, 2020.

COUTELLE L., SCHMID A.-F., «La difficile construction d'un commun dans les sciences. Crise pandémique et éthique de la recherche», *Natures Sciences Sociétés*, 2020/3, 28 :214-215.

DENOËL T., GHALI S., Éviter le décrochage d'une génération, *Le VIF*, numéro 07, 18 february 2021, p.15.

FAVRESSE D., Construction d'une approche transdisciplinaire des exclusions, in *Les cahiers de Prospective Jeunesse*, Dossier : «Précarité et réseaux», 45:2-7, 2007.

GILBERT C., De l'affrontement des risques à la résilience. Une approche politique de la prévention, in *Communication et langages*, 176 : 65-78, 2013.

GONÇALVES M., Entre le malaise des uns et la souffrance des autres, reste-t-il une place pour la contestation ? in *Journal du Droit des Jeunes*, n°314, avril 2012.

HACHAR-NOË N., BASSON J.-C., Innovations en santé, dispositifs expérimentaux et changement social : un renouvellement par le bas de l'action publique locale de santé, in *Innovations*, /3, 60 :121-144, 2019.

KMIEC R. et ROLAND-LEVY C., «Risque et construction sociale : une approche interculturelle», *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 2014/1, 101 :69-99.

MANSOUR Z., CHAUVIN F., FALIU B., L'expertise sanitaire en temps de crise, in *La santé en action*, 456 :15-19, 2021.

NOËL L., Non-recours aux droits et précarisations en Région bruxelloise, *Brussels Studies*, n° 157, 2021.

RENS E., SMITH P., NICAISE P., LORANT V. and VAN DEN BROECK K., Mental Distress and Its Contributing Factors Among Young People During the First Wave of COVID-19: A Belgian Survey Study, *Front. Psychiatry*, 2021.

SANTOS S.S.B.S., MELO C.M.M., PERREAULT M., «Idéologies des personnels de santé dans la conception de la surveillance épidémiologique», *Pratiques et Organisations des Soins*, 2010/2, 40 :143-149.

STANTON-JEAN M., Le savant et le politique. La prise de décision en temps de pandémie : que s'est-il passé au Québec (Canada) ? in *Droit, Santé et Société*, /1, 1:63-67, 2020.

STAVART C., Crise sanitaire : les femmes en ont plus souffert, *Le Journal du Médecin*, N°2670, 2021.

TATTI D., GUILLAIN C., JONCKHEERE A., Répression des infractions en temps de COVID-19 : nul n'est censé ignorer la loi?, *L'Observatoire : le Social Sous la pression du Covid /2*, n°106, 2021.

TISSERON S., Facilités et pièges de la communication à distance : les leçons du confinement, in *Droit, santé et société*, /2, 2:35-40, 2020.

UNIA, COVID-19: een test voor de mensenrechten, www.unia.be, 2020.

VAN CAMPENHOUDT L., Introduction à l'analyse des phénomènes sociaux, Dunod, Paris, 2007.

VAN REETH C., Coulez jeunesse, in *Alter Echos*, januari 2021.

WALLERSTEIN N., What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health ? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report), 2006.

WALLERSTEIN N., WIGGINS N., «L'empowerment améliore l'état de santé de la population», in *La Santé en action*, 446 :10-14, 2018.

CENTRE BRUXELLOIS
DE PROMOTION DE LA SANTÉ

