

Crisis in je huis, hoofd en lichaam?

Een onderzoek naar de huisvestingcrisis in
relatie tot de fysieke en mentale gezondheid
van de patiënten in WGC De Regent,
Antwerpen-Noord

Opleiding: bachelor Maatschappelijk Werk

Academiejaar: 2022-2023

Heleen Delanghe

Voorwoord

Flash back naar mei 2019 wanneer ik het voorwoord voor mijn masterthesis schreef. Nooit gedacht dat ik dit nog eens ging meemaken, maar hier ben ik weer. Na een jaar werken op de universiteit en nadenken over definities en indicatoren van armoede besloot ik om toch, zoals mijn promotor het toen zei, 'met mijn voeten in de modder' te gaan staan en de praktijk in te trekken. De bachelor maatschappelijk werk dus. Iets wat al lang in mijn achterhoofd speelde en er nu dus bijna werkelijk ligt. Dit eindwerk vormt samen met mijn stage het slotstuk van de opleiding. Aan de start van mijn stage in januari 2023 kon ik, na drie en half jaar onderzoekservaring naar armoede en sociaal beleid, wel zeggen dat ik iets wist over armoede. Als ik hier nu op terug kijk weet ik, ik wist iets over armoede, maar ik kende het niet. De stage en de zoektocht in dit eindwerk leerde me armoede en sociale uitsluiting kennen vanuit de ogen van zij die er middenin staan. Zowel hulpverleners als mensen die worstelen om de eindjes aan elkaar knopen, met goede huisvesting, met uitsluiting, met hun gezondheid.

De keuze voor het thema huisvesting kwam er op vraag van de stageplaats. Langs alle kanten botsen ze op dit cruciale maar zo moeilijke thema. Patiënten met slaap- en stressproblemen, met betaalbaarheidsproblemen, met ongedierte, longproblemen, kinderen die slecht presteren op school, of patiënten zonder een vast dak boven hun hoofd. In veel gevallen ligt slechte of onbetaalbare huisvesting aan de basis en zonder hier structureel iets aan te veranderen is vooruitgang op andere vlakken moeilijk. En daar zit het juist, structurele verandering in huisvesting blijkt in de huidige context zeer moeilijk tot onmogelijk. Je hoort het, niet echt motiverend om mee aan de slag te gaan als stagiaire. Ik heb erop gevloekt, als je weeral iemand teleur moet stellen, als je weer te horen krijgt dat er eigenlijk geen oplossingen zijn en er eigenlijk ook niemand is die zich echt nog met het probleem wil bezig houden. Maar ik ben ook blij dat ik door dit eindwerk het thema nog eens op de kaart kan zetten. Dat de patiënten van De Regent me hebben binnengelaten in hun thuis en me hebben laten zien hoe cruciaal dit is. Dat ik ook met mensen heb gepraat die er wel nog voor gaan en druk blijven zetten dat er iets moet veranderen. Ik hoop met dit eindwerk en met de verhalen van de patiënten, die zo moedig waren om dit met me te delen, hier toch een klein steentje aan bij te dragen. Hoe demotiverend de muren waartegen je botst ook zijn, als iedereen een steentje verlegt, zien we na een tijd de andere kant zachtjes verschijnen.

Omdat de gelegenheid van een voorwoord me hiertoe brengt, wil ik nog een aantal mensen bedanken. Allereerst bedankt ik de patiënten van De Regent die me binnenlieten in hun huizen, zich openstelden voor mijn vragen en me toelieten hun verhaal te brengen. Ik hoop met dit eindwerk hun stem te laten spreken. Ook de medewerkers van De Regent die me gedurende mijn stage met open armen en veel vertrouwen hebben ontvangen. In het bijzonder Chris die met mij dit avontuur is aangegaan en me het vertrouwen heeft gegeven mijn ding te mogen doen. Jullie verrichten prachtig werk en laten de mensen rechtstaan die op andere plaatsen soms heel hard vallen. Ik bedankt ook mijn lieve collega's van CEBUD om mijn werkdagen zo aangenaam te maken en enthousiasme te tonen over mijn opleiding en stagedagen. Zonder jullie had de combinatie werken, stage en eindwerk schrijven zeker niet haalbaar geweest. Ook bedank ik mijn voormalige promotor Bea om me niet compleet gek te verklaren, maar me juist aan te moedigen toen ik verkondigde

dat ik toch geen doctoraat wou maken maar daarentegen minder wou gaan werken om maatschappelijk werk te gaan studeren. Merci om me het laatste duwtje te geven. Daarnaast bedank ik mijn familie en in het bijzonder mijn Nathan om naar mijn gezaag te luisteren en mijn stress op te vangen, terwijl ik het inderdaad volledig mezelf heb aangedaan om aan dit gekkenwerk te beginnen. Tot slot bedank ik in het bijzonder mijn stagebegeleider Vicky en mijn medestudenten van ons supervisie groepje. De luchtigheid, gedeelde maatschappelijke frustraties en stiekeme brunches in de klaslokalen maakten de lange supervisie bijeenkomsten veel korter en momenten om naar uit te kijken. Dikke merci aan alle fantastische mensen om me heen!

Veel leesplezier met het eindwerk dat ik eigenlijk niet wou maken (frustraties over vrijstellingen), maar waar ik nu toch met voldoening op terugkijk.

Inhoud

1	Inleiding & probleemstelling.....	3
2	De relatie tussen gezond wonen en gezond zijn	7
2.1	Het begrip gezondheid	7
2.2	Huisvesting als sociale determinant van gezondheid.....	9
2.3	Samenvatting theoretisch kader.....	14
3	Woonbeleid in Vlaanderen.....	15
3.1	Bevoegdheden en actoren in het Vlaams woonbeleid	15
3.2	Sociaal woonbeleid	18
4	Antwerpen Noord: schets van een bewogen wijk	20
4.1	Data op Europees, Vlaams en lokaal niveau.....	20
4.2	Huisvestings- en gezondheidssituatie in Antwerpen Noord, 2060.....	21
4.3	Tussentijdse conclusie	30
5	Praktijkanalyse: woon- en gezondheidsproblematieken in WGC De Regent.....	32
5.1	WGC De Regent op het snijpunt van gezondheid en wonen	32
5.1.1	Vlaamse Wijkgezondheidscentra.....	32
5.1.2	WGC De Regent.....	34
5.2	Toelichting stageproject	38
5.3	Bevindingen van vijf maanden werken op wonen	40
5.3.1	Casus S.	40
5.3.2	Casus B. en N.	41
5.3.3	Casus F.	42
5.3.4	Casus A. en M.	43
5.4	Rol van sociaal werk in een WGC.....	44
6	Conclusie en aanbevelingen.....	46
6.1	Pijnpunten in huisvesting en gezondheid	46
6.1.1	Krapte op de private huurmarkt	46
6.1.2	Afhankelijkheid en angst.....	47
6.1.3	Een sociale woning als reddingsboei?.....	48
6.1.4	Wanneer hulpverleners de moed zelf verliezen	48
6.2	Samenvattende conclusies en aanbevelingen	49
7	Beperkingen	51
	Referentielijst	52

Lijst van figuren

Figuur 1: Gezondheidsdeterminanten Dahlgren & Whitehead (1991).	10
Figuur 2: Schematisch overzicht factoren in de relatie tussen wonen en gezondheid.	12
Figuur 3: Samenvatting theoretisch kader.	14
Figuur 4: Organogram Sociale dienstverlening stad Antwerpen.	17
Figuur 5: Organogram Wonen stad Antwerpen.	17
Figuur 6: Bevolkingsdichtheid en woondichtheid woongebied per postzone en stad Antwerpen, data 2022.	22
Figuur 7: Gemiddelde leeftijd postzones en stad Antwerpen, data 2022.	23
Figuur 8: Relatief verhuissaldo (per 1000 inwoners), 2060 Antwerpen Noord per buurt, data 2022.	24
Figuur 9: Kenmerken ruimtegebruik postzones en stad Antwerpen, data 2022.	26
Figuur 10: Indicatoren kwaliteit huisvesting en leefomgeving postzones en stad Antwerpen, data 2019, 2017, 2016.	28
Figuur 11: Oppervlakte publiek groen per inwoner postzones en Stad Antwerpen [m ² /inwoner], data 2022.	29
Figuur 12: Indicatoren gezondheid postzones en stad Antwerpen, data 2019.	30
Figuur 13: Belangrijkste bevindingen huisvestingssituatie Antwerpen Noord, 2060.	31
Figuur 14: 15 criteria Wijkgezondheidscentra.	34
Figuur 15: Huisvestings- en gezondheidssituatie in Antwerpen Noord en WGC De Regent.	37

1 Inleiding & probleemstelling

Millions of Europeans in modern society spend approximately 90% of their time indoors: in their homes, workplaces, schools, and public spaces. It is estimated that approximately 2/3 of this time is spent at home. For many years, the housing environment has been acknowledged as one of the main settings affecting human health. Indoor air quality, home safety, noise, humidity, mould growth, indoor temperature, volatile organic compounds (VOC), lack of hygiene and sanitation equipment, and crowding are some of the most relevant health threats possible to be found in dwellings (World Health Organization, 2014, p. 9).

We spenderen veel tijd in ons huis en dit blijkt een belangrijk effect te hebben op onze gezondheid. Dit eindwerk bekijkt wat dit betekent voor mensen die geen goed huis hebben. Die wonen in een huis dat te duur is, van slechte kwaliteit, waar veel luchtvervuiling is of vuilnis op straat ligt. Het kadert zich binnen een stageproject maatschappelijk werk binnen het WGC De Regent. Hier werkten we vijf maanden rond huisvestingproblemen bij patiënten die wonen in de wijk Antwerpen noord.

Op 17 december 2021 ging in Vlaanderen de Woonzaak van start. Dit initiatief, genomen door verschillende middenveldorganisaties, wil via juridische stappen de Vlaamse overheid aanzetten om maatregelen te nemen om voor iedere burger het recht op wonen te garanderen (Versele, 2021; Woonzaak., z.d.). De COVID-crisis toonde ons hoe cruciaal een goede huisvesting is voor het welzijn (Barrez & Van Dam, 2021; Dreesen & Heylen, 2021; Groot et al., 2022), en ook de huidige energiecrisis zet kwaliteit van wonen opnieuw op de voorgrond. Mensen met goed geïsoleerde woningen die gebruik kunnen maken van hernieuwbare energie ondervinden immers minder de impact van de gestegen energieprijzen.

Het recht op wonen wordt op verschillende niveaus omschreven, zowel nationaal, supranationaal als internationaal. Artikel 23 van de Belgische grondwet stelt dat ieder het recht heeft op een menswaardig leven en waarborgt economische, sociale en culturele rechten. De grondwet specificeert hierbij zes specifieke rechten waaronder het recht op een behoorlijke huisvesting en de bescherming van een gezond leefmilieu (Art.23, 1831)¹. Op Vlaams niveau omschrijft de Vlaamse Codex Wonen, die sinds 2021 de basiswetgeving rond wonen in Vlaanderen bevat, *dat “iedereen het recht heeft op menswaardig wonen. Daartoe moet de beschikking over een aangepaste woning, van goede kwaliteit, in een behoorlijke woonomgeving, tegen een betaalbare prijs en met woonzekerheid worden bevorderd (Art.1.5, 2020)”*. Dit is in lijn met het Europees Sociaal Handvest waarbij artikel 31 het recht op huisvesting omschrijft en daarbij aangeeft dat de verbonden partijen maatregelen moeten nemen om de toegang tot adequate huisvesting voor ieder te bevorderen (1996). Ten slotte stellen op internationaal niveau de duurzame ontwikkelingsdoelen van de Verenigde Naties

¹ Naast het recht op behoorlijk huisvesting en bescherming van een gezond leefmilieu worden volgende rechten omschreven: het recht op arbeid en op de vrije keuze van beroepsarbeid, het recht op sociale zekerheid, bescherming van de gezondheid en sociale, geneeskundige en juridische bijstand, het recht op culturele en maatschappelijke ontplooiing en het recht op gezinsbijslagen.

de ambitie om tegen 2030 voor iedereen toegang te voorzien tot adequate, veilige en betaalbare huisvesting met bijhorende basisdiensten (Versele, 2021).

De Vlaamse Woonsurvey stelt dat in 2018² één vijfde van de Vlaamse huishoudens een risico op betaalbaarheidsproblemen liep³ (Winters et al., 2021). De gemiddelde woonquote, het aandeel van het inkomen dat gezinnen besteden aan huisvesting, steeg ook in de laatste decennia. Voor Vlaanderen zien we dat de woonquote op 25 jaar tijd steeg van 10% tot 17% van het inkomen. Dit toont aan dat de kosten voor huisvesting sneller zijn gestegen dan het inkomen. Voor huurders op de private markt was de stijging het sterkst. Deze kwetsbaarheid van private huurders weerspiegelt zich ook in het hoge aandeel huurders met een betaalbaarheidsrisico (52%). Huishoudens die een sociale woning huren, kennen slechts in één op vijf gevallen een risico op betaalbaarheidsproblemen (Heylen & Vanderstraeten, 2019). Sociale woningen blijken op basis van deze cijfers een effectieve maatregel om betaalbaarheid van wonen te ondersteunen. Dit blijkt ook uit referentiebudgetonderzoek⁴. Data uit 2020 tonen aan dat huren op de sociale huisvestingmarkt een belangrijk effect heeft op de adequaatheid van de minimuminkomens in Vlaanderen (Frederickx et al., 2021). Echter is het aantal sociale woningen in Vlaanderen al jaren ontoereikend (Heylen, 2019; Vandromme et al., 2019; Winters, 2018). In 2021 wachtten in Vlaanderen meer dan 180.000 gezinnen op een sociale woning en dit aantal steeg de laatste jaren sterk. De laatste 10 jaar verdubbelde het aantal gezinnen op de wachtlijst voor de stad Antwerpen. De gemiddelde wachttijd bedroeg in 2021 in Vlaanderen 1409 dagen, in de provincie Antwerpen is dit nog bijna een jaar langer (Vlaamse Maatschappij voor Sociaal Wonen, 2022).

Naast betaalbaarheid is ook de kwaliteit van de woning cruciaal om het recht op wonen te garanderen. In de Vlaamse Woonsurvey 2018 geeft 23% van de huishoudens aan in een woning van matige of slechte kwaliteit te wonen. Dit aandeel is gedaald in vergelijking met de vorige Woonsurvey in 2013, maar is echter (sterker) geconcentreerd bij kwetsbare huishoudens. Alleenstaanden, eenoudergezinnen, huishoudens met een werkloze of een arbeidsongeschikte referentiepersoon, en huishoudens met een laag inkomen zijn oververtegenwoordigd in de groep met een slechte tot zeer slechte fysieke staat van de woning (Heylen & Vanderstraeten, 2019). Daarnaast beoordelen deze groepen zelf de kwaliteit van hun leefomgeving vaker als problematisch (Charafeddine & Drieskens, 2013).

Deze ongelijkheid in woningkwaliteit tussen huishoudens weerspiegelt zich in een ongelijkheid in gezondheid (zie ook onderstaande bevindingen over de Coronapandemie). Huisvesting vormt zelfs een van de belangrijkste sociale determinanten van gezondheid (Eurofound, 2016). Zowel kenmerken van de woning zelf als de woonomgeving kunnen op lange en korte termijn gezondheidseffecten

² De volgende bevraging zal plaats vinden in 2023. Zie <https://steunpuntwonen.be/onderzoek/werkpakket-1-data-en-indicatoren/woonsurvey-en-woningschouwing-2023/>

³ Een huishouden wordt gecategoriseerd met een risico op betaalbaarheidsproblemen als meer dan één derde van het inkomen aan huisvestingskosten besteed wordt. Het gaat hier om de bruto woonuitgaven, dit zijn de uitgaven die huishoudens doen voor het afbetalen van de lening of het betalen van de huur, zonder rekening te houden met bijkomende woonlasten of subsidies (Winters et al., 2021, p. 94).

⁴ Referentiebudgetten zijn geprijsde korven van goederen en diensten die voor welbepaalde typegezinnen een ondergrens voor volwaardige maatschappelijke participatie illustreren (Storms, 2012).

hebben. Naast kwaliteit van de woning kan ook betaalbaarheid een belangrijke factor zijn in de gezondheid (Vlaamse Woonraad, 2018).

De energie- en COVID crisis doen vermoeden dat de kloof in kwaliteit en betaalbaarheid, en dus ook de daarmee samenhangende ongelijkheden in gezondheid, tussen verschillende groepen zal toenemen. Huisvesting en woonomgeving speelden een belangrijke rol in de leefomstandigheden van mensen tijdens de COVID-crisis en kunnen in sommige gevallen ook lange termijn effecten hebben, bijvoorbeeld op de onderwijsprestaties of mentale gezondheid van jongeren (Barrez & Van Dam, 2021; Groot et al., 2022). Naast effecten op het algemeen welzijn toont onderzoek ook aan dat het virus zich sneller verspreidde in armere wijken, wat gelinkt kan zijn aan de dichtheid en kleinere ruimtes die deze wijken typeren (Barrez & Van Dam, 2021; Coene et al., 2021). De huidige energiecrisis legt opnieuw een hogere druk op huishoudens in slechte woonomstandigheden. We weten dat de hierboven omschreven groep van kwetsbare huishoudens vaker wonen in minder geïsoleerde woningen en ook minder gebruik kunnen maken van hernieuwbare energie. Daarnaast speelt er in Vlaanderen een Mattheuseffect in klimaatbeleidsmaatregelen. Gezinnen met hogere inkomens genieten veel vaker van premies of fiscale voordelen inzake klimaatmaatregelen, vb. premies voor het installeren van zonnepanelen of energierenovaties, die tegelijkertijd ten gunste zijn van de kwaliteit van de woning en kosten drukken (Heylen & Vanderstraeten, 2019; Vanhille et al., 2019).

Bovenstaande bevindingen tonen een weinig rooskleurig beeld van de huisvestings situatie in Vlaanderen. De resultaten van de Woonsurvey 2023 zullen uitwijzen of de druk van de huidige crisissen en van initiatieven zoals de Woonzaak beleidsmakers hebben aangezet tot daadkrachtig beleid. Recente cijfers van de groeiende wachtlijsten voor sociale woningen en signalen uit het werkveld klinken weinig hoopvol (zie o.a. de campagne 'Gezocht: 180.000 woningen voor een warme thuis' van het Netwerk tegen armoede⁵; Goris, 2022; Thys et al., 2021).

Dit eindwerk wil de actuele huisvestingsproblematiek op het snijpunt met gezondheid signaleren. Dit door enerzijds theoretisch en anderzijds vanuit de praktijk en met een interdisciplinaire bril pijnpunten aan te kaarten. Ondanks dat bevoegdheden zich ook sterk op Vlaams beleidsniveau situeren, richt dit eindwerk zich in eerste instantie aan beleidsmakers op Antwerps stedelijk niveau. Dit beleidsniveau bevindt zich het dichtste bij de realiteit in de stad en vormt de eerste stap tot het aangaan van een dialoog over de problematieken. Daarnaast wil dit eindwerk ook andere hulpverleners aanzetten om te blijven inzetten op signalisatie van deze problematiek en het belang van de politiserende rol binnen het sociaal werk onderstrepen. Tot slot wil het ook een stem geven aan de gezinnen die elke dag met huisvestingproblemen te maken krijgen.

Het wijkgezondheidscentrum De Regent werkt in Antwerpen-Noord op het raakvlak tussen sociale en gezondheidsproblematieken. Door middel van generalistische en interdisciplinaire zorg streeft het WGC naar het realiseren van het recht op integrale gezondheidszorg in Antwerpen-Noord. Ze streven hierbij naar een toestand van

⁵ <https://netwerktegenarmoede.be/nl/17-oktober-2022>

lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn gekoppeld aan de specifieke uitdagingen van de wijk (Wijkgezondheidscentrum De Regent, z.d.).

Vanuit de missie voor een betere integrale gezondheid tracht het WGC in te zetten op beleidsbeïnvloeding. Aan deze doelstelling wil dit eindwerk bijdragen op verschillende manieren. Ten eerste willen we de huisvestingsproblemen van de wijk in kaart brengen. Daarnaast willen we het belang van goede huisvesting onderstrepen door vanuit de missie van het WGC het verband tussen huisvesting- en gezondheidsproblemen onder de aandacht te brengen. Tot slot willen we in dialoog gaan met het stadsbestuur over de knelpunten en mogelijke oplossingen. Vandaag beschikt het WGC niet over goed onderbouwd materiaal om dit beleidssignaal te geven. Hieraan wil dit eindwerk een bijdragen leveren. Het gaat hierbij niet over het aantonen van een causaal verband tussen de effecten van huisvesting op de gezondheid van de patiënten, maar over het in kaart brengen van de problematiek a.d.h.v. cijfergegevens en ervaringen van gezinnen en hulpverleners in de wijk.

Dit brengt ons tot de volgende onderzoeksvragen:

Welke gemeenschappelijke problemen kunnen we waarnemen op het snijpunt tussen huisvesting en gezondheid in de wijk Antwerpen-Noord en bij de patiënten van WGC De Regent?

Bijkomend formuleren we een aantal deelvragen:

- Welke objectief meetbare betaalbaarheids-, kwaliteits- en leefbaarheidsproblemen op vlak van huisvesting nemen we waar in de wijk?
- Welke effecten hebben deze op de mentale en fysieke gezondheid van de patiënten in WGC De Regent?
- Wat is de rol van sociaal werk in een wijkgezondheidscentrum m.b.t. deze problematieken?

In vijf hoofdstukken tracht dit eindwerk een antwoord op deze vragen te bieden. Hoofdstuk 2 bespreekt aan de hand van een literatuurstudie de link tussen huisvesting en gezondheid en definieert het concept 'gezondheid'. Het derde hoofdstuk zoomt in op de beleidscontext waarin de centrale probleemstelling van dit eindwerk zich bevindt. Het omschrijft de bevoegdheidsverdeling tussen de verschillende overheidsniveaus en belangrijkste actoren die het beleid vorm geven. Daarna gaat het dieper in op de huidige set van beleidsmaatregelen die er op federaal, Vlaams en lokaal niveau genomen worden om de betaalbaarheid en de kwaliteit van huisvesting te bevorderen.

De twee volgende hoofdstukken trachten een antwoord te geven op de centrale onderzoeksvraag. Hoofdstuk 4 schetst aan de hand van de datamonitor van stad Antwerpen de huisvesting- en gezondheidssituatie in de wijk Antwerpen-Noord. In de eerste sectie wordt er eerst stil gestaan bij de beschikbaarheid van data over huisvesting op verschillende niveaus. Hoofdstuk 5 komt tot de uiteindelijke praktijkanalyse. De eerste sectie omschrijft de werking van WGC De Regent en het opzet van de praktijkanalyse gekoppeld aan het stageproject. Vervolgens worden door middel van de omschrijving van casussen uit WGC De Regent een aantal overkoepelende huisvestingproblematieken onder de loep genomen in relatie tot de gezondheid. Deze casussen zijn geselecteerd uit een groep van patiënten die

begeleid werden doorheen het stageproject. De casussen werden geselecteerd op basis van volgende criteria: ze omvatten elks een verscheidenheid van problematieken, ze zijn veel voorkomend en illustreren de verhalen van veel gezinnen die zich in gelijkaardige situaties bevinden. De casussen zijn geanonimiseerd en gebruikt met de toestemming van de patiënten. De laatste sectie van de praktijkanalyse staat stil bij de derde onderzoeksvraag: wat is de rol van sociaal werk in een wijkgezondheidscentrum m.b.t. de omschreven problematieken.

Het laatste hoofdstuk komt tot slot door middel van een synthese van literatuur, data en praktijkanalyse tot een aantal overkoepelende pijnpunten op vlak van huisvesting in relatie tot de gezondheid in de wijk 2060 en beleidsaanbevelingen om te werken aan een oplossing voor deze pijnpunten.

2 De relatie tussen gezond wonen en gezond zijn

De plek waar we wonen bepaalt hoe we leven. De aanwezigheid van het recht op wonen in verschillende nationale en internationale verdragen en wetten toont het belang dat we er als samenleving aan hechten. Het eerste hoofdstuk toonde al aan dat dit recht in Vlaanderen niet voor iedereen gegarandeerd wordt. Daarnaast besprak het hoe deze ongelijkheid in woonomstandigheden zich vertaalt in ongelijkheid in gezondheid. Dit hoofdstuk gaat verder in op deze relatie. Aan de hand van een literatuuronderzoek wordt het verband tussen gezond wonen en gezond zijn besproken.

De literatuurstudie maakt gebruik van zowel wetenschappelijke artikels als beleidsrapporten. Voor het zoeken van wetenschappelijke artikels werden Google Scholar en Ebsco Discovery Service gebruikt en de sneeuwbal methode toegepast. Beleidsrapporten werden gezocht op websites van relevante instellingen: de Wereld Gezondheidsorganisatie, Eurofound, de Europees Commissie, het Steunpunt Wonen en het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

2.1 Het begrip gezondheid

Vooraleer in te gaan op het verband tussen wonen en gezondheid is het noodzakelijk om het concept gezondheid af te bakenen.

Sinds 1948 definieert de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) gezondheid als 'een toestand van volledig fysiek, mentaal en sociaal welzijn'. De definitie beperkt zich dus niet tot de afwezigheid van ziekte of gebreken (World Health Organization, 2020, p. 1).

De laatste decennia ontstond er een uitgebreide literatuur die deze definitie bekritiseert. Critici argumenteren dat de definitie van de WHO niet aangepast is aan nieuwe uitdagingen als vergrijzing en het groeiend aandeel mensen met chronische ziektes. Dit maakt dat deze, volgens critici, utopische definiëring van gezondheid als een toestand van volledig fysiek, mentaal en sociaal welzijn niet houdbaar is (Leonardi, 2018). Als alternatief voor deze absolute en binaire opdeling (gezond zijn of niet) spreken andere definities over de mate waarin iemands gezondheid toelaat om andere zaken te verwezenlijken. Het gaat om gezondheid als voorwaarde om verwachtingen en behoeften in te vullen en om te gaan met verschillende omgevingen

(McCartney et al., 2019). Andere ondersteunen wel de ambitieuze benadering van de WHO omdat deze een optimale norm als een streefdoel voorop stelt (McCartney et al., 2019).

In zijn literatuurreview onderscheidt Leonardi (2018) nog vijf andere terugkerende kritieken op de definitie van de WHO. Ten eerste is de definitie niet praktisch toepasbaar door een gebrek aan operationalisering en meetbaarheid. Het omvat geen concrete en bruikbare standaarden van gezondheid om af te toetsen aan reële situaties. Daarnaast is de definitie onvoldoende afgebakend waardoor de vertaling niet alleen een antwoord vraagt op medische problemen maar ook politieke, ethische, morele en existentiële problemen met zich mee brengt. Omgekeerd kan het ruime bereik van de definitie ook medicalisering in de hand werken. Het gebruik van het concept 'welzijn' kan ertoe leiden dat sociale of andere problemen herleid worden tot problemen van medische aard en ook zo benaderd worden in hun oplossingen. Een vierde kritiek die Leonardi onderscheidt, stelt dat de relatie tussen gezondheid en welzijn die de WHO veronderstelt niet altijd van toepassing is. Hij geeft het volgende voorbeeld: bij een negatieve gebeurtenis kan iemand verdriet voelen dus bijgevolg geen volledig welzijn ervaren. Dit betekent echter niet dat dit meteen beschouwd kan worden als een verlies in gezondheid. Tot slot stelt hij als laatste kritiek dat fysiek, mentaal en sociaal welzijn niet altijd positief gecorreleerd zijn. Bepaalde zaken kunnen het sociaal welzijn verhogen maar een negatief effect hebben op het fysiek welzijn, zoals bijvoorbeeld risicovol gedrag.

De uitbreiding van de definitie in het Ottawa charter komt deels tegemoet aan deze kritieken. Het charter, opgesteld tijdens de eerste internationale conferentie voor gezondheids promotie in 1989, legt de focus meer op gezondheid als middel voor alledaagse handelingen en doelen:

To reach a state of complete physical, mental and social well-being, an individual or group must be able to identify and to realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment. Health is, therefore, seen as a resource for everyday life, not the objective of living. Health is a positive concept emphasizing social and personal resources, as well as physical capacities (World Health Organization, 1989, p. 1).

De benadering van gezondheid als middel in plaats van als doel sluit aan bij de benadering van Amartya Sen. In zijn boek *Development as Freedom* omschrijft hij gezondheid als “*resources for living*’, in that it allows people to function and participate in the assortment of activities that characterise any society” (Sen, 2001, as cited in: McCartney et al., 2019, p. 22). Deze definitie maakt van gezondheid een relatief begrip, afhankelijk van de plaats en tijd waarin iemand zich bevindt en gedetermineerd door sociale waarden en normen. Ook Doyal & Gough omschrijven in hun *Theorie of Human Needs* gezondheid als ‘resources’ of een middel. Gezondheid en autonomie vormen volgens hun theorie de universele basisbehoeften van de mens. Ze definiëren gezondheid vanuit de gevolgen van de symptomen van een gezondheidstoestand op het dagelijks handelen en daaruit volgend op de mogelijkheid om deel te nemen aan het maatschappelijk leven en sociale rollen hierin te vervullen. Deze benadering maakt operationalisering in concrete situaties mogelijk, wat ontbrak in de originele definitie van de WHO. We illustreren dit aan de hand van een voorbeeld uit Storms (2012):

Wanneer echter beschikt iemand over een gezond lichaam? Iemand met een hartafwijking zal waarschijnlijk geen lange afstanden lopen. Ook een zwaar zieke kankerpatiënt is hiertoe niet in staat. Hoewel beiden niet beschikken over een goede gezondheid beschouwen we ze niet allebei als „ziek”. De bedlegerige, terminaal zieke patiënt voelt zich waarschijnlijk ook echt ziek en zijn ziekte verhindert hem om nog volwaardig deel te nemen aan het sociale leven. Heel wat posities in diverse maatschappelijke instituties zijn voor hem niet langer toegankelijk. De hartpatiënt echter voelt zich misschien niet echt ziek. Hoewel lange afstanden lopen voor hem niet mogelijk is, kan hij wel een heleboel andere handelingen stellen die hij plezierig vindt of die noodzakelijk zijn voor zijn dagelijks functioneren in diverse maatschappelijke netwerken en instituties. De kankerpatiënt voelt zich ziek én kan door zijn ziekte zijn eigen leven niet langer vorm geven zoals hij het graag ziet. De gezondheidstoestand van de hartpatiënt kan echter wel als voldoende bestempeld worden indien zijn ziekte hem niet hindert om deel te nemen aan het maatschappelijke leven en zijn sociale rollen hierin te vervullen (pp. 35-36).

Dit eindwerk volgt de benadering van gezondheid als een voorwaarde om deel te kunnen nemen aan het maatschappelijk leven en sociale rollen te vervullen.

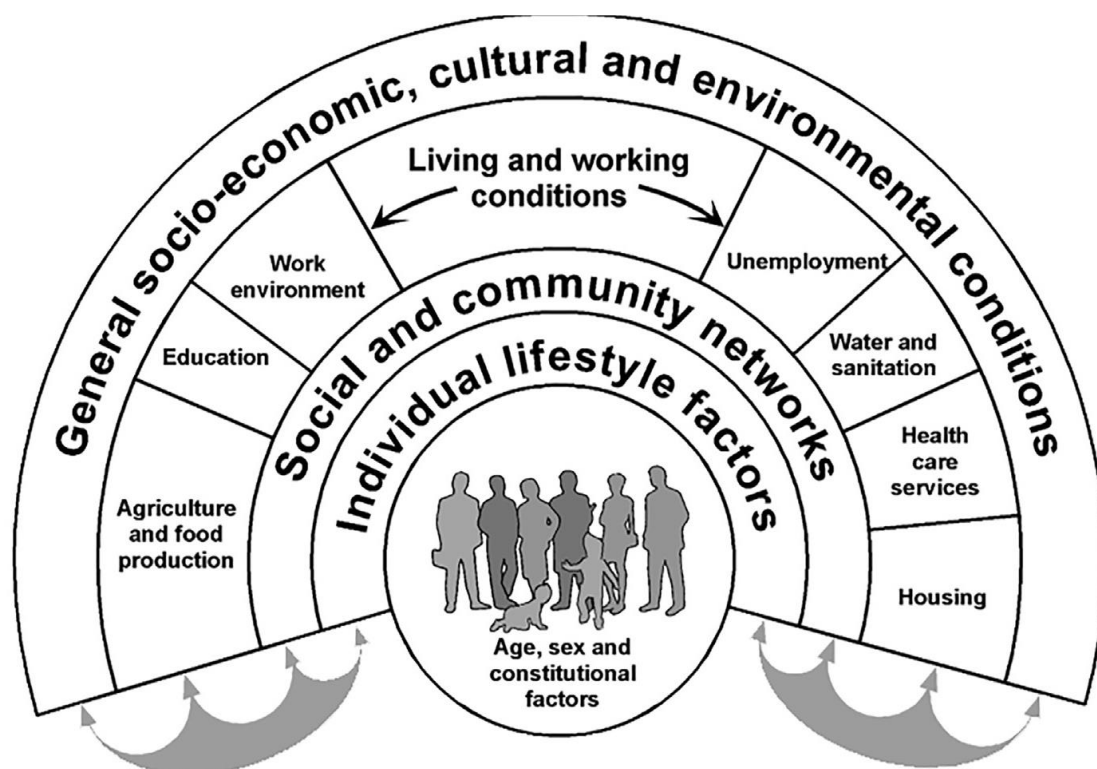
Omgekeerd stelt Sen ook dat het hebben van een goede gezondheid (health achievement) beïnvloed wordt door de *capabilities* waarover iemand beschikt om deze gezondheid te bereiken (Sen, 2004). *Capabilities* gaat over de mogelijkheden die iemand heeft om keuzes te kunnen maken, ongeacht of deze worden ingezet of niet. Deze mogelijkheden worden bepaald door de middelen waarover iemand beschikt en conversiefactoren (sociale, persoonlijke of fysieke omgevingsfactoren) die bepalen of deze middelen ook effectief in mogelijkheden kunnen worden omgezet (Sen, 1985). Wat deze noodzakelijke middelen dan juist zijn, definieert Sen niet. Hiervoor kunnen we terugkijken naar het Ottawa charter uit 1989. De WHO stelt hierin een lijst op van fundamentele voorwaarden en hulpmiddelen voor een goede gezondheid. Deze zijn: vrede, onderdak, onderwijs, voedsel, inkomen, stabiel ecosysteem, duurzame hulpbronnen, sociale rechtvaardigheid en billijkheid (World Health Organization, 1989, p. 1). Dit houdt uiteraard niet in dat de gezondheid van een persoon volledig bepaald wordt door omstandigheden en keuzes die gemaakt worden en dat een verbetering van deze omstandigheden en keuzes automatisch leiden tot een goede gezondheid. Het vormen echter wel basisvoorwaarden waar zonder een goede gezondheid moeilijk is. Hier komt het centrale thema van dit eindwerk voor het eerst aan bod: de link tussen gezondheid en huisvesting of onderdak zoals omschreven in Ottawa.

2.2 Huisvesting als sociale determinant van gezondheid

Zoals reeds besproken in de probleemstelling vormt huisvesting een belangrijke sociale determinant van gezondheid. Sociale determinanten zijn alle omstandigheden waarin mensen leven die een directe of indirecte invloed hebben op de lichamelijk en geestelijke gezondheid (Eurofound, 2016). Het gezondheidsmodel van Dahlgren and Whitehead (1991) geeft dit schematisch weer (zie Figuur 1). Gezondheidsdeterminanten bevinden zich volgens hun model in vijf lagen. De middelste cirkel, of de kern, gaat over biologische factoren als leeftijd en geslacht. De eerste laag boven deze kern gaat over persoonlijk gedrag en individuele levensstijlkeuzes (microniveau). De tweede laag omvat invloeden uit de directe omgeving op de gezondheid, zoals het sociaal netwerk van een persoon

(mesoniveau). De volgende laag gaat over leef- en werkomstandigheden die invloed kunnen hebben op de gezondheid. Hier bevinden zich de effecten van huisvesting, maar ook van bijvoorbeeld een gevaarlijke of stressvolle job. Tot slot beïnvloeden in de laatste laag ook macrofactoren iemands gezondheid. Het gaat hier over sociaaleconomische, culturele en milieufactoren. Dit gaat bijvoorbeeld over luchtverontreiniging maar ook over de mate van ongelijkheden in een samenleving. De factoren in deze verschillende lagen interverneren ook onderling, iemands leefstijl kan samenhangen met de sociaaleconomische positie en het sociaal netwerk van een persoon (Dahlgren & Whitehead, 2021; Verbruggen et al., 2016). Hoofdstuk 5 gaat verder in op dit model om de rol van het sociaal werk m.b.t. huisvesting en gezondheid te kaderen.

Figuur 1: Gezondheidsdeterminanten Dahlgren & Whitehead (1991).



Bron: Dahlgren & Whitehead, 2021, p. 22.

Huisvesting bevindt zich dus in de vierde laag van het model van Dahlgren en Whitehead. In hoge inkomenslanden brengen mensen gemiddeld 70 tot 90% van hun tijd binnen door. Dit maakt gezondheidsrisico's in de thuisomgeving van cruciaal belang. Omwille van de veroudering van de populatie, oudere mensen spenderen gemiddeld nog meer tijd binnen, en klimaatverandering zal het belang van een gezonde thuis alleen maar toenemen (World Health Organization, 2018). Vooraleer verder in te gaan op de relatie tussen wonen en gezondheid, bekijken de volgende alinea's aan welke criteria een woning moet voldoen om 'gezond te zijn'.

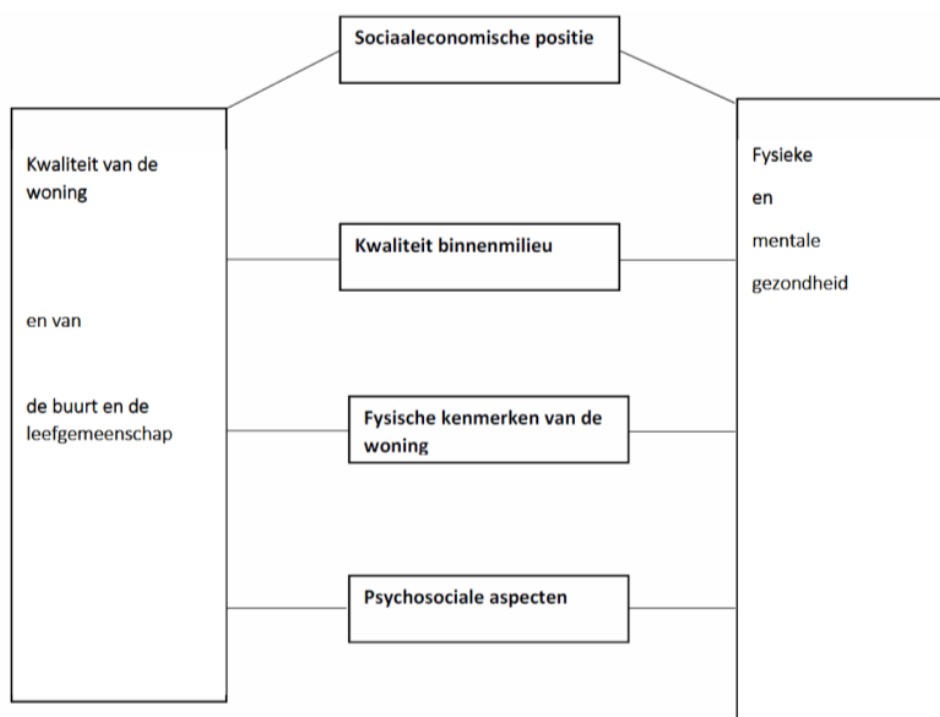
De Wereldgezondheidsorganisatie stelde in 1989 een lijst op van huisvestingcriteria die noodzakelijk zijn om de gezondheid te beschermen. Dit gaat om het beschermen tegen overdraagbare ziektes, verwondingen, vergiftigingen, chronische ziekte en het vermijden van psychische en sociale stress. De criteria omvatten hygiënische

omstandigheden (zoals aanwezigheid van drinkwater en veilig bereiden en bewaren van voeding), structurele kenmerken van het huis en de inboedel, chemische veiligheid en luchtvervuiling, voldoende grootte van de woning en het kunnen scheiden van woon- en werkomgeving (bv. bij landbouwactiviteiten) (World Health Organization, 1989).

Deze criteria staan ook vandaag nog steeds in de basisdocumenten van de WHO. In de context van de Duurzame Ontwikkelingsdoelstellingen publiceerde de WHO in 2018 meer specifieke richtlijnen rond gezondheid en huisvesting. In lijn met de definitie van gezondheid besproken in het vorige hoofdstuk definieert de WHO 'gezonde huisvesting' als een onderdak dat een staat van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn ondersteunt. Het moet een 'thuis' bieden, wat het gevoel van ergens bij horen, veiligheid en privacy omvat. Daarnaast verwijst het rapport ook naar de fysieke structuur van de woning en de mate waarin deze de lichamelijke gezondheid mogelijk maakt, onder meer doordat de woning structureel gezond is, beschutting biedt tegen de elementen en tegen overtollig vocht, en voorziet in een aangename temperatuur, adequate sanitaire voorzieningen en verlichting, voldoende ruimte, veilige brandstof of aansluiting op het elektriciteitsnet, en beschermt tegen verontreinigende stoffen, letselgevaaren, schimmel en ongedierte. Daarnaast wijst de WHO ook op het belang van de omgeving van de woning. Factoren die hier een rol spelen zijn de lokale gemeenschap en sociale interacties en de mate waarin de woonomgeving toegang biedt tot diensten, groene ruimte en openbare vervoersmogelijkheden, alsmede bescherming tegen afval, vervuiling en de gevolgen van rampen, zowel door de natuur als door de mens veroorzaakt (World Health Organization, 2018, p. 2). Zowel de kenmerken van de woning zelf als van de directe leefomgeving zijn dus bepalend.

Het verband tussen gezondheid en wonen is echter niet eenvoudig vast te leggen. Omdat gezinnen die leven in woningen van slechte kwaliteit vaak te maken krijgen met een clustering van risicofactoren op tal van andere domeinen (vb. armoede, werkloosheid, drugs- of alcoholmisbruik, etc.), zijn specifieke gezondheidseffecten van de woonomstandigheden moeilijk te achterhalen (Vlaamse Woonraad, 2018). Figuur 2 uit het rapport 'Advies Wonen en Gezondheid' van de Vlaamse Woonraad toont de verschillende factoren in de link tussen huisvesting en gezondheid. De figuur toont dat bijvoorbeeld het inkomen van een gezin (als sociaaleconomische factor) een rechtstreekse invloed kan hebben op de gezondheid. Tegelijk bepaalt het inkomen ook de keuze van de woning. Bij een laag inkomen zal men bijvoorbeeld noodgedwongen in een woning van slechtere kwaliteit wonen. Dit kan dan opnieuw een effect hebben op de gezondheid.

Figuur 2: Schematisch overzicht factoren in de relatie tussen wonen en gezondheid.



Bron: Vlaamse Woonraad, 2018, p.5.

Ondanks dat het vastleggen van een causaal verband tussen huisvesting en gezondheidsproblemen moeilijk is, bestaat er wetenschappelijke consensus over de negatieve effecten van inadequade huisvesting op gezondheid (Angel & Bittschi, 2019; Eurofound, 2016).

De Vlaamse Woonraad maakt een onderscheid tussen de effecten van de woningkenmerken en van de woonomgeving (zie ook Figuur 2). Onder woningkenmerken verstaan ze het binnenmilieu en de fysische kenmerken van de woning. Het binnenmilieu beïnvloedt de blootstelling aan stoffen die een direct effect hebben op de gezondheid. Het gaat hier bijvoorbeeld over de aanwezigheid van verbrandingsgassen, ozon, allergenen, koolwaterstoffen, etc. De fysische kenmerken van de woning gaan over o.a. de wooninrichting, de bezettingsgraad en de woningkwaliteit (bouwtechnische kenmerken en structuur, indeling en uitrusting woning). Ook deze kunnen een directe invloed hebben op de gezondheid. Dit kan gaan over bijvoorbeeld val- en brandrisico's, luchtwegeninfecties door overbevolking en stress en slaapproblemen door slechte geluidsisolatie. Dit ligt in lijn met de bevindingen van Eurofound (2016) en de WHO (2014). Een systematische reviewstudie van de WHO over risicoblootstelling in de binnenomgeving toont een positieve correlatie tussen het aantal huisvestingrisico's en het aantal mentale gezondheidsproblemen, allergische symptomen, cardiovasculaire en respiratoire aandoeningen, en een negatieve correlatie met de zelf-gerapporteerde gezondheid. De meest voorkomende risicoblootstellingen omvatten de blootstelling aan chemisch verontreinigde stoffen, de combinatie van luchtverontreiniging en biologische stressoren zoals schimmel/vochtigheid en mijt of fysieke stressoren zoals lawaai en thermisch discomfort en de interactie tussen deze fysieke en biologische stressoren

zoals het samengaan van schimmel en thermische omstandigheden en overbevolking en hygiëne (World Health Organization, 2014). Eurofound komt tot gelijkaardige risicofactoren m.b.t. het binnenmilieu: vochtigheid en schimmel, ophoping van verontreinigende stoffen door onvoldoende ventilatie, lage binnentemperaturen, lawaai en hygiëne. Daarnaast wijzen ze ook op het belang van kenmerken van de woning die ongevallen kunnen vergroten, bijvoorbeeld een hogere kans op ongelukken door slechte inrichting van de keuken of een verhoogde kans op het ontstaan en verspreiden van brand door gebrekkige apparatuur en indeling (Eurofound, 2016)

Woningkenmerken beïnvloeden naast de fysieke gezondheid ook het psychosociaal welzijn. Zo kan iemand bijvoorbeeld erg veel stress en spanningen ervaren door overbevolking of geïsoleerd geraken doordat ze uit schaamte geen mensen uitnodigen in de woning. Zeker bij mensen die al een slechte fysieke gezondheid hebben, en bijvoorbeeld minder mobiel zijn, kan dit een extra versterkend effect hebben (van Hoof et al., 2017; Vlaamse Woonraad, 2018).

Naast de kenmerken van de woning zelf beïnvloedt ook de woonomgeving de gezondheid. Dit kan opnieuw gaan over kenmerken die een rechtstreekste invloed hebben op de fysieke gezondheid zoals de luchtkwaliteit en geluidshinder, maar ook om kenmerken van de buurt zoals sociale cohesie en ruimte voor fysieke activiteit die een effect hebben op de mentale en fysieke gezondheid. De omgevingskenmerken en woningkenmerken staan ook in relatie tot elkaar en kunnen effecten op de gezondheid versterken of afzwakken. In een buurt met veel geluidsoverlast zullen personen die wonen in een woning met slechte isolatie meer effecten ondervinden van deze overlast tegenover personen die wonen in een goed geïsoleerde woning (Vlaamse Woonraad, 2018).

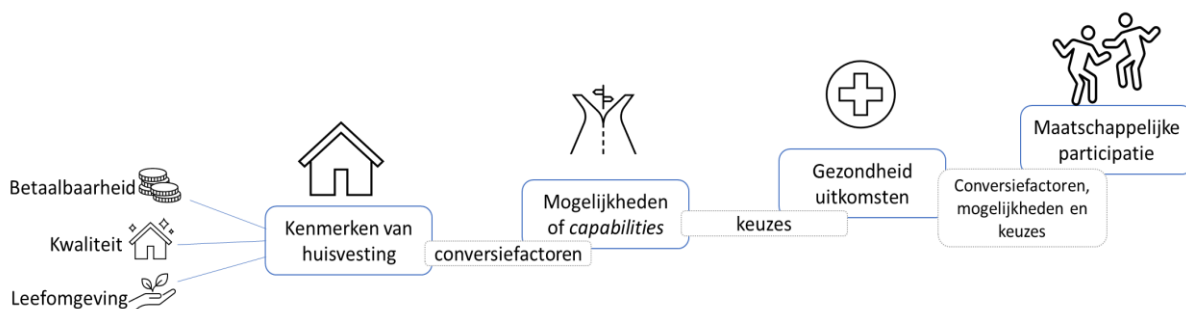
Tot slot kan ook betaalbaarheid een belangrijke factor van gezondheid zijn (Eurofound, 2016; Vlaamse Woonraad, 2018). Longitudinaal onderzoek in 27 EU landen toont aan dat achterstal in huisvestingskosten een negatief effect heeft op de zelf-gerapporteerde gezondheid. De studie legt geen oorzaken voor dit verband vast (Clair et al., 2016). Op basis van ander onderzoek en data benoemen we hier drie elementen die dit verband kunnen verklaren. Dit is uiteraard niet exhaustief. Ten eerste is betaalbaarheid een voorwaarde om toegang te hebben tot gezonde huisvesting die voldoet aan de door de WHO omschreven criteria. Wanneer gezonde woningen onbetaalbaar zijn voor een deel van de bevolking, zal deze groep een grote kans hebben om in ongezonde woning te belanden en vaker geconfronteerd worden met gezondheidsrisico's die hiermee samenhangen. Data van de WHO toont dat in alle Europese landen de gezinnen met een inkomen onder de armoedegrens of in de laagste inkomensquintielen slechter scoren op indicatoren van inadequate huisvesting (bv. overbevolking, adequaat verwarmen van de woning, vochtigheid, basis sanitaire voorzieningen) (World Health Organization, 2022a, 2022b, 2022c, 2022d). Daarnaast kunnen te hoge huisvestingskosten ervoor zorgen dat er bespaard wordt op anderen, meer flexibele uitgavenposten, zoals gezonde voeding, ontspanning of medische kosten wat een negatief effect kan hebben op de gezondheid (Van Thielen & Storms, 2013). Tot slot kunnen hoge huisvestingskosten leiden tot financiële schaarste. Als een te groot aandeel van het huishoudbudget naar huisvestingskosten gaat en men te

weinig overhoudt voor andere noodzakelijk uitgaven, komt men terecht in een situatie van schaarste. Schaarste leidt in de eerste plaats tot een permanent te hoog stressgehalte met gevolgen op het fysieke en mentale welzijn (Mullainathan & Shafir, 2013; Pearlin, 1989). Daarnaast zorgt het leven in schaarste er ook voor dat de bandbreedte van mensen beperkt wordt en lange termijn gevolgen van gedrag minder goed voorzien worden. Dit kan leiden tot nog meer schaarste, bijvoorbeeld door leningen met woekerrentes aan te gaan, maar ook tot gezondheidsproblemen door bijvoorbeeld het uitstellen van een tandartsbezoek of ongezond eten (Mullainathan & Shafir, 2013).

2.3 Samenvatting theoretisch kader

Op basis van bovenstaande literatuur ontstaat het theoretisch kader waarop dit eindwerk verder bouwt. Gezondheid is volgens dit kader een voorwaarde tot maatschappelijke participatie. Iemand is gezond in de mate waarin dit een persoon toelaat om deel te nemen aan de samenleving en sociale rollen te vervullen. De mogelijkheden om gezond te zijn worden bepaald door de middelen die iemand ter beschikking heeft en de conversiefactoren. Een adequate huisvesting is een van de middelen die de mogelijkheden tot gezondheid bepaalt (of een sociale determinant zoals benoemd in het model van Dahlgren & Whitehead). Als je bijvoorbeeld als kind in een woning met veel schimmel hebt gewoond, en je hierdoor astma ontwikkelde, beperkt dit je mogelijkheden tot gezondheid. Adequate of gezonde huisvesting bestaat uit verschillende componenten. We maken hier een onderscheid tussen betaalbaarheid van huisvesting, kenmerken of kwaliteit van de woning zelf en de leefomgeving. Onderstaand schema vat het theoretisch kader samen.

Figuur 3: Samenvatting theoretisch kader.



Het vervolg van dit eindwerk bouwt verder op dit theoretisch model. Het volgende hoofdstuk kijkt welk beleid huisvesting in Vlaanderen vorm geeft. Om een antwoord op de eerste onderzoeksvraag te geven, zoomt hoofdstuk 4 in op de wijk Antwerpen Noord waar Wijkgezondheidscentrum De Regent zich bevindt. Het brengt de huisvestingsproblemen in de wijk in kaart aan de hand het dataportaal 'Stad in cijfers'. De praktijkanalyse in het volgende hoofdstuk kijkt de huisvestingsproblemen in de wijk vanuit de praktijk. Vertrekkende vanuit een aantal casussen uit het WGC worden overkoepelende problemen en knelpunten belicht. Door de koppeling van deze praktijkervaringen aan de objectieve cijfergegevens en het theoretisch kader wordt tot een concluderend hoofdstuk en aanbevelingen gekomen.

3 Woonbeleid in Vlaanderen

Dit hoofdstuk beschrijft de beleidscontext waarin dit eindwerk opereert. Informatie in dit hoofdstuk is afkomstig uit relevante beleidsrapporten, de wettekst van de Vlaamse Codex Wonen en informatie van officiële websites van de Vlaamse en stedelijke overheidsinstellingen.

3.1 Bevoegdheden en actoren in het Vlaams woonbeleid

De verantwoordelijkheid voor het garanderen van het recht op wonen ligt in België bij de gewesten. Het Vlaamse gewest is samen met de gemeenten bevoegd voor het beleidsdomein wonen (Winters et al., 2021). De Vlaamse Codex Wonen, voordien de Vlaamse Wooncode, bundelt de regelgeving rond het Vlaams woonbeleid. De codex is opgebouwd uit zeven boeken en omschrijft de organisatie van het woonbeleid, de woningkwaliteitsbewaking, woonactoren, instrumenten van het woonbeleid en sociale huur (Vlaams Parlement, 2020). De bevoegdheden voor het Vlaams woonbeleid vallen onder de minister van wonen, in de huidige regering Matthias Diependaele. De uitvoering ligt bij het intern verzelfstandigd agentschap Wonen in Vlaanderen. Het agentschap staat in voor de voorbereiding, ontwikkeling, uitvoering en evaluatie van het woonbeleid. Daarnaast begeleidt en ondersteunt het gemeenten en andere belangrijke actoren, zoals sociale verhuurkantoren en huurdersbonden, met het ontwikkelen en uitvoeren van beleid (Vlaamse Overheid, z.d.-j).

Lokale besturen zijn een belangrijke actor in het Vlaams woonbeleid. Gemeenten worden de regisseurs van het lokaal woonbeleid genoemd (Wonen in Vlaanderen, z.d.-a). De Vlaamse Codex wonen omschrijft de rol van het lokale niveau als volgt:

De gemeente is verantwoordelijk voor het uitwerken van haar woonbeleid op lokaal vlak waarbij aandacht uitgaat naar het stimuleren van sociale woonprojecten, het ondersteunen van woonbehoeftige gezinnen en alleenstaanden en het uitwerken van een bewaking van de kwaliteit van het woonpatrimonium en de woonomgeving (Art.22 §1).

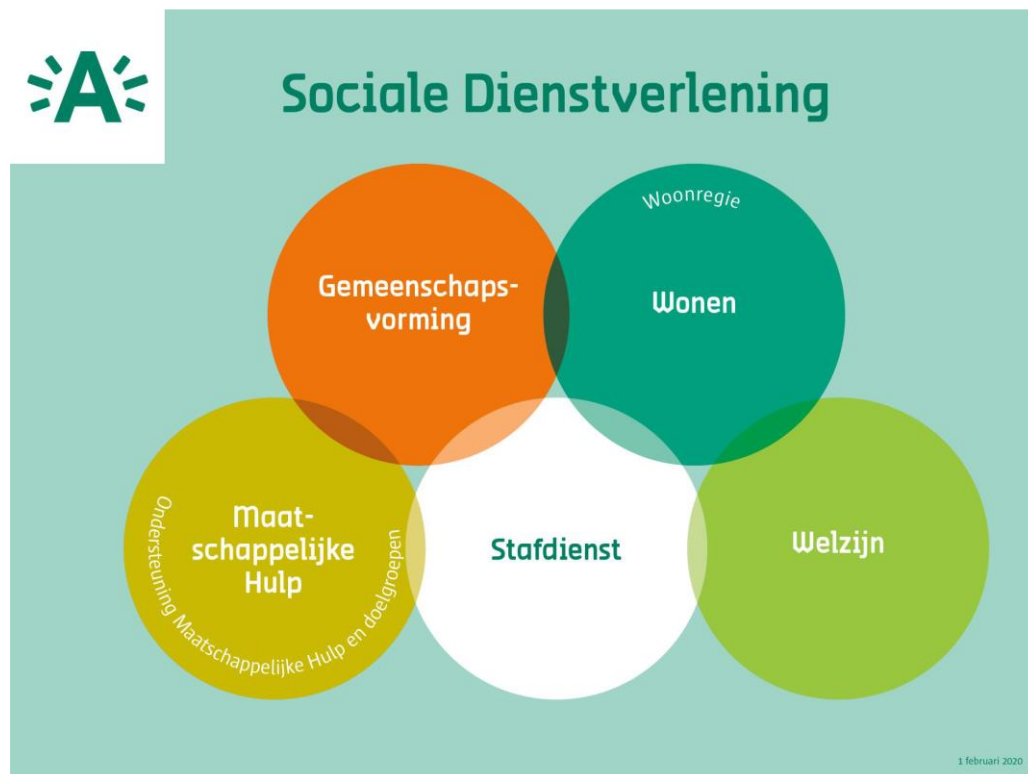
Concreet betekent dit dat de gemeente instaat voor het plannen, uitvoeren en rapporteren van de drie Vlaamse beleidsprioriteiten op vlak van wonen. De gemeente staat in voor (1) een divers en betaalbaar woonaanbod in functie van de woonnoden, (2) de woningkwaliteitsbewaking, en (3) het informeren, adviseren en begeleiden van inwoners met vragen over wonen. Daarnaast moet de gemeente minstens twee maal per jaar een lokaal woonoverleg organiseren tussen de lokale woonactoren, lokale welzijnsorganisaties en het Vlaams agentschap. Gemeenten kunnen in hun rol als regisseur ook intergemeentelijke samenwerkingsverbanden aangaan om beleid over de gemeentegrenzen heen vorm te geven (Wonen in Vlaanderen, z.d.-a).

Naast de Vlaamse en gemeentelijke bestuursniveaus omschrijft de Vlaamse Codex Wonen nog een aantal andere actoren die een rol spelen binnen het Vlaams woonbeleid. Huurdersbonden en verhuurorganisaties staan in voor het behartigen van de belangen van respectievelijk gezinnen en alleenstaanden en verhuurders of vastgoedmakelaars op de privéwoningmarkt (Vlaams Parlement, 2020, Art. 4.69, Art. 4.76). De belangen van sociale huurders worden behartigd in het Vlaams Netwerk van Sociale Huurders (VIVAS) wat bestaat uit lokaal georganiseerde bewonersgroepen in

de sociale huisvesting (VIVAS, 2023). De Vlaamse huurdersbonden zijn georganiseerd per provincie en samen met het VIVAS verenigd in het Vlaams Huurdersplatform (Huurdersbond, 2023; Vlaams Huurdersplatform, 2023). In het domein van sociaal wonen waren er tot 1 januari 2023 vier belangrijke actoren: de sociale huisvestingsmaatschappijen (SHM's), de sociale verhuurkantoren (SVK's), de Vlaamse Maatschappij voor Sociaal Wonen (VMSW) en het Vlaams Woningfonds (Vlaams Parlement, 2020, Boek 4, deel 1). De sociale verhuurkantoren onderscheiden zich van de SHM's doordat ze niet zelf in het bezit zijn van woningen, maar woningen huren op de private huurmarkt en ze doorverhuren aan kwetsbare doelgroepen tegen een aangepaste huurprijs. Vanaf 1 januari 2023 vormen alle SHM's en SVK's binnen één gemeente één woonmaatschappij. Waar er voordien per gemeente verschillende spelers naast elkaar bestonden zal er nu slechts één woonmaatschappij per gemeente bestaan. De woonmaatschappijen zijn autonome vennootschappen erkend door de Vlaamse regering en staan in voor het uitvoeren van het sociaal woonbeleid (Vlaams Parlement, 2020, Art. 4.36 §1; Wonen in Vlaanderen, z.d.-b). De VMSW fuseerde op 1 januari met Wonen-Vlaanderen tot het nieuw agentschap Wonen in Vlaanderen dat woonactoren en lokale besturen ondersteunt bij sociale woonprojecten. De VMSW blijft wel bestaan als financieel beheerder van de woonmaatschappijen (Vlaamse Overheid, z.d.-i). Tot slot heeft het Vlaams Woningfonds (VWF) het mandaat om woonbehoeftige gezinnen en alleenstaanden te ondersteunen een eigen woningen te verwerven of in goede staat te behouden (Vlaams Parlement, 2020, Art. 4.61).

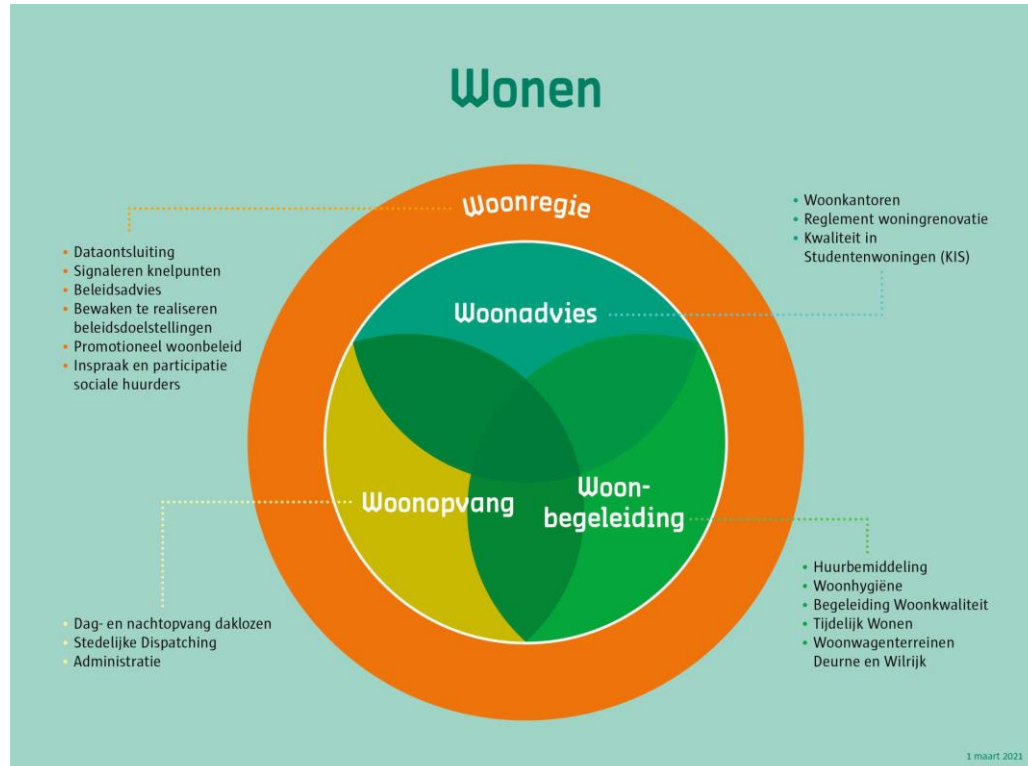
Toegepast op de praktijkanalyse spelen volgende actoren een rol in het woonbeleid: Wonen Vlaanderen onder bevoegdheid van minister van wonen Matthias Diependaele, de afdeling wonen van stad Antwerpen onder bevoegdheid van schepen van wonen Els van Doesburg en de nieuwe Antwerpse Woonmaatschappij Woonhaven. Woonhaven vormt een fusie van vijf sociale huisvestingmaatschappijen en het Sociaal Verhuurkantoor Antwerpen (SKVA, 2023). Het Vlaams Woningfonds blijft instaan voor het verstrekken van sociale woonleningen. De Antwerpse afdeling wonen valt onder de bedrijfseenheid Sociale Dienstverlening en staat in voor woonregie, woonopvang, woonbegeleiding en woonadvies (zie Figuur 4 en Figuur 5) (Stad Antwerpen, z.d.-c).

Figuur 4: Organogram Sociale dienstverlening stad Antwerpen.



Bron: Stad Antwerpen.

Figuur 5: Organogram Wonen stad Antwerpen.



Bron: Stad Antwerpen.

Daarnaast zijn ook de Antwerpse sociale centra (OCMW's) een belangrijke partner in het garanderen van het recht op wonen. De volgende sectie omschrijft sociale

maatregelen om het recht op wonen te garanderen en de rol van de sociale centra hierin.

3.2 Sociaal woonbeleid

Op Vlaams niveau worden verschillende maatregelen genomen om het recht op wonen te garanderen. Deze sectie bespreekt een aantal belangrijke maatregelen. Deze lijst is niet volledig, maar tracht een overzicht te geven van de belangrijkste sociale rechten op vlak van wonen. Bijkomend kunnen er ook op gemeentelijk niveau nog extra ondersteunende maatregelen gelden.

Een heel aantal maatregelen willen de betaalbaarheid van een kwalitatieve woning voor iedereen verhogen. De belangrijkste maatregelen is **sociale huisvesting**. Gezinnen of alleenstaanden met een laag inkomen, die zijn ingeschreven in het bevolkings- of vreemdelingregister en niet in het bezit zijn van een eigen woning hebben recht op een sociale huurwoning. Dit zijn woningen in het beheer van sociale woonactoren die verhuurd worden tegen een lagere huurprijs dan de marktwaarde. Wanneer je huurt bij een sociale huisvestingmaatschappij wordt de huurprijs bepaald afhankelijk van je gezinsinkomen, gezinsgrootte en de marktwaarde van de woning. Bij een sociaal verhuurkantoor is de huurprijs niet afhankelijk van je inkomen of gezinssamenstelling, maar onderhandelt het SVK een zo laag mogelijke huurprijs met de eigenaar van de woning (Vlaamse Overheid, z.d.-b, z.d.-c). Hoe de huurprijs zal geregeld worden na de fusie tot de Vlaamse Maatschappij voor Sociaal Wonen is nog niet duidelijk. Zoals besproken in de probleemstelling blijkt sociaal wonen een effectieve maatregel om de betaalbaarheid voor gezinnen met een laag inkomen te verbeteren. Echter zijn de wachtlijsten zeer lang. Om hier aan tegemoet te komen werd de **Vlaamse huurpremie** in het leven geroepen. Gezinnen met een laag inkomen, die al langer dan 4 jaar op de wachtlijst staan voor een sociale woning en momenteel huren op de private markt kunnen een maandelijkse financiële tegemoetkoming krijgen om de hoge huurprijs op de private markt te compenseren. Daarnaast moet je woning voldoen aan een aantal kwaliteitsnormen. De huurpremie wordt berekend op basis van je inkomen, de grootte van het gezin, de ligging en de huurprijs van de woning (Vlaamse Overheid, z.d.-h). Wanneer je verhuist naar een woning van een SVK of van een slechte of onaangepaste woning naar een goede en aangepaste woning of wanneer je een huurwoning betreft vanuit dakloosheid kan je aanspraak maken op een **Vlaamse huursubsidie**. Deze maandelijkse tussenkomst is opnieuw afhankelijk van je inkomen, gezinsgrootte, huurprijs en ligging van de woning. Op het moment van verhuis ontvang je daarbovenop ook een eenmalige **installatiepremie** die gelijk is aan driemaal de maandelijkse huursubsidie (Vlaamse Overheid, z.d.-g). Door kwaliteitscriteria te koppelen aan de tegemoetkomingen wil het Vlaams beleid niet alleen de betaalbaarheid maar ook de kwaliteit van wonen voor mensen met een laag inkomen verbeteren.

Onderzoek van het Steunpunt Wonen legt een aantal belangrijke drempels bloot die zorgen voor non take-up bij de Vlaamse huurpremie en huursubsidie. Ze tonen aan dat tussen 2017 en 2020 slechts de helft van de personen die een uitnodiging tot aanvraag voor een huurpremie ontvangen ook daadwerkelijk een aanvraag indienen. Uit bevragingen bij OCMW's blijkt dat een groot deel daarvan geen aanvraag indient

omdat ze de huurpremie niet kennen of de brief niet begrijpen. Potentieel rechthebbende van zowel de huurpremie als huursubsidie blijken vaak over te weinig informatie te beschikken wat de aanvraag of voorwaarden van de premies betreft. Daarnaast zijn er ook administratieve drempels (bv. lange wachttijden) en stigmadrempels (bv. een verplicht woningkwaliteitsonderzoek). Het woningkwaliteitsonderzoek kan ook tot non take-up zorgen omdat mensen uit angst voor de gevolgen van het onderzoek geen aanvraag indienen of er niet in slagen een kwaliteitsvolle woning te vinden (Van den Broeck & Vermeir, 2023).

Gezinnen kunnen ook ondersteund worden door een tussenkomst in de **verbruikerskosten**. Gezinnen met een laag inkomen kunnen aanspraak maken op een sociaal tarief voor elektriciteit, aardgas en water (FOD Economie, z.d.; Vlaamse Overheid, z.d.-f). OCMW 's kunnen gezinnen extra ondersteunen door middel van het sociaal stookoliefonds, het gas en elektriciteitsfonds en door het onderhandelen van afbetalingsplannen met leveranciers (POD MI, z.d.-a, z.d.-b).

Tot slot kan het **Vlaams Woningfonds** gezinnen en alleenstaanden ondersteunen in de betaalbaarheid van wonen. Het kent voordelige woonleningen toe aan gezinnen of alleenstaanden met een laag inkomen. Dit kan gaan over leningen voor de aankoop of renovatie van een woning of voor de huurwaarborg voor het huren van een private of sociale woning (Vlaams Woningfonds, Onze diensten). Indien een huurwaarborglening niet mogelijk is via het Vlaams Woningfonds, kunnen OCMW's tussenkomen in de huurwaarborg (Stad Antwerpen, z.d.-a).

Daarnaast zijn er nog een aantal andere maatregelen die de kwaliteit van wonen willen beschermen waarbij het lokale niveau een grote rol speelt. De Vlaams Codex wonen omschrijft de minimale kwaliteitsvereisten waaraan een woning moet voldoen. Wanneer een huurwoning gebreken heeft en de verhuurder weigert hieraan tegemoet te komen kunnen huurders een gratis **procedure 'ongeschiktheid- en onbewoonbaarheid'** bij de gemeente opstarten. Wanneer gebreken worden vastgesteld wordt de verhuurder aangemaand hieraan tegemoet te komen of verboden het pand nog te verhuren (Vlaamse Overheid, z.d.-a). Het OCMW kan op twee specifieke manieren inzetten op het bestrijden van dak- en thuisloosheid. Door middel van het **Fonds ter bestrijding van uithuiszetting** kunnen de OCMW's huurders begeleiden in het wegwerken van huurachterstal en uithuiszetting vermijden (Vlaamse Overheid, z.d.-d). De toekenning van een **referentieadres** aan daklozen bij het OCMW is vaak een eerste stap uit de dakloosheid. Door een officiële inschrijving kunnen deze mensen vaak pas aanspraak maken op een groot deel van hun rechten. Je kan een referentieadres bij het OCMW aanvragen indien je dakloos bent, niet ingeschreven in het bevolkings- of vreemdelingenregister, onvoldoende bestaansmiddelen hebt en beroep doet op het OCWM voor andere dienstverlening (Vlaamse Overheid, z.d.-e). Tot slot bieden het OCWM of andere lokale actoren ook **crisis- en nachtopvang** voor daklozen. In Antwerpen speelt het CAW een grote rol in het aanbieden van noodopvang (CAW, 2023; Stad Antwerpen, z.d.-b).

Dit hoofdstuk vat het belangrijkste woonbeleid in Vlaanderen samen. Er bestaan heel wat maatregelen die de kwaliteit en betaalbaarheid van wonen willen garanderen. Als we kijken naar de leefbaarheid van de woonomgeving bevinden we ons ook in het

domein van stadsontwikkeling en -vormgeven. Omdat dit beleid zich minder situeert in het werkdomein van het maatschappelijk werk zijn beleidsmaatregelen op dat domein niet besproken in dit hoofdstuk. Wat betreft de politiserende rol van het maatschappelijk werk, speelt dit domein natuurlijk wel een rol. Het volgende hoofdstuk gaat in op het meten van de betaalbaarheid en kwaliteit van wonen en de leefbaarheid van de woonomgeving. Aan de hand van indicatoren wordt de situatie van Antwerpen Noord op alle drie deze domeinen in kaart gebracht.

4 Antwerpen Noord: schets van een bewogen wijk

Het theoretisch kader in hoofdstuk 2 vertrekt vanuit drie kenmerken die de huisvestingssituatie bepalen: betaalbaarheid, kwaliteit van de woning en de leefomgeving. De doelstelling van dit eindwerk is in dialoog gaan met beleidsmakers over huisvestingproblemen in Antwerpen Noord. Door doormiddel van enerzijds meetbare objectieve indicatoren en anderzijds verhalen en casussen tracht het aan te tonen welke problemen in de wijk op de voorgrond staan.

Dit hoofdstuk brengt aan de hand van indicatoren meetbare betaalbaarheids-, kwaliteits- en leefbaarheidsproblemen in Antwerpen Noord in kaart. De focus ligt hier op uitkomstindicatoren die de huidige situatie op het terrein weergeven en die kunnen dienen om de effectiviteit van beleid af te toetsen. In het beleidsproces zijn ook andere indicatoren nodig om in de fase van beleidsvorming en -opvolging de effecten en implementatie van beleid op te volgen. Op deze groep indicatoren gaan we hier niet in (Delanghe et al., 2021).

De eerste sectie staat kort stil bij welke data er ter beschikking is op vlak van huisvesting. De beschikbaarheid van data op Europees-, Vlaams- en lokaal niveau wordt besproken. De tweede sectie gaat daarna in op wat deze data ons vertelt over de huidige huisvestingsituatie in Antwerpen Noord. Sectie drie komt tot een tussentijdse conclusie over de huisvestingsproblemen in Antwerpen Noord op basis van meetbare indicatoren.

4.1 Data op Europees, Vlaams en lokaal niveau

Op Europees niveau bevat de EU-SILC de belangrijkste data over de leefomstandigheden in de lidstaten (Atkinson et al., 2002; Delanghe et al., 2021). De data is gebaseerd op een jaarlijkse survey en omslaat alle personen in private huishoudens voor alle EU en een aantal niet-EU landen. Een belangrijke kanttekening, die in het algemeen geldt voor huishoudsurveys, is de zwakke vertegenwoordiging van de onderkant en bovenkant van de inkomensverdeling in de steekproef. Dit maakt dat de onderste 5% van de inkomensverdeling ondervertegenwoordigd is in de steekproef waardoor hierover slecht beperkt uitspraken gedaan kunnen worden (Delanghe et al., 2021; Social Protection Committee Indicator Sub-Group, 2022). Deze Europese data wordt ook in veel nationale en regionale dataportalen gebruikt om de levensomstandigheden te omschrijven.

Op Vlaams niveau is de Vlaamse Woonmonitor het belangrijkste meetinstrument in het domein van wonen. De monitor bevat een set van indicatoren die op een systematische manier gegevens over wonen en het woonbeleid in Vlaanderen

verzamenen en presenteren (Steunpunt Wonen, z.d.-a). Het rapport van Winters et al. (2021), in opdracht van het Steunpunt Wonen, brengt voor het eerst een volledig beeld van de Vlaamse Woonmonitor. Het Steunpunt Wonen is een samenwerking tussen onderzoekers van verschillende universiteiten en staat de Vlaamse overheid bij in het voorbereiden van het woonbeleid door het verzamelen, analyseren en rapporteren van gegevens over wonen en het woonbeleid in Vlaanderen (Steunpunt Wonen, z.d.-b).

De Vlaamse Woonmonitor baseert zich naast administratieve data ook op surveydata. Naast de hierboven besproken EU-SILC data maakt het ook gebruik van de Woonsurvey (Winters et al., 2021). De Woonsurvey is uitgevoerd op initiatief van de Vlaamse Overheid en beantwoordt aan de Vlaamse Codex Wonen die bepaalt dat er in Vlaanderen om de tien jaar een steekproefonderzoek moet uitgevoerd worden over de woningen en hun bewoners. De bevraging werd in 2005 voor het eerst uitgevoerd aan de hand van face-to-face interviews bij een steekproef van huishoudens. Deze werd herhaald in 2013 en 2018. In 2013 werd er ook een objectieve schouwing van de woningkwaliteit gehouden. De interviews en objectieve schouwing zullen in 2023 opnieuw herhaald worden (Heylen & Vanderstraeten, 2019; Steunpunt Wonen, z.d.-c).

Op lokaal niveau biedt de Stads- en Gemeente monitor van het Agentschap Binnenlands Bestuur indicatoren over 13 beleidsrelevante thema's waarvan 'Wonen en Woonomgeving' er één is. Naast administratieve data berust de monitor op data uit een grootschalige burgerbevraging. De laatste burgerbevraging werd uitgevoerd in 2020. De tevredenheid, participatie en gedrag van burgers werd toen bevraagd. De bevraging wordt driejaarlijks georganiseerd (Agentschap Binnenlands Bestuur, 2020).

Tot slot beschikt de stad Antwerpen over een eigen datamonitor 'Stad in cijfers'. Deze biedt omgevingsinformatie aan tot op districts-, postcode- en wijkniveau voor de stad. De data zijn voornamelijk afkomstig uit administratieve data van de stad en het kadaster en vanuit de bevraging van de stadsmonitor. Deze data zullen we gebruiken om in de volgende sectie de huisvestingsproblematiek in de wijk Antwerpen-Noord in kaart te brengen.

4.2 Huisvestings- en gezondheidssituatie in Antwerpen Noord, 2060

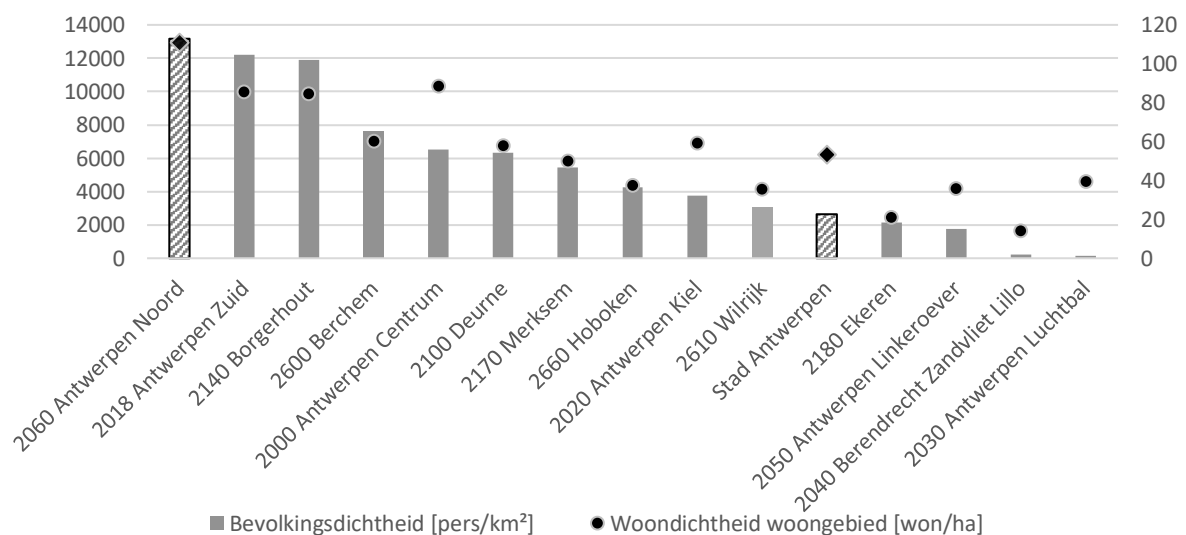
Kwaliteits- en comforttekortkomingen zijn in Vlaanderen groter in stedelijke contexten en op verschillende indicatoren wordt in steden ook minder vooruitgang boekt in vergelijking met kleine steden en gemeenten (Heylen & Vanderstraeten, 2019). Data uit de Gemeente- en Stadsmonitor toont dat Antwerpen in vergelijking met de andere Vlaamse centrumsteden slecht scoort op betaalbaarheids- en kwaliteitsindicatoren (bv. energiezuinigheid, buurthinder, onbewoonbare woningen) (Agentschap Binnenlands Bestuur, 2020). Ook binnen Antwerpen zien we grote verschillen tussen wijken op vlak van betaalbaarheid en kwaliteit van de woning en leefomgeving (Stad Antwerpen, 2022). Dit onderdeel beschrijft aan de hand van data uit de monitor 'Stad in Cijfers'⁶ de huisvesting en gezondheidssituatie in Antwerpen Noord. Het gebied is gedefinieerd op basis van de postzone 2060. Vergelijkingen met stad Antwerpen gaan

⁶ <https://stadincijfers.antwerpen.be/databank/>

over het geheel van alle districten van grootstad Antwerpen. Vergelijkingen met andere wijken gaan steeds over postzones. Binnen de postzone 2060 wordt de opsplitsing naar buurten gevolgd zoals gedefinieerd in de stadsmonitor. De meest recent beschikbare data in de monitor wordt steeds gebruikt.

Met in 2022 meer dan 13.000 inwoners per vierkante kilometer is Antwerpen-Noord op postcode niveau de dichtst bevolkte wijk van Antwerpen (zie Figuur 6). De woondichtheid, het aantal woningen of woongelegenheden t.o.v. het totale woongebied, bedraagt meer dan het dubbele dan het gemiddelde voor de Stad (zie Figuur 6). Daarnaast wordt de buurt gekenmerkt door een gemiddeld jonge bevolking (35 jaar, zie Figuur 7) waarvan 75% een vreemde herkomst heeft. Meer dan de helft van de huishoudens zijn alleenstaanden wat het op een na hoogste percentage is over de verschillende postzones (Antwerpen-centrum heeft 60% alleenstaanden). Het aandeel grote gezinnen (meer dan vier gezinsleden) is met 10% gemiddeld in vergelijking met de andere wijken.

Figuur 6: Bevolkingsdichtheid en woondichtheid woongebied per postzone en stad Antwerpen, data 2022.



Bron: Stad Antwerpen, Districts- en loketwerking.

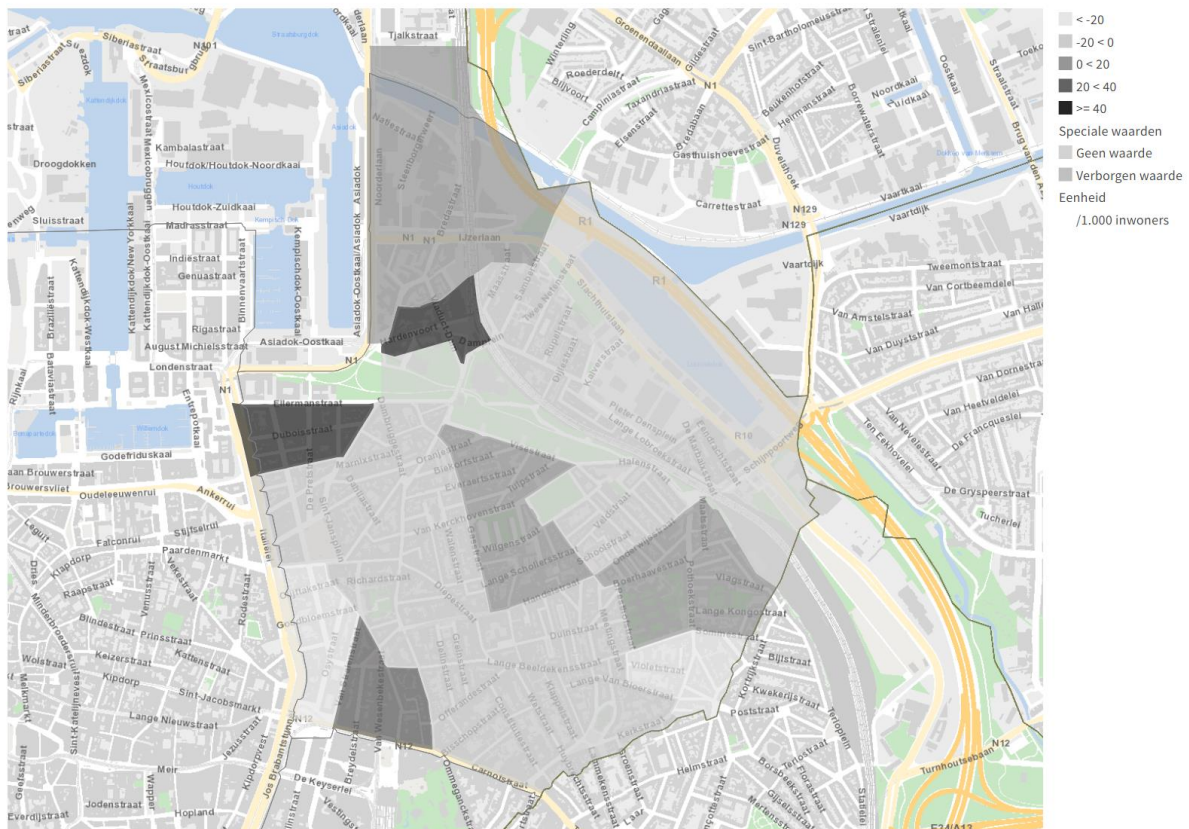
Figuur 7: Gemiddelde leeftijd postzones en stad Antwerpen, data 2022.

2060 Antwerpen Noord	34,9
2030 Antwerpen Luchtbal	34,9
2018 Antwerpen Zuid	35,3
2020 Antwerpen Kiel	36,5
2140 Borgerhout	36,5
2660 Hoboken	38,2
2100 Deurne	38,4
Stad Antwerpen	38,5
2170 Merksem	39,2
2180 Ekeren	40,9
2610 Wilrijk	41
2000 Antwerpen Centrum	41,2
2600 Berchem	41,3
2040 Berendrecht Zandvliet Lillo	42
2050 Antwerpen Linkeroever	43,6

Bron: Stad Antwerpen, Districts- en loketwerking.

De wijk is voor velen een punt van aankomst. De verhuis intensiteit, het totaal aantal verhuisbewegingen in een gebied uitgedrukt als percentage van de bevolking in dit gebied, ligt bij de hoogste van de stad. Het verhuissaldo is negatief wat aangeeft dat er meer mensen vertrekken uit de buurt dan dat er aankomen. Degene die aankomen in de buurt zijn dubbel zo vaak afkomstig van buiten de stad dan van andere deelgebieden in de stad. Opgesplitst naar bevolkingsgroepen zien we dat vooral volwassenen onder de 40 jaar en inwoners met een niet-EU herkomst aankomen in de wijk. Volwassenen boven de 40 jaar, kinderen en autochtonen vertrekken vaker uit de wijk. Deze cijfers tonen aan dat Antwerpen Noord gekenmerkt wordt door een wisselende bevolking waarbij de wijk vaak als startpunt dient om nadien elders in de stad of buiten de stad te gaan wonen. Ook binnen de wijk zijn er verschillen te zien. Figuur 8 toont het totaal verhuissaldo opgesplitst naar buurten binnen de wijk. Drie buurten kennen meer aankomsten dan vertrekken (donker grijs), in alle andere (licht grijs) vertrekken er meer mensen dan er aankomen.

Figuur 8: Relatief verhuissaldo (per 1000 inwoners), 2060 Antwerpen Noord per buurt, data 2022.



Bron: Stad Antwerpen, Districts- en loketwerking.

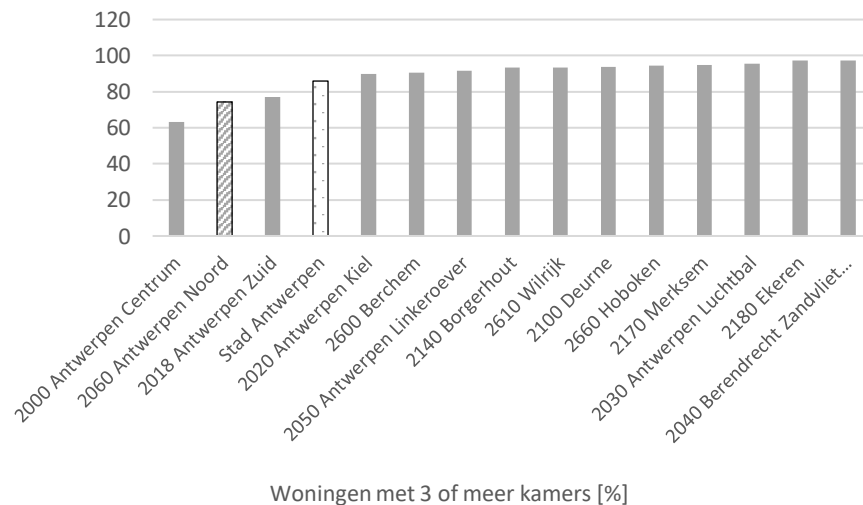
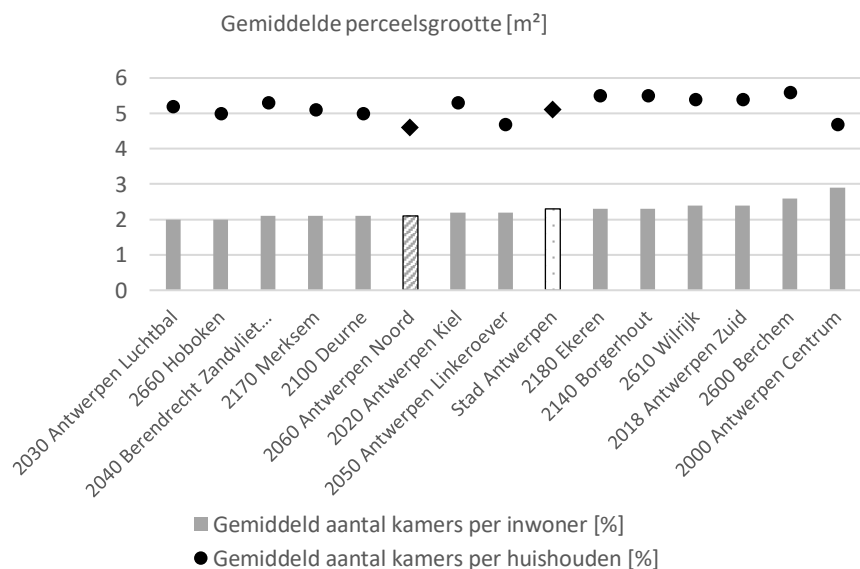
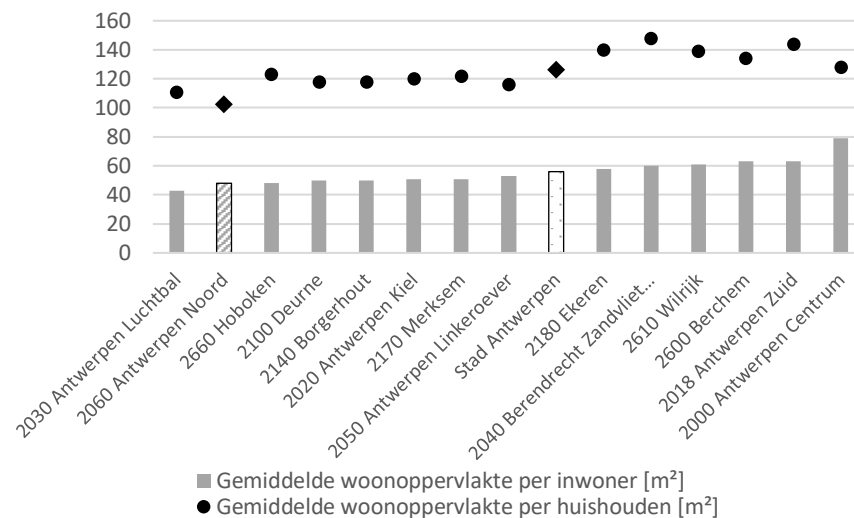
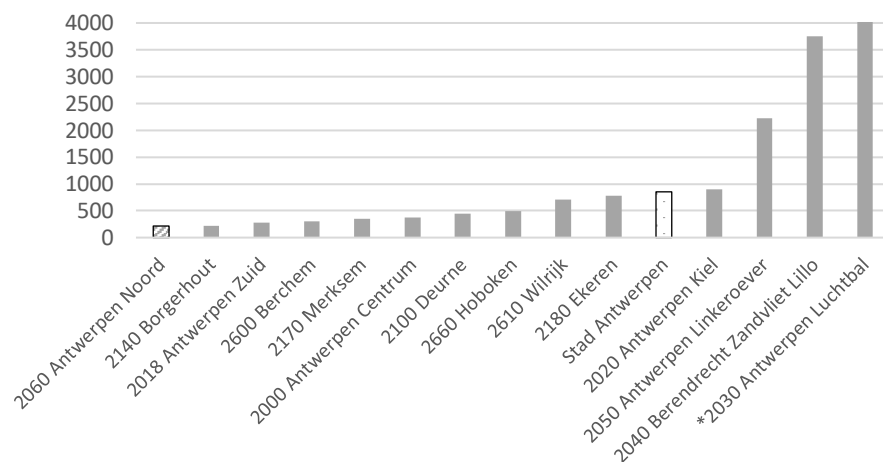
De literatuurstudie in hoofdstuk 2 beschreef de kwaliteit, betaalbaarheid en de leefomgeving als kenmerken van de huisvestingsituatie. Er zijn geen cijfers beschikbaar over de betaalbaarheid van huisvesting op wijkniveau. In vergelijking met andere centrumsteden⁷ scoort Antwerpen het slechts op vlak van betaalbaarheid. In 2022 kende 10% van de bevolking betaalbaarheidsmoeilijkheden en overschreed de woonkost bij 28% van de gezinnen 30% van het gezinsinkomen. Op districtsniveau zien we dat district Antwerpen⁸, waar Antwerpen Noord deel van uit maakt, met respectievelijk 11% en 29% iets slechter scoort dan het gemiddelde op vlak van beide indicatoren. Aan de hand van inkomensindicatoren kunnen we vermoeden dat betaalbaarheidsproblemen in de wijk hoger liggen dan het gemiddelde voor het district. Het gemiddeld netto belastbaar inkomen per inwoner ligt bij de laagste van Antwerpen. Daarnaast woont 11% van de inwoners in een gezin dat een (equivalent) leefloon ontvangt en heeft 44% van de inwoners recht op een verhoogde tegemoetkoming. Deze percentages zijn ook bij de hoogste van de verschillende postzones. Uit referentiebudget onderzoek blijkt dat het netto inkomen uit leefloon voor verschillende typegezinnen niet toereikend is om rond te komen. Omdat huisvestingskosten een groot aandeel in het gezinsbudget innemen kan dit leiden tot betaalbaarheidsproblemen op vlak van huisvesting (Frederickx et al., 2021).

⁷ Centrumsteden: Aalst, Antwerpen, Brugge, Genk, Gent Hasselt, Kortrijk, Leuven, Mechelen, Oostende, Roeselare, Sint-Niklaas en Turnhout.

⁸ District Antwerpen omvat de volgende postzones: 2000 Antwerpen Centrum, 2018 Antwerpen Zuid, 2020 Antwerpen Kiel, 2030 Antwerpen Luchtbal, 2050 Antwerpen Linkeroever, 2060 Antwerpen Noord.

De huisvestingsmarkt in 2060 wordt gekenmerkt door lagere mediane aankoop- en huurprijzen dan het gemiddelde voor Antwerpen en in vergelijking met andere wijken. Daar tegenover staat dat de woningen gemiddeld kleiner zijn en de woonoppervlakte per huishouden en inwoner (veel) lager. Het aandeel woningen met drie slaapkamers of meer ligt het laagste van heel Antwerpen. Ook de gemiddelde perceelgrootte, de gemiddelde woonoppervlakte per huishouden en het gemiddeld aantal kamers per huishouden zijn het laagst in vergelijking met de andere postzones. Dit staat natuurlijk in relatie met het grote aandeel alleenstaanden in Antwerpen Noord. Echter scoort de wijk ook bij de laagste op vlak van gemiddelde woonoppervlakte per inwoner. De gemiddelde woonoppervlakte per inwoner bedraagt 48 m². Enkel in de postzone Luchtbal is dit minder. Het aantal kamers per inwoner ligt ook lager dan het gemiddelde voor de stad. Deze cijfers wijzen erop dat naast een hoge bevolkingsdichtheid een groot deel van de inwoners van Antwerpen Noord ook op een kleine oppervlakte woont. Figuur 9 vat deze bevindingen samen.

Figuur 9: Kenmerken ruimtegebruik postzones en stad Antwerpen, data 2022.



*2030 Antwerpen Luchtbal: 12147m²

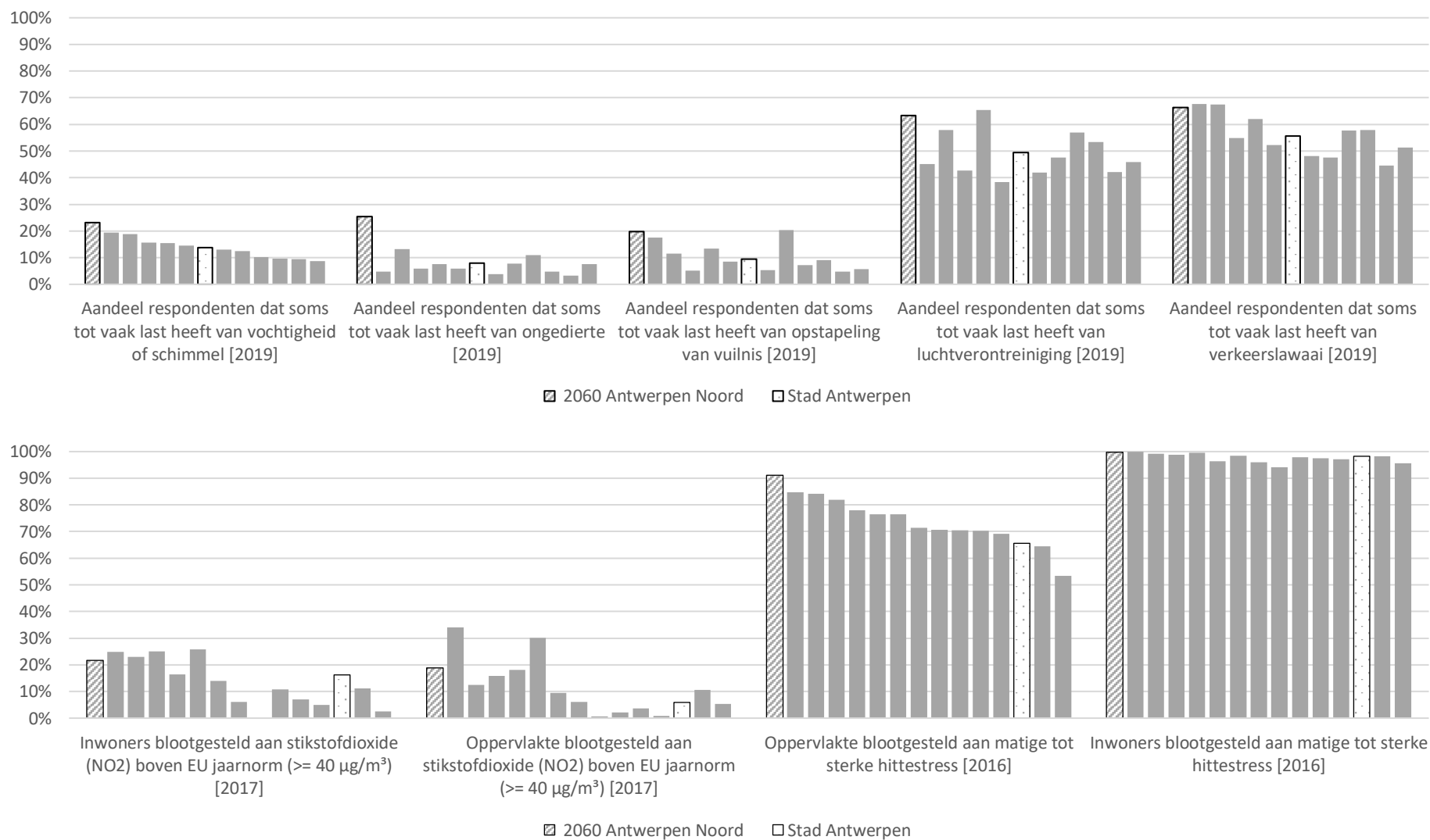
Bron: Stad Antwerpen.

Naast oppervlakte zijn er nog andere factoren die de kwaliteit van huisvesting bepalen. De stadsmonitor geeft informatie over een aantal indicatoren op postzone niveau. Een eerste indicatie van de kwaliteit van de woningen is het aandeel ongeschikte en/of onbewoonbare woningen. Dit aandeel ligt meer dan dubbel zo hoog dan voor de stad in het geheel en bedraagt met bijna 2% in 2021 het hoogste van alle postzones. Daarnaast zijn de woningen ook gemiddeld ouder en langer ongewijzigd. Het aandeel personen dat last heeft van vocht en schimmel in de woning, ongedierte en opstapeling van vuilnis ligt ook erg hoog, respectievelijk 23%, 26% en 20% van de respondenten geven aan soms tot vaak last te hebben van deze problemen (zie Figuur 10). Tot slot ligt het aandeel huurders en het aantal sociale woningen (veel) hoger dan het gemiddelde voor de stad, wat groepen zijn die een hoger risico kennen om in een niet kwaliteitsvolle woning te wonen (zie hoofdstuk 1). De Vlaamse Stadsmonitor rapporteert meer gedetailleerde informatie over de kwaliteit van huisvesting, zoals de aanwezigheid van basisvoorzieningen, isolatie en dubbelglas en de tevredenheid over de woning. Deze data is echter niet beschikbaar op een lager niveau dan de districten. Hierdoor ontbreekt een totaal beeld over de kwaliteit van de woningen in de verschillende wijken in Antwerpen. Het district Antwerpen scoort wel op bijna alle kwaliteitsindicatoren slechter dan andere districten.

Naast betaalbaarheid en kwaliteit is ook de leefomgeving van de wijk van belang voor de gezondheid van inwoners. Het aantal opruimmeldingen⁹ ligt met 4600 in 2021 het hoogste van heel stad wat wijst op een grote overlast op vlak van afval en sluikstorten. Meer dan 1 op 6 van de inwoners geeft aan soms tot vaak last hebben van luchtverontreiniging en geluidsoverlast (zie Figuur 10). Ook de blootstelling aan stikstofdioxide boven de Europese jaarnorm en hittestress ligt hoog in de wijk. Respectievelijk 19% en 22% van de oppervlakte en inwoners van Antwerpen Noord wordt blootgesteld aan hoeveelheden stikstofdioxide boven de Europese jaarnorm ($\geq 40 \mu\text{g}/\text{m}^3$) (data 2017). Meer dan 90% van de oppervlakte en bijna alle inwoners worden blootgesteld aan matige tot sterke hittestress. Dit ligt hoger dan in de andere postzones maar zeker het aandeel inwoners dat te kampen heeft met hittestress ligt voor heel de stad erg hoog (data 2016) (zie Figuur 10).

⁹ Opruimmeldingen betreffen meldingen over niet reglementair aangeboden afval: sluikstort, zwerfvuil en verkeerd aangeboden huisvuil (Stad in cijfers).

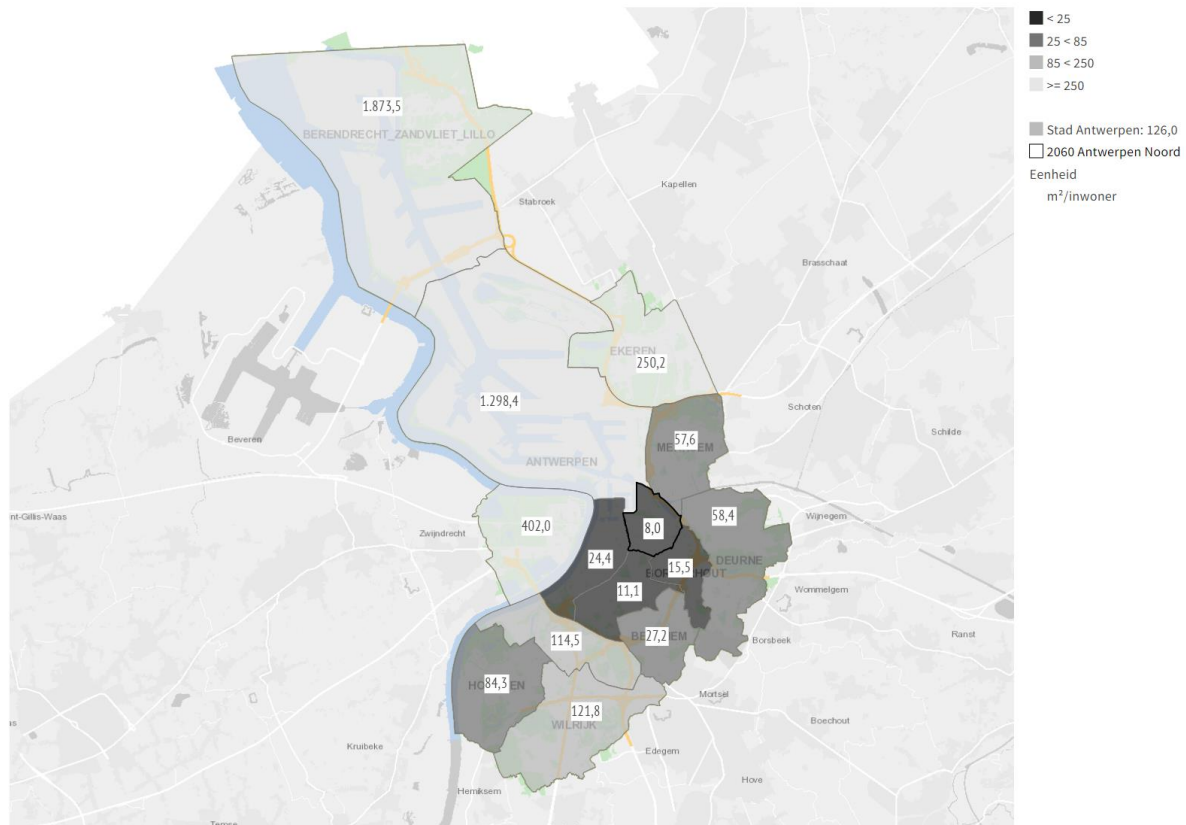
Figuur 10: Indicatoren kwaliteit huisvesting en leefomgeving postzones en stad Antwerpen, data 2019, 2017, 2016.



Bron: stad Antwerpen, Antwerpse gezondheidsenquête, stadsontwikkeling, Klimaat en Leefmilieu, stadsbeheer.

Tot slot is ook de beschikbaarheid van groene ruimte en recreatiegebied beperkt in de wijk. De bestemming voor recreatie- en groengebied ligt bij de laagste van de stad (resp. 1,3% en 7% in 2022). Het percentage publiek groen bedraagt 10%. Ter vergelijking bedraagt dit in Antwerpen centrum bijna 16% en het gemiddelde voor de stad 33%. De oppervlakte publiek groen per inwoners toont nog meer uitdrukkelijk de densiteit van de wijk. Per inwoner was er in 2022 slechts 8m² publiek groen (zie Figuur 11). Ook het aantal bomen in straten of pleinen per inwoner ligt bij de laagste van de stad.

Figuur 11: Oppervlakte publiek groen per inwoner postzones en Stad Antwerpen [m²/inwoner], data 2022.

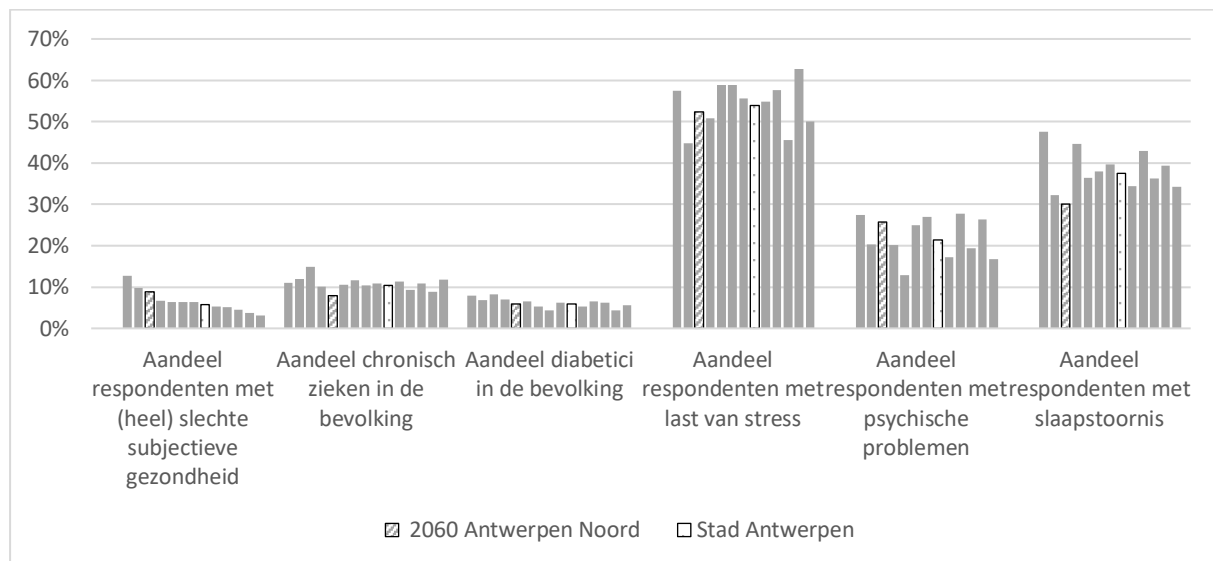


Bron: stad Antwerpen, Stadsontwikkeling.

De Antwerpse stadmonitor bevat naast informatie over huisvesting ook informatie over de gezondheidstoestand van de inwoners van Antwerpen Noord. Opvallend is dat de wijk slecht scoort wat betreft subjectieve gezondheid, maar vrij goed wat betreft verschillende indicatoren die betrekking hebben op de objectieve gezondheid. Het aandeel respondenten dat aangeeft een slechte tot heel slechte subjectieve gezondheid te hebben bedroeg in 2019 bijna 9%. Slechts twee andere postzones scoren slechter en het gemiddelde voor de stad ligt 3 procentpunten lager (zie Figuur 12). Uit onderzoek beschreven in de literatuurstudie blijkt dat de subjectieve gezondheid in relatie staat tot betaalbaarheidsproblemen (Clair et al., 2016). Het aandeel inwoners met een chronische ziekte, diabetes en slaapproblemen ligt bij de laagste van de stad (zie Figuur 12). Aangezien gezondheidsproblemen sterk positief gecorreleerd zijn met leeftijd, kan de lage gemiddelde leeftijd in de wijk een verklaring zijn voor dit relatief lage aandeel inwoners met objectieve gezondheidsproblemen. De respondenten blijken hun eigen gezondheid dus slechter te scoren dan op basis van

objectieve parameters waar te nemen is. Het aantal psychische problemen ligt wel hoger dan het gemiddelde. Ook meer dan de helft van de respondenten in de wijk geeft aan last te hebben van stress. Relatief gezien ligt dit lager dan gemiddeld, maar absoluut is het opvallend dat meer dan de helft van de inwoners last heeft van stress (Figuur 12), in het bijzonder omdat dit sterk gecorreleerd is met sociaaleconomische problematieken. Toegang tot de gezondheidszorg blijkt een groot probleem in de wijk. Het aandeel inwoners met een vaste huisarts en/of tandarts lag in 2019 lager dan het gemiddelde voor de stad. Meer opvallend is het aandeel personen dat medische zorgen heeft uitgesteld omwille van financiële redenen. Dit lag in 2019 43% hoger dan het gemiddelde voor heel stad Antwerpen.

Figuur 12: Indicatoren gezondheid postzones en stad Antwerpen, data 2019.



Bron: stad Antwerpen, Antwerpse Gezondheidsenquête, Intermutualistisch Agentschap, Vlaamse Gemeenschap, Agentschap Zorg en Gezondheid, FOD volksgezondheid Minimale Psychiatrische gegevens.

4.3 Tussentijdse conclusie

Antwerpen Noord is een wijk die gekenmerkt wordt door een erg hoge bevolkingsdichtheid met weinig open ruimte en een groot verloop van inwoners. Op alle drie de domeinen (betaalbaarheid, kwaliteit en leefomgeving) zijn er een heel aantal uitdagingen en scoort de wijk gemiddeld slecht in vergelijking met de andere postzones of het gemiddelde voor de stad. Dit zijn allemaal indicatoren die erop wijzen dat de huisvestingsituatie voor veel gezinnen in de wijk niet goed is. Door de afwezigheid van een uitgebreide indicatorenset op wijkniveau over de kwaliteit en betaalbaarheid van huisvesting hebben we hierover geen volledig beeld. Figuur 13 vat de belangrijkste bevindingen over de huisvestingssituatie in de wijk samen.

Op vlak van gezondheid is de opvallendste conclusie dat Antwerpen Noord slecht scoort op de indicator van subjectieve gezondheid, terwijl objectieve gezondheidsindicatoren een positiever beeld geven. Dit laatste hangt waarschijnlijk samen met de lage gemiddelde leeftijd in de wijk. De literatuur toont dat huisvestingsproblemen een negatieve impact hebben op de zelf-gerapporteerde of subjectieve gezondheid. De praktijkanalyse in het volgende hoofdstuk bekijkt hoe deze bevindingen uit de data zich weerspiegelen in concrete casussen.

Figuur 13: Belangrijkste bevindingen huisvestingssituatie Antwerpen Noord, 2060.



5 Praktijkanalyse: woon- en gezondheidsproblematieken in WGC De Regent

Dit hoofdstuk komt tot de eigenlijk praktijkanalyse van de woonproblematieken bij de patiënten van WGC De Regent. Het vorige hoofdstuk schetste de huisvestingproblematieken in de wijk Antwerpen Noord op basis van meetbare indicatoren. Naast deze meer objectieve vaststellingen wilt de praktijkanalyse door middel van reële casussen blootleggen met welke overkoepelende huisvestingsproblemen mensen in de wijk te maken krijgen. Dit geeft meer betekenis en grip aan de problemen die we statistisch waarnemen en vanuit de literatuur proberen begrijpen.

Om dit vorm te geven vertrekken we vanuit mijn stageproject in WGC De Regent waar ik patiënten begeleidde die te kampen hebben met woonproblematieken. Met hun toestemming worden hun verhalen hier uitgewerkt en wordt er gezocht naar gelijkenissen doorheen de verschillende casussen. Waar lopen deze gezinnen, maar ook hun hulpverleners op vast? Het doel is om zo een gezicht te geven aan de problemen die zich in de wijk afspelen en structurele problemen te signaleren vanuit de functie van sociaal werker. Door deze politiserende rol in te nemen hoopt dit eindwerk het beleid te beïnvloeden. Om tot conclusies te komen, baseren we ons hier op een aantal sprekende casussen. Uit cijfers, literatuur en signalen van hulpverleners in en buiten het WGC weten we dat dit geen alleenstaande verhalen zijn.

Dit hoofdstuk staat eerst stil bij het WGC De Regent als organisatie. Hoe werkt de organisatie, wat is de missie, visie en doelstellingen en hoe ziet de patiënten populatie eruit? Het hoofdstuk is uitgeschreven op basis van informatie van de Vereniging van Wijkgezondheidscentra, de website van WGC De Regent, cijfergegevens op basis van de patiëntendossiers en gesprekken met de coördinator, hulpverleners en administratief medewerkers. Daarna wordt het stageproject dat ik binnen het WGC uitvoerde omschreven. De derde sectie brengt ons tot de verhalen en casussen. In overleg met andere professionals binnen het WGC kwamen we tot een aantal overkoepelende problematieken op het vlak van wonen. De laatste sectie reflecteert over de rol van sociaal werk in een wijkgezondheidscentra. Hier grijpen we terug naar het model van gezondheidsdeterminanten van Dahlgren en Whitehead besproken in de literatuurstudie.

5.1 WGC De Regent op het snijpunt van gezondheid en wonen

5.1.1 Vlaamse Wijkgezondheidscentra

De eerste Vlaamse Wijkgezondheidscentra zagen het levenslicht eind jaren 70. Vanuit de doelstelling om interdisciplinaire, wijkgerichte en toegankelijke eerstelijnsgezondheidszorg aan te bieden kozen ze voor het forfaitaire betalingssysteem (WGC De Regent, z.d.). In tegenstelling tot prestatiegeneeskunde wordt de zorgverstrekker niet betaald per geleverde verstrekking, maar ontvangt de groep van zorgverstrekkers een vast bedrag per patiënt ongeacht het aantal verstrekkingen geleverd aan deze patiënt (Vereniging WGC, z.d.). De wet 'betreffende de verplichte ziekteverzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen' van 14

juli 1994 legt dit financieringssysteem vast. Volgens artikel 52§1 kunnen “de verzekeringsinstellingen en de zorgverleners die de honorariumtarieven van de overeenkomst of van het akkoord bedoeld in artikel 50 toepassen, akkoorden sluiten waarin de forfaitaire betaling van de verstrekkingen wordt bedongen” (Art. 52 lid 1, 1994). Het bedrag dat het medisch huis, de term die het RIZIV geeft aan praktijken die in het forfaitair systeem werken, per patiënt ontvangt, wordt bepaald aan de hand van een aantal karakteristieken van de patiëntenpopulatie van de praktijk die de zorgnood beïnvloeden. Dit zijn o.a. leeftijd, geslacht, sociale status, aanwezigheid van een handicap, aanwezigheid van belangrijke chronische ziekten en de aanwezigheid van medische condities die veel zorg vragen. Het RIZIV-bedrag dekt raadplegingen en huisbezoeken. Andere prestaties vallen onder het derdebetalersstelsel waarbij het ziekenfonds rechtstreeks uitbetaalt aan het WGC. Indien de patiënt aangesloten is bij de wettelijke ziekteverzekering betaalt hij of zij geen persoonlijke bijdragen voor consultaties en andere prestaties, ongeacht het aantal verstrekkingen dat de patiënt ontvangt. Dit haalt financiële drempels tot de gezondheidszorg weg en installeert ook een systeem van solidariteit tussen patiënten die veel medische zorgen nodig hebben en patiënten met weinig medische zorgen. Volgens de Vereniging van Wijkgezondheidscentra bevordert het forfaitaire systeem ook de inzet op preventie en gezondheidsbevorderende acties. Het systeem ondersteunt ook interdisciplinair werken en biedt de mogelijkheid om taken toe te schrijven aan zorgverleners die daar het best geplaatst voor zijn (bv. verdeling van taken onder artsen, verpleegkundigen en gezondheidspromotors).

Naast het betalingssysteem worden Wijkgezondheidscentra gekenmerkt door een gemeenschappelijke visie op zorgverlening. De Vereniging van WGC omschrijft in haar visietekst vijftien criteria die de waarden, uitgangspunten, de werking en organisatie van Wijkgezondheidscentra omschrijven (zie Figuur 14). De linkerhelft van de figuur toont de vier uitgangspunten: solidariteit, sociale rechtvaardigheid, duurzaamheid en proportioneel universalisme. Dit laatste criterium betekent dat een WGC zorg aanbiedt voor iedereen (universalisme), maar de zorg aanpast aan het niveau van kwetsbaarheid van de patiënt (proportioneel). Het middelste deel van de figuur omschrijft de werking van een WGC. Het biedt op de eerste lijn in een bepaald territoriaal gebied interdisciplinaire zorg aan, op een zo toegankelijk mogelijke manier (financieel, fysiek en sociaal-cultureel). Een WGC besteedt daarnaast bijzondere aandacht aan gezondheidsbevordering om mensen in staat te stellen zelf meer controle over hun gezondheid te verwerven volgens het model van Dahlgren and Whitehead (1991) (zie hoofdstuk 2), en zet in op onderzoek en ontwikkeling. Tot slot neemt een WGC ook verantwoordelijkheid op om aanspreekbaar te zijn voor een gemeenschap en om het leven in de gemeenschap te verbeteren of te beschermen. Het rechterste deel van de figuur toont de kenmerken van een WGC als organisatie. Het is een participatieve organisatie (betrokkenheid van personeel) zonder winst oogmerk die onafhankelijk en pluralistisch (met een open, betrokken en kritische houding) handelt. De organisatie vertegenwoordigt een kwaliteitscultuur waar men zich richt op kwaliteitsvolle en veilige zorg.

Figuur 14: 15 criteria Wijkgezondheidscentra.



Bron: Vereniging Wijkgezondheidscentra.

5.1.2 WGC De Regent

5.1.2.1 Werkingskader en doelstellingen

Wijkgezondheidscentrum De Regent opereert binnen het hierboven omschreven kader. De Regent is een onafhankelijke organisatie gesubsidieerd door verschillende subsidiestromen en overheden. De grootste bron van inkomsten is afkomstig vanuit het RIZIV, via het forfaitaire betalingssysteem. Andere middelen zijn afkomstig vanuit specifieke inkomstfondsen zoals bijvoorbeeld Impulseo, IFIC en Maribel ter ondersteuning van de loonkosten voor zorg- en kaderpersoneel (niet artsen).

De Regent streeft ernaar om een brede en generalistische zorg aan de patiënten te bieden met extra aandacht voor de specifieke noden in de wijk. Hierbij wordt er ingezet op preventie met een grote focus op gezondheidspromotie. De Regent is gelegen in Antwerpen Noord en richt zich op een afgebakend gebied binnen deze wijk. Het WGC werd opgericht in 2008 en bestaat nu uit een multidisciplinair team met huisartsen, een huisarts in opleiding (HAIO), sociaal verpleegkundigen, onthaal- en administratieve medewerkers, een diëtist, psychologen, intercultureel bemiddelaars en een coördinator. Er wordt door middel van een duidelijke maar toch flexibele taakverdeling maximaal ingezet op de interdisciplinariteit van het team. De samenstelling van het team maakt het mogelijk om breed in te zetten op gezondheidspromotie en de aanwezigheid van een intercultureel bemiddelaar en meertalige onthaalmedewerkers verhoogt de sociaal-culturele toegang. Daarnaast wordt er ook intensief samengewerkt met tolken. Het forfaitaire terugbetalingssysteem verhoogt de financiële toegang.

Naast medische noden heeft De Regent een bijzondere aandacht voor sociale noden aanwezig bij de patiënten en in de wijk. Ze zetten hier zowel op micro, meso als macro niveau op in. De sociaal verpleegkundigen ondersteunen patiënten bij sociale vragen. Zij nemen taken op die onder de functie sociaal werk vallen. Daarnaast heeft elke medewerker binnen de Regent oog voor de sociale context van de patiënten. Onthaalmedewerkers geven bijzondere aandacht aan diegene die moeilijk te bereiken

zijn. De coördinator plaatst sociale vraagstukken en structurele maatschappelijke problemen steeds hoog op de agenda en er is aandacht voor gratis en laagdrempelige psychologische begeleiding, diëtik en bewegingsondersteuning. De artsen en verpleegkundigen werken daarnaast op een integrale manier aan de gezondheid en bekijken steeds de hele leefomgeving van de patiënt. Zorgverleners nemen daarbij actief deel aan of sturen zelf aan op zorgoverleg met andere hulpverleningsinstanties rond de patiënt. Door het organiseren van activiteiten in groep zet De Regent ook in op het creëren van een gemeenschapsgevoel en sociale contacten in de wijk. Tot slot zet De Regent ook in op beleidsbeïnvloeding en trachten ze vanuit de ervaringen in de praktijk structurele sociale problematieken op het snijpunt met gezondheid te signaleren. De coördinator en twee artsen vormen een werkgroep en trachten regelmatig structurele punten op de agenda van interne en externe overleggen te plaatsen (bv. huisartsen kring Antwerpen en de Vereniging van WGC). Ook aan het beleidsdossier gekoppeld aan dit eindwerk leverden ze hun bijdragen. Daarnaast zet het volledige team van artsen en verpleegkundigen in op het melding maken van bepaalde problematieken aan betrokken overheden of andere instanties. Om dit onderbouwd te doen, zet het team sterk in op het verzamelen van informatie door coderingen in de patiëntendossiers. Een voorbeeld is de stijgende problematiek van bedwantsen waar data over wordt verzameld zodat dit probleem kan worden gerapporteerd aan betrokken overheden.

5.1.2.2 Patiëntenpopulatie

In 2022 waren er ongeveer 3.700 patiënten ingeschreven in De Regent. Met meer dan 100 verschillende geboortelanden is de patiëntenpopulatie zeer divers. De gemiddelde leeftijd is 32 jaar, wat de jonge bevolking van de wijk weerspiegelt. Daarnaast bestaat deze uit veel gezinnen met een maatschappelijke kwetsbaarheid. Uit cijfers van het aantal patiënten met een verhoogde tegemoetkoming voor gezondheidszorgen blijkt de financiële kwetsbaarheid van de patiëntenpopulatie. Op 1 januari 2022 had 56% van het totaal aantal patiënten recht op een verhoogde tegemoetkoming terwijl het aandeel personen met een verhoogde tegemoetkoming in Vlaanderen in 2021 slecht 14% bedroeg (Agentschap Binnenlands Bestuur, 2020; Wijkgezondheidscentrum De Regent, 2022). Daarnaast is er een min of meer constante groep van ongeveer 9% van patiënten zonder aansluiting bij de mutualiteit. Dit is een groep die zich vaak in een maatschappelijk zeer kwetsbare situatie bevindt. Deze cijfers tonen dat de patiëntenpopulatie de diversiteit en maatschappelijke kwetsbaarheid van de wijk weerspiegelt. Dit is een indicatie dat De Regent erin slaagt om buurtgerichte en toegankelijke zorg te verstrekken.

5.1.2.3 Huisvesting en gezondheid in De Regent

Uit het literatuuronderzoek blijkt dat volgende gezondheidsproblemen te linken zijn aan slechte huisvesting: allergische symptomen, cardiovasculaire en respiratoire aandoeningen, zelf-gerapporteerde gezondheid en psychosociale problemen. Hoofdstuk 4 toonde cijfers over de gezondheid van de inwoners van Antwerpen Noord, maar data hierover is beperkt.

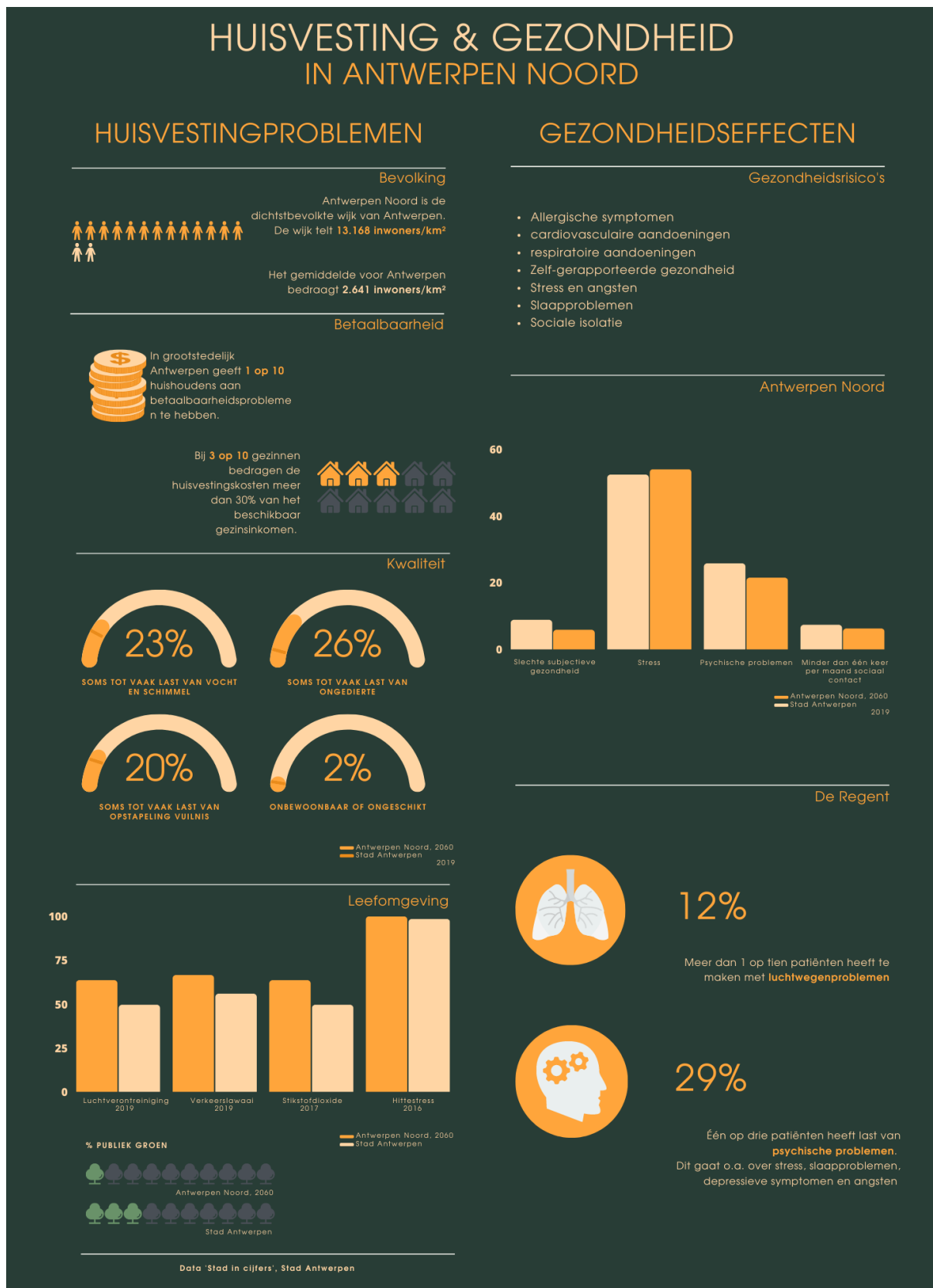
Op basis van de patiëntendossiers proberen we de gezondheidssituatie op de bovengenoemde domeinen van de patiënten van De Regent in kaart te brengen. Elk patiëntendossier bevat een codering (ICPC-2 codes) over de diagnoses die de arts

toeschreef aan een patiënt. Aan de hand van deze codes selecteerden we gezondheidsproblemen die in relatie kunnen staan tot huisvestingsproblemen. Uit de analyse blijkt dat een op tien patiënten kampt met luchtwegenproblemen. Dit bedraagt eveneens 10% als we enkel naar de groep patiënten onder de 18 jaar kijken. Luchtwegenproblemen omvatten onder andere astma, allergische symptomen en ademhalingsproblemen. Bijna één op drie patiënten heeft te maken met psychologische problemen. Dit gaan onder andere over stress, slaapproblemen, depressieve symptomen en angsten. Woonproblemen kunnen mee aan de bron liggen van al deze gezondheidsproblemen. Deze cijfers zijn niet vergelijkbaar met gepubliceerde data omdat de meetmethode en definiëring verschilt. Het is wel illustratief dat volgens de gezondheidsenquête van Sciensano in 2018 'slechts' één op tien van de volwassen Belgische bevolking een angst en/of depressieve stoornis had (Renard et al., 2022).

Over de mate waarin patiënten confronteert worden met woonproblemen bestaat geen data. Het volgende onderdeel bespreekt vier casussen uit de praktijk waarvan medewerkers aangeven dat de problemen kenmerkend zijn voor veel gezinnen in de praktijk. Naar aanleiding van het project rond wonen, starten de hulpverleners met het coderen van vocht en schimmel problemen in de woning in de patiëntendossiers. In de toekomst zal er zo meer zicht zijn op de voorkomendheid van deze problematiek en kan er gericht actie worden ondernomen naar patiënten en beleid toe.

Onderstaande figuur vat de belangrijkste bevindingen over de huisvestings- en gezondheidssituatie in de wijk en in WGC De Regent samen (zie ook hoofdstuk 4). Deze figuur kan gebruikt worden in communicatie naar beleid en zal ook opgenomen worden in het beleidsdossier dat naar aanleiding van dit eindwerk opgesteld wordt.

Figuur 15: Huisvestings- en gezondheidssituatie in Antwerpen Noord en WGC De Regent.



Tot slot bekijken we hoe De Regent inzet op huisvesting en gezondheid. De keuze voor het thema als onderwerp voor het stageproject en dit eindwerk ontstond vanuit de vraag van hulpverleners van het WGC. De zorgverleners signaleerden dat veel patiënten te kampen hebben met fysieke en mentale klachten die te linken zijn aan slechte woonomstandigheden. Deze patiënten kennen vaak ook een multiproblematiek en hebben bij gevolg een grote zorgnood. Om generalistisch en preventief te werken aan het verbeteren van de gezondheid van deze patiënten is een verandering in de woonomstandigheden vaak vereist. De zorgverleners botsen hier echter vaak op muren waardoor verandering in de woonomstandigheden moeilijk zijn.

Ondanks dat structurele oplossingen moeilijk te vinden zijn, probeert het WGC toch verbetering in de woonomstandigheden te brengen. Ze trachten hier op zowel micro, meso als macro niveau op in te zetten. Ondersteuning op micro niveau, aan de patiënten, gaat vaak over administratieve zaken, zoals het inschrijven bij sociale huisvestingmaatschappijen en aanvragen voor medisch noodzakelijke aanpassingen in de woning. De hulpverleners bieden ook ondersteuning in het bestrijden van ongedierte gerelateerd aan gezondheid zoals scabiës (schurft) en bedwantsen op zowel medisch als financieel vlak (aanvragen financiële tussenkomsten). Een belangrijke ondersteuning is daarnaast ook oog hebben voor de slechte huisvestings situatie en patiënten zich hierin gehoord laten voelen. Op mesoniveau proberen ze zoveel mogelijk contacten te leggen met andere hulpverleningsorganisaties die werken rond het thema om patiënten zo goed mogelijk door te verwijzen. Tot slot zetten ze op macroniveau in op de signalisatie van de gezondheidsproblemen gerelateerd aan slecht wonen bij verschillende instanties, waaronder huisvestingsmaatschappijen of de stad Antwerpen. Op alle niveaus merken zorgverstrekkers dat ze binnen het thema huisvesting op veel drempels botsen. Dit is de insteek van het stageproject en het eindwerk. Op zowel micro, meso als macro niveau bekijken we waar de problemen zich situeren en hoe er aan oplossingen gewerkt kan worden. In de volgende sectie wordt het stageproject dat hieruit voortvloeide omschreven.

5.2 Toelichting stageproject

Zoals hierboven omschreven ontstond het stageproject vanuit de woonproblematiek die de hulpverleners van De Regent signaleren. Dit gaat onder andere over onzekere woonsituaties, betaalbaarheidsproblemen, overbevolking, slechte kwaliteit van de woning of slechte hygiënische omstandigheden (zie literatuurstudie). Het doel van het stageproject was driedig: ten eerste, individuele hulpverlening aanbieden aan een groep van patiënten met woonproblemen. Ten tweede, kennis over het woonthema binnen de praktijk vergroten en contacten met andere organisaties die werken rond het thema verbeteren. Ten derde, een beleidssignaal uitsturen door collectieve problemen in kaart te brengen.

Op individueel (micro) niveau trachten we de woonsituatie en daarmee mogelijks samenhangende gezondheidsproblemen van de patiënten van WGC De Regent te verbeteren. Aangezien huisvesting een zeer moeilijke problematiek is om (op korte termijn) tot duurzame oplossingen te komen, werden ook enkele onderliggende

doelstellingen opgesteld die kunnen bijdragen tot een betere woonsituatie. Doelstellingen op individueel niveau omvatten: rechten uitputten, netwerk rond de patiënt opbouwen, doorverwijzen naar bestaande hulpverleningsorganisaties en verbetering in de woonsituatie en gezondheid. Om deze doelstelling te bereiken startten we individuele hulpverlening en een groepswerking op rond het thema wonen. Voor de individuele hulpverlening werd aan de zorgverleners van De Regent gevraagd een lijst op te stellen van patiënten die met huisvestingsproblemen te maken hebben. De doelgroep werd op voorhand afgebakend. Het gaat om patiënten van De Regent die kampen met een woonproblematiek en bijkomend een beperkt informeel netwerk en/of hulpverleningsnetwerk hebben. We kwamen zo tot een groep van twaalf patiënten waarvan we de huisvestingsituatie bekeken en trachtten ze hierbij te ondersteunen. In een eerste contact vond steeds, indien de patiënt hiermee instemde, een huisbezoek plaats om een zo goed mogelijk zicht te krijgen op de woonomstandigheden. Daarna werd de hulpverlening afgestemd op de vragen en noden van de patiënt. Het aantal contacten en ondernomen acties varieerde sterk van de vraag van de patiënt en de mogelijkheden tot hulpverlening die er waren. Uit deze groep patiënten werden vier gezinnen geselecteerd waarvan we de casussen in het volgende hoofdstuk bespreken.

Naar het einde van het stageproject organiseerden we een groepswerking rond gezonde binnenlucht. In een workshop werd informatie gegeven over hoe je door kleine gedragsveranderingen de gezondheid van je huis kan bevorderen. We trachten zo patiënten zelf handvaten te geven om hun woonomstandigheden te verbeteren. Dit uiteraard met de kanttekening dat veel problemen structureel zijn van aard en niet door het eigen gedrag verbeterd kunnen worden.

Op mesoniveau zetten we in op het verbreden van de kennis over het thema in de praktijk. Door ervaringen te delen, wilden we de kennis in de praktijk vergroten en weten de zorgverleners in de toekomst beter hoe ze patiënten kunnen ondersteunen bij woonproblemen. Om een beter zicht te krijgen op het hulpverleningslandschap op vlak van wonen vonden ook verschillende gesprekken plaats met andere organisaties. Hier toetsten we af hoe zij omgaan met deze problematiek, waarvoor we patiënten kunnen doorverwijzen en waar ze structureel op botsen. Deze inzichten gebruiken we ook in de derde doelstelling, het signaleren van structurele problemen naar beleid.

Op collectief niveau is de doelstelling van het stageproject om een duidelijk signaal naar beleid te geven over de woonproblematieken in de wijk Antwerpen Noord en hoe deze in relatie staan tot gezondheidsproblemen. We merken dat hulpverleners zowel in De Regent als in andere organisaties vastlopen op deze problematiek. Dit vraagt om acties vanuit beleid. Omdat De Regent zich bevindt op het kruispunt van het gezondheids- en sociale domein willen we vanuit onze expertise een krachtig beleidssignaal over deze problematiek geven. De doelstelling is om in dialoog te gaan met beleidsmakers over de urgentie van het probleem, welke problemen wij waarnemen op dit snijpunt met gezondheid en zo de politieke agenda en het beleid te beïnvloeden. De focus ligt hierbij op het stedelijk niveau. Zoals omschreven in hoofdstuk 3 bevinden veel bevoegdheden rond wonen zich op het Vlaamse beleidsniveau. Omdat echter het stedelijke niveau voor ons het meest bereikbare is, richten we ons hierop.

In de volgende sectie komen we tot het uitschrijven van de verhalen op basis waarvan we met beleidsmakers in dialoog willen gaan over de problematieken. Eerst geven we de problemen een gezicht door concrete casussen uit te schrijven.

5.3 Bevindingen van vijf maanden werken op wonen

Deze sectie brengt ons tot de uiteindelijke analyse van de woonproblemen die we waarnemen bij patiënten van De Regent.

Uit de groep patiënten die binnen het stageproject werden opgevolgd selecteerden we vier sprekende casussen. We selecteerden deze casussen omwille van volgende redenen: ze omvatten elks een verscheidenheid van problematieken, ze zijn veel voorkomend en illustreren de verhalen van veel gezinnen die zich in gelijkaardige situaties bevinden en de casussen verschillen in achtergrond en gezinssamenstelling.

In wat volgt omschrijven we één voor één de verschillende verhalen. Door de casussen volledig uit te schrijven geven we een gezicht aan de data en trachten we de ernst van de problemen op een andere manier in beeld te brengen. We willen de stem van de mensen die elke dag met deze problemen te maken krijgen, laten horen. Daarnaast bieden dergelijke casusbeschrijvingen ook een meerwaarde voor de casuïstiek van het sociaal werk en geven ze mee vorm aan de politiserende rol van de sociaal werker. Ze collectiviseren structurele problemen die je als sociaal werker in de praktijk waarneemt en sturen zo een signaal uit naar het beleid. De patiënten zijn geanonimiseerd en herkenbare details zijn weggelaten.

5.3.1 Casus S.

S. is alleenstaande moeder en woont samen met haar dochtertje van tien jaar op een één-slaapkamer appartement in de wijk. Het appartement is van zeer slechte kwaliteit. Ondanks dat ze elke dag de ramen openzet, voelen de muren vochtig aan en is er schimmel achter de kasten. Een gloednieuwe kleerkast toont na enkele weken alweer zwarte schimmelvlekken. S. probeert elke dag de muren en kasten schoon te maken. Haar handen doen pijn van de chemische producten die ook nog eens meer kosten dan het gezin eigenlijk kan betalen. Het lijkt erop dat poetsen weinig verschil maakt. Toch wil S. iets doen, niet voor zichzelf maar voor haar dochtertje. Zij is nog klein en moet gezond zijn om naar school te kunnen. In het verleden nam S. contact op met de huisbaas, maar die wil niets doen. Hij legt de schuld bij S. Zij moet maar beter verluchten, volgens hem.

Een betere woning vinden is voor S. echt nodig. Dit zou haar stress verminderen waardoor ze meer ruimte heeft om op haar werk te focussen. Ze vertelt dat ze al lang op zoek is, maar niets vindt dat voor haar betaalbaar is. Ook de huur van €800 van haar huidige kleine en weinig kwaliteitsvolle appartement is eigenlijk veel te hoog. Dit ondanks dat ze haar job als poetshulp combineert met een tweede job als huishoudhulp in de avonden. Bij de huur komen ook nog vaste kosten voor de syndicus, water, elektriciteit, gas en internet. Hiervoor moet ze vaak lenen bij familie of vrienden. Dit geeft nog een keer stress. Ze wil niet afhankelijk zijn.

S. kent de kanalen om een woonst te zoeken. Ze weet van aanpakken en is steeds met alles in orde. Maar als ze een degelijk appartement vindt dat betaalbaar is, wordt ze nooit weerhouden door de huisbazen. Ze is de enige kostwinnaar en heeft een

kind. Dat is voor een huisbazen, die kandidaat-huurders te over hebben, voldoende om een ander te kiezen. S. voelt dat ze geen kans maakt. Dit maakt haar moedeloos en geeft haar enorm veel stress en slaapproblemen.

Snel een andere woning op de privé markt vinden, blijkt dus uiterst moeilijk. Een sociale woning dan? S. voldoet aan alle voorwaarden, haar inkomen ligt lager dan de maximumgrens, ze heeft geen eigendom en is ingeschreven in het bevolkingsregister, en staat al enkele jaren op de wachtlijst. Voor haar en haar dochtertje heeft ze twee slaapkamers nodig, wat de wachttijd nog langer maakt. Zelf vind ze één slaapkamer prima, maar volgens de Vlaams Codex wonen kan dit niet. Er zit dus niets anders op dan te wachten en te blijven zoeken naar die ene huisbaas die haar en haar dochtertje wel wilt. Binnen een jaar staat ze vier jaar op de wachtlijst en komt ze in aanmerking voor de huurpremie. Een lichtpuntje om naar uit te kijken ... tenminste als de schulden bij haar familie tegen dan niet te hoog zijn opgelopen.

5.3.2 Casus B. en N.

B. en N. hebben drie jonge kinderen, tussen de 11 maanden en vier jaar oud. Ze wonen in een klein appartement in Antwerpen Noord met slechts één slaapkamer. Ze slapen dus met vijf in dezelfde ruimte. De kinderbedjes staan gepuzzeld rond het bed van de ouders in de kleine ruimte. Het appartement is niet alleen te klein, maar ook van slechte kwaliteit. De ramen zijn versleten, de keuken en badkamer hebben veel gebreken. Vocht en schimmel blijkt het grootste probleem. Als je binnenstapt voel je meteen de vochtige lucht op je neerkomen. De muren liegen er ook niet om. Vooral in de slaapkamer zijn donkere schimmelvlekken overal zichtbaar. Nochtans onderhoudt het gezin hun appartement goed. B. heeft voorbij zomer nog alle muren grondig schoongemaakt en opnieuw geschilderd. De schimmel kwam meteen terug. Dit heeft een grote impact op de gezondheid van henzelf en de kinderen. Vooral dit laatste baart de ouders grote zorgen. De kinderen hebben veel last van luchtwegeninfecties en het jongste heeft al een zwakkere gezondheid door nierproblemen. *“Ik lig hier 's nachts echt wakker van”, verteld B: “als ik de kindjes 's nachts hoor hoesten door het vocht maak ik me echt grote zorgen.”*

Ze hebben in het verleden met de huisbaas proberen praten over de problemen in het appartement, maar deze doet niets. Als ze niet tevreden zijn, moeten ze maar vertrekken. Hij heeft al eens gedreigd om hen eruit te zetten. Dit maakt hen erg bang om stappen te zetten tegen de huisbaas. Als ze uit het appartement moeten, staan ze op straat met de kindjes. Alles beter dan dat.

Ze weten hoe moeilijk of bijna onmogelijk het is om een appartement op de private markt te vinden. Hun budget is te klein, maar nog los daarvan nodigen huisbazen hen zelfs niet uit voor een bezoek. Altijd met andere redenen: ze hebben een te laag inkomen, geen vast arbeidscontract, ze verhuren niet aan mensen met kinderen, ze spreken geen perfect Nederlands. B. en N. voelen dat ze geen enkele kans maken.

Ze hebben recht op een sociale woning, maar een plaats is voor hen nog lang niet in zicht, als dit ooit al het geval zal zijn. Volgens de Vlaamse Codex Wonen moet er voor het gezin een woning met drie slaapkamers voorzien worden. Deze grotere woningen worden volgens de sociale huisvestingmaatschappij: *“momenteel bijna exclusief*

verhuurt aan gezinnen die al bij ons wonen en moeten verhuizen". Dit is voor het gezin natuurlijk moeilijk te begrijpen

De slechte kwaliteit zorgt niet enkel voor gezondheidsproblemen, maar ook financieel brengt dit het gezin in de problemen. Door de slechte isolatie en materialen lopen de verwarmingskosten op. Daarnaast hebben ze een gemeenschappelijke verwarmingsinstallatie waardoor ze geen recht hebben op een sociaal tarief. Extra overheidssteun n.a.v. de energiecrisis moeten ze hierdoor ook expliciet aanvragen, met dus een verhoogde kans op non-take up. Hun jaarlijkse kosten lopen op tot bijna 4.000 euro. Dit is een enorme hap uit hun budget.

Bovenop al deze problemen kregen ze recent ook te maken met bedwantsen . Dit zijn parasieten die bloed zuigen en ernstige jeuk en soms allergische reacties veroorzaken. Het appartement is zeer proper, nergens ligt afval en toch hebben ze de pech hiermee te maken te krijgen. De wantsen kunnen op veel verschillende manier je huis binnenkomen, bijvoorbeeld ook vanuit een aangrenzend appartement via spleten en kieren. Ze verspreiden zich heel snel, zijn heel moeilijk te bestrijden en veroorzaken grote overlast. In extreme gevallen kan zelfs het behangpapier van de muren komen waarachter ze zich verschuilen. Het probleem grondig aanpakken, moet via een gespecialiseerde firma en kost veel. Daar hebben ze de ruimte niet voor. Zeker niet nu ze net de hoge afrekening voor energiekosten hebben gekregen. Er is geen tussenkomst voor de bestrijding mogelijk.

De situatie zorgt voor enorm veel stress bij B & N. Hierdoor hebben ze geen mentale ruimte om op andere vlakken zoals werk, een opleiding of extra Nederlandse les stappen vooruit te zetten. B. start binnenkort met een opleiding voor een rijbewijs C. Hij heeft schrik dat het hem om wille van alle stress niet zal lukken zich hierop te focussen.

5.3.3 Casus F.

F. en haar drie jongvolwassenen kinderen huren al meer dan 15 jaar een sociale woning. F. heeft fysieke en psychische gezondheidsproblemen waardoor ze beperkt mobiel is. Het appartement dat ze huren is niet aangepast aan haar beperkingen. Zo hebben ze bijvoorbeeld enkel een bad en geen douche. F. kan zelf niet in het bad waardoor de kinderen haar altijd moeten helpen. Ook kan ze niet zelf in en uit het appartementsgebouw. Er is wel een lift, maar ze kan deze niet zelfstandig nemen. Dit verhoogt de zorglast voor de kinderen. Er moet altijd iemand thuis zijn om haar te helpen. Een aangepast appartement waarbij F. meer zaken zelf kan doen, zou een grote last van hun schouders halen. Vooral bij de oudste dochter. Zij is gestopt met studeren omdat de zorglast te groot werd. Haar droom is om haar studies terug halftijds te kunnen opnemen.

Het appartement is dus niet aangepast aan de zorgnoden van F., maar het is ook verouderd en van slechte kwaliteit. Alle muren in de badkamer zijn volledig beschimmeld. De kinderen hebben de schimmel al meerdere keren helemaal verwijderd, maar het komt steeds terug. Er is geen raam en het verluchtingssysteem werkt niet. Ze zetten na het douchen altijd ramen en deuren open, maar dit heeft geen effect. Ook de leefruimte en de keuken hebben veel gebreken. De bovenburen hebben al jaren een lek waardoor er een grote vochtplek te zien is op het plafond. Daardoor

kan het licht niet aan. Het gezin heeft over de jaren heen al meerdere meldingen bij de sociale woonmaatschappij gemaakt. Kleine zaken worden na een lange wachttijd gemaakt, maar er werden nooit grondige herstellingen of renovaties uitgevoerd.

Naast een grote zorglast en de stress die de woonsituatie bij de kinderen veroorzaakt, is de situatie ook nefast voor de gezondheid van F. Haar mogelijkheden tot beweging en oefening worden beperkt door de woning. Hierdoor gaat haar mobiliteit nog verder achteruit.

De huisarts kent het gezin goed. Zij is van oordeel dat de woning niet aangepast is aan de gezondheidstoestand van F. Recent werd onderzocht of een verhuis om medische redenen mogelijk zou zijn. Door de erg rigide regelgeving bleek dit uitgesloten. De enige mogelijkheid tot verhuizen is via de reguliere wachtlijst. Aangezien de woning voor F. aan een aantal voorwaarden moet voldoen en ze vier slaapkamers nodig hebben, bedraagt de wachttijd voor een nieuwe woning gemakkelijk 10 jaar of langer. De huisarts maakt zich zorgen dat hierdoor de gezondheid van F. nog verder achteruit zal gaan en dat ook de mentale belasting op de kinderen te veel zal worden.

5.3.4 Casus A. en M.

Het gezin van A. is uit huis gezet en nu dakloos. Zij en haar man, M, hebben vier kinderen waarvan er twee ernstige gezondheidsproblemen hebben. Door de zorg voor haar zoon met ernstige fysieke en mentale beperkingen moest A. stoppen met werken. Haar man kampt met psychische gezondheidsproblemen en is hierdoor arbeidsongeschikt. Ook hun oudste dochter kampt met psychische problemen. Met vier kinderen, hoge medische kosten en een beperkt inkomen maken ze geen kans op de private huurmarkt. Voorrang voor een sociale woning krijgen ze niet. Ze staan op de wachtlijst, maar voor een grote woning kan dit oplopen tot meer dan 10 jaar als ze ooit al aan de beurt komen.

Na een kort verblijf in een noodwoning van de stad verhuisde het gezin naar een appartement in een thuis en daklozen opvang voor gezinnen van het CAW Antwerpen. In de opvang geldt een hoge dagprijs per gezinslid, waardoor de woonkosten oplopen. De factuur voor hun eerste maand in de opvang, bedraagt dubbel zo veel als hun vroegere huishuur. Dat is voor het gezin niet haalbaar. Het OCMW kan voor een stuk tussenkomen in deze kosten. Alleen wordt eerst het volledige inkomen van het gezin in rekening gebracht, ook de extra financiële steun die ze voor hun zoon met een beperking ontvangen. Enkel wat ze dan nog tekort komen betaalt het OCMW. Hierdoor blijft er niet voldoende geld over om de extra zorgnoden van hun zoon te bekostigen, laat staan om een financiële buffer voor de toekomst op te bouwen. Huren op de private markt wordt alleen maar moeilijker. Daarnaast is de tijdelijk woning ook niet aangepast aan deze zorgnoden. Aanpassingen blijken organisatorisch moeilijk en zijn daarenboven voor eigen rekening.

Dit alles heeft een grote invloed op het welzijn en de gezondheid van alle gezinsleden. De problemen die al aanwezig waren, nemen toe. Doordat de woning niet is aangepast en er te weinig financiële ruimte is, kan er geen goede zorg voor de zoon worden voorzien. Dit heeft een grote invloed op zijn welzijn en dat van de andere

gezinsleden. Ook de gezondheidsproblemen van de dochter en van M. nemen toe. Zowel de huisarts en de psychiater zijn van oordeel dat stress door de leefomstandigheden mee aan de oorzaak liggen van de klachten van M. Als de situatie niet wijzigt, zal opnieuw gaan werken zeer moeilijk zijn.

5.4 Rol van sociaal werk in een WGC

Het laatste onderdeel van de praktijkanalyse reflecteert op basis van de praktijkervaring over de rol van sociaal werk binnen een wijkgezondheidscentrum.

Wijkgezondheidscentra hebben als centrale doelstelling om interdisciplinaire, wijkgerichte en toegankelijke eerstelijnsgezondheidszorg aan te bieden met oog voor preventie en gezondheidsbevordering. We grijpen hier terug naar het model van Dahlgren en Whitehead dat verschillende determinanten van gezondheid toont op micro, meso en macroniveau (zie hoofdstuk 2). Om als sociaal werker bij te dragen aan gezondheidsbevordering moet er op al deze niveaus geïntervenieerd worden. De volgende alinea beschrijft eerst algemeen wat de rol van sociaal werk is op deze niveaus. Daarna gaan we specifiek in op de stage ervaring en hoe de rol van het sociaal werk in De Regent ingevuld kan worden.

Op micro niveau kan er ingezet worden op verandering in gedrag en leefstijl. Het is hier de taak van de sociaal werker om ook naar de context te kijken die patiënten in staat moet stellen om deze gedragsveranderingen door te voeren. Een patiënt met grote financiële zorgen of die leeft in eenzaamheid, heeft weinig mentale ruimte om bepaalde gedragsveranderingen door te voeren. Het is jouw taak als sociaal werker om met de patiënt deze leefcontext in kaart te brengen en te kijken wat de patiënt nodig heeft om bepaalde veranderingen door te voeren. Daarnaast kan je inzetten op het toegankelijker maken van kennis over gezondheid door samen te werken met partners in het werkveld en patiënten goed door te verwijzen. Ook hierover in groep samenwerken met de patiënten is een taak van de sociaal werker.

Op meso niveau is het je taak als sociaal werker om de directe leefomgeving in acht te nemen met het oog op gezondheidsbevordering. Wanneer bijvoorbeeld eenzaamheid aan de grond van gezondheidsklachten ligt, is het jouw taak als sociaal werker om te trachten het sociaal netwerk in kaart te brengen en samen met de patiënt te bekijken waar deze nood aan heeft. De territoriale inbedding van het WGC in de wijk geeft de kans om ook in te zetten op inbedding in de wijk van patiënten.

Op macro niveau kijk je naar de invloed van leefcondities op de gezondheid. Hier bevindt zich een taak die eigen is aan het sociaal werk. In de eerste plaats is het jouw taak om oog te hebben voor de invloed van deze leefcondities en de patiënt en andere hulpverleners hier op attent op te maken. In de tweede plaats tracht je deze leefcondities te verbeteren, zowel individueel voor de patiënt, als collectief. Individueel kan je hier inzetten op rechtenverkenning, doorverwijzing en kennis delen met de patiënten hierover. Op collectief niveau is het je taak om structurele problemen in de leefomgeving die een invloed hebben op de gezondheid te signaleren en te streven naar verbetering hierin. Dit eindwerk is hier een voorbeeld van.

Tijdens de stage in De Regent verkenden we als team de rol van sociaal werk binnen het WGC. Vanuit deze ervaring komen we, naast de hierboven meer algemeen

omschreven taken, tot een aantal punten waar sociaal werk een meerwaarde kan bieden in de werking van het WGC De Regent.

De stage toonde dat de belangrijkste functie van sociaal werk binnen het WGC de eerstelijns hulpverlening en doorverwijzing is. Het WGC is een plaats waar veel kwetsbare mensen samenkomen die binnen andere hulpverlening vaak moeilijk te bereiken zijn. Een sterk netwerk van hulpverleningsorganisaties is daarom een voorwaarde voor sociaal werk binnen het WGC. Vaak gaat het om mensen zonder een formeel of informeel netwerk. Iedereen heeft wel eens een dokter nodig, ook degene die anders onder de radar blijven. Het WGC is heel laagdrempelig en artsen treden vaak op als vertrouwenspersoon. Dit geeft op een unieke manier toegang tot het leven van de patiënten. Sociaal werk kan hier een bijdragen leveren door in te zetten op deze vertrouwensband en met de patiënt te bekijken waar hulp nodig is. Je bekijkt dan welke zaken je binnen de eigen werking kan opnemen, maar probeert ook vooral in te zetten op een warme doorverwijzing om zo een netwerk rond de patiënt te creëren. De ervaring tijdens de stage leert dat deze doorverwijzing echter niet altijd eenvoudig is. Een goede begeleiding tijdens de doorverwijzing en ook opvolging nadien zijn van belang.

De stage leerde dat de artsen en verpleegkundigen momenteel veel sociale ondersteuning aan kwetsbare patiënten bieden. Dit zijn hulpverleners waar patiënten als eerste mee in contact komen en waar ze ook vaak een vertrouwensband mee opbouwen, zeker patiënten met een hoge zorgnood. Sociaal werk kan hieraan bijdragen door meer specialistische kennis over bv. rechtenverkenning of de sociale kaart binnen te brengen in het team. Interdisciplinair overleg is hierin heel belangrijk. Hier kan ook besproken worden om bepaalde problematieken als sociaal werker over te nemen indien deze groter zijn dan het medisch team kan dragen en bv. intensieve contacten met andere organisaties of specialistische kennis vraagt. Daarnaast is er ook een rol voor sociaal werk in het ontlasten van het medische team door bv. contacten te leggen met andere organisaties en de organisatie van een zorgoverleg op te nemen.

Tot slot kan de eigenheid van het WGC ook een bijdragen leveren aan het sociaal werk. Het WGC is een onafhankelijke organisatie die de eigen middelen kan verdelen over verschillende beroepen om een zo goed mogelijke zorgverlening te waarborgen. Hierdoor kan er vanuit het solidariteitsprincipe de keuze worden gemaakt om de meest kwetsbare patiënten intensiever op te volgen en hier de rol als casemanager op te nemen. De stage leert dat dit in de praktijk vandaag al vaak het geval is en groeit vanuit het feit dat de artsen en verpleegkundigen vaak een centrale vertrouwenspersoon zijn en grote rol innemen in zorgoverleggen. Als sociaal werker kan je dit mee faciliteren en patiënten hier intensiever in begeleiden. Ervaring in de stage leert dat binnen het huidige sociaal werk landschap in Antwerpen hier vaak nog een hiaat in de hulpverlening zit. Er is nood aan ruime en interdisciplinaire hulpverlening voor meest kwetsbaren. Zij kennen vaak een multiproblematiek met grote gezondheidsproblemen. Sociaal werk binnen het WGC kan zo als rol krijgen om op te treden als centrale punt en belangenverdediger van de gezondheid van patiënt in het hulpverleningstraject en in contacten met andere organisaties.

6 Conclusie en aanbevelingen

Dit hoofdstuk vormt de synthese van het eindwerk. Op basis van de literatuur, de data en de besproken casussen komen we tot een aantal overkoepelende problemen of pijnpunten die we op vlak van huisvesting en gezondheid waarnemen in de wijk Antwerpen Noord. We omschrijven deze pijnpunten en koppelen hieraan ook aanbevelingen of oplossingen die wij vanuit de praktijk zien. We hopen hiermee een dialoog met de beleidsmakers te openen.

6.1 Pijnpunten in huisvesting en gezondheid

6.1.1 Krapte op de private huurmarkt

De meest opvallende en duidelijke rode lijn doorheen alle casussen: heel wat gezinnen worden uitgesloten op de private huurmarkt. We zien deze onmogelijkheid om een woning te vinden op de private markt in alle casussen terugkomen. Het gezin van B. kan geen appartement vinden voor hun gezin. Ze worden bijna nooit uitgenodigd voor een bezoek. S. kan niets vinden dat als alleenstaande betaalbaar is, ondanks dat ze twee jobs combineert. We weten ook door andere verhalen uit de praktijk en van andere hulpverleners dat dit de rode draad is doorheen veel problemen.

Er is een duidelijk tekort aan betaalbare en kwaliteitsvolle woningen op de private huurmarkt. In het bijzonder voor grote gezinnen is het enorm moeilijk om met een beperkt budget een woning van degelijke kwaliteit te vinden. Volgens internationale standaarden is een woning betaalbaar als de woningkosten lager zijn dan 30% van het besteedbaar inkomen van een huishouden. Uit onze casussen blijkt dit onmogelijk voor een gezin met een laag inkomen of met meerdere kinderen. Dit bleek ook uit de cijfers voor stad Antwerpen. Bij maar liefst 1 op 3 gezinnen overschrijdt de woonkost 30% van het gezinsinkomen. Gezinnen die andere hoge noodzakelijke kosten hebben, zoals hoge gezondheidskosten, kennen nog een groter betaalbaarheidsprobleem (zie ook referentiebudget onderzoek van Frederickx, et al., 2021). Het literatuuronderzoek toont aan dat betaalbaarheidsproblemen een negatief effect kunnen hebben op de subjectieve gezondheid en stress en slaapproblemen kunnen veroorzaken.

Het aanbod van relatief betaalbare woningen van goede kwaliteit is heel laag en de vraag groot. Hierdoor ontstaat er een enorme concurrentie tussen huurders. Verhuurders komen zo in een machtige positie waarbij ze de sterkste profielen van potentiële huurders kunnen selecteren. Al wie niet tot deze groep van 'perfecte huurder' behoort, valt uit de boot. Zonder vast contract of twee ruime inkomens, met een andere huidskleur, moedertaal of één of meerdere kinderen kan je het in veel gevallen vergeten. Deze groep wordt zo naar woningen van slechte kwaliteit gedreven. De cijfers van Antwerpen Noord tonen aan dat dit een reëel probleem is in de wijk en de problemen hier ook hoger liggen dan in de rest van de stad. Vocht, schimmel en ongedierte zijn problemen we in heel veel verhalen zien terugkomen. Dit heeft gevolgen op de gezondheid van deze gezinnen. Artsen in het WGC stellen vast dat dit een invloed heeft op longproblemen, infectieziekten, allergieën en huidaandoeningen. Dit blijkt ook uit het literatuuronderzoek. Daarnaast zorgen de

problemen voor veel stress en kan het de subjectieve gezondheid negatief beïnvloeden. Zeker ouders maken zich grote zorgen over de gevolgen voor de gezondheid van hun kinderen. Naast de stress die ze door de woonproblemen al ervaren, zorgt dit voor een extra stress factor.

De slechte kwaliteit van de woningen heeft ook een invloed op de kosten voor energie. Slecht geïsoleerde woningen met verouderde materialen zorgen voor een hoger verbruik met hogere facturen tot gevolg. Gezinnen komen ook vaak terecht in oudere gebouwen die nog werken met een collectieve verwarmingsinstallatie. Hierdoor komen ze niet in aanmerking voor een sociaal gastarief terwijl ze hier bij een individuele installatie wel recht op zouden hebben. Andere sociale rechten kunnen ze wel opnemen, maar kennen voor deze gezinnen hogere drempels omdat bijvoorbeeld een automatische toekenning voor hen niet mogelijk is. Dit duwt opnieuw de kosten de hoogte in. Het zet de gezinnen die zich al in een precaire situatie bevinden financieel in een nog krappere situatie. Ze kunnen geen reserves opbouwen of komen in schulden terecht waardoor hun mogelijkheden op de private huurmarkt zich nog verder beperken.

De casus van A. en M. toont het tot slot dat het problematisch is om enkel rekening te houden met het inkomen van een gezin bij het berekenen van financiële steun. Wanneer de noodzakelijke uitgaven stijgen, moet een gezin ook kunnen beschikken over meer middelen om hieraan te kunnen voldoen. De casus toont dat dit nefaste gevolgen voor de gezondheid van gezinsleden kan hebben en hen daarenboven financieel in een precaire situatie duwt.

6.1.2 Afhankelijkheid en angst

De krapte op de huisvestingmarkt brengt deze gezinnen daarnaast in een zeer afhankelijke en kwetsbare positie ten opzichte van hun huisbaas. De angst om de huidige woning te verliezen, hoe slecht deze ook is, is enorm. Veel gezinnen durven dan ook geen stappen te ondernemen tegen een huisbaas die niets doet aan schimmel, vocht of andere grote gebreken. Een procedure voor onbewoonbaar verklaring wordt zo tegen gehouden. Als dit erop uitdraait dat de eigenaar gaat verbouwen en hun contract wordt opgezegd of dat het pand echt onbewoonbaar is en ze het moeten verlaten, dan is de schrik om dan op straat te belanden enorm en gegrond. Veel zeggend is dat ook hulpverleners terughouden zijn geworden om slechte panden te laten controleren. Er is altijd een risico dat je patiënt of cliënt iets nieuws moet zoeken en dit niet vindt. Je weet niet of ze er beter zullen uitkomen. Je voelt je als hulpverlener onzeker en machteloos. Op deze manier komen we in een situatie waarbij de rechten van huurders niet beschermd kunnen worden. Door de angst om op straat te belanden durven huurders hun rechten niet te gebruiken of af te dwingen. Zo worden veel situaties uitzichtloos. Dit is als arts of verpleegkundige, met het oog op het verbeteren van de gezondheid van je patiënten, erg frustrerend. De hulp die je biedt is enkel symptoombestrijding, maar de echte onderliggende problematiek kan je niet aanpakken. Hiermee omgaan en deze boodschap ook aan je patiënten moeten geven is erg emotioneel belastend.

De casus van B. illustreert dit op een manier die voor heel veel gezinnen geldt. Ze zoeken al heel lang naar een andere woning en ook de huidige woning vinden was

heel moeilijk. Ze weten dat de kans op een goede en betaalbare woning enorm klein is voor hen. De huisbaas dreigde er in het verleden al eens mee om het contract niet te verlengen. Hierdoor durven ze geen stappen ondernemen om de huisbaas aan te manen iets te doen aan de kwaliteit van het pand. Hun situatie kent hierdoor geen uitzicht.

6.1.3 Een sociale woning als reddingsboei?

Door de twee voorgaande problemen, de krapte op de huisvestingmarkt en daaruitvloeiende afhankelijkheid van huisbazen, is een sociale woning voor velen de enige uitweg. In de verhalen van B., S. en A. is het duidelijk dat de zoektocht naar een kwaliteitsvolle en betaalbare woning op de private markt op niets uitdraait. Deze gezinnen komen allemaal in aanmerking voor een sociale woning wat hen uit hun preciaire woonsituatie zou kunnen halen. Echter zijn de wachtlijsten enorm lang. In het bijzonder voor grotere gezinnen die ook op de private huurmarkt op meer drempels botsen. Ze botsen hier niet alleen op een aanbod probleem maar ook op discriminatie. Vaak is hun hoop volledig gericht op het krijgen van een sociale woning. Helaas is deze hoop, zeker op kort termijn, tevergeefs. Gezinnen die drie of meer slaapkamers nodig hebben, krijgen bericht dat met de huidige capaciteit een plaats voor hen niet aan de orde is. Dit is voor hen opnieuw een grote teleurstelling. Als hulpverlener moet je hier keer op keer dit slechte nieuws brengen. Hun hoop zien verdwijnen is pijnlijk, zeker omdat je op vlak van wonen hier vaak niets positiefs tegen kan inbrengen.

Ook binnen sociale huisvesting blijkt de kwaliteit van wonen niet altijd gewaarborgd. De casus van F. illustreert dat veel woningen sterk verouderd zijn en van slechte kwaliteit. De inspanningen van de sociale huisvestingmaatschappijen om hun patrimonium te renoveren blijken onvoldoende. Technische diensten beschikken over te weinig capaciteit om gebreken grondig aan te pakken. Intern is er voor gezinnen gelukkig wel nog de mogelijkheid om te verhuizen naar grotere woningen, wanneer er bijvoorbeeld een extra kind geboren wordt of de kinderen te oud zijn om een slaapkamer te delen. Maar ook hier beperkt het tekort aan grote woningen de mogelijkheden. Wachtlijsten lopen snel op tot meer dan 10 jaar waardoor gezinnen lange tijd in te kleine woningen moeten blijven.

6.1.4 Wanneer hulpverleners de moed zelf verliezen

Tot slot komen we vanuit onze ervaringen op een vierde conclusie die de ernst van de problematieken pijnlijk bloot legt: hulpverleners verliezen zelf de moed. Doorheen de maanden waarbij we actief patiënten begeleidden rond woonproblemen legden we veel contacten met andere sociale organisaties in Antwerpen. Van iedereen kregen we de boodschap dat het hopeloos is: *“Een project rond huisvestingsproblemen, veel succes ermee, blij ga je daar niet van worden”* of *“hulpverlening rond wonen dat is heel zwaar, je moet constant slecht nieuwsgesprekken voeren. Je wordt daar wel beter in natuurlijk, maar dan nog, het blijft niet fijn en frustrerend”*. Een vrijwilligerswerking volgt problemen rond wonen niet meer op: *“dat is te deprimerend voor de vrijwilligers. Dat trekken ze niet meer, constant die negatieve boodschappen geven. Daarom doen we het niet meer en proberen we te focussen op andere zaken waar we wel iets kunnen doen”*. Deze of gelijkaardige reacties kregen we meermaals als we ons project toelichtten.

Zelf hebben we als hulpverleners ook ervaren hoe moeilijk het is om hieraan te werken. Je weet op voorhand al vaak dat je niets of niet veel gaat kunnen doen. Je voelt je al gespannen voordat je de mensen één keer hebt gezien omdat je weet dat je structureel niets aan hun problemen kan veranderen. Dit toont, los van de concrete problemen waar mensen mee te kampen krijgen, de ernst en urgentie van de problematiek. Als niet alleen gezinnen zelf, maar ook hulpverleners vastlopen zijn er duidelijk structurele veranderingen nodig. Daarnaast dringt de tijd om met deze veranderingen te komen en hulpverleners terug moed te geven voordat ze definitief afhaken en gezinnen helemaal uit de boot vallen.

6.2 Samenvattende conclusies en aanbevelingen

Op basis van de praktijkanalyse, literatuur en data over de wijk leggen we vier cruciale pijnpunten in het huidige woonbeleid bloot:

1. Er is een tekort aan woningen op zowel de private en als sociale huurmarkt. Dit geldt voor alle gezinnen, maar in extreme vormen voor grotere gezinnen. Het gevolg is dat huisjesmelkers vrij spel hebben. Voor kwetsbare huurders betekent het; afhankelijkheid, angst en stress met alle gezondheidsproblemen van dien.
2. Woningen op zowel de private als sociale huurmarkt zijn van slechte kwaliteit. Gezinnen in een financieel kwetsbare situatie hebben vaak geen andere keuze dan in deze woning te blijven. De woningen kennen structurele problemen, zoals schimmel, vocht of slechte isolatie, die een negatief effect hebben op de gezondheid en de financiële situatie van de gezinnen. Het eerste pijnpunt, een tekort aan huurwoningen, zorgt voor de instandhouding hiervan.
3. Veel gezinnen hebben te kampen met ongedierte. Naast een hoge impact op de gezondheid zorgt dit ook voor enorme financiële problemen. Er is onvoldoende (financiële) ondersteuning voor gezinnen, specifiek voor de bedwantsen problematiek die recent enorm toeneemt in de wijk en professionele (en dus dure) bestrijding vraagt.
4. Energiekosten zijn omwille van de slechte kwaliteit van woningen enorm hoog. Daarnaast komen ondersteunende maatregelen onvoldoende terecht bij de meest kwetsbare gezinnen die wonen in oude woningen met collectieve verwarmingsinstallaties.
5. Het is problematisch om bij de berekening van allerhande steun enkel rekening te houden met het inkomen en niet met noodzakelijke uitgaven. Wanneer noden hoger zijn, zijn er ook meer middelen nodig.

Vanuit onze praktijkervaring zien we een aantal acties die moeten worden genomen om de huisvestings- en gezondheidssituatie in de stad structureel te verbeteren:

1. Verhoog het aanbod betaalbare en kwalitatieve woningen op de private en sociale huurmarkt met bijzondere aandacht voor woningen met meer dan twee slaapkamers. Breid hierbij het Vlaamse stelsel van tegemoetkomingen in de

huurkosten voor financieel kwetsbare gezinnen uit zodat ze een sterkere onderhandelingspositie op de private huurmarkt hebben.

2. Zet meer in op mogelijkheden om de kwaliteit van huurwoningen te verbeteren en garandeer hierbij begeleiding, en duurzame, kwalitatieve en betaalbare huisvesting van de huurders in geval dat ze de woning moeten verlaten. Doe dit niet enkel bij een uitspraak tot onbewoonbaar of ongeschiktheidsverklaring, maar ook bij eenzijdige opzegging van het huurcontract door de verhuurder naar aanleiding van conflict over de kwaliteit van de woning. Dit maakt het mogelijk dat ook kwetsbare huurders hun rechten kunnen opnemen.
3. Zet in op de bestrijding van ongedierte. Voorzie een financiële tussenkomst in de kosten van de bestrijding en breidt de categorieën van ongedierte die hiervoor in aanmerking komen uit. Neem hierbij niet enkel de volksgezondheids-, maar ook financiële-, sociale- en individuele gezondheidseffecten van ongedierte in rekening. Nu komen bijvoorbeeld ratten en schurft in aanmerking omdat deze een probleem vormen voor de volksgezondheid, breidt dit uit naar de problematiek van kakkerlakken en bedwantsen. We onderstrepen hier de sterk toenemende problematiek van bedwantsen waar actie vanuit het beleid noodzakelijk en urgent is.
4. Zorg voor begeleiding van mensen met torenhoge energiekosten. Dit moet ervoor zorgen dat ze hun rechten opnemen, zodat achterstallige betalingen en schulden vermeden worden. We denken hierbij in eerste plaats aan:
 - a. meer toeleiding naar het OCMW voor een financiële tussenkomst in onbetaalde gas- en elektriciteitsfacturen;
 - b. een proactieve benadering van gezinnen die geen automatisch recht hebben op het sociaal tarief voor gas en elektriciteit;
 - c. begeleiding van huurders die geen automatisch recht hebben op andere financiële voordelen, zoals huurders met een collectieve verwarmingsinstallatie die de federale ondersteuning tijdens de energiecrisis aan hun neus zagen voorbij gaan.
 - d. aanmoedigingen van sociale woonmaatschappijen en private verhuurders om te investeren in energetische renovaties.
5. Hou bij de berekening van allerhande steun, en in het bijzonder voor de te betalen dagprijs in opvangcentra en financiële tussenkomst van het OCMW hierin, rekening met de noodzakelijke uitgaven van een gezin.

De huisvestingproblematiek is immens en vraagt grote en langdurige inspanningen van beleid. We zijn ons ervan bewust dat er ook geen eenduidige oplossing voor de problematiek bestaat. We zijn er echter wel van overtuigd dat onze ervaring vanuit de praktijk en de knelpunten en aanbevelingen die we formuleren hiertoe kunnen bijdragen.

7 Beperkingen

Het eindwerk kent een aantal beperkingen.

Ten eerste zou een diepgaandere kennis over de beleving van de patiënten wat betreft de invloed van hun huisvestings situatie op hun gezondheid een meerwaarde bieden voor de praktijkanalyse. Dit zou extra inzicht verschaffen over hoe gezondheidsproblemen in relatie staan tot hun huisvesting. Deze kennis zou verworven kunnen worden door diepte-interviews. Omdat de relatie met de patiënten is opgestart als een hulpverleningsrelatie, zonder bij de start vermelding te maken van dit eindwerk, kozen we ervoor om geen interviews af te nemen. Dit zou de hulpverleningsrelatie kunnen verstoren. In een vervolg onderzoek kunnen gezinnen geïnterviewd worden die hier specifiek voor worden benaderd.

Ten tweede zouden interviews met gezondheidsmedewerkers van De Regent en andere organisaties een meerwaarde bieden om meer inzicht te krijgen in hoe zij de relatie tussen huisvesting en gezondheid waarnemen. Er kan gevraagd worden welke problemen zij waarnemen op valk van gezondheid, hoe ze deze in relatie tot huisvestingproblemen plaatsen en of zij hier evoluties in waarnemen.

Tot slot is de interdisciplinariteit nog beperkt aanwezig in het eindwerk. Voor de uitwerking van de casussen, conclusies en aanbeveling werd er samengewerkt met en input gevraagd aan artsen en verpleegkundigen. Echter namen deze of andere (para-)medische beroepsgroepen niet actief deel aan de uitvoering van dit onderzoek. Een vervolg project kan meer inzetten op deze interdisciplinariteit door vanaf het begin meerdere beroepsgroepen te betrekken en het onderzoek samen uit te voeren. Medisch geschoolde professionals kunnen betere onderbouwing inbrengen over de gezondheidseffecten van huisvesting. Om deze reden beperkt dit eindwerk zich nu veeleer tot sociaal wetenschappelijke literatuur en ontbreekt een diepgaande uitwerking van specifieke gezondheidsproblemen in relatie tot huisvestingsproblemen.

Referentielijst

- Agentschap Binnenlands Bestuur. (2020). *Gemeente-Stadsmonitor*. <https://gemeente-stadsmonitor.vlaanderen.be/>
- Angel, S., & Bittschi, B. (2019). Housing and Health. *Review of Income and Wealth*, 65(3), 495-513. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/roiw.12341>
- Atkinson, T., Cantillon, B., Marlier, E., & Nolan, B. (2002). *Social indicators: The EU and social inclusion*. Oxford University Press.
- Barrez, J., & Van Dam, R. (2021). Armoede en kwetsbare groepen tijdens de coronacrisis. *Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid*. <https://socialsecurity.belgium.be/sites/default/files/content/docs/nl/publicaties/btsz/2020/btsz-2020-1-armoede-en-kwetsbare-groepen-tijdens-de-coronacrisis.pdf>
- CAW. (2023). *Nood aan tijdelijk onderdak?* Retrieved 01/04/2023 from <https://www.caw.be/hoe-wij-helpen/opvang/>
- Charafeddine, R., & Drieskens, S. (2013). *Omgeving, huisvesting en passief roken* (Rapportnummer: D/2020/14.440/58). Sciensano. www.gezondheidsenquête.be
- Clair, A., Reeves, A., Loopstra, R., McKee, M., Dorling, D., & Stuckler, D. (2016). The impact of the housing crisis on self-reported health in Europe: multilevel longitudinal modelling of 27 EU countries. *European Journal of Public Health*, 26(5), 788-793. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw071>
- Coene, J., Ghys, T., Hubeau, B., Marchal, S., Raeymaeckers, P., & Remmen, R. (2021). *Armoede en sociale uitsluiting: jaarboek 2021*. ASP editions-Academic and Scientific Publishers.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. . Institute for Future Studies.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2021). The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. *Public health*, 199, 20-24.
- Delanghe, H., Cantillon, B., Decancq, K., Frederickx, M., Marchal, S., Marx, I., Penne, T., Storms, B., Verbist, G., & Vink, J. (2021). *Wetenschappelijk onderzoek naar een Vlaamse indicatorenset om omgevingsfactoren en beleidsevaluatie inzake armoede te meten*. Departement Welzijn Volksgezondheid en Gezin. https://armoede.vlaanderen.be/sites/default/files/media/VISA%20rapport_finaal.pdf
- Dreesen, S., & Heylen, K. (2021). *De impact van de COVID-19 crisis op de woonsituatie van Vlamingen. Een analyse van de Grote Coronastudie* (9055507121). Steunpunt Wonen. https://archief.steunpuntwonen.be/Documenten_2016-2020/Studiedagen/Webinar_Wonen_na_corona_25_februari_2021/paper-dreesen-heylen-de-impact-van-de-covid-19.pdf
- Eurofound. (2016). *Inadequate housing in Europe: Costs and consequences*. Publications Office of the European Union. <https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2016/quality-of-life-social-policies/inadequate-housing-in-europe-costs-and-consequences>
- European Social Charter (Revised), (1996). <https://rm.coe.int/168007cf93>
- Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994., (1994). https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=1994071438&table_name=wet
- FOD Economie. (z.d.). *Sociaal tarief energie*. Retrieved 01/04/2023 from <https://economie.fgov.be/nl/themas/energie/energieprijzen/sociaal-tarief-voor-energie>
- Frederickx, M., Storms, B., Delanghe, H., & Penne, T. (2021). Minimuminkomens beschermen niet tegen armoede. *Samenleving & Politiek*, 28(10), 26-32. https://www.cebud.be/files/ugd/4ab716_0f4eebedb64e45c1af552632e936437e.pdf
- Goris, P. (2022). 'Achter de energiecrisis schuilt een veel grotere wooncrisis'. *Sociaal.net*. <https://sociaal.net/achtergrond/netwerk-tegen-armoede-over-energie-en-wooncrisis/>

- Groot, J., Keller, A., Joensen, A., Nguyen, T.-L., Nybo Andersen, A.-M., & Strandberg-Larsen, K. (2022). Impact of housing conditions on changes in youth's mental health following the initial national COVID-19 lockdown: A cohort study. *Scientific reports*, 12(1), 1-10. <https://www.nature.com/articles/s41598-022-04909-5>
- Heylen, K. (2019). Doelgroepen sociale huur en specifieke segmenten op de woningmarkt. *Leuven: Steunpunt Wonen*. <https://hiva.kuleuven.be/nl/nieuws/nieuwsitems/Doelgroepen-sociale-huur-en-specifieke-segmenten-op-de-woningmarkt>
- Heylen, K., & Vanderstraeten, L. (2019). *Wonen in Vlaanderen anno 2018*. Steunpunt Wonen. https://archieff.steunpuntwonen.be/Documenten_2016-2020/Onderzoek_Werkpakketten/WP_1_Nieuwe_woonsurvey_en_woningschouwing/WP1-2_RAPPORT
- Huurdersbond. (2023). *Over ons*. Retrieved 23/03/2023 from <https://huurdersplatform.be/hb/huurdersbond/>
- Leonardi, F. (2018). The Definition of Health: Towards New Perspectives. *International Journal of Health Services*, 48(4), 735-748. <https://doi.org/10.1177/0020731418782653>
- McCartney, G., Popham, F., McMaster, R., & Cumbers, A. (2019). Defining health and health inequalities. *Public health*, 172, 22-30. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350619301076>
- Mullainathan, S., & Shafir, E. (2013). *Scarcity: Why having too little means so much*. Macmillan.
- Pearlin, L. I. (1989). The sociological study of stress. *Journal of health and social behavior*, 241-256.
- POD MI. (z.d.-a). *Gas- en elektriciteitsfonds*. Retrieved 01/04/2023 from <https://www.mi-is.be/nl/energiefonds>
- POD MI. (z.d.-b). *Sociaal mazoutfonds*. Retrieved 01/04/2023 from <https://www.mi-is.be/nl/sociaal-mazoutfonds>
- Renard, F., Scohy, A., De Pauw, R., Jurčević, J., & Devleeschauwer, B. (2022). *Health Status Report 2021 - De gezondheidstoestand in België*. Sciensano. <https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand>
- Sen, A. (1985). *Commodities and Capabilities*. North-Holland.
- Sen, A. (2001). *Development as freedom*. Oxford Paperbacks.
- Sen, A. (2004). Part I. Health Equity. In S. Anand, F. Peter, & A. Sen (Eds.), *Public health, ethics, and equity*. Oxford University Press.
- De Belgische Grondwet, (1831). https://www.senate.be/doc/const_nl.html
- SKVA. (2023). *Actueel*. <https://svka.be/>
- Social Protection Committee Indicator Sub-Group. (2022). *Portfolio of EU Social Indicators for the Monitoring of Progress Towards the EU Objectives for Social Protection and Social Inclusion. 2022 Update*. Publications Office of the European Union. <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=8513&furtherPubs=yes>
- Stad Antwerpen. (2022). *Stad in cijfers*. <https://stadincijfers.antwerpen.be/dashboard/hoofd-dashboard/wonen>
- Stad Antwerpen. (z.d.-a). *Hulp bij betalen van de huurwaarborg aanvragen*. Retrieved 01/04/2023 from <https://www.antwerpen.be/product/huurwaarborg>
- Stad Antwerpen. (z.d.-b). *Nood-of doorstartwoning*. Retrieved 01/04/2023 from <https://www.antwerpen.be/product/nood-of-doorstartwoning>
- Stad Antwerpen. (z.d.-c). *Sociale Dienstverlening*. <https://www.antwerpen.be/nl/overzicht/stadsorganisatie-1/sociale-dienstverlening>
- Steunpunt Wonen. (z.d.-a). *Indicatoren*. <https://steunpuntwonen.be/onderzoek/werkpakket-1-data-en-indicatoren/indicatoren/>
- Steunpunt Wonen. (z.d.-b). *Steunpunt Wonen*. <https://steunpuntwonen.be/>
- Steunpunt Wonen. (z.d.-c). *Woonsurvey en Woningschouwing 2023*. <https://steunpuntwonen.be/onderzoek/werkpakket-1-data-en-indicatoren/woonsurvey-en-woningschouwing-2023/>

- Storms, B. (2012). *Referentiebudgetten voor maatschappelijke participatie*. [PhD, University of Antwerp]. Antwerp.
- Thys, R., Janssen, E., Zonderman, M., & Matthys, C. (2021). Wooncrisis in Brussel: 'Gezinnen lijden, hulpverleners verzuipen'. *Sociaal.net*. <https://sociaal.net/achtergrond/wooncrisis-in-brussel-gezinnen-lijden-hulpverleners-verzuipen/>
- Van den Broeck, K., & Vermeir, D. (2023). *Non-take-up huurpremie en huursubsidie*. Steunpunt Wonen. https://steunpuntwonen.be/wp-content/uploads/2023/02/Ad-hoc_Non-take-up-huurpremie-huursubsidie_EIND.pdf
- van Hoof, S., Maelstaf, H., & Maes, T. (2017). *Renovatie op doktersvoorschrift*. Artesis Plantijn Hogeschool. <http://www.kenniscentrumisos.be/wp-content/uploads/2017/08/Renovatie-op-doktersvoorschrift-werktekst.compressed.pdf>
- Van Thielen, L., & Storms, B. (2013). *Het maximum uit het minimum halen. Overlevingsstrategieën van mensen die moeten rondkomen met een te beperkt inkomen*. Thomas More.
- Vandromme, T., Vermeir, D., Winters, S., & Hubeau, B. (2019). *Sociale huisvesting in Vlaanderen: blikken naar de toekomst*. Gompel & Svacina.
- Vanhille, J., Goedemé, T., & Verbist, G. (2019). Sociale ongelijkheid in het klimaatvraagstuk. In *Klimaat en sociale rechtvaardigheid/Dierckx, Sacha [edit.]* (pp. 61-83).
- Verbruggen, A., Desnerck, G., Stevens, F., & Maelstaf, H. (2016). *Sociologische verbeelding als kracht*. Academia Press.
- Vereniging WGC. (z.d.). *Forfaitair betalingssysteem*. Retrieved 01/05/2023 from <https://vwgc.be/wijkgezondheidscentrum/forfaitair-betalingssysteem/>
- Versele, A. (2021). Het recht op huisvesting is een basisrecht. Woonzaak gaat van start. *MO*. <https://lirias.kuleuven.be/3654750?limo=0>
- VIVAS. (2023). *Over ons*. Retrieved 23/03/2023 from <https://huurdersplatform.be/vivas/?cn-reloaded=1>
- Vlaams Huurdersplatform. (2023). *Over ons*. Retrieved 26/03/2023 from <https://huurdersplatform.be/vhp/over-ons/>
- Vlaamse Codex Wonen van 2021, (2020). <https://codex.vlaanderen.be/Zoeken/Document.aspx?DID=1033810¶m=inhoud>
- Vlaams Woningfonds. (Onze diensten). 2023. <https://www.vlaamswoningfonds.be/>
- Vlaamse Maatschappij voor Sociaal Wonen. (2022). *Statistieken: Kandidaat-huurders en -kopers*. <https://www.vmsw.be/Home/Footer/Over-sociale-huisvesting/Statistieken/Kandidaat-huurders-en-kopers>
- Vlaamse Overheid. (z.d.-a). *Administratieve procedure ongeschikt- en onbewoonbaarheid*. Retrieved 01/04/2023 from <https://www.vlaanderen.be/administratieve-procedure-ongeschikt-en-onbewoonbaarheid>
- Vlaamse Overheid. (z.d.-b). *Een sociale woning huren bij een sociaal verhuurkantoor*. Retrieved 01/04/2023 from <https://www.vlaanderen.be/een-sociale-woning-huren-bij-een-sociaal-verhuurkantoor>
- Vlaamse Overheid. (z.d.-c). *Een sociale woning huren bij een woonmaatschappij of sociale huisvestingmaatschappij*. Retrieved 01/04/2023 from <https://www.vlaanderen.be/een-sociale-woning-huren-bij-een-woonmaatschappij-of-sociale-huisvestingsmaatschappij>
- Vlaamse Overheid. (z.d.-d). *Fonds ter bestrijding van uithuiszetting*. Retrieved 01/04/2023 from <https://www.vlaanderen.be/fonds-ter-bestrijding-van-de-uithuiszettingen>
- Vlaamse Overheid. (z.d.-e). *Referentieadres*. Retrieved 01/04/2023 from <https://www.vlaanderen.be/referentieadres>
- Vlaamse Overheid. (z.d.-f). *Sociaal tarief water*. Retrieved 01/04/2023 from <https://www.vlaanderen.be/sociaal-tarief-voor-water>
- Vlaamse Overheid. (z.d.-g). *Tegemoetkoming in de huurprijs - Vlaamse huursubsidie*. Retrieved 01/04/2023 from <https://www.vlaanderen.be/tegemoetkoming-in-de-huurprijs-vlaamse-huursubsidie>

- Vlaamse Overheid. (z.d.-h). *Vlaamse huurpremie voor kandidaat-huurders van een sociale woning*. Retrieved 01/04/2023 from <https://www.vlaanderen.be/vlaamse-huurpremie-voor-kandidaat-huurders-van-een-sociale-woning>
- Vlaamse Overheid. (z.d.-i). *Vlaamse Maatschappij voor Sociaal Wonen*. Retrieved 01/04/2023 from <https://www.vlaanderen.be/organisaties/administratieve-diensten-van-de-vlaamse-overheid/beleidsdomein-omgeving/vlaamse-maatschappij-voor-sociaal-wonen>
- Vlaamse Overheid. (z.d.-j). *Wonen in Vlaanderen*. Retrieved 25/03/2023 from <https://www.vlaanderen.be/organisaties/administratieve-diensten-van-de-vlaamse-overheid/beleidsdomein-omgeving/wonen-in-vlaanderen>
- Vlaamse Woonraad. (2018). *Advies wonen en gezondheid. Advies 2018-27/18.12*. <https://publicaties.vlaanderen.be/view-file/29963>
- WGC De Regent. (z.d.). *Historiek*. Retrieved 01/05/2023 from <https://wgcderegent.be/het-wgc-is/historiek/>
- Wijkgezondheidscentrum De Regent. (2022). *Teamdag 16 juni 2022* [Niet-gepubliceerde Powerpoint slides]. Wijkgezondheidscentrum De Regent.
- Wijkgezondheidscentrum De Regent. (z.d.). *Het WGC is...* Retrieved 27 december 2022 from <https://wgcderegent.be/het-wgc-is/>
- Winters, S. (2018). In vogelvlucht over 30 jaar sociale huisvesting. <https://steunpuntwonen.be/publicaties/referenties-bijdragen-boeken-of-tijdschriften/>
- Winters, S., Sansen, J., Heylen, K., Van den Broeck, K., Vanderstraeten, L., & Vastmans, F. (2021). *Vlaamse Woonmonitor 2021*. Steunpunt Wonen. https://steunpuntwonen.be/wp-content/uploads/2021/10/WP-04_4_Vlaamse-Woonmonitor-2021_EIND-1.pdf
- Wonen in Vlaanderen. (z.d.-a). *Lokaal woonbeleid*. Retrieved 25/03/2023 from <https://www.vlaanderen.be/lokaal-woonbeleid>
- Wonen in Vlaanderen. (z.d.-b). *Lokaal woonbeleid. Woonmaatschappijen*. <https://www.vlaanderen.be/lokaal-woonbeleid/woonmaatschappijen>
- Woonzaak. (z.d.). *Voor een fundamenteel rechtvaardig woonbeleid*. Retrieved 17 december 2022 from <https://www.woonzaak.be/>
- World Health Organization. (1989). *Health principles of housing*. Offic of Publications. World Health Organization.
- World Health Organization. (2014). *Combined or multiple exposure to health stressors in indoor built environments: an evidence-based review prepared for the WHO training workshop "Multiple environmental exposures and risks": 16–18 October 2013, Bonn, Germany*. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/248600/Combined-or-multiple-exposure-to-health-stressors-in-indoor-built-environments.pdf
- World Health Organization. (2018). *WHO housing and health guidelines* (9241550376). <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550376>
- World Health Organization. (2020). *Basic documents: forty-ninth edition (including amendments adopted up to 31 May 2019)*. https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf#page=6
- World Health Organization. (2022a). *Inequalities in access to at least basic sanitation services. Environmental health inequalities: fact sheet series*. WHO Regional Office for Europe. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2022-4866-44629-63323>
- World Health Organization. (2022b). *Inequalities in dampness in the home. Environmental health inequalities: fact sheet series*. WHO Regional Office for Europe. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2022-4872-44635-63335>
- World Health Organization. (2022c). *Inequalities in inability to keep the home adequately warm. Environmental health inequalities: fact sheet series*. WHO Regional Office for Europe. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2022-4870-44633-63331>
- World Health Organization. (2022d). *Inequalities in overcrowding. Environmental health inequalities: fact sheet series*. WHO Regional Office for Europe. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2022-4871-44634-63333>

