



**RECHT OP GEZONDHEID
AANPAK VAN DE GEZONDHEIDSKLOOF
RESULTATEN VAN EEN VERKENNING**

SEPTEMBER 2012

COLOFON

Een uitgave van Samenlevingsopbouw Vlaanderen vzw
Vooruitgangstraat 323 bus 2
1030 Brussel
Tel. 02/201.05.65

Auteur: Gerard Hautekeur

info.vlaanderen@samenvlevingsopbouw.be
www.samenvlevingsopbouw.be

September 2012

INHOUD

Inleiding	5
1. Ongelijk gezond, ontstellende cijfers	7
1.1. Prioritair	
1.2. Sociaaleconomische positie	
1.3. Etnisch-culturele minderheden	
1.4. Hogere risicogebieden	
1.5. Niet gedekte uitgaven	
1.6. Veerkracht ondermijnd	
2. Determinanten sociale ongelijkheid in de gezondheid	13
2.1. Definitie gezondheid	
2.2. Individueel schuldmodel	
2.3. Sociale determinanten	
2.3.1. Determinanten van gezondheid	
2.3.2. Determinanten van sociale ongelijkheid in gezondheid	
3. Basisprincipes bij aanpak gezondheidsachterstand	19
3.1. Gezondheid is een basisrecht	
3.2. Focus op primaire preventie	
3.3. Focus op de sociale kloof	
3.4. Focus op sociale determinanten van ongelijkheid in gezondheid	
3.5. Focus op specifieke doelgroepen	
3.5.1. Etnisch-culturele minderheden	
3.5.2. Kinderen en jongeren in het onderwijs	
3.5.3. Mensen zonder wettig verblijf	
3.6. Effecten meten en evalueren	
3.7. Participatieve aanpak	
3.7.1. Democratisering van het onderzoek	
3.7.2. Bottom-up	
3.7.3. 'Enabling environment'	
4. Recht op gezondheid en beleidscontext	31
4.1. Europees beleid	
4.2. Federaal beleid	
4.3. Vlaams beleid	
4.3.1. Vlaams Actieplan Armoedebestrijding (2010-2014)	
4.3.2. Decreet Vlaamse Sociale Bescherming	
4.3.3. Vermaatschappelijking van de zorg	
4.4. Lokaal beleid	

5. Hefbomen om gezondheidskloof aan te pakken	39
5.1. Stem geven aan maatschappelijk kwetsbare doelgroepen	
5.1.1. Van droomduel tot droomduet	
5.1.2. Ons Gedacht over (geestelijke) gezondheidszorg	
5.1.3. Recht-Op	
5.1.4. Medisch dossier Welzijnszorg	
5.1.5. Connect & include	
5.2. Financiële toegankelijkheid verhogen	
5.2.1. Derdebetalersregeling en OMNIO-statuu	
5.2.2. Forfaitaire geneeskunde	
5.2.3. Privé-uitgaven in de gezondheidszorg	
5.3. Wijkgerichte aanpak	
5.3.1. Meerwaarde van wijkgerichte aanpak	
5.3.2. Wijkgezondheidscentra (WGC)	
5.3.3. Community Oriented Primary Care	
5.3.4. Gezonde Wijk	
5.3.5. Conclusie	
5.4. Eerstelijnsgezondheidszorg versterken	
5.4.1. Versterkte eerste lijn	
5.4.2. Outreachend en proactief	
5.5. Gezondheidspromotie en ziektepreventie	
5.5.1. Project Bewegen op Voorschrift (BOV)	
5.5.2. Big Move mama	
5.5.3. Parallelen	
5.6. Integraal gezondheidsbeleid	
6. Samengevat – aangrijpingspunten voor de sector Samenlevingsopbouw	69
6.1. Ontwikkelen van een (nieuw) programmaspoor rond gezondheid	
6.1.1. Missie	
6.1.2. Vier niveaus	
6.2. Ondersteuning door Samenlevingsopbouw Vlaanderen i.s.m. andere partners	
6.2.1. Vorming & Training	
6.2.2. Uitwisseling van goede praktijken in de strijd tegen gezondheidsongelijkheden	
6.2.3. Ontwikkelen en promoten van innoverende initiatieven	
6.2.4. Beleidsbeïnvloeding op bovenlokaal niveau	
6.2.5. Opvolging van voortgang in onderzoek	
Verwijzingen	75
Bijlage 1	79
Bijlage 2	81

INLEIDING

Uit onderstaande cijfers over de gezondheidskloof (ongelijk gezond, ontstellende cijfers) blijkt dat de gezondheidsongelijkheid niet vermindert, maar toeneemt. Het betreft sociale ongelijkheden die niet te maken hebben met natuurlijke of biologische aanleg van een persoon, maar die worden veroorzaakt of in stand gehouden door sociale processen, zoals armoede en sociale uitsluiting (Willems & Verlinde, 2011). Bij de bevraging van kwetsbare groepen in het kader van het project 'Ieders Stem Telt' werd gezondheid aangeduid als een van de prioritaire thema's (Korf met beleidsvoorstellen, 2012) en de vraag rijst of Samenlevingsopbouw een meer prominente rol dient te spelen om het recht op gezondheid bij maatschappelijk kwetsbare groepen te garanderen. Het voorliggende rapport over het Recht op Gezondheid wil de (toekomstige) rol van Samenlevingsopbouw op dit domein uitklaren en scherp stellen.

Na de literatuurstudie inventariseerden we de praktijk in de Samenlevingsopbouw op vlak van gezondheid en hielden een bevraging bij experts of bevoorrechte getuigen van organisaties buiten de sector. In bijlage vind je de lijst van personen en organisaties die hebben meegewerkt aan de verkenning. We focusten bij de bevraging op de toegang tot de gezondheidszorg, de maatregelen inzake gezondheidspromotie en ziektepreventie.¹ Op basis van de literatuurstudie, de bevraging van deskundigen en de verkenning van de praktijk van het opbouwwerk en buurtwerk op het gebied van gezondheid, schetsen we achtereenvolgens determinanten van de gezondheid en sociale ongelijkheid in de gezondheid, gaan we uitgebreid in op basisprincipes en hefboomen om de gezondheidskloof aan te pakken. Tot slot formuleren we aangrijpingspunten en aanbevelingen voor de sector Samenlevingsopbouw.

Chris Truyens, directeur Samenlevingsopbouw Vlaanderen

¹ Een tussentijdse 'neerslag' van die verkenning mondde uit in de publicatie van De Gezondheidskloof, het TerZake Cahier, november 2011.

1. ONGELIJK GEZOND, ONTSTELLEDE CIJFERS

In landen met minder inkomensongelijkheid hebben de inwoners minder te kampen met lichamelijke en geestelijke gezondheidsproblemen, ze gebruiken minder drugs, ze worden minder geconfronteerd met geweld en doodslag, ze hebben meer vertrouwen in andere mensen en ze zijn beter geschoold. (Richard Wilkinson en Kate Pickett, 2010)

In Europa blijft de kloof tussen arm en rijk toenemen, maar in België is die sedert 1985 gelijk gebleven. Bovendien heeft België samen met Noorwegen en Denemarken een van de laagste ongelijkheidscijfers. Ons land heeft een goed uitgebouwd gezondheidssysteem en wat de tevredenheid van de gebruikers betreft, scoort België hoog in vergelijking met andere Europese landen. Dit positieve nieuws wordt evenwel overschaduwde door de groeiende ongelijkheid als het gaat over ziekte en gezondheidsongelijkheid in ons land, aldus Ivo Nuyens, voormalig programmadirecteur van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO). Hij noemt de gezondheidskloof de best gedocumenteerde problematiek (Nuyens, 2010). Er bestaat inderdaad veel literatuur over gezondheidsongelijkheid, maar aanzienlijk minder over de methoden om de gezondheidskloof effectief aan te pakken (Graham & Kely).

1.1. PRIORITAIR

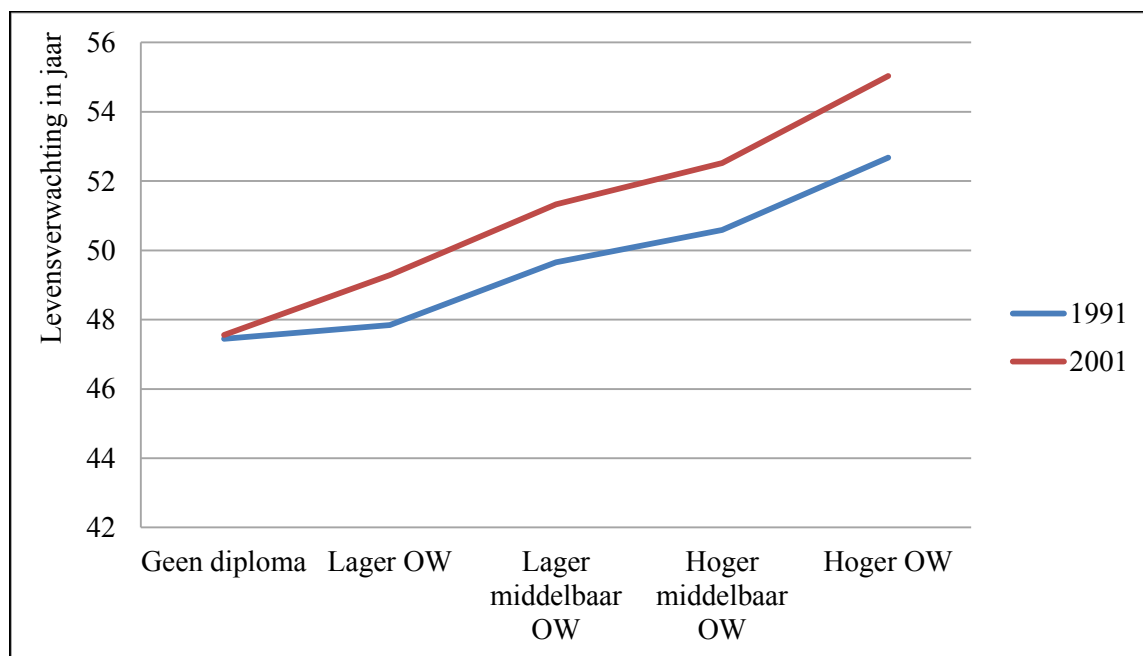
Het thema van de gezondheidskloof staat wel veel nadrukkelijker op de agenda van het beleid en van invloedrijke spelers op het domein van gezondheid. Voor de twee grote ziekenfondsen, de christelijke en de socialistische mutualiteit, krijgt de strijd tegen de gezondheidskloof sedert een paar jaar hoge prioriteit. Positief is ook grote wisselwerking tussen wetenschappelijk universitair onderzoek en de vernieuwende initiatieven op het terrein. Er gaat veel meer aandacht naar het meten en evalueren van de effecten van innovatieve gezondheidsprojecten. Die laatste botsen geregeld op gevestigde belangen van medische lobbygroepen. Binnen verschillende huisartsenkringen groeit echter de openheid voor vernieuwing. Ze hebben trouwens zelf veel te winnen bij de versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg en een betere omkadering van de huisarts. Het aantal huisartsen daalt en als solist kunnen ze de complexe gezondheidsproblemen moeilijk aan.

1.2. SOCIAAL ECONOMISCHE POSITIE

De gezondheidskloof tussen arm en rijk, en vooral tussen hoog- en laaggeschoolden, uit zich op verschillende vlakken. Overgewicht komt dubbel zoveel voor bij lager geschoolde vrouwen dan bij hoogopgeleide. Zelfmoordneigingen komen vier maal meer voor bij laaggeschoolde mannen dan bij hooggeschoolde. Bij vrouwen is het de helft meer. Laaggeschoolden scoren systematisch slechter op de zes gezondheidsdoelstellingen van Vlaamse Minister van Welzijn (Nuyens, 2012).

Belgen onderaan de sociale ladder zijn meer ziek, ze hebben lagere overlevingskansen bij ernstige aandoeningen, ze hebben gedurende een langere periode af te rekenen met ernstige beperkingen en sterven jonger. Er is sprake van een sociale gradiënt want hoe hoger iemand zich op de sociale ladder bevindt, hoe hoger zijn/haar levensverwachting (Willems & Verlinde, 2011). De auteurs stellen dat iemands sociale klasse is af te lezen van zijn gebit. Ze illustreren hoe de sociale gradiënt al bij heel jonge kinderen is terug te vinden in de mondhygiëne: in een Gentse studie bij 384 kinderen tussen 24 en 35 maanden oud stelden de onderzoekers zuigflescariës vast bij 18,5 procent van de kinderen. Bij de kinderen uit de laagste sociale klassen liep dit op tot meer dan één op drie (36,7 procent), terwijl in de hoogste sociale klassen bij minder dan één op tien kinderen (7,8 procent) zuigflescariës kon worden vastgesteld.

Figuur: Levensverwachting op 25 jaar bij mannen volgens opleidingsniveau, 1991 en 2001



Bron: federaal wetenschapsbeleid

Het recht op gezondheid staat in de Belgische Grondwet, maar wie een hogere positie heeft op de maatschappelijke ladder leeft langer en gezonder. Recent onderzoek van het Federale Wetenschapsbeleid toont aan dat de kloof toeneemt. De hoogste sociale groepen die al een serieuze voorsprong hadden, genieten het meest van de vooruitgang. Wat de levensverwachting betreft, gaan de middengroepen er ook op vooruit, maar minder snel. Bij de laagste groepen is er sprake van stilstand of zelfs achteruitgang (TAHIB-onderzoek, 2010). Uit die studie blijkt dat de laaggeschoolde gemiddeld 7,5 jaar vroeger sterft dan de hoogst geschoolde. De ongelijkheid in gezonde levensverwachting is echter nog groter. Wie enkel lager onderwijs volgde, leeft 11 jaar minder in goede gezondheid, en wie geen onderwijs genoot leeft 18 jaar minder in goede gezondheid.

1.3. Etnisch-culturele minderheden

Van de maatschappelijk kwetsbare groepen bevinden migranten en etnisch culturele minderheden zich over het algemeen in een slechtere gezondheidssituatie (Derluyn, e.a. 2011). Dit heeft enerzijds te maken met verschillende factoren, die ook gelden voor andere maatschappelijk kwetsbare groepen, zoals slechte sociaaleconomische status, beperkt sociaal netwerk, en anderzijds zijn er de specifieke oorzaken zoals scheiding van familie, racisme en discriminatie. Bovendien doen zij minder een beroep op een vaste huisarts, ze maken minder gebruik van vaccinaties en screening, en kennen ons gezondheidssysteem slecht.

Naast de sociaaleconomische en culturele drempel is de taal vaak een specifiek knelpunt. Uit het jaarverslag van 2011 van de Tolk- en Vertaalservice Gent blijkt dat van de sociale tolken de sector gezondheid met 28 % de grootste afnemer is, gevolgd door Gezin & Maatschappelijk Welzijn (26%) en Onderwijs (24 %). Opvallend is dat de wijkgezondheidscentra in achtergestelde buurten in toenemende mate gebruik van die faciliteiten, voor het Rabot is er sprake van een toename met 45% en bij de Botermarkt is er in vergelijking met het vorige jaar zelfs een toename met 82% (Resultaat sociaal tolken Gent, 2011).

Kathleen Debruyne, coördinator van het Centrum voor Onthaal, Zorg en Oriëntatie (COZO) van Dokters van de Wereld in Antwerpen, wijst op de complexe problemen die mensen zonder wettig verblijf te berde brengen. 'Iedereen die geen toegang heeft tot de reguliere gezondheidsvoorzieningen kan terecht bij COZO, zowel Belgen in een maatschappelijk kwetsbare positie (zoals daklozen), alsook Europeanen zonder ziekteverzekering, asielzoekers of mensen zonder geldige verblijfsvergunning', verduidelijkt Kathleen. 'Daklozen kunnen in orde zijn met de ziekteverzekering, maar we merken toch dat zij om financiële of sociale of culturele redenen een bezoek aan de dokter uitstellen of zelfs helemaal niet bij de huisarts geraken. De anderen (mensen zonder papieren, Europeanen en sommige asielzoekers) stoten op torenhoge drempels omwille van hun juridisch statuut. Ze kunnen op

het OCMW een beroep doen voor dringende medische hulp, maar het OCMW doet een uitgebreid sociaal onderzoek, waardoor het minstens 1 à 2 maanden duurt vooraleer ze recht hebben op hulp. Velen vallen echter ook helemaal uit de boot wegens de vele voorwaarden die gesteld worden (Hautekeur, in TerZake, september 2012), Onder 3.5. gaan we uitgebreider in op de problematische toegang tot dringende medische hulp.

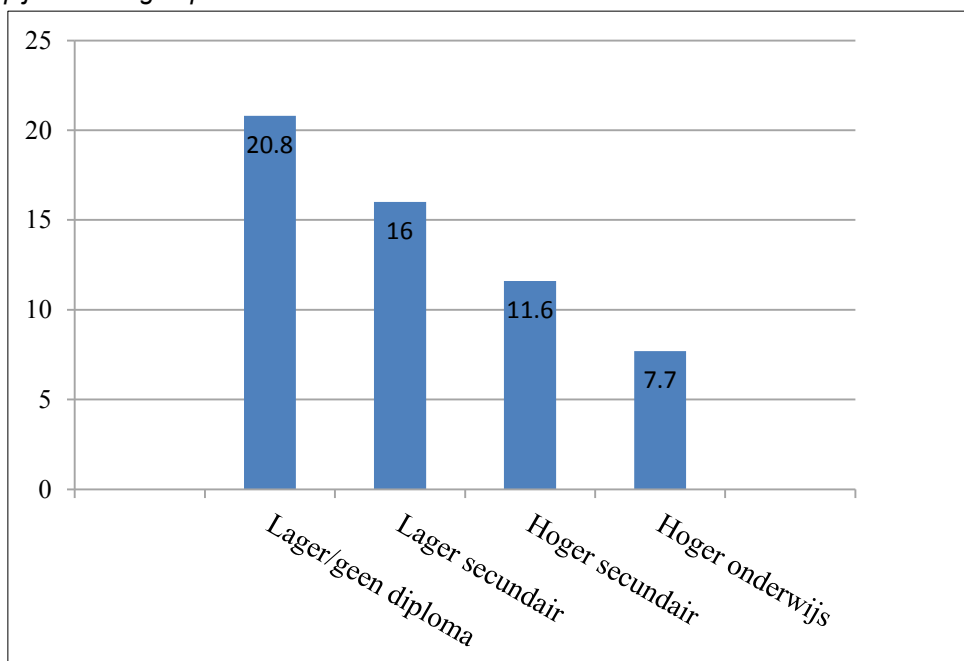
1.4. HOGERE RISICOGEBIEDEN

De achterstelling inzake gezondheid manifesteert zich sterker in bepaalde wijken, gemeenten of regio's. Het rapport 'Armoede en sociale uitsluiting op het platteland' gaat in op de specifieke context van landelijke gebieden waar armoede in vergelijking met de steden veel meer verspreid is en vaak onzichtbaar is. De vereenzaming en het sociaal isolement typeert de leefsituatie van veel ouderen op het platteland. Hun kwetsbaarheid wordt verhoogd door het gebrek aan een sociaal netwerk, aangepaste voorzieningen en mobiliteit (Hautekeur & Viaene, 2011). Wat de concentratie van gezondheidsachterstand in stedelijke wijken betreft, nemen we het Brussels Gewest als illustratie. Het Huis voor Gezondheid in Brussel wijst op de kloof tussen rijkere en armere gemeenten (Verlinde & Vermeulen, 2011). Van bij de geboorte is de levensverwachting drie jaar hoger in de rijkste gemeenten dan in de armere gemeenten van Brussel, 28 procent van de kinderen zijn geboren in een gezin zonder werk, waarvan 17 procent bij een alleenstaande moeder. Specifiek voor Brussel is de overconsumptie van specialistische zorg: 40 % van de problemen die zich aandienen in specialistische polikliniek, kunnen beter door huisarts worden behandeld, en ongeveer 50 % van spoedgevallen in ziekenhuis zijn meer aangewezen taken voor de huisarts (Verlinde & Vermeulen, 2011).

1.5. NIET GEDEKTE UITGAVEN

Daarbij komt nog dat mensen in armoede de gezondheidszorg systematisch uitstellen wegens financiële redenen. In 2004 ging het om 10,1 procent van de huishoudens en in 2008 betrof het 13,6 procent van de huishoudens. Voor alleenstaanden met kinderen stijgt dit percentage tot 29,2 procent, voor koppels met kinderen daalt dit 11,2 procent, volgens cijfers van vierjaarlijkse Gezondheidsenquêtes in België. De uitgaven voor gezondheidszorg in België nemen toe. Het grootste deel hiervan wordt gefinancierd door de algemene ziekteverzekering, maar het aandeel van de zorgkosten die de patiënt zelf draagt is niet te verwaarlozen en bedraagt 24,9 procent (Calcoen, 2012). Bijna een kwart van de uitgaven moet men dus uit eigen zak betalen. In het Jaarboek Armoede werd er eerder al op gewezen dat schulden die voortvloeien uit de privéuitgaven voor gezondheidszorg en voor energiekosten de grootste risicofactoren vormen die maken dat mensen in armoede terecht komen (Vranken, e.a, 2009).

Figuur : Verdeling (%) van de Belgische bevolking (van 15 jaar en ouder) met hevige tot heel hevige pijn in de afgelopen 4 weken



Bron: Resultaat van Gezondheidsenquête 2008, België. Rapport 1, Gezondheidstoestand: Wetenschappelijk instituut Volksgezondheid, 2010

1.6. VEERKRACHT ONDERMIJND

Er zijn echter niet enkel financiële, territoriale en economische drempels maar ook mentale en psychologische aspecten die verband houden met de sociaaleconomische positie. Wilkinson & Pickett wijzen op gevoelens van schaamte en minderwaardigheid. Het gevoel dat op jou wordt neergekeken en dat je niet wordt gerespecteerd verhogen chronische stress en hebben negatieve invloed op het immuunsysteem en het cardiovasculair stelsel (Wilkinson & Pickett, 2010). Voor de opbouwwerkster Decraene is dit zeer herkenbaar. Tijdens de diepte-interviews met deelnemers aan het project 'Bewegen op Voorschrift' blijkt dat het schaamtegevoel velen onderuit haalt: het gevoel dat ze *niemand zijn* versterkt de neerwaartse spiraal. Hun veerkracht is erdoor afgenomen en dit verhoogt hun afhankelijkheid van de hulpverlening en de gezondheidszorg.

Depressie en andere (geestelijke) gezondheidsproblemen bemoeilijken vaak ook de opvoeding van kinderen, getuigden vrouwen op een rondetafelgesprek over opvoedingsondersteuning. Het rondetafelgesprek werd georganiseerd door 't Vergiet, toenmalige vereniging waar armen het woord nemen, gegroeid uit een opbouwwerk project van Samenlevingsopbouw Gent. Huisarts Jan De Maeseneer, als vertegenwoordiger van een huisartsenvereniging, bevestigde op die bijeenkomst de beleving van de vrouwen van 't Vergiet. Hij onderstreepte daarbij dat de geestelijke gezondheidsproblemen het gevolg zijn van het jarenlang overleven in zeer precare omstandigheden ('t Vergiet, Samenlevingsopbouw Gent).

Er leeft bovendien nog altijd een groot taboe rond geestelijke gezondheidszorg. Het Onderzoek 'Kwetsbaarheid Aanpakken in de Samenleving' (KANS) van het Agentschap Welzijn, Volksgezondheid en Gezin toont aan dat ruim 70 procent van geïnterviewde OCMW-cliënten niet goed in zijn vel zit. Bijna de helft van hen voelt zich tegelijk psychisch onwel en financieel kwetsbaar. Hun psychische klachten hangen dus nauw samen met hun financiële problemen, vooral als ze af te rekenen hebben met betalingsachterstand of vrezen niet rond te komen. Door toenemende tijds- en werkdruk hebben maatschappelijk werkers van de sociale dienst te weinig ruimte om op die psychische klachten in te gaan. Naarmate cliënten meer depressief zijn, schamen zich nog meer om met hun problemen aan te kloppen bij het OCMW (KANS, 2010).

Uit het onderzoek van de CM naar de sociale ongelijkheden op het vlak van gezondheid blijkt dat personen uit de lagere inkomensgroepen (in vergelijking met alle CM-leden) een bijna 60 procent hoger risico lopen om te worden opgenomen in een psychiatrische instelling of een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis. Als men de lagere inkomensgroepen vergelijkt met de hoogste klasse is dit risico twee keer zo groot (CM-Informatie 233, 2008).

Tanja Gouverneur van het Centrum Geestelijke Gezondheidszorg De Pont slaakt een noodkreet over de toenemende behoefte aan geestelijke gezondheidszorg. Door de stigmatisering lopen vooral mensen in armoede een hoger risico. Stress door schulden proberen ze op te lossen met psychofarmaca, maar waar ze echt behoefte aan hebben is meer structuur in hun dag, gezonde maaltijden en sociale contacten (Gouverneur, 2011). Die bevindingen worden in de verf gezet door de verenigingen waar armen het woord nemen. Velen van hen kampen met psychische problemen of hebben familie en vrienden die ermee te maken krijgen. Toch vinden de meesten niet de geschikte hulp als ze daarnaar op zoek gaan (Rimaux, 2011).

Tot slot dienen we ook aandacht te hebben voor de wisselwerking tussen armoede en gezondheid. In het dossier 'Armoede schaadt de gezondheid' kwam het dubbele dimensie duidelijk tot uiting: aan de ene kant is het leven in armoede de oorzaak van gezondheidsproblemen en aan de andere kant maakt het ziek zijn, in het bijzonder bij chronische en langdurige ziekten, mensen ook armer (Welzijnszorg, 2008).

2. DETERMINANTEN SOCIALE ONGELIJKHEID IN DE GEZONDHEID

Arme weesjongens werden vrijwel naakt en ingesmeerd met olie de fabrieksschoorstenen ingestuurd om de rookkanalen schoon te krabben. Minuscule, bijna onzichtbare roetdeeltjes bleven in de huidplooien van kinderen plakken en veroorzaakten scrotumkanker. In 1875 werd in Engeland het inzetten van levende bezems bij wet verboden. (Siddharta Mukherjee, 2011)

2.1. DEFINITIE GEZONDHEID

De Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) hanteert een brede definitie van gezondheid, met name: een staat van compleet lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden en niet alleen de afwezigheid van ziekte of handicap. Het betreft de zogenaamde 'definitie van Ottawa': www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf

Die brede definitie is ook gangbaar in de Samenlevingsopbouw. *Ons Gedacht*, een vereniging waar armen het woord nemen in Lier die het thema gezondheid onder de loep nam, benadrukt ook de samenhang tussen fysieke, psychische en sociale gezondheid en beschouwt dit als één geheel. Uit de gezondheidsbabbels met mensen die in armoede leven bleek duidelijk dat mensen zich pas gezond noemen als ze zich goed in hun vel voelen, als ook hun geestelijke gezondheid in orde is. De participatie aan een vereniging waar armen het woord nemen bleek trouwens een positieve invloed te hebben op hun psychisch welzijn. Ze vinden er begrip, ondersteuning en een luisterend oor. Ze worden er aanvaard en hebben eindelijk het gevoel ergens bij te horen (Rimaux, 2011).

2.2. INDIVIDUEEL SCHULDMODEL

Wolffers constateert dat de wetenschappelijke geneeskunde zich toespitst op de biologie en het gedrag van de individuele persoon en daarbij grotendeels voorbijgaat aan de invloed van de omgeving. De oorzaak van de ziekte wordt hoofdzakelijk bij het individu gelegd. Vanuit het individuele schuldmodel wijt men fenomenen zoals obesitas aan de inhaligheid, het slappe karakter of de beroerde opvoeding van een persoon. In werkelijkheid wordt dit echter veel sterker bepaald door onze genetische aanleg, het systeem van inname en verbruik van energie, en de productie van voeding (Wolffers, 2011).

In dit verband wijst Wolffers op de volgende paradox: de voedingsindustrie produceert goedkope en gemakkelijk verteerbare koolhydraten en vetten, die veel energie maar onvoldoende kwaliteitsvoeding opleveren. Dieren die worden vetgemest voor de vleesproductie moeten veel eiwitten produceren, maar ze mogen daarbij weinig bewegen. Precies door het gebrek aan beweging produceren ze harde vetten, die niet gezond zijn. Onze economie met al haar verkooppunten voor voeding ondermijnt de warme gezamenlijke maaltijd. Goedkope en energierijke voeding met bepaalde smaak en verleidingstechnieken is alom tegenwoordig. Het zien van de naam van die voedingsproducent doet ghreline en dus het hongergevoel in de hersenen vrijkomen. Het is heel zorgwekkend dat bij kinderen één derde van hun voeding bestaat uit junkfood en fastfood van voedingsketens. Op die manier krijgen ze een toevloed van zoete en vette producten (Wolffers, 2011).

De cijfers inzake overgewicht zijn ook in België alarmerend, aldus de Onafhankelijke Ziekenfondsen: 47 procent van de mannen en 40 procent van de vrouwen heeft overgewicht. Bovendien is 14 procent van de Belgen obees (waarvan het BMI hoger is dan 30). Nog verontrustender is het feit dat vooral kinderen tussen 2 en 7 jaar al kenmerken van obesitas vertonen (Rmt, 2014).

Die bevindingen staan in schril contrast met het simplisme van populaire tv programma's, die het problematische eetgedrag van individuele personen uitvergrooten en daarbij de genetische aanleg en de omgevingsfactoren negeren. Het discours over individueel schuldmodel kent ten andere een lange voorgeschiedenis en is door zijn eenzijdige focus op individuele risicofactoren een valkuil voor welzijns- en gezondheidswerkers.

De discussie over gezondheidsbevordering werd eerst exclusief door medici gevoerd, betogen Trudi Nederland en Fabian Dekker in hun essay 'Verleiden tot gezondheid'. In het prille denken over gezondheidsbevordering stond dan ook het gebrek aan openbare gezondheidsvoorzieningen en de strijd tegen bacteriën en virussen voorop. In een veel latere fase verschoof het accent op de leefstijl van de individuele persoon. In die benadering staat de persoon met zijn individuele kenmerken, levensstijl en gedrag in het middelpunt. In uiteenlopende campagnes focuste men op tieners die roken of vrouwen van niet-Westerse allochtone origine die het minst bewegen. Individuele kenmerken bracht men in verband met het ontstaan van obesitas en suikerziekte. Recenter houdt men veel sterker rekening met de invloed van de sociale en fysieke omgevingsfactoren. Het gaat om een verschuiving in de focus op individuele risicofactoren naar een besef dat ook fysieke en sociale omstandigheden van invloed zijn op de gezondheid (Nederland & Dekker, 2011).

2.3. SOCIALE DETERMINANTEN

Om de sociale ongelijkheid in de gezondheid aan te pakken is het belangrijk om een inzicht te verwerven in de factoren die de sociale ongelijkheid in de gezondheid verklaren. Willems en Vyncke maken in navolging van de WGO een onderscheid tussen de factoren die de gezondheid beïnvloeden en de factoren die bepalend zijn voor de sociale ongelijkheid in de gezondheid. In de hierna volgende paragrafen verduidelijken we dit onderscheid (Willems & Vyncke, 2010).

2.3.1. DETERMINANTEN VAN GEZONDHEID

De onderzoekers Whitehead en Dahlgren hebben de sociale determinanten op gezondheid in onderstaand schema weergegeven.



In het hart van het schema staan de factoren die relatief onveranderbaar zijn: leeftijd, geslacht, genetische en erfelijke factoren. In de omliggende lagen vinden we de determinanten die wel veranderbaar zijn door het beleid.

Een **eerste laag** wordt gevormd door persoonlijk gedrag en leefstijl, zoals rookgedrag, beweging, voedingspatroon. De persoonlijke leefstijlfactoren worden echter te vaak gelijkgesteld met 'individuele' gedragingen, alhoewel die mede worden bepaald door de nabije en de ruimere omgeving. Persoonlijke gedragingen die de gezondheid in gevaar brengen, zijn soms een uiting tot antwoord op andere problemen. Roken kan een manier zijn om stress als gevolg van bestaansonzekerheid het hoofd te bieden (Verlinde, 2011).

Een **tweede laag** wordt gevormd door het gezin, familie, vrienden, de gemeenschap en de buurt. De aanleg van wandelnetwerken en gemeentetuinen; het creëren van veilige schoolomgeving, het inrichten van ontmoetingsplaatsen, het organiseren van buurtdiensten, alsook het mobiliseren en ondersteunen van wijkbewoners hebben positieve effecten op de sociale cohesie en de gezondheid in de buurt (Savelkoul, 2010).

De **derde laag** van het model wordt gevormd door factoren uit de leef- en werkomgeving. Het verbeteren van de bestaansonzekerheid, de toegang tot onderwijs, werk en voorzieningen hebben belangrijke gezondheid bevorderende effecten. Binnen die laag komt de organisatie van en toegang tot gezondheidszorg aan bod. Kwalitatieve gezondheidsdiensten, gezonde huisvesting, en (hoger) onderwijs kosten geld zodat de toegankelijkheid ervan beperkter is voor mensen met een laag inkomen. Hierdoor ontstaat er een ongelijke spreiding van gezondheidsrisico's tussen de verschillende economische klassen. Bovendien hebben mensen in lagere sociaaleconomische situatie minder sociale netwerken (Verlinde, 2011).

De **vierde (en buitenste) laag** bevat de algemene sociaaleconomische en culturele omstandigheden, alsook de kwaliteit van het leefmilieu.

De factoren op het hogere niveau werken niet alleen rechtstreeks in op het probleem, maar oefenen ook nog invloed uit op de factoren van de lagere niveaus. Met andere woorden hoe hoger het niveau, des te ingrijpender en sterker de invloed. Het regenboogschema van Whitehead toont duidelijk aan dat indien het gezondheidsbeleid en het beleid in alle andere domeinen een gunstig klimaat schept voor de volksgezondheid, dit een effect heeft op de individuele gezondheid van elke burger.

Binnen elk van die lagen in het regenboogmodel kan men zowel positieve gezondheidsfactoren, beschermende factoren als risicofactoren identificeren (Willems & Vyncke, 2010). Willems en Vyncke benadrukken dat een gezondheid bevorderend beleid niet enkel oog moet hebben voor het verminderen van de risicofactoren (vervuiling, roken, verkeersonveiligheid), maar ook voor het bevorderen van positieve gezondheidsfactoren (economische zekerheid, veilige woningen) en beschermende maatregelen (immunisatie versterken, sociaal netwerk uitbouwen, een gevoel van eigenwaarde verhogen).

In 2007 publiceerde de Koning Boudewijnstichting een overzicht van Belgische initiatieven om de ongelijkheid in gezondheid te verkleinen, gekaderd in het schema van Whitehead en Dahlgren (Koning Boudewijnstichting, 2007). Men maakt daarbij het onderscheid tussen maatregelen op de volgende vier niveaus:

- 1) Versterking van het individu,
- 2) Versterking van de buurt en gemeenschap,
- 3) Verbetering van leef-, woon- en werkomstandigheden,
- 4) Stimuleren van macro-economische en sociaal-culturele factoren.

Dit onderscheid vinden we relevant om de eigen rol en plaats van de sector Samenlevingsopbouw te bepalen, zie aangrijpingspunten voor de Samenlevingsopbouw.

2.3.2. DETERMINANTEN VAN SOCIALE ONGELIJKHEID IN GEZONDHEID

Willems en Verlinde onderscheiden vijf mechanismen die zeer bepalend zijn voor het ontstaan en het in stand houden van de sociale ongelijkheid in de gezondheid. Ze baseren zich daarbij op de inzichten van Whitehead en Dahlgren. In het TerZake Cahier 'de gezondheidskloof' hebben ze vijf mechanismen op een rijtje gezet (Willems & Verlinde, 2011):

- Ten eerste heeft iemands plaats op de sociale ladder een direct effect op zijn gezondheid. Een eerste logische verklaring zien Willems en Verlinde in het feit dat groepen die zich hoger op de sociale ladder bevinden, doorgaans meer macht hebben en meer mogelijkheden bezitten om een gezond leven te leiden dan groepen die zich lager op de sociale ladder bevinden. Hoger opgeleiden zijn actiever betrokken bij de politiek en oefenen beroepen uit waarbij ze meer invloed hebben op hun werk- en leefomgeving dan lager opgeleiden. Bovendien heeft de sociale positie een belangrijk psychosociale invloed. Als mensen voortdurende angst ervaren voor deurwaarders bij financiële problemen, zal dit hun gezondheid negatief beïnvloeden.
- Ten tweede worden mensen uit lagere sociale klassen meer blootgesteld aan zowat alle factoren die de gezondheid negatief beïnvloeden, zoals ongezonde woningen, gevaarlijk werk, weinig beweging en alcoholmisbruik. Factoren die de gezondheid positief beïnvloeden of beschermen, komen dan weer meer voor bij de hogere sociale klassen.
- Ten derde constateren ze dat eenzelfde blootstelling aan bepaalde gezondheidsrisico's een verschillende impact op gezondheid kan hebben voor mensen, afhankelijk van de sociale klasse waartoe men behoort. Eenzelfde verhoging van het fijn stof in de lucht betekent niet dat het ziektecijfer voor alle sociale klassen even sterk toeneemt. Een mogelijke verklaring is dat mensen uit lagere sociale klassen ook vaker roken, in een vochtige woning wonen en een verminderde weerstand hebben wegens permanente psychosociale stress.

- Ten vierde kan ziekte of vroegtijdig sterven voortvloeien uit een cumulatief effect van de gezondheidsrisico's waarmee een individu in zijn leven werd geconfronteerd. Hoe vaker dat gebeurde, hoe groter het latere risico op ziekte of vroegtijdige sterfte. Onderzoek toont aan dat problemen tijdens de kinderjaren bijdragen tot ziekte op volwassen leeftijd. De materiële leefomstandigheden in de vroege levensjaren bepalen in grotere mate de gezondheid op volwassen leeftijd dan de sociale positie op volwassen leeftijd.
- Ten vijfde zijn er duidelijke verschillen tussen de sociale klassen in de sociale en economische gevolgen van ziekte. De impact van dit mechanisme is sterk afhankelijk van de mate waarin het sociale zekerheidssysteem en/of het gezondheidszorgsysteem voorziet in een vangnet voor mensen die ziek worden.

De hier boven genoemde determinanten en mechanismen verklaren waarom de gezondheid van mensen met een lagere sociaaleconomische status over het algemeen slechter is dan de gezondheid van mensen met een hogere sociaaleconomische status.

3. BASISPRINCIPES BIJ AANPAK GEZONDHEIDSACHTERSTAND

De preventiecampagnes voor meer bewegen, bereiken meestal de groepen die al aan beweging doen. Mensen die niet lekker in hun vel zitten en lijden aan overgewicht voelen zich door dergelijke campagnes dikwijls geïntimideerd: 'ik behoor tot de losers en ik doe het blijkbaar weer verkeerd'. (Ivan Wolffers, 2011)

In dit hoofdstuk bespreken we een aantal basisprincipes die relevant zijn voor beleid en praktijk, gericht op de vermindering van de sociale ongelijkheid in de gezondheid. Aansluitend bij het schema met de geschetste determinanten van sociale ongelijkheid in de gezondheid hebben Whitehead en Dahlgren zelf een aantal basisprincipes vooropgesteld om de gezondheidskloof aan te pakken (Willems & Vyncke, 2010). Ook andere auteurs (Nuyens, 2010; Wolffers, 2010) hameren op deze basisprincipes die er op zijn minst moeten voor zorgen dat de gezondheidskloof niet meer toeneemt. Aan de hand van de literatuur, interviews met experts en op basis van de praktijkvoorbeelden hebben we die principes gestoffeerd.

3.1. GEZONDHEID IS EEN BASISRECHT

Het recht op gezondheid staat in de Belgische Grondwet. De zorg moet worden verleend op basis van een behoefte en niet op basis van de financiële mogelijkheden van de patiënt, noch op basis van economische winst. Het uitgangspunt is een solidair zorgsysteem voor alle lagen en groepen van de bevolking. We moeten vermijden dat er een aparte gezondheidszorg ontstaat voor kansarmen. Een solidaire gezondheidszorg impliceert dat wie het financieel beter heeft, bijdraagt voor wie het moeilijker heeft.

3.2. FOCUS OP PRIMAIRE PREVENTIE

In de vakliteratuur maakt men een onderscheid tussen primaire en secundaire preventie (Wolffers, 2010). De sterke vooruitgang in de gezondheid van grote delen van de bevolking is er gekomen door de primaire preventie, met name door voorzieningen in schoon drinkwater, gezonde voeding en betere huisvesting. Tyfus bij voorbeeld, een besmettelijke ziekte die op korte tijd nagenoeg hele wijken kon uitroeien, verdween in de Verenigde Staten nadat gemeenten alle mogelijke middelen hadden ingezet om het smerige drinkwater te zuiveren. Het is te danken aan de aanpak van armoede, honger en oneerlijke verdeling van de hulpmiddelen en in veel mindere mate aan medische interventies noch aan de vooruitgang in de

geneeskunde. Het waren meestal civiele organisaties die opkwamen voor de belangen van de zwakke groepen in de samenleving en die mee aan de basis lagen van een sterke publieke zorg (Mukherjee, 2011; Wolffers, 2011).

De geneeskunde is vooral bezig met secundaire preventie (Wolffers, 2011). Bij de eerste tekenen dat er iets mis gaat, grijpt de medische wereld in, zoals bij te hoge bloeddruk of cholesterol. Artsen schrijven daarop medicatie voor. In het kader van die secundaire preventie wil de medische sector allerlei vormen van kanker tijdig opsporen en behandelen. Toch lijken de resultaten van een screening op kanker marginaal.

“Om die ene vrouw te behoeden voor borstkanker moet je 60 andere vrouwen laten screenen en bij de ontdekking van een knobbeltje in de borst meteen een behandeling laten ondergaan. Het is niet bewezen dat die intensieve behandeling met straling en chemo wel nodig was. Toch belast je de levenskwaliteit van hele groep mensen waarvan de behandeling misschien niet eens hoefde.” (Wolffers, in TerZake 2011, p. 27)

Het blijft aan de ene kant natuurlijk zeer moeilijk om een uitspraak te doen of een individuele persoon die screening al dan niet moet laten uitvoeren. Aan de andere kant is Wolffers (als huisarts en wetenschapper) er ten stelligste van overtuigd dat je het ontstaan van borstkanker sterk kan terugdringen door in te zetten op de primaire preventie. Door minder stress, minder overgewicht, minder alcohol, meer bewegen en gezonde voeding kan men het ontstaan van borstkanker met één derde doen verminderen. Hij volgt eenzelfde redenering betreffende diabetes. Momenteel lijdt in Nederland bijna 1 op de 10 mensen aan diabetes. Volgens het Amerikaanse Center for Disease Control zou tegen 2050 één derde van de Amerikaanse bevolking diabetes hebben. Dit zijn verontrustende cijfers als je weet dat Amerika vaak op de ontwikkelingen in Europa voorop loopt. Diabetes kan goedkoop, veilig en effectief worden behandeld met verandering van leefstijl. Toch wordt de aandacht vooral gericht op medicijnen en veel minder op de andere leefstijl, zoals gezond eten én bewegen (Wolffers, 2011).

Voor de overheid loont het om te investeren in de primaire preventie omdat je als samenleving die uitgaven terug verdient. Anders moeten we over 30 à 40 jaar de hoge factuur betalen voor mensen die lijden aan diabetes. Momenteel lijdt 10 procent van de Nederlandse bevolking aan diabetes, dit zijn 1,6 miljoen mensen. Als je rekent dat de ziekteverzekering ieder jaar voor iedere diabetespatiënt 1200 euro moet uitgeven, komt dit dus nu al neer op een uitgave van 1,92 miljard euro per jaar (Hautekeur, 2011). Professor Annemans (U.Gent) komt tot zeer vergelijkbare cijfers voor België, met name 1.262 euro per patiënt per jaar. Hij verwijst naar de cijfers van de Vlaamse diabetesvereniging waaruit blijkt dat in 2010 ruim 1 miljoen Belgen te hoge bloedsuikerwaarden heeft en in aanmerking komt voor preventie en behandeling van diabetes en de daarmee verband houdende complicaties. Met andere woorden het betreft een uitgave van € 1,62 miljard op jaarbasis!

Het socialistisch ziekenfonds berekende dat 5,6 procent van zijn leden geneesmiddelen neemt tegen diabetes. Daarnaast zijn er volgens het ziekenfonds nog enkele tienduizenden met een begin van diabetes die er nog geen weet van hebben. Algemeen secretaris Paul Callewaert stelt dat de hoge score te maken met de samenstelling van hun leden, een iets ouder publiek en de grotere groep van laaggeschoolden. Diabetes, en vooral diabetes 2, is sterk leeftijdsgebonden. Het neemt vooral toe vanaf 40 jaar. Op die leeftijd is 2,5 procent diabeteslijder, op 75 jaar is dat 18 procent, bijna één op vijf. Die vorm van diabetes is ook te wijten aan de leefstijl. Te vet en te gesuikerd eten en de beperkte beweging leiden naar obesitas en diabetes. Het ziekenfonds pleit voor meer preventie via gezonde voeding en meer beweging (Vanoverloop, 2012; Tegenbos, 2012).

3.3. FOCUS OP DE SOCIALE KLOOF

Het beleid moet erop gericht zijn de kloof tussen de sociale klassen te verkleinen door de gezondheidstoestand van de laagste groepen op te tillen naar het niveau van de hoogste groepen. Onderzoekers waarschuwen evenwel voor een te eenzijdige focus op de zwakste groepen en maken een onderscheid tussen de volgende drie benaderingen (Willems & Vyncke, 2010):

- Ten eerste, er is het klassieke voorbeeld van verhoogde tegemoetkoming voor de allerlaagste inkomens, maar mensen met een inkomen dat net iets hoger ligt, komen niet in aanmerking zodat zij een nieuwe risicogroep dreigen te worden. Zo ook mensen die net boven de grens zitten van het recht op OMNIO overal tussenuit vallen;
- Een tweede benadering probeert daarom zowel de hogere als de lagere groepen te doen stijgen, maar de lagere groepen sneller te doen vooruitgaan. Zo richt Kind & Gezin zich op alle jonge gezinnen, maar doet extra inspanningen voor pasgeboren kinderen uit kansarme gezinnen;
- Een derde benadering houdt rekening met de sociale gradiënt in de gezondheid waarbij niet enkel de kloof tussen de hoogste en de laagste groepen wordt aangepakt, maar ook de kloof met de middengroepen.

Die drie benaderingen bouwen op elkaar verder en zijn eigenlijk complementair. Een goed gezondheidsbeleid focust zowel op de verbetering van de gezondheid van de bevolking als op de sociale ongelijkheid in de gezondheid. Het is dus altijd een én-én-verhaal. Dit is weerspiegeld in de aanpak van WGC. Ook de benadering van het gezondheidsbeleid op school is daarvan een illustratie. Er is de algemene aanpak met voldoende ruimte voor scholen om het gezondheidsbeleid af te stemmen op de eigen schoolpopulatie. Hiervoor zijn methoden ontwikkeld met de steun van VIGeZ en de LOGO's.

3.4. FOCUS OP SOCIALE DETERMINANTEN VAN ONGELIJKHEID IN GEZONDHEID

Bij de bespreking van het schema van Whitehead is een onderscheid gemaakt tussen de determinanten van gezondheid en de determinanten van sociale ongelijkheid in gezondheid. De acties om de ongelijkheid in de gezondheid aan te pakken, dienen dan ook gericht te zijn op de determinanten van sociale ongelijkheid (Graham & Kelly, 2004; Willems & Vyncke, 2010). Het gezondheidsbeleid moet zonder twijfel determinanten aanpakken die met gedrag te maken hebben, zoals roken, druggebruik en ongezonde voeding. Het moet tevens aandacht hebben voor de omstandigheden waarin mensen leven, wonen en werken, evenals met de ongelijke verdeling van macht en de ongelijke toegang tot onderwijs, werk, huisvesting en gezondheidszorg. Het is duidelijk een én-en verhaal.

De focus op de sociale determinanten van ongelijkheid in de gezondheid vinden we ook terug in de documenten van de WGO (Nuyens, 2010). Het synthesesrapport van de commissie sociale determinanten van de WGO van 2008 schetst drie hoofdstrategieën om de sociale ongelijkheden in de gezondheid op een meer effectieve wijze aan te pakken, met name:

- De dagelijkse levensverwachtingen verbeteren waarin mensen geboren worden, opgroeien, leven en ouder worden. Sectoren zoals opvoeding en onderwijs, tewerkstelling en werkloosheid, voeding, transport, sociale ondersteuning en huisvesting worden zelden of nooit op mogelijke gezondheidswinst afgestemd. Ook hun effecten op sociale ongelijkheid inzake ziekte en gezondheid blijven buiten het aandachtsveld;
- Actie ondernemen tegen ongelijke verdeling van macht, geld en sociaal kapitaal. Niet alleen in de ontwikkelingslanden maar ook in België spelen de ongelijke verdeling van macht, geld en sociaal kapitaal de gezondheid parten. Denk maar aan de significante verschillen in langdurige werkloosheid, ziekteverzuim, collocatie, tot en met de afwezigheid van patiëntenparticipatie in het gezondheidsbeleid;
- Sociale ongelijkheid in kaart brengen en de impact van de ondernomen acties evalueren.

De aanpak van de sociale ongelijkheid moet ruimer zijn dan de verbetering van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg en de aanpassing van terugbetalingstarieven van de sociale zekerheid ten voordele van de lage inkomens (Nuyens, 2010).

3.5. FOCUS OP SPECIFIEKE DOELGROEPEN

Determinanten van sociale ongelijkheid in gezondheid zijn soms verschillend voor mannen en vrouwen. Bij het aanpakken en meten van sociale ongelijkheid in de gezondheid is het daarom belangrijk om rekening te houden met het genderspect (Willems & Vyncke, 2010).

De diversiteit van de samenleving moet weerspiegeld zijn in de aanpak van de gezondheidskloof, die rekening houdt met het aspect gender en specifieke doelgroepen, zoals ouderen, jongeren, etnisch-culturele minderheden en mensen zonder wettig verblijf.

3.5.1. ETNISCH-CULTURELE MINDERHEDEN

Studies hebben veelvuldig aangetoond dat migranten zich in een slechtere gezondheidssituatie bevinden, met een hogere kans op infectieziekten, chronische aandoeningen, slechtere subjectieve gezondheid en psychische problemen. Bovendien is er de ongelijkheid in de toegang tot en de kwaliteit van de gezondheidszorg. Zo maken migranten beduidend minder gebruik van een vaste huisarts, screening- en vaccinatieprogramma's, zeker als ze zich in een precaire verblijfsituatie bevinden (Derluyn, e.a, 2011).

Babbelut, groepswerking met allochtone vrouwen

Samenlevingsopbouw Gent bracht vrouwen van diverse origine samen in het raam van het stadsvernieuwingproject Brugse Poort in de stad Gent. Gezondheid was een van de prioritaire thema's die allochtone vrouwen naar voor brachten. In dit participatietraject was vanaf de aanvang het Wijkgezondheidscentrum Brugse Poort een belangrijke partner.

Gedurende een jaar werden de al dan niet cultuurspecifieke drempels die allochtone vrouwen ervaren ten aanzien van gezondheidsdiensten en gezondheid geïnventariseerd. Daaruit blijkt onder meer dat de meeste allochtone vrouwen uit de wijk het WGC niet kennen en het gebouw niet herkennen. Men denkt dat het enkel is voor mensen met een laag inkomen en met zeer lange wachtlijsten. Men is niet vertrouwd met het systeem van doorverwijzing vanuit het WGC naar specialisten. De taalbarrière is eveneens een grote drempel. Voor oudere Marokkaanse of Turkse vrouwen kan een arts van een andere sekse een probleem zijn. Men is niet op de hoogte wat preventie inhoudt en gratis geneeskunde wordt beschouwd als minder kwalitatief (iets voor de armen).

Hierna is met het WGC en de Babbelutvrouwen een traject afgelegd om drempels te clusteren volgens thema's en te kijken welke drempels prioritair moeten worden aangepakt. Daarbij zijn er verschillende methodieken gebruikt om de doelgroep te bereiken.

In het najaar 2012 werd het project geheroriënteerd. 80% van de sterke vrouwen van project hebben ondertussen werk gevonden. De overblijvende restgroep is zeer kwetsbaar wegens verschillende factoren : zeer laaggeschoold, taalbarrière (een handvol vrouwen spreekt een klein beetje Nederlands) en weinig (sociale) competenties. Inmiddels loopt een nieuw traject rond tandpreventie. Het tandenspel dat reeds ontwikkeld is door het WGC wordt afgestemd op de doelgroep van analfabeten, mensen met een taalbarrière en kinderen. Alle informatie rond tandverzorging wordt ontwikkeld op maat van de doelgroep.

Meer informatie: Samenlevingsopbouw Gent, Linze Magherman

Etniciteit is een belangrijke kwestie in het diversiteitsbeleid. Het gender aspect zal dus vaak gecombineerd of geïntegreerd worden in aanpak gericht op etnisch-culturele minderheden. Zo hebben vrouwen van allochtone origine meer last van overgewicht: vrouwen in de leeftijdsgroep 45-59 jaar van de niet-Westerse etnisch-culturele minderheden horen tot de grootste risicogroep: 26 procent van hen heeft ernstige problemen van overgewicht. Jonge allochtone vrouwen (in de leeftijdsgroep 12-24 jaar) doet het minst aan fysieke activiteiten, slecht één vierde van deze groep is voldoende in beweging (Swinnen, 2009).

3.5.2. KINDEREN EN JONGEREN IN HET ONDERWIJS

In het kader van preventie kan de school een sleutelrol spelen. Tijdens zijn schoolloopbaan wordt ieder kind in het kader van het medisch onderzoek van het Centrum voor Leerlingenbegeleiding (CLB) zeven maal onderzocht. Het onderzoek door artsen en paramedisch personeel is verplicht en gratis. Via deze onderzoeken kan het CLB een aantal problemen tijdig ontdekken op de domeinen van het leren en studeren (lezen, schrijven, studiemethode en huiswerk), de onderwijsloopbaan (studiekeuze), preventieve gezondheidszorg (stress, faalangst, pestproblemen, spijbelen) en het psychisch en sociaal functioneren (groeistoornissen, overgewicht, ...). Bovendien kan hiervoor worden overlegd met een multidisciplinair team van artsen, maatschappelijk werkers, pedagogen en psychologen. Het CLB is vraag gestuurd: het gaat in op vragen van leerlingen, ouders, leerkrachten en schooldirecties (www.ond.vlaanderen.be/clb/clb-medewerker/medische_consulten.htm).

De school heeft dus een belangrijke preventieve functie. Vanuit die filosofie beveelt de CM aan om de inenting voor baarmoederhalskanker systematisch via de school te organiseren. De CM onderzoeken toonden immers aan dat de gezondheidsongelijkheid veel sterker weegt als de inenting volledig wordt overgelaten aan het initiatief van het individuele gezin.

Kinderen en hun opvoedingsomgeving bieden volgens de Boudewijnstichting voor de hand liggende hefboomen inzake gezondheidsbevordering. Hoe jonger met de gezondheidsbevordering wordt gestart, hoe groter de gezondheidswinst. Het onderwijs, de scholen en ook veel kinderopvanginitiatieven leveren al grote inspanningen voor de gezondheid, de gezondheidsopvoeding en een gezonde schoolomgeving. De school is in staat alle jongeren tussen 6 en 18 jaar te bereiken (Koning Boudewijnstichting, 2010; VLOR, Actieplan 'Op uw gezondheid II – 2010-2014). De methodiek 'Gezonde School' (VIGeZ) wil de

gezondheidsacties integreren in de hele schoolwerking (zie <http://www.gezondopschool.be/node/6>).

In zijn discussietekst 'Gelijke onderwijskansen: een zaak van iedereen' houdt Samenlevingsopbouw Vlaanderen een pleidooi voor een sterkere inbedding van de school in de lokale samenleving. De school is één van de weinige plekken waar alle lagen van de bevolking komen en fungeert dus als een laagdrempelige ontmoetingsplaats voor alle bewoners, ook allochtone ouders. Zo kunnen het onderwijs, de gezinsorganisaties, welzijnsorganisaties en andere partners nagaan hoe de gezondheids promotie van/voor kinderen kan inspireren tot maatregelen die een invloed hebben op het hele gezin. Op die manier heeft de school een positieve invloed op de positie van maatschappelijk kwetsbare groepen, zie <http://www.zaakvaniedereen.be/discussietekst>

Zo focust het project *Brede School Ledeborg* van Samenlevingsopbouw Gent tijdens de Brede Schoolactiviteiten allereerst op bewegen. Maar naast allerhande sportlessen is het gezonde ontbijt nu een grote stimulans voor de mama's om deel te nemen aan de opvoedingsbabbels, georganiseerd binnen die brede schoolwerking.

3.5.3. MENSEN ZONDER WETTIG VERBLIJF

Volgens de organieke OCMW-wet van 8 juli 1976 moet het OCMW iedereen in staat stellen om een menswaardig leven te leiden. De gezondheidszorg voor mensen die zonder wettig verblijf in België wonen wordt in artikel 57, par. 2 beperkt tot Dringende Medische Hulp. Die dringende medische hulp kan zowel preventief als curatief zijn en mag zowel ambulante zijn als in een verpleeginstelling worden verstrekt. De dringende noodzakelijkheid van die medische hulp moet worden aangetoond met een medisch getuigschrift (Memorandum dringende medische hulp, april 2012). Uit het Jaarboek Armoede 2011 blijkt dat de procedure over dringende medische zorgverlening voor mensen zonder wettelijke verblijfspapieren slechts door de helft van de bevraagden is gekend. Hulpverleners constateren bovendien dat mensen in een precare verblijfsituatie vaak te lang wachten om hulp te zoeken voor medische problemen. De procedure zelf is, afhankelijk van de lokale context heel moeilijk toegankelijk, complex en tijdrovend (Nicaise e.a, 2011).

In België moet de procedure 'dringende medische hulp' er dus voor zorgen dat mensen zonder wettig verblijf gebruik kunnen maken van hun recht op gezondheidszorg. Dat slechts één op twee mensen zonder wettig verblijf die procedure kent, is al een belangrijke indicatie dat de toegang tot de gezondheidszorg voor die groep onvoldoende is gewaarborgd, aldus de auteurs van het Brussels memorandum over dringende medische hulp (Memorandum dringende medische hulp, april 2012). De vzw's JES, Samenlevingsopbouw Brussel en Dokters van de Wereld schreven mee aan dit memorandum. Daarin schetsen de auteurs een aantal Brusselse knelpunten en formuleren concrete aanbevelingen om de toegang tot gezondheidszorg voor deze doelgroep te verhogen. Het memorandum wijst op vier grote pijnpunten: de gebrekkige informatie en communicatie; de drempels in het onthaal van de Brusselse OCMW's, geen directe toegang tot gezondheidszorg en de moeilijke procedure voor daklozen. De auteurs van het Brussels memorandum constateren dat ieder Brussels OCMW een andere procedure

hanteert en daarbij is het voor een buitenstaander allerm minst duidelijk hoe die procedure verloopt, hoe men een afspraak met de sociaal assistent en of de eerste consultatie wordt terugbetaald. Men pleit daarom voor de harmonisatie van de communicatie vanuit het OCMW naar diverse actoren en het opmaken van een draaiboek met informatie over de toepassing van dringende medische hulp (Memorandum, april 2012).

Ook Dokters van de Wereld in Antwerpen wijzen op de verschillende interpretatie bij de toekenning van de dringende medische hulp, afhankelijk van het OCMW en de context (veel aanvragers bij voorbeeld) en ziet in Antwerpen een veel restrictievere toepassing dan in Sint-Niklaas bij voorbeeld. In navolging van Gent pleiten de ondertekenaars van het Brussels memorandum om een preventieve medische kaart in te voeren. Om te verhinderen dat mensen zonder wettig verblijf dertig dagen of langer moeten wachten op het attest dringende medische hulp en de ziekte nog verergert, wordt aanbevolen dat de OCMW's in afwachting van een behoeftigheidsonderzoek al een tijdelijke medische kaart uitreiken. Dit is een systeem dat al in Gent wordt toegepast. Het is een vorm van proactieve hulpverlening. Ook voor andere gesignaleerde knelpunten bevat het Memorandum concrete aanbevelingen (Memorandum, april 2012).

3.6. EFFECTEN METEN EN EVALUEREN

Het is belangrijk om continu na te gaan in welke mate het beleid vooruitgang boekt bij de aanpak van de gezondheidskloof. Met dit doel heeft een samenwerkingsverband van sociale bewegingen en armoedeorganisaties de 'Decenniumdoelen 2017' opgesteld. Jaarlijks zullen Decenniumdoelen 2017 de ontwikkeling van zes doelen (arbeid, inkomen, wonen, onderwijs, samenleven en gezondheid) opvolgen over de verschillende beleidsdomeinen heen. Daarvoor is de Armoedebaremeter ontwikkeld op basis van meetbare indicatoren. Voor het thema gezondheid staat een halvering van de gezondheidsongelijkheid tussen arm en rijk voorop. Zie <http://www.decenniumdoelen.be/home/doelen/doel-1-gezondheid/>

Op het niveau van het project is recent de SONG-scan in praktijk gebracht. Dit is een instrument om na te gaan of een project voldoende oog heeft voor de sociale diversiteit van de bevolking, of de doelgroep voldoende betrokken is en of het project helpt om de sociale gezondheidskloof te verkleinen. De SONG-scan werd ontwikkeld door de Koning Boudewijnstichting in samenwerking met de Vakgroep Huisartsengeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg van de Universiteit Gent, de VVSG en het Vlaams instituut voor gezondheidspromotie en ziektepreventie (VIGeZ). Er bestaan drie versies: een om in te vullen bij de voorbereiding van een project (de SONG-scan Vooraf), een tweede om het project tussentijds te checken (SONG-scan Onderweg) en de derde om de projectresultaten vast te leggen en te evalueren (de SONG-scan Achteraf). Het instrument is te vinden op de website: www.ongelijkgezond.be en advies en vorming bij het gebruik van de SONG scan wordt door VIGeZ geboden.

De decenniumdoelen gaan dus na in welke mate het beleid vooruitgang boekt in de strijd tegen de gezondheidskloof, terwijl de SONG-scan een lokaal project screent op de betrokkenheid van de doelgroep en het effect op de gezondheidskloof. In de gezondheidsprojecten (ook van de Samenlevingsopbouw) gaat er meer aandacht naar het (tussentijds) meten en evalueren van de effecten op de gezondheid. Bij het meten en evalueren van projecten kunnen evenwel veel andere facetten in beeld gebracht worden, zoals het procesmatig werken met de doelgroep, de effecten op korte en lange termijn, vormen van samenwerking met andere actoren. In het kader van het bestek van deze verkenning kunnen we daar evenwel niet verder op ingaan.

3.7. PARTICIPATIEVE aanpak

Veel preventiecampagnes richten zich tot een groot deel van de bevolking dat ze niet nodig heeft. Sara Willems (Universiteit Gent) wijst tijdens het interview op de perverse effecten van menige interventie op vlak van gezondheid omdat ze alleen de hogere klasse en de middenklasse vooruit helpt en de gezondheidskloof met lagere sociaal economische groepen nog vergroot. Het alternatief is dat op alle beleidsniveaus men de doelgroep betreft bij het uittekenen en uitvoeren van het gezondheidsbeleid. Dit kan rechtstreeks met de doelgroep, via verenigingen waar armen het woord nemen, Welzijnsschakels en de Samenlevingsopbouw.

Gezondheidswerkers hebben een grote kennis en deskundigheid als het gaat over de beoordeling van de risicofactoren inzake gezondheid. Maar in de dialoog met kansengroepen blijkt soms dat de doelstellingen van gezondheidswerkers grondig verschillen van de prioriteiten van maatschappelijk kwetsbare groepen. Men heeft, aldus de overleggroep gezondheid van het Vlaams Netwerk, vaak te weinig zicht op de leefwereld van mensen in armoede. Een gezonde leefstijl vergt van mensen veel energie en 'mentale ruimte' en dat is niet vanzelfsprekend als ze op zoek moeten hoe ze in hun basisbehoeften kunnen voorzien en als ze met allerlei problemen worden geconfronteerd (Overleggroep gezondheid Vlaams Netwerk, 2012). Gezondheidswerkers hechten zelf vaak een groot belang aan 'rook stop', terwijl bewoners het hebben over zwerfvuil, geluidsoverlast, verkeersonveiligheid (Gezondheidsportret Brabantwijk).

3.7.1. DEMOCRATISERING VAN HET ONDERZOEK

Ook Wollfers pleit voor een participatief onderzoek waarbij de onderzoeker of gezondheidswerker afstapt van zijn piëdestal en vertrekt van de analyse door de mensen zelf. Hij gaat uit van hun script: hun voorgeschiedenis en hun manier van denken. Participatief onderzoek is bijzonder moeilijk en vereist een grote professionaliteit. Meestal laten we de bewoners aan het woord die de Nederlandse taal beheersen. De meeste onderzoeken zijn daardoor geënt op de ideaaltypische populatie die het helder kan formuleren. Temeer omdat wij als onderzoeker controle willen houden op het onderzoekverloop. Diegene die de opdracht geeft of het project subsidieert, wil bovendien vooraf een precies idee hebben wat onderzocht

wordt, hoe dit wordt aangepakt, hoe de resultaten zullen worden gemeten en geëvalueerd (Wolffers, 2011).

Participatief onderzoek moet terugkeren naar die lokale samenleving. Het kan gaan om een buurt, jongeren, groepen met eenzelfde seksuele voorkeur, moeders van een migrantengemeenschap, en dergelijke. Ze krijgen in de loop van het onderzoek het gevoel dat ze zelf wat te weten komen en zelf kunnen beslissen. Dit verhoogt hun zelfvertrouwen.

3.7.2. BOTTOM-UP

De klassieke Gezondheidsvoorlichting en Opvoeding (GVO), aldus Bruno Buytaert van het VIGeZ, ging uit van het principe 'wij weten wat gezond voor u is en ... u duidelijk nog niet! Laat die sigaret, drink minder alcohol en eet minder vet. Die beschuldigende toon slaat niet aan en werkt al helemaal niet bij maatschappelijk kwetsbare groepen. Je moet af van die top down benaderingen en kiezen voor een interactief proces, zoals het project Knabbels en Babbels van Samenlevingsopbouw Gent.

Knabbels en Babbels

Dit is een aanpak die werd uitgewerkt door Samenlevingsopbouw Gent om nieuw samengestelde groepen zonder groepservaring te bevragen over noden en behoeften betreffende hun grondrechten, toegespitst op het thema Recht op gezondheid. De uitwerking ervan werd gehonoreerd door de Koning Boudewijnstichting en trok de aandacht van de gezondheidsdienst van de Stad Gent.

Samenlevingsopbouw Gent organiseerde 15 kook- en praatmomenten met 5 verschillende groepen: mensen in armoede, mensen met een psychiatrische problematiek, oudere thuislozen, senioren en jonge allochtone moeders. Met elke groep kwam men drie keer bijeen: samen koken en ervaringen uitwisselen; samen in groep eten (knabbelen) en samen napraten over gezonde en betaalbare voeding (babbelen). Er is steeds uitgegaan van de voorkeuren en gerechten van de deelnemers, er is ook gewerkt met producten uit winkels waar mensen zelf boodschappen doen (Turkse kruidenier, Aldi, Lidl, ...) zodat die producten ook nadien voor hen herkenbaar zijn. Voor de realisatie van het project is nauw samengewerkt met andere lokale organisaties: aanloophuis Poco Loco, CAW Visserij, Ontmoetingsruimte Leiekaai 117, een basisschool en het wijkresto 't Oud Postje. Tijdens de bijeenkomsten kwam de betaalbaarheid van gezonde voeding naar boven en daarnaast specifieke aspecten afhankelijk van de doelgroep: oudere senioren zijn meestal op de buurtwinkel; jonge, allochtone moeders kiezen de eigen (Turkse) winkel omwille van de traditionele kookcultuur (met veel olie, suiker en zout!).

Van de 15 bijeenkomsten werden alle recepten in een handig kookboekje gebundeld. De deelnemers konden ervaren dat gezonde voeding niet duur hoeft te zijn en dat je al resultaat ziet als je op een aantal kleine dingen let.

Info via Samenlevingsopbouw Gent: Natasha Van Hulle, Lut Vael

Met het oog op een duurzame gedragsverandering is het lokaal proces van de groep essentieel. Dit geeft mensen het gevoel dat ze weer vat krijgen op het eigen leven en hun leefomgeving (Buytaert, 2011). De WGO definieert gezondheidsbevordering trouwens als *“the process of enabling people to increase control over, and to improve their health, to reach a state of complete physical, mental and social well-being.”*

3.7.3. ‘ENABLING ENVIRONMENT’

De lokale gezondheidsaanpak dient op het netwerk van mensen gericht. We weten immers dat mensen makkelijker stoppen met roken als de partner dat ook doet. Dat je minder drinkt als je in een gezelschap bent waar men weinig of niet drinkt. Als je het gedrag van mensen wil beïnvloeden, moet je dus een nieuw netwerk ontwikkelen zoals dit van de sportvereniging of van *weight watchers*. Preventie is te veel gericht op individuele inspanningen van mensen, terwijl meer aandacht moet gaan naar het netwerk, de groep en de omgeving – een *enabling environment*, dat het de mensen makkelijker maakt om gezond te leven (Wolffers, 2011).

Roken is, aldus de Amerikaanse oncoloog Mukherjee, even onlosmakelijk verbonden met ons sociale DNA als de oncogenen met ons erfelijk materiaal. De epidemie van het roken kent eenzelfde verloop als metastasering bij kanker: de ene plek tast een andere aan, en die tast dan weer een derde aan. Militairen brachten na de oorlog Europa aan het roken; vrouwen haalden andere vrouwen over; en de tabaksindustrie promootte sigaretten als sociaal bindmiddel dat individuen met elkaar verbond als groep (Mukherjee, 2011).

Een duurzame gedragsverandering gaat volgens het VIGeZ uit van een ‘community based’ benadering, legt het accent eerder op doen in plaats van het overtuigen, kan niet zonder sociale steun en gebeurt stapsgewijs (Buytaert, 2011). We illustreren die vier componenten van duurzame gedragsverandering telkens met praktijkvoorbeelden:

- **‘Community based’**

We moeten af van individuele aanpak voor gezonde leefstijl en overstappen naar ‘community based’ benadering (buurt of gemeenschap). Mensen krijg je in beweging door te vertrekken vanuit hun vertrouwde omgeving, de bestaande netwerken, ontmoetingsplaatsen en niet in de eerste plaats door individueel gebruik van het sportaanbod te promoten. Samenlevingsopbouw Antwerpen provincie vindt de Homeless club hiervan een goede illustratie. Vanuit Ons Gedacht - de vereniging waar armen het woord nemen – wordt deelgenomen aan de voetbaltrainingen voor de Belgium Homeless club en op die manier bereikt men een groep mensen die anders niet aan beweging zou doen. Sporten is niet hun eerste motivatie, maar wel het sociale contact met anderen in gelijkaardige leefsituatie (zie verder onder 5.5. Gezondheids promotie en ziektepreventie).

- **Doen in plaats van overtuigen**

Programma's voor gezondheidsbevordering moeten kansen scheppen om zelf dingen te ondernemen en onmiddellijk van een gezonde leefstijl te genieten. Wie samen kookt, ervaart meteen dat het lekker, gezellig, gezond en betaalbaar is. Uit diepte-interviews met deelnemers aan het project Bewegen op Voorschrift (BOV) blijkt dat samen bewegen iets in de mensen losmaakt: positieve krachten komen naar boven en deelnemers ontdekken bij zichzelf andere capaciteiten (zie verder kaderstukje over BOV).

- **Sociale steun**

In je eentje is het haast onmogelijk om je gedrag te veranderen en vol te houden. Vandaar het belang van de groep (peers). Bij projecten rond gezondheidsbevordering is het belangrijk een verbinding te maken tussen voeding, onderwijs, opvoeding en recreatie. In het inloophuis 'Huis der gezinnen' van Kind & Gezin in Kuregem komen jonge moeders samen om er te koken, maar tegelijk om er steun te vinden bij de opvoeding van hun kinderen. De behoefte aan sociale steun blijkt ook uit de gezondheidsbabbels van Ons Gedacht: van groot belang is dat mensen een plek vinden waar men gelooft in hun krachten en mogelijkheden, waar ze positieve ervaringen kunnen opdoen en zo hun zelfbeeld versterken (Rimaux, 2011).

- **'Kleine' stappen**

Om de mentale, financiële en andere drempels tot gedragsverandering te verlagen, moet je kleine stappen zetten. Je doet een beroep op een vertrouwensfiguur of brugfiguur, creëert een aanbod in de eigen buurt, scheidt een band van veiligheid en samenhang onder de deelnemers. Het zijn dergelijke bouwstenen die voor de deelnemers het verschil maken. Niet enkel voor maatschappelijk kwetsbare groepen zijn positieve ervaringen essentieel, maar eveneens voor gezondheidswerkers en welzijnswerkers is dit het geval.

Leven en Wonen in de Leiekaai

Samenlevingsopbouw Gent ondersteunt in de Leiekaai een bewonerswerking in een grote site voor sociale huisvesting. Een projectmedewerkster kreeg vele signalen van mensen die te ziek of te oud waren om nog zelfstandig boodschappen te doen. Er werd een boodschappendienst opgezet voor verse groenten en fruit. Elke week kunnen bewoners in de ontmoetingsruimte inschrijven op hun groentepakket. Dit was de uitgelezen aanleiding voor vormingsprogramma in samenwerking met het WGC De Brugse Poort rond gezonde voeding en later voor een bewegingsreeks voor vrouwen. Meer informatie: Samenlevingsopbouw Gent.

Probeer mensen op een positieve manier te 'verleiden' om meer te bewegen, in plaats van hen vooral op de gevaren en risico's te wijzen. Dus niet langer uitsluitend probleemgestuurd omgaan met gezondheidsbevordering, maar via 'verleiding' mensen inspireren en motiveren (Nederland & Dekker, 2011).

4. RECHT OP GEZONDHEID EN BELEIDSCONTEXT

“Health is in all policies.” (WGO)

Voor de relatie tussen armoede en gezondheid en voor het probleem van de gezondheidskloof is er binnen de Europese Unie en zeker ook in eigen land een toenemende belangstelling. In België komt dit tot uiting op de verschillende beleidsniveaus: het lokale, het Vlaamse en het federale beleidsniveau.

4.1. EUROPEES BELEID

Het recht op gezondheid alsook de strijd tegen ongelijkheden in de gezondheid komen aan bod in verschillende verdragen en instellingen van de Europese Unie. In het bestek van deze verkenning gaan we daar niet uitgebreid op in. We verwijzen hieronder enkel naar het Handvest van de grondrechten, de Strategie Europa 2020 en het Witboek gezondheidsstrategie van de Europese Commissie.

Artikel 35 van het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie maakt melding van de gezondheidsbescherming die iedereen het recht moet geven op de toegang tot preventieve gezondheidszorg en op medische verzorging.

In de Strategie Europa 2020 van de Europese Commissie wordt gewezen op de aanzienlijke inspanningen die nodig zijn om de gezondheidsongelijkheden te doen verminderen.

Voor de periode 2008-2013 is die doelstelling grondig uitgewerkt in het Witboek over gezondheidsstrategie van de Europese Commissie. De gezondheidsstrategie wordt geconcretiseerd in vier hoofdbeginselen en drie strategische doelen.

Het betreft de volgende vier hoofdbeginselen:

- Aandacht schenken aan gemeenschappelijke waarden op het gebied van gezondheid, de patiënt centraal stellen en de ongelijkheid bestrijden,
- Het verband erkennen tussen gezondheid en economische welvaart,
- De gezondheid integreren in alle beleidsgebieden,
- De stem van de EU in het wereldwijde gezondheidsbeleid versterken door meer samenwerking met internationale organisaties.

Daarbij gaat het om realisatie van de volgende drie strategische doelen: de gezondheid in een vergrijzend Europa bevorderen, de burgers tegen gezondheidsbedreigingen beschermen, en dynamische gezondheidsstelsels en nieuwe technologieën promoten.

Meer informatie over het Witboek: http://ec.europa.eu/health/strategy/white-paper/index_nl.htm

4.2. FEDERAAL BELEID

Gezondheidsbeleid is voornamelijk een aangelegenheid van de federale overheid, die bevoegd is voor ziekte- en invaliditeit binnen de sociale zekerheid, de minimumeisen voor en financiering van ziekenhuizen, de registratie van geneesmiddelen en de controle op de prijzen van geneesmiddelen (Coene, 2011).

In het federaal plan armoedebestrijding is het waarborgen van het recht op gezondheid een van de hoofddoelstellingen (Delizée 2008). Het bevat voorstellen gericht op het recht op verzorging, de nabijheid van eerstelijnsdiensten, het verbeteren van de communicatie met de patiënt, en het inzetten van goede gezondheidspraktijken. Daarnaast wil de federale overheid vooral inzetten op het verbeteren van de financiële toegankelijkheid, en een eenvoudige en transparante toegang tot de gezondheidszorg.

De hervorming in de geestelijke gezondheidszorg met een belangrijke verschuiving van residentiële naar ambulante geestelijke gezondheidszorg met implementatie van artikel 107. Dit bespreken we in het volgende punt onder 'vermaatschappelijking van geestelijke gezondheidszorg'.

4.3. VLAAMS BELEID

De Vlaamse bevoegdheden betreffende het gezondheidsbeleid hebben te maken met preventie, de thuis- en ouderenzorg, de eerstelijnsgezondheidszorg, de ziekenhuizen en geestelijke gezondheidszorg en de Vlaamse zorgverzekering. Binnen het preventief gezondheidsbeleid wil de Vlaamse overheid inzetten op gedrag dat de gezondheid bevordert in een gezonde omgeving, waarbij omgeving zowel slaat op fysieke omgeving (milieu en gezondheid, toegankelijk gezond aanbod) als op sociale (sociale steun) en psychologische omgeving (draaglast t.o.v. draagkracht). Dit wordt geoperationaliseerd in thematische gezondheidsdoelstellingen, zoals voor gezonde voeding en beweging, en daarnaast op ziektepreventie via borstkankerscreening en vaccinatie. Specifiek voor mensen in armoede zijn er projecten gericht op stoppen met roken en de 'Goed Gevoel Stoel', een project voor geestelijke gezondheid, naar aanleiding van 'Fit in je hoofd', dat zich richt tot de hele bevolking (Coene, 2011). Voor de ontwikkeling van deze projecten en instrumenten op maat wordt een

beroep gedaan op 'partnerorganisaties' (decreet op de preventieve gezondheidszorg) zoals VIGeZ en VAD. Implementatie via lokale netwerken is de opdracht van de Logo's (lokaal gezondheidsoverleg).

4.3.1. VLAAMS ACTIEPLAN ARMOEDEBESTRIJDING (2010-2014)

Hoofdstuk 9 van het Vlaamse Actieplan Armoedebestrijding (VAPA) handelt over 'gezondheid en welzijn' en noemt het terugdringen van de sociaaleconomische ongelijkheid in de gezondheid(szorg) één van de belangrijkste uitdagingen voor het gezondheidsbeleid. Het VAPA bevat zes doelstellingen rond welzijn en gezondheid:

- 1) De toegang van mensen in armoede tot een aanbod van preventie, hulp en zorg bevorderen;
- 2) De deelname van mensen in armoede aan preventie-initiatieven is tegen het eind van de legislatuur met 20 procent gestegen;
- 3) Participatieve campagnes en lokale acties op maat van en uitgevoerd met mensen in armoede;
- 4) Mensen in armoede hebben evenveel recht als de hele bevolking om in gezonde omgeving te leven;
- 5) Thuisloosheid wordt meer voorkomen;
- 6) Woonzorgvoorzieningen bereiken ook ouderen in (stille) armoede.

De zes doelstellingen zijn vertaald in 22 specifieke acties. Zo wordt onder doelstelling 1 als concrete actie gewezen op de rol van de regionale organisaties voor de Samenlevingsopbouw die samen met verenigingen waar armen het woord nemen en de CAW's problemen moeten signaleren in de maatschappelijke basisvoorzieningen en een actief preventiebeleid moeten voeren. Ze moeten daarbij onder meer samenwerken met het straathoekwerk, allochtone zelforganisaties, Kind & Gezin, en Logo's.

4.3.2. DECREET VLAAMSE SOCIALE BESCHERMING

Op 15 juli 2011 is dit basisdecreet principieel goedgekeurd. In een eerste stap zal de bijdrage voor de zorgverzekering omgebouwd worden tot een bijdrage voor de Vlaamse Sociale Bescherming en zal er een maximumfactuur in de thuiszorg komen, de bijdrage voor een aantal thuiszorgdiensten, zoals gezinszorg, poetshulp, karweihulp, professionele en vrijwillige oppas wordt inkomens gerelateerd. In een eerste instantie krijgt de groep die momenteel recht heeft op zorgverzekering, recht op een maximumfactuur. In een volgende stap wordt er werk gemaakt van een Vlaamse basishospitalisatieverzekering (voor betaalbare zorg in een tweepersoonskamer) en het begrenzen van de kosten in de residentiële ouderenzorg. De

uitvoeringsbesluiten worden verwacht tegen 2014 (Coene, 2011; Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, www.zorg-en-gezondheid.be)

4.3.3. VERMAATSCHAPPELIJING VAN DE ZORG

De Vlaamse overheid kiest resoluut voor de ‘vermaatschappelijking van de zorg’, aldus Vlaams Minister van Volksgezondheid tijdens zijn toespraak op een conferentie over eerstelijnsgezondheidszorg (Vandeurzen, 2010). Dit impliceert dat de zorg zoveel mogelijk in het vertrouwde sociale netwerk van zorgvrager wordt aangeboden en houdt een grote betrokkenheid in van de lokale samenleving op de zorg. Het gaat daarbij concreet om de ondersteuning van de zorgvrager en de mantelzorg. Het vrijwilligerswerk, het buurtwerk en andere lokale initiatieven kunnen daarin een grote rol spelen. Goede illustraties van vermaatschappelijking van de zorg is de aanwezigheid van een dementievriendelijke gemeente, de aanwezigheid van een consulente inzake dementie in de thuiszorg, de ondersteuning van mantelzorgers door de sociale dienst van het ziekenfonds, en het palliatief netwerk (Vandeurzen, 2010).

Vanuit Samenlevingsopbouw is in West-Vlaanderen en nadien in andere provincies het model van Zorgnetwerken ontwikkeld in samenwerking met lokale besturen. De vermaatschappelijking van de zorg veronderstelt dat verschillende sectoren en actoren samenwerken, zoals welzijn en gezondheid, maar ook partners uit arbeid, onderwijs, wonen en cultuur. De lokale diensteneconomie bij voorbeeld creëert aangepaste tewerkstelling voor kansengroepen in de klusjesdiensten voor sociale verhuurkantoren of in de thuiszorg. Andere voorbeelden zijn de gemeenschapsinitiatieven om de vereenzaming en het sociaal isolement van (oudere) mensen te doorbreken via de dorps- en wijkrestaurants in de stad of op het platteland.

Vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg

Onder de noemer *vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg* zullen honderden patiënten met ernstige en langdurige psychische problemen de psychiatrie verlaten. Het gaat om een verschuiving van residentiële naar ambulante hulpverlening. De klemtoon wordt sterker gelegd op een ggz op maat van de patiënt, een grotere rol voor de psychiatrische patiënt in de samenleving en op samenwerking in zorgcircuits en netwerken (Informatienota implementatie artikel 107).

Op Malta na telt België het grootste aantal psychiatrische bedden in verhouding tot het aantal inwoners. De verschuiving naar ambulante hulpverlening kadert in de evolutie en hervorming van de geestelijke gezondheidszorg. In de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen onderscheiden we verschillende lijnen, aldus Danau e.a. in het onderzoeksrapport over armoede en psychiatrie (Danau, 2009). Via de 1^{ste} lijn van huisarts, OCMW en CAW worden patiënten doorverwezen naar ambulante of intramurale specialistische voorzieningen. Bij de ambulante specialistische voorzieningen horen de centra voor geestelijke

gezondheidszorg, de dagcentra, alsook zelfstandige psychiaters en thuiszorg. Intramurale specialistische voorzieningen zijn de psychiatrische ziekenhuizen, de PAAZ, de psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT) en de therapeutische gemeenschappen.

Vanaf de jaren tachtig is er een duidelijke tendens tot rationalisering. Naar aanleiding van de afbouw van de ziekenhuisbedden werden Beschut Wonen en het PVT erkend als nieuwe zorgvormen. Die omvorming werd aangeduid met de term '*reconversie*'. Daarnaast was er in het afgelopen decennium sprake van '*rehabilitatiebenadering*': bij de behandeling van mensen met ernstige, langdurige psychische problemen worden niet langer de genezing vooropgesteld. Maar ze worden gezien als mensen met psychische problemen en beperkingen die dankzij een goede begeleiding en zorg weer kunnen functioneren in de samenleving. Met initiatieven zoals Beschut Wonen en met psychiatrische thuiszorg wordt hun rehabilitatie ondersteund (Danau, 2009).

De hierboven geschetste evolutie is terug te vinden in de 'Gemeenschappelijke verklaring inzake het toekomstige beleid voor geestelijke gezondheidszorg', die in juni 2002 werd ondertekend door de federale ministers en de gemeenschapsministers van gezondheid. Daarin wordt gesteld dat voor elke patiënt de zorg wordt aangeboden die aan zijn/haar behoeften beantwoordt en dit bij voorkeur in de eigen omgeving van de patiënt. Vandaar de uitwerking van de concepten 'netwerken van voorzieningen' en 'zorgcircuit'. De wettelijke basis voor de organisatie van zorgcircuits en netwerken werd gelegd in de artikelen 11 en 107 van het Koninklijk Besluit houdende de coördinatie van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinstellingen. Dit Koninklijk Besluit werd gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad op 7 november 2008 (Informatienota implementatie artikel 107).

De trend van de de-institutionalisering en vermaatschappelijking zet zich door via de verschuiving van intramurale zorg naar een meer maatschappelijk georiënteerd zorgaanbod. Het slagen van die vermaatschappelijking is echter afhankelijk van adequate vervangende zorg. Bij de schrapping of vermindering van de zogenaamde T-bedden voor langdurig en zwaar zorgbehoevenden gaat het, aldus De Cuyper, directeur van het psychiatrisch centrum Gent-Sleidinge, om patiënten met psychotische stoornissen, al dan niet in combinatie met verslaving. In een interview voor De Standaard lijkt het volgens hem op het eerste gezicht een vreemde keuze om uitgerekend de zwakste patiënten uit de residentiële zorg uit te halen en hen onder te brengen in initiatieven van beschut wonen (Dekeyser, 2012). In hetzelfde interview komt ook professor De Wachter van het Universitair Psychiatrisch Centrum van de KU Leuven aan het woord. Hij is psychiater in Beschut Wonen De Hulster en directeur van een mobiel team, dat aan huis komt bij zelfstandig wonende patiënten. Hij vindt het aan de ene kant positief dat mensen niet langer weggestopt blijven in de psychiatrie, maar vreest tegelijk dat vooral om economische redenen wordt bespaard op dure bedden. Hij stelt dat de vermaatschappelijking van de zorg niet mag gelijk staan met verwaarlozing. Hij vreest dat mensen die er het meeste baat bij zouden vinden geen plaats meer zullen vinden in de residentiële psychiatrie (Dekeyser, 2012).

Samenlevingsopbouw Gent wijst op de instroom van mensen met ernstige psychiatrische problemen in de sociale huisvesting en verschillende vormen van overlast (uitwerpselen in de

lift). Er is met andere woorden hoogdringende nood aan ambulante opvang en begeleiding van die bewoners.

4.4. LOKAAL BELEID

Het recht op welzijn en gezondheid is ingeschreven in de organieke wet op de OCMW's. Het OCMW kan curatieve of preventieve hulp aanbieden. Het is tevens bevoegd voor het verlenen van dringende medische hulp aan vreemdelingen die illegaal in het land verblijven. Volgens de VVSG is het vooral te danken aan het decreet lokaal sociaal beleid dat de gemeenten meer planmatig werken rond gezondheid. Logo's, die o.m. door vertegenwoordigers van de gemeenten en OCMW's worden bestuurd, hebben tijdens de looptijd van het decreet op het lokaal sociaal beleid, dan ook sterk ingezet op ondersteuning van lokale gezondheidsambtenaren om een breed gezondheidsbeleid binnen het LSB te verankeren, niet enkel binnen een mogelijk 'gezondheidsluik', maar zeker ook binnen de andere beleidsdomeinen die in het LSB aan bod komen.

Zowel gezondheid als gezonde leefomgeving horen bij de sociale grondrechten van het decreet Lokaal Sociaal Beleid (LSB). Het wordt beschouwd als een hefboom voor een lokaal gezondheidsbeleid omdat het een integrale wijkgerichte aanpak van meerdere sectoren (welzijn, onderwijs, huisvesting, ..) stimuleert. Het toekomstige beleidskader voor de lokale besturen is echter niet langer het LSB, maar de nieuwe beleids- en beheercyclus (BBC). In het kader van planlastendecreet worden sectorale beleidsplannen geschrapt (Van Cauwenberge, 2011).

Het besluit van de Vlaamse regering over de nieuwe beleids- en beheercyclus biedt OCMW en gemeente niet alleen een nieuw boekhoudsysteem, maar ook een nieuw planningsysteem. Het schept de mogelijkheid om een beleid te voeren over de verschillende sectoren heen (Koning Boudewijnstichting, 2012).

Vlaams minister Vandeurzen, bevoegd voor Welzijn en Gezondheid, legt het zwaartepunt van het preventieve luik van het Vlaamse gezondheidsbeleid op het lokale beleidsniveau. Hij stelt dat gezondheidscampagnes enkel succesvol kunnen zijn als ze in de lokale samenleving zijn ingebed en als lokale actoren samenwerken (Schuermans e.a., 2011).

Bij de realisatie van het Preventiedecreet zijn lokale besturen dus een belangrijke partner. De Vlaamse overheid werkt samen met de 15 LOGO's (Lokaal – Regionaal Gezondheidsoverleg), die de opdracht hebben om lokale besturen te ondersteunen bij de uitwerking van een integraal gezondheidsbeleid en een beleid om gezondheidsachterstand aan te pakken. Bovendien kregen de LOGO's twee aanvullende opdrachten van de Vlaamse overheid, met name:

- Thema-overschrijdend of geïntegreerd werken stimuleren in functie van het bereik van groepen met een lagere sociale status;
- Thema-overschrijdend of geïntegreerd versterken van samenwerking met lokale besturen.

LOGO's zijn samenwerkingsverbanden van preventieorganisaties en functioneren als motor voor locoregionale initiatieven. Het belang van lokaal maatwerk voor gezonde kansen en van een intersectorale aanpak lag aan de basis van de oprichting van Logo's (1998). Ten minste de volgende preventieorganisaties moeten worden uitgenodigd om deel uit te maken van het LOGO en het LOGO te ondersteunen: de huisartsenkringen, de centra voor leerlingenbegeleiding (CLB's), de externe en interne diensten voor preventie en bescherming op het werk, de gemeentebesturen en de OCMW's, de diensten van ziekenfondsen die de gezondheidsbevordering behartigen en de consultatiebureaus van Kind & Gezin. Andere organisatie die dit wensen kunnen daaraan eveneens deelnemen. Elk LOGO beschikt over een team medewerkers in de preventieve gezondheidszorg.

De hoger genoemde doelstellingen zouden de LOGO's ertoe moeten aanzetten om lokale actoren te ondersteunen bij een integrale aanpak van gezondheidsachterstanden waarin ze ondersteund en gestimuleerd worden door VIGeZ. In 2010 werd het aantal het LOGO's teruggebracht van 26 tot 15. Dit betekent, aldus het Interbestuurlijk Plattelandsoverleg, dat een 'typische plattelandslogo' zoals LOGO Meetjesland is opgenomen in het werkingsgebied van de stad Gent. Die schaalvergroting kan een bedreiging vormen voor een lokale en een specifieke werking op het platteland (Interbestuurlijk Plattelandsoverleg, advies gezondheidszorg). Je hebt (nabije) partners nodig die de lokale accenten kunnen vertalen. Wegens de afstand tot de lokale werking vindt ook Jan De Maeseneer de schaalvergroting van de LOGO's en het Samenwerkingsinitiatief Eerstelijnsgezondheidszorg (SEL) geen goede beleidskeuze (Van Cauwenberge & Van Moerkerke, 2010).

In praktijk voelden ook de grotere Logo's dit nadeel aan, aldus Bruno Buytaert van het VIGeZ. Ze pasten hun werking aan door de oprichting van regionale teams, op schaal van de vroegere lokale werking maar beleidsmatig geclusterd in het Logo. Met projecten als 'Zot van Gezond' (gestart in 2011 voor kleinere gemeenten) en 'Gezonde Gemeente' (wordt gelanceerd in 2013) focussen de Logo's op de ondersteuning van een integraal beleidsproces om tot een lokaal gedragen gezondheidsbeleid te komen op maat van de aanwezige noden en behoeften, en opgenomen in alle domeinen van de meerjarenplanning van het nieuwe BBC (Beleids- en Beheer Cyclus)

Meer info over de Logo's via www.vlaamselogos.be die linkt naar de sites van elk Logo.

Het Samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg (SEL) is een samenwerking tussen zorgaanbieders. Zo is er de SEL Kempen, SEL Waasland, SEL zorgregio Gent en het Brussels Overleg Thuiszorg. Het samenwerkingsverband is in eerste plaats bedoeld voor professionele zorgaanbieders in een regio: diensten voor gezinszorg, huisartsen, lokale dienstencentra, openbare centra voor maatschappelijk welzijn, woonzorgcentra, verpleegkundigen en vroedvrouwen en centra voor algemeen welzijnswerk in het kader van de ziekenfondsen, al dan niet in samenwerking met een of meerdere regionale dienstencentra.

De SEL neemt initiatieven om hun zorgverlening af te stemmen op de behoeften van de patiënten in hun regio en maken afspraken om hun dienstverlening op elkaar af te stemmen, biedt informatie aan en organiseert vorming voor de zorgaanbieders. Een SEL kan ook initiatieven nemen voor vrijwilligers in de zorgverlening. De informatie over de SEL en de actuele overzichtslijst van erkende SEL's is te vinden op: www.zorg-en-gezondheid.be/thuiszorg/samenwerkingsinitiatieven.

5. HEFBOMEN OM GEZONDHEIDSKLOOF AAN TE PAKKEN

“We zijn al bij al niet zo goed bezig in de aanpak van de gezondheidskloof. Er zijn al een aantal goede initiatieven, maar er is nood aan een meer geïntegreerde aanpak.” (Conclusie van 2-daagse internationale conferentie over aanpak gezondheidsongelijkheid, Genk, november 2010)

Gebaseerd op de hierboven beschreven principes, staan we in dit hoofdstuk stil bij een aantal hefbomen om te werken aan de gezondheidskloof. Daarbij gaan we uitgebreider in op die hefbomen waar volgens ons de grootste aangrijpingspunten liggen voor de sector Samenlevingsopbouw.

5.1. STEM GEVEN AAN MAATSCHAPPELIJK KWETSBARE DOELGROEPEN

Participatie vormt de rode draad in de verschillende basisprincipes om de gezondheidskloof aan te pakken. Wetenschappers wijzen op de perverse effecten van menige interventie op vlak van gezondheid omdat ze alleen de hogere en de middenklasse vooruit helpt en de gezondheidskloof met lagere sociaaleconomische groepen nog vergroot. Als alternatief is daarom gepleit voor een participatieve benadering, een dialoog met doelgroepen, een bottom-up proces, een aanpak die aansluit bij de lokale gemeenschap en de lokale netwerken versterkt. De participatie en het empowerment van maatschappelijk kwetsbare groepen, de collectieve eerder dan individuele aanpak van problemen alsook de beleidsgerichte werking en beïnvloeding van oplossingsactoren behoren tot de kerndoelstellingen van de sector Samenlevingsopbouw. We illustreren dit aan de hand van twee projecten van de sector rond gezondheid. Ten eerste het project van Droomduel tot droomduet van RIMO en ten tweede de werking rond geestelijke gezondheidszorg van Samenlevingsopbouw Antwerpen provincie. Daarbij aansluitend schenken we ook aandacht aan het rapport van vzw Recht-Op, waarin mensen in armoede vertellen hoe ze het best geholpen worden in de geestelijke gezondheidszorg. Voorts halen we het Medisch Dossier van Welzijnszorg aan en besteden we aandacht aan het project ‘Connect & Include’ dat focust op de rol van Community Development (samenlevingsopbouw) ten aanzien van geestelijke gezondheid.

5.1.1. VAN DROOMDUEL TOT DROOMDUET

De relatie tussen mensen in armoede en de hulpverleners verloopt vaak moeilijk en is soms zelfs problematisch door het gebrek aan informatie, kennis, wantrouwen en onbegrip. Vanuit die vaststellingen ontwikkelde RIMO het project 'van droomduel tot droomduet'.

Van droomduel tot droomduet bestaat uit de volgende vier fasen. In een eerste fase denken hulpverleners en hulpvragers eerst apart na over de positieve ervaringen in de dienstverlening: de momenten die succesvol verliepen en waar ze een goed gevoel aan overhouden. Het hoe en het waarom wordt uitgediept. Vervolgens nodigt het opbouwwerk de deelnemers in een tweede fase uit om te dromen over de wenselijke toekomst. In een derde fase sleutelen hulpvragers en hulpverleners samen aan een scenario met concrete voorstellen en plannen. In de slotfase volgt de uitvoering. Samen schrijven ze aldus een partituur voor een toekomstige dienstverlening.

Het eerste duet vond in Maasmechelen plaats waar senioren en bewoners van sociale woonwijken in dialoog gingen met de huisartsen. Het duet leidt tot de publicatie van een folder die in de wachtzalen ligt van de huisartsen. De aanpak sloeg goed aan bij alle betrokkenen omwille van de positieve insteek.

Meer informatie: Opbouwwerkster Geertrui Desmet, RIMO

5.1.2. ONS GEDACHT OVER (GEESTELIJKE) GEZONDHEIDSZORG

In Lier nam Samenlevingsopbouw Antwerpen provincie samen met Ons Gedacht het brede thema gezondheid onder de loep. Het project resulteerde in een Liers Actieplan Geestelijke Gezondheid en de opening van een wijkgezondheidscentrum in Lier vanaf september 2012 (zie punt 5.3.2).

Het thema gezondheid was een vast agendapunt op de bijeenkomsten van Ons Gedacht. Daarnaast gaf Samenlevingsopbouw ook een stem aan mensen die in armoede leven, maar geen deel uitmaken van een vereniging. Met dit doel bezocht men een aantal organisaties die met deze mensen in contact komen, zoals de sociale kruidenier, het lokaal dienstencentrum van het OCMW, en van andere laagdrempelige ontmoetingsplaatsen. In totaal werden 77 gezondheidsbabbels gehouden.

Het materiaal uit de bijeenkomsten van Ons Gedacht, de gezondheidsbabbels en gesprekken met sleutelfiguren van diensten en organisaties werd gebundeld in een dossier 'Ons Gedacht over Geestelijke Gezondheid'. Het dossier kreeg ruime weerklank binnen de werkgroep geestelijke gezondheid van het Lierse lokaal sociaal beleid (LSB). Geestelijke gezondheid was een prioritair thema binnen het LSB en de werking van Ons Gedacht rond dit thema gaf de aanzet tot de oprichting van een werkgroep geestelijke gezondheid. De werkgroep creëerde een forum waarop onder meer hulpverleners, welzijnswerkers, thuisverpleegkundigen, mensen in armoede en patiënten uit de geestelijke gezondheidszorg aanwezig waren. Daarnaast kwamen ook inspirerende projecten aan bod uit Mechelen (WGC, Centrum Geestelijke Gezondheidszorg, de patiëntenorganisatie Similes, ...).

Het dossier van Ons Gedacht lag aan de basis van het Liers Actieplan Geestelijke Gezondheid, dat door de OCMW-raad is goedgekeurd. De werkgroep geestelijke gezondheid (LSB) engageerde zich ertoe om de uitvoering van het actieplan op te volgen.

Er zijn twee rapporten beschikbaar: 'Gezondheidszorg in Lier' betreffende de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in Lier, dat dient als omgevingsanalyse voor het nieuw opgerichte WGC en 'Ons Gedacht over geestelijke gezondheid' over de geestelijke gezondheid en de geestelijke gezondheidszorg in Lier.

Meer informatie: Anita Rimaux, Samenlevingsopbouw Antwerpen provincie.

Ons Gedacht kreeg een forum op de Rondetafelconferentie die werd georganiseerd door het Belgisch Netwerk van verenigingen waar armen het woord nemen, dat meewerkte aan een Europees project rond sociale inclusie met mensen in armoede. Partners bij dit project waren de regionale netwerken, met name het Vlaams Netwerk van verenigingen waar armen het woord nemen; het Réseau Wallon de lutte contre la pauvreté en het Forum Bruxellois de Lutte contre la pauvreté. De vier partners kozen het recht op gezondheid als centraal thema. Vanuit de dialoog met verenigingen die in armoede leven publiceerden ze een Belgisch dossier 'Recht op gezondheid hertekenen', dat zeer concrete voorstellen bevat voor verschillende beleidsniveaus (Belgisch Netwerk, 2010).

5.1.3. RECHT-OP

Er leeft een groot taboe rond geestelijke gezondheidszorg en mensen praten daar niet makkelijk over, vooral niet als je in armoede leeft. Binnen de vereniging Recht-Op kwamen mensen twee jaar om de veertien dagen samen. Op die gesprekken werden ook deskundigen uitgenodigd en werden ervaringen uitgewisseld over instellingen, dokters, hulpverleners en maatschappelijk werkers. Ze spiegelde hun bevindingen aan wetenschappelijk onderzoek en in een aantal gevallen kwam een echte dialoog tot stand, zoals met professor Jozef Corveleyn. Die laatste merkt op dat armen meestal niet passen in het huidige systeem van hulpverlening omdat dit meestal van korte duur is en gericht is op snel resultaat. Een succesvolle aanpak daarentegen is gestoeld op een vertrouwensrelatie en goed gedoseerde continue

ontmoetingen. Verwijzend naar onderzoekster Tine Van Regenmortel pleit men voor een aanpak “met vele toegangspoorten”, waarbij de eenen gebaat zijn met de hulpverlening via een laagdrempelige ontmoetingsruimte met lotgenoten en anderen de voorkeur geven aan een neutrale, algemene ingang. Van Regenmortel illustreert daarin trouwens goed hoe binnen de geestelijke gezondheidszorg en psychiatrie anders gereageerd wordt, afhankelijk van de sociaaleconomische status van de hulpvrager (hoofdstuk 4, Het zit vanbinnen, Recht-Op).

Alle bevindingen uit die dialoog met mensen in armoede werden gebundeld in het boekje ‘Als je hoofd vol zit ...’ en in het dossier ‘Het zit vanbinnen’. De eerste publicatie bevat een overzicht van adressen van Antwerpen waar je iemand kan aantreffen die naar je luistert en waar je terecht kunt met je psychische problemen. Het tweede dossier ‘Het zit vanbinnen’ beschrijft wat er moet veranderen om de geestelijke gezondheidszorg toegankelijker te maken voor mensen die in armoede leven en mentaal het hoofd boven water proberen te houden.

Beleidsdossiers zijn verkrijgbaar bij vzw Recht-Op: rechttop.borgerhout@skynet.be

5.1.4. MEDISCH DOSSIER WELZIJSZORG

Met de slogan ‘Arm maakt ziek, ziek maakt arm’ voerde Welzijnszorg al in 1998 campagne rond het thema van gezondheidsongelijkheid en kwam in de campagne van 2008 terug op dit thema met haar medisch dossier onder de titel Armoede schaadt de gezondheid. In het eerste deel van dit medisch dossier ontleedt Welzijnszorg de verschillende gezondheidssymptomen die een aanduiding zijn van de gezondheidskloof. Het tweede deel staat uitgebreid stil bij verschillende drempels die mensen in armoede ondervinden om een gezond(er) leven te leiden. In de volgende delen besteedt Welzijnszorg aandacht aan de eerstelijns hulpverlening en de gespecialiseerde zorg, die zowel een meerwaarde bieden, maar ook vormen van uitsluiting met zich brengen. Het dossier brengt tevens goede praktijken in beeld waar zorgverleners, patiënten en de overheid samenwerken aan een zorg op maat. Het Medisch Dossier is doorspekt met en gekleurd door verhalen en getuigenissen van mensen uit de doelgroep. Het dossier ‘Armoede schaadt de gezondheid’ kost 10 € en is verkrijgbaar bij vzw Welzijnszorg, Huidevettersstraat 165, 1000 Brussel, info@welzijnszorg.be

5.1.5. CONNECT & INCLUDE

In het rapport ‘connect and include’ laten Seebohm en Gilchrist zien hoe opbouwwerkprojecten in het Verenigd Koninkrijk het sociaal isolement en de stigmatisering van mensen met geestelijke gezondheidsproblemen kunnen doorbreken door hen samen te brengen en de sociale kwesties bespreekbaar te maken, een dialoog te faciliteren tussen de lokale groepen en de openbare diensten, te sleutelen aan een klantgerichte dienstverlening, en nieuwe gemeenschapsactiviteiten in de buurt te ontplooiën (Seebohm en Gilchrist, 2008 & 2012).

5.2. FINANCIËLE TOEGANKELIJKHEID VERHOGEN

Hierboven is aangetoond dat de gezondheidskloof geenszins mag worden beperkt tot de financiële drempel tot gezondheidszorg. Toch mogen de financiële uitgaven en de impact van het remgeld op de vraag naar medische zorgen niet worden onderschat. In een rapport van 2008 stelt de Europese commissie dat de relatieve uitgaven (uitgedrukt in verhouding tot het inkomen) veel groter zijn voor minder goeude gezinnen (Annemans, 2009).

5.2.1. DERDEBETALERSREGELING EN OMNIO-STATUUT

De derdebetalersregeling en het OMNIO-statuut proberen een antwoord te bieden op de financiële drempel. De derdebetalersregeling houdt in dat de patiënt enkel het remgeld voor de consultatie betaalt, terwijl de arts de voorziene tegemoetkoming van de sociale zekerheid rechtstreeks int bij het ziekenfonds. Aanvankelijk bracht die regeling een hele administratieve rompslomp mee voor de huisarts, maar sinds 1 juli 2010 is het systeem van sociale derde betaler vereenvoudigd. Er is nu één centraal aanspreekpunt per provincie en per ziekenfonds en de huisartsen hoeven niet langer een lijst bij te houden van hun patiënten die gebruik maken van derdebetalersregeling. De huisarts dient slechts één formulier in te vullen en naar het centrale meldpunt van het ziekenfonds te sturen. Bovendien wordt de huisarts sneller betaald. Komen in aanmerking voor die regeling, de rechthebbenden op een verhoogde tegemoetkoming en mensen met het OMNIO-statuut.

De derdebetalersregeling bestaat ook voor tandartsen maar is, aldus Helga Collyn - gezondheidswerkster van de stad Sint-Niklaas, nog een stuk complexer: de patiënt moet een handgeschreven verklaring indienen waarin hij verwijst naar zijn financiële nood situatie. Bovendien mogen de tandartsen slechts voor een beperkt percentage van hun patiënten die de derdebetalersregeling toepassen (Koning Boudewijnstichting, 2012).

Het OMNIO-statuut is een maatregel waardoor gezinnen met een laag inkomen aanspraak kunnen maken op een verhoogde tussenkomst in hun medische kosten. Het Steunpunt Armoedebestrijding heeft geraamd dat het potentieel aantal rechthebbenden op 850.000 ligt terwijl er op 1 januari 2011 slechts 40 procent van de potentiële doelgroep gebruik maakten. Volgens het Steunpunt wordt momenteel gesleuteld aan de vereenvoudiging van de procedure, maar zelfs na een eventuele vereenvoudiging zal informatie en begeleiding van rechthebbenden nodig zijn. Gepleit wordt voor een proactieve aanpak om potentiële rechthebbenden op te sporen en toe te leiden (Memorandum Steunpunt Armoedebestrijding, 2012).

Een algemeen knelpunt bij de derdebetalersregeling is dat de patiënt de toepassing van de derdebetalersregeling moet vragen en dus hiervan op de hoogte moet zijn. Bovendien kun je hiervan enkel gebruik maken bij een zogenaamde 'geconventioneerde' huisarts.² Het is dus zaak om mensen van de doelgroep te informeren en huisartsen en huisartsenkringen te sensibiliseren. Verenigingen waar armen het woord nemen, sociale diensten van OCMW en gemeente, en ziekenfondsen kunnen hier een actieve rol spelen.

Outreachinge initiatieven vanuit de ziekenfondsen

Voor het *christelijk ziekenfonds* (CM) is de grotere toegankelijkheid tot de regelingen van sociale betalende derde en het OMNIO-statuut een speerpunt in de werking van de regionale ziekenfondsen. Op basis van vernieuwd communicatiemateriaal wil men de doelgroep beter bereiken en dit gebeurt bij voorkeur via intermediairen, zoals verenigingen waar armen het woord nemen, OCMW's, apothekers, huisartsen en de CM-kantoren. Dit blijkt uit onderstaande voorbeelden:

- Leescomités in CM Midden-Vlaanderen, CM Leuven, e.a.
De leescomités bestaande uit mensen van de doelgroep lezen al opgemaakte brieven en folders na en checken of die leesbaar zijn voor mensen in armoede. Daarop worden de brieven en folders aangepast.
Voor CM-Leuven werkte men samen met het buurthuis 't Lampeke, CAW en Open School. In CM-Midden Vlaanderen werd het communicatiemateriaal beoordeeld door het Leerpunt Gent. In 2009 kreeg CM-Midden Vlaanderen voor dit initiatief de Wablieft prijs.
- CM Turnhout nam deel aan de koffienamiddag van Welzijnsschakels om de beschermmaatregelen dichter bij de doelgroep te brengen.
- CM-Brugge heeft in samenwerking met Welzijnsschakels een 'kortfilm' gemaakt waarin mensen van de doelgroep de hoofdrol vertolkten. De kortfilm wordt nu binnen andere Welzijnsschakels gepromoot.

Op de 2-maandelijkse bijeenkomsten van de Vlaamse werkgroep kansarmoede van CM-Ziekenfondsen worden gezamenlijke acties uitgewerkt en worden goede praktijkvoorbeelden uitgewisseld en geëvalueerd. Daarnaast bestaat er op het niveau van de landsbond de werkgroep 'Aandacht voor de meest kwetsbaren' die initiatieven neemt voor en maatregelen opvolgt betreffende de meest kwetsbaren, zoals sociaal betalende derde en maatregelen voor chronisch zieken.

Het Socialistisch Ziekenfonds zet in West-Vlaanderen Gezondheidspromotoren in:

² In bijlage vind je een gedetailleerder overzicht betreffende de regeling sociaal betalende derde op basis van CM-Info.

De initiatiefnemer in dit project zijn VIVA Socialistische Vrouwen Vereniging (VIVA-SVV) die zich richten op alle eenoudergezinnen in West-Vlaanderen die aangesloten zijn bij de Socialistische Mutualiteit. Men stelde vast dat slechts een fractie van de eenoudergezinnen inging op de schriftelijke uitnodiging om zich aan te melden bij het lokale kantoor. Nochtans gaat het vaak om kwetsbare gezinnen: velen hebben net een scheiding achter de rug, soms hebben ze de bewijsstukken van het inkomen niet meer in hun bezit, maar zit dit bij de notaris of schuldbemiddelaar. Mensen veranderen in die onzekere situatie bovendien dikwijls van werk en adres.

Daarom heeft VIVA vrijwilligers gerekruteerd en opgeleid als gezondheidspromotor door vzw CEDES (met betrekking tot de benadering van mensen in armoede). Het vrijwilligersteam bestaat uit 5 mannen en 19 vrouwen. De gezondheidspromotor gaat bij de mensen aan huis. Per brief werden mensen eerst op de hoogte gebracht van het project. De gezondheidspromotoren kunnen tijdens de huisbezoeken (via telefoon of gsm) contact nemen met het ziekenfonds zodat ze meteen een antwoord krijgen op de gestelde vragen van potentiële rechthebbenden. Tussen september 2011 en februari 2012 hebben de gezondheidspromotoren 500 (van de 900 geselecteerde) eenoudergezinnen aan huis bezocht. Dit project geniet de steun van de Koning Boudewijnstichting (Boudewijnstichting, 2012).

5.2.2. FORFAITAIRE GENEESKUNDE

In de strijd tegen armoede en gezondheidskloof pleiten de sector Samenlevingsopbouw, het Vlaams Netwerk van verenigingen waar armen het woord nemen en diverse andere organisaties voor de oprichting van Wijkgezondheidscentra (WGC) en de invoering van het systeem van forfaitaire geneeskunde. Per ingeschreven patiënt ontvangt het WGC een forfaitair bedrag van het RIZIV, een bijdrage die gebaseerd is op het gemiddeld bedrag dat de ziekteverzekering uitgeeft per patiënt. De ingeschreven patiënt hoeft in een aantal WGC helemaal niets te betalen of betaalt slechts een symbolisch bedrag per jaar en hij kan daarvoor een beroep doen op het totaalpakket van zorg dat verschillend is van WGC tot WGC. Het is echter zo dat enkel kinesitherapie, de huisarts en de verpleegkunde in het forfaitair systeem zit. Andere disciplines moet het WGC uit eigen middelen betalen. De patiënt betaalt dus niets voor een consultatie of huisbezoek. We gaan uitgebreider in op de rol van het WGC in het volgende hoofdstuk over de wijkgerichte aanpak.

De vraag is, aldus Lieven Annemans van de U.Gent, waarom we niet meer inzetten op het systeem dat in de meeste wijkgezondheidscentra wordt gebruikt met een forfaitair bedrag per patiënt per jaar voor de arts en gratis zorg voor de patiënt. Gemengde praktijken zijn eveneens denkbaar, selectief voor patiënten met een inkomen beneden een bepaald niveau (Annemans,2009).

5.2.3. PRIVÉ-UITGAVEN IN DE GEZONDHEIDSZORG

Een tot nu toe onderbelicht aspect is de omvang van de privéuitgaven in de gezondheidszorg. Uit een studie van het ITINERA instituut blijkt dat 24,9 procent van de zorgkosten niet wordt gedekt door de algemene ziekteverzekering. Almaar meer Belgen beschikken over een aanvullende ziektekostenverzekering, maar die bedraagt slechts 5 procent van de totale uitgaven, zodat de patiënt nog 20 procent van de uitgaven voor zijn rekening moet nemen. Op dit vlak scoort België slechter dan onze buurlanden Nederland, Frankrijk, Luxemburg en Duitsland. Patiënten die geconfronteerd worden met de hoogste zorgkosten zijn vaak mensen met een laag inkomen, werklozen, alleenstaanden en chronisch zieken (Calcoen, 2012). Als belangrijkste componenten die verantwoordelijk zijn voor de grote uitgaven die mensen uit eigen zak moeten betalen:

- Privéuitgaven tijdens opname in een algemeen ziekenhuis en psychiatrische ziekenhuizen;
- De niet-terugbetaalde zorgen in de tandheelkunde, zoals voor kroon, brug en implantaten;
- De niet-gedekte uitgaven voor oogoperaties e.a.;
- Medische uitgaven in rusthuizen.

Private ziekteverzekeringsmaatschappijen zien de oplossing in het afsluiten van een aanvullende privéziekteverzekering. De particuliere verzekeraars zijn echter minder geïnteresseerd in chronisch zieke en hoogbejaarde personen, maar vooral in mensen die jong, gezond en koopkrachtig zijn (Franssen, 2011). De ziekenfondsen vrezen dat met de aanvullende private verzekering de patiënt uiteindelijk toch betaalt. Michiel Callens van de studiedienst van het CM wijst erop dat premies voor hospitalisatieverzekering systematisch worden verhoogd naarmate de factuur van de patiënt verhoogt, heel wat polissen bevatten een uitsluiting, franchise of plafond. Bovendien jagen de hospitalisatieverzekering de prijzen de hoogte in. Meer heil verwacht hij van een betere organisatie van de gezondheidszorg zodat nieuwe besparingen mogelijk zijn, grotere inzet op preventie, en een groter aandeel van goedkopere geneesmiddelen. Het marktaandeel van generieke geneesmiddelen behoort in België tot het laagste in Europa, eind 2011, bedroeg dit slechts 12 procent van de omzet (Callens, 2012). De Belgische overheid kan jaarlijks 1,5 euro miljard besparen voor de patiënt en de ziekteverzekering door een openbare aanbesteding op de te hoge prijzen van de beste geneesmiddelen (Van Duppen, 2011).

Onder 4.2.2. wezen we op principiële goedkeuring van het basisdecreet Vlaamse Sociale Bescherming waarbij zal worden voorzien in een maximumfactuur in de thuiszorg en waarbij men de bijdrage voor een aantal thuiszorgdiensten, zoals gezinszorg, poetshulp, karweihulp, professionele en vrijwillige oppas afhankelijk wil maken van het inkomen.

5.3. WIJKGERICHTE AANPAK

5.3.1. MEERWAARDE VAN WIJKGERICHTE AANPAK

De aanzetten om in Vlaanderen op lokaal niveau gezondheidsachterstanden aan te pakken, kwamen allereerst uit het stedenbeleid. Van Cauwenberge (VVSG) verduidelijkt dat zowel uit het federale grootstedenbeleid als vanuit het Vlaamse stedenbeleid daartoe impulsen werden gegeven. Het federale grootstedenbeleid legde in 2005 vijf strategische doelstellingen vast waarvan één expliciet focust op gezondheid (een gezonde stad in een gezonde omgeving) en waarvan de andere evenzeer invloed hebben op de gezondheid. In het Vlaamse stedenbeleid is leefbaarheid van de wijken een prioriteit. Drie van de vier prioriteiten die de centrumsteden zelf naar voor schuiven, beïnvloeden rechtstreeks de gezondheid, met name de wijkgerichte werking, kindvriendelijke publieke ruimte, wonen en huisvesting. De wijkgerichte aanpak is zeker voor grotere steden een interessante methode om de gezondheidsverschillen te bestrijden, vooral omdat alle betrokken partijen hierbij betrokken kunnen worden. Vanuit gezondheidspromotie is de wijkgerichte werking nog beperkt gebleven tot initiatieven van Logo's in en met grootsteden (bijvoorbeeld Laag Molenbeek gezond). In kleinere gemeenten daarentegen zijn mensen met een lagere sociaaleconomische status echter niet geconcentreerd in één wijk of in één school, en dat bemoeilijkt het samenwerken tussen sectoren (Van Cauwenberge, 2011). In vergelijking met ons omringende landen zijn de wijkgerichte aanpak alsook bredere community projecten in functie van gezonde kansen in Vlaanderen erg beperkt gebleven. De voorzichtig aangetoonde effecten worden belemmerd door de vereiste capaciteit voor deze projecten (Buytaert, VIGeZ 2012).

De wijkgerichte aanpak wordt als een veelbelovende strategie beschouwd om de gezondheidsachterstand aan te pakken in sociaaleconomische zwakkere wijken, stelt ook Mariët Paes. Ze voerde een studie uit naar 25 jaar wijkgericht werken aan gezondheid in Den Bosch in Nederland. Ze maakt het onderscheid tussen de volgende drie domeinen en benaderingen in het wijkgericht werken rond gezondheid, met name: de eerstelijnsgezondheidszorg, de gezondheidsbevordering en de sociale omgevingsbenadering (Paes, 2009):

- 1) In de eerstelijnsgezondheidszorg is de medische benadering dominant. De eerstelijnszorg kiest de wijkaanpak omwille van de toegang en bereikbaarheid van voorzieningen. Het breed pallet van zorg en welzijn in de fysieke nabijheid van mensen moet een antwoord bieden op de complexere problemen waarbij verschillende disciplines kunnen samenwerken.
- 2) In de gezondheidsbevordering staat de leefstijlbenadering centraal. Daarbij ligt de focus op leefstijl en gezonde voeding. De gezondheidsbevordering is niet iets dat zich alleen afspeelt in de contacten met de huisarts, de kinesist, de maatschappelijk werker en de verpleegkundige, maar is een domein waar men gemeenschappelijke projecten kan opzetten en wijkbewoners zelf initiatieven kunnen nemen.

- 3) De sociale omgevingsbenadering van gezondheid en de wijk als 'community' zijn kenmerkend voor het sociaal werk en het opbouwwerk. In deze wijkaanpak is gezondheid een van de thema's in de context van de sociale omgevingsbenadering.

Bij de programma's gezondheidsbevordering ligt de focus allereerst op het gedrag of leefstijl en is de wijk een nieuw aanknopingspunt. In het sociaal werk (en de sociale omgevingsanalyse) is de wijk als community een vertrouwd aanknopingspunt, maar is gezondheid géén expliciet thema. Over de definiëring van community bestaat, aldus Paes, grote eensgezindheid in de literatuur. Ze neemt de definitie van Alting over: *'een community is een groep mensen die bepaalde gemeenschappelijke aspecten hebben in hun leven. Die aspecten kunnen bij voorbeeld de woonomgeving, interesses, cultuur of normen en waarden zijn. Het betreft aspecten die de mensen zelf van belang achten'*.

Bij een community benadering bieden de cijfergegevens of statistieken over de wijk een onvoldoende houvast en is de analyse van een werker of een groep werkers eveneens te beperkt. De gezamenlijke kennis van werkers en van vrijwilligers in de wijk biedt daarentegen een completer en dus bruikbaar beeld van de wijk.

Volgens Paes komt in de wijkgerichte werking rond gezondheid het dubbele 'actorschap' van wijkbewoner goed tot zijn recht: enerzijds de 'beschadigde kant' (ziekte, klachten, problemen,...) en anderzijds de sterke kant van de bewoners. Met andere woorden wijkbewoners zijn geen passieve objecten, maar actieve personen die in staat zijn om te werken aan de verbetering van de eigen gezondheid en die van andere wijkbewoners. De wijkaanpak is bovendien de uitgelezen kans voor samenwerking en interactie tussen bewoners en beroepskrachten. In de loop der jaren wordt de kennis van de werkers over de wijk, de wijkbewoners en gezondheid groter, maar ook de werkers zelf veranderen door hun werk en hun contacten met de wijk. Vrijwilligers (geboren en getogen in de wijk) ontwikkelen eveneens ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid. In de wijk kunnen beroepskrachten en vrijwilligers ervaringsdeskundigheid en professionele deskundigheid delen in gemeenschappelijke activiteiten.

5.3.2. WIJKGEZONDHEIDSCENTRA (WGC)

Voor Vlaanderen bevindt het mekka van de WGC zich in Gent met acht van de achttien WGC, die lid zijn van de vzw Vereniging van de Wijkgezondheidscentra. De eerste centra werden er al in de jaren '70 opgericht en zijn ingebed in het stedelijke gezondheidsbeleid. Menig centrum in Vlaanderen heeft zich op de Gentse praktijk geïnspireerd. Het WGC biedt een meerwaarde omwille van de aanwezigheid van het multidisciplinaire team, de goed uitgebouwde gezondheidspromotie en ziektepreventie, en de financiële toegankelijkheid. Eigen aan het WGC is ook de samenwerking tussen partners van welzijn en gezondheid (beide domeinen houden veel verband met elkaar) en de signaalfunctie door het detecteren en signaleren van gemeenschappelijke gezondheidsbehoeften en het zoeken naar gezamenlijke oplossingen.

In de strijd tegen de gezondheidskloof ziet de sector Samenlevingsopbouw een belangrijke rol weggelegd voor de wijkgezondheidscentra en ze speelt daarin zelf ook een actieve rol. RISO Vlaams-Brabant bouwt het WGC De Vierkappes uit in Tienen en WGC de Central in Kessel-lo, Samenlevingsopbouw Antwerpen provincie ligt in Lier aan de basis van de oprichting van het WGC De Zilveren Knoop, Samenlevingsopbouw Oost-Vlaanderen en RISO Vlaams Brabant timmeren aan een experiment op maat van het platteland, respectievelijk in het Meetjesland en het Pajottenland.

WGC Vierkappes Tienen

Eind 2009 opende in Tienen het WGC Vierkappes op initiatief van RISO Vlaams-Brabant. Elke De Smedt zorgde voor de praktische en organisatorische ondersteuning en coördineert de werking van het centrum. Ze blijft vanuit RISO het WGC begeleiden en ondersteunen tot het zelf bedruipend is en een eigen coördinator kan aanwerven. Vierkappes is gestart met twee jonge huisartsen en werd een jaar later versterkt met een derde huisarts die 30 jaar actief was als solo arts en op die manier een groot patiëntenbestand meebracht uit de middengroep. Momenteel werken er dus drie huisartsen, een verpleegkundige, een onthaalmedewerker, een kinesitherapeut en een coördinator. Het team schakelt ook vrijwilligers in.

Naast de individuele behandeling, organiseert Vierkappes ook groepsbijeenkomsten en groepslessen om de zelfredzaamheid van de patiënten te verhogen. Op basis van de elektronische dossiers en de teambesprekingen bleek dat een groep allochtone vrouwen met vrijwel identieke klachten op consultatie kwam: overdag alleen thuis, gebrekkige kennis van het Nederlands, sociaal isolement, depressie en stress. Het WGC heeft daarop de allochtone vrouwen individueel gemotiveerd om deel te nemen aan groepsbijeenkomsten met andere allochtone vrouwen onder begeleiding van de kinesitherapeute (dus ook een vrouw, anders ligt hun partner dwars). In het WGC zijn er de sensogym-sessies voor de mensen die lijden aan stress. Verder zijn er de beweessessies bij *Erm 'n erm* – een vereniging waar armen het woord nemen waarmee het WGC nauwer samenwerkt. Voorts overweegt Vierkappes om te starten met een wandelgroep. Gelet op het sociaal isolement van veel kansarmen is er nood aan groepsinitiatieven.

Meer info: Elke De Smedt, WGC Vierkappes Tienen

Alle erkende WGC maken deel uit van de koepel wijkgezondheidscentra en onderschrijven de werkingsprincipes. Hierna staan we stil bij aspecten die kenmerkend zijn voor de WGC en illustreren welke rol Samenlevingsopbouw vervult in dit kader.

Lage drempel

De werking van een WGC is enerzijds te vergelijken met een gewone groepspraktijk. Patiënten die zijn ingeschreven kunnen net als in een gewone groepspraktijk, de arts van hun voorkeur aanduiden. In bepaalde WGC werken ze enkel op afspraak, terwijl andere dit combineren met vrije raadplegingen. Op verzoek doet de huisarts ook huisbezoeken. Er is een continuïteit van zorg verzekerd, ook 's nachts. Anderzijds verschilt een WGC van een reguliere groepspraktijk. Een WGC werkt in en voor een bepaald gebied. Verder is er een multidisciplinair team aanwezig. Naast de huisartsen zijn er de verpleegkundigen die kunnen worden ingezet in de thuisverpleging en tegelijk actief zijn in de zorg in het centrum: hartslag meten, de bloeddruk opnemen, bloedafnames, wonden verzorgen en andere taken waarvoor zij als verpleegkundigen zijn opgeleid. Op die manier ontlasten ze de huisarts, die meer tijd en ruimte heeft voor de diagnose en het gesprek met de patiënt.

Het multidisciplinair overleg tussen de artsen en de andere teamleden is ingebakken in het concept en de werking van het WGC. Er is automatisch communicatie tussen artsen en verpleegkundigen. Als de huisarts merkt dat (alleenstaande) ouderen behoefte hebben aan thuishulp, kan hij dit meteen aankaarten bij de thuisverpleegkundige van het team. De financiële drempel is gesloopt. Een wijkgezondheidscentrum is immers een niet winstgevendende organisatie en men werkt met een forfaitair systeem (zie 5.1. forfaitaire geneeskunde).

Omkadering huisarts

De eerstelijns werkers van het WGC worden dus niet per prestatie vergoed, maar krijgen een vast maandelijks inkomen. De artsen in een WGC zijn goed omkaderd: er is het centrum (infrastructuur) waarvan men gebruik maakt, er is het onthaal/telefonische permanentie, de ondersteuning door de verpleegkundigen, de kinesitherapeut en de coördinatie. De huisarts heeft zelf baat (minder arbeidsdruk) bij een goede taakverdeling in zijn team en bij een goed uitgebouwde preventie. De preventieve werking is verankerd in de dagelijkse werking van het WGC.

Voor iedereen in de wijk

In de praktijk moeten de veelvuldige consultaties van zorgbehoevende en chronisch zieken worden gecompenseerd door andere ingeschreven patiënten die misschien hooguit twee keer per jaar op bezoek gaan bij hun huisarts. Indien het WGC enkel zorgbehoevend leden heeft, dan volstaat het forfaitaire bedrag per patiënt niet langer. Het WGC richt zich nadrukkelijk tot alle lagen van de bevolking en gaat op die manier ook de stigmatisering van kansengroepen tegen (iedereen komt binnen langs dezelfde deur!). Bovendien kun je de doelgroep van maatschappelijk kwetsbaren niet scherp afbakenen want de gezondheidskloof wordt gekenmerkt door een socio-economische gradiënt: mensen met een lager diploma, een lagere opleiding, een lager inkomen, ... lopen een verhoogd gezondheidsrisico. Het gaat telkens om een graduele toename of afname van de gezondheidsrisico's. De acties om de

gezondheidskloof te dichten moet je daarom blijven richten op een breed publiek, maar wel rekening houden met specifieke behoeften van bepaalde doelgroepen. Op die manier kan men ook stigmatisering tegengaan: het zou de drempel tot een WGC sterk verhogen als het WGC enkel toegankelijk zou zijn voor mensen met een laag inkomen. Ook het solidariteitsprincipe speelt een rol. Uit onderzoek blijkt dat mensen in armoede meer en vaak complexere gezondheidsproblemen hebben. Een consultatie neemt meer tijd in beslag. Dus kan dit worden gecompenseerd door patiënten die minder zorg nodig hebben en minder frequent op consultatie gaan.

Culturele drempels wegwerken

Samenlevingsopbouw Gent werkte in het kader van het project Babelut (zie ook focus op doelgroepen) rond drempels betreffende het interculturalisering van gezondheidszorg. Dit gebeurde in samenwerking met het wijkgezondheidscentrum De Brugse Poort. Binnen het WGC zijn er meer autochtone dan allochtone patiënten ingeschreven. Toch is de perceptie van de huisarts vaak anders. Allochtone patiënten frequenteren de arts vaker en de consultatie verloopt door de taalbarrière vaak moeizamer en wordt nog te weinig gebruik gemaakt van tolken. Je moet die op voorhand aanvragen en dit is een knelpunt bij acute problemen. Voor sommige Afrikaanse talen is er geen tolk beschikbaar. Om een goede gezondheidszorg te waarborgen voor allochtone patiënten moet worden gewerkt aan taalbarrières en cultuurspecifieke drempels. Voor artsen zijn er vormingen georganiseerd door interculturele bemiddelaars.

Meer informatie: Samenlevingsopbouw Gent, Linze Magherman.

Innovatieve projecten

De gelijke toegang tot de eerstelijnszorg verzekeren voor alle lagen van de bevolking is de kernopdracht van het WGC. Om bepaalde doelgroepen effectief te bereiken is soms een projectmatige aanpak vereist. **Het WGC De Ridderbuurt** werkt bewust samen met externe, lokale partners zodat het hun specifieke professionele deskundigheid kan inzetten. Bij het project *Bewegen op Voorschrift* (BOV) dat samen werd opgezet met RISO Vlaams-Brabant was de dienst buurtsport van de stad Leuven een belangrijke partner (zie 5.5.1).

'Het WGC is niet altijd de spilfiguur of de motor van een project. Een goede illustratie is *het Parelproject*. Het WGC De Ridderbuurt gaf daartoe de aanzet en liet de uitwerking aan andere organisaties over, die het meest bij het probleem betrokken zijn. Vastgesteld werd dat zwangere vrouwen uit kansarme gezinnen beduidend minder gebruik maakten van perinatale zorg. Hoofdvroedvrouwen van ziekenhuis Gasthuisberg in Leuven brachten alle relevante partners rond de tafel, zo onder meer Kind & Gezin, diensten thuisbegeleiding, gynaecologen

en de maatschappelijk werkers van ziekenhuizen. Ze bogen zich samen over de problemen rond de toegankelijkheid van perinatale hulpverlening. Een netwerk van 14 organisaties heeft een gezamenlijk actieplan uitgewerkt om kansarme moeders beter te bereiken en op een gelijkwaardige manier te benaderen (mensen in hun waardigheid laten, hen niet neerbuigend bejegenen, ...).’

Deconcentratie

Het WGC treedt niet in de plaats van bestaande hulpverleners en diensten, maar probeert zo veel mogelijk samen te werken. Als illustratie nemen we een voorbeeld uit de geestelijke gezondheidszorg. Zo werkt het **WGC 't Spoor** in Borgerhout nauw samen met Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg Andante. Dit laatste detacheert één dagdeel per week psychologen naar het WGC. Jo Bernagie van WGC ziet in deze aanpak verschillende voordelen voor de patiënten: een snelle, laagdrempelige en ambulante psychologische zorg in de vertrouwde omgeving van het WGC. Andere voordelen zijn:

- Uitwisseling van expertise binnen een multidisciplinair team,
- Een vroege detectie,
- Een gerichte doorverwijzing,
- Meer aandacht voor geestelijke gezondheidszorg binnen het team.

Analoog zouden andere specialisten van de tweede lijn een spreekuur kunnen houden in het WGC. Het veronderstelt dat men over de grenzen tussen eerste en tweede lijn heen stapt om die deconcentratie van diensten mogelijk te maken.

Sociale stethoscoop

Het WGC helpt niet alleen individuele patiënten, maar detecteert ook maatschappelijke problemen, aldus Jan De Maeseneer van het **WGC Botermarkt** in Ledeberg in Gent. Die onderwerpen brengt het WGC Botermarkt ter sprake op het lokaal wijkwelzijnsoverleg. Voor Ledeberg is dit het Platform Hulpverlening, dat om de drie maanden bijeenkomt met daarin een vertegenwoordiging van de lokale politie, het ziekenhuis, de straathoekwerkers, het onderwijs, het OCMW, Kind & Gezin, de huisartsen, de zelfstandige hulpverleners, het buurtwerk, het opbouwwerk en de wijkregisseur van de stad. Ongeveer 40 tot 50 mensen komen een voormiddag samen om gezamenlijk de problemen van de wijk te bespreken en te zoeken naar oplossingen (Van Cauwenberge & Van Moerkerke, 2010).

WGC De Zilveren Knoop in Lier

Vanuit de gezondheidswerking van Samenlevingsopbouw in Lier is het WGC De Zilveren Knoop ontstaan. Net als bij de Vierkappes in Tienen is Samenlevingsopbouw de trekker bij het opstarten van het wijkgezondheidscentrum (bijeenvbrengen van partners, oprichten vzw met eigen bestuursorganen, zoeken naar een pand, aanwerven van personeel, werven van subsidies, uittekenen vrijwilligersbeleid, bekendmaking van het WGC bij toeliders en doelgroepen).

Het WGC in Lier start met twee halftijdse huisartsen, een sociaalverpleegkundige die zal zorgen voor verpleegkunde en maatschappelijk werk. Daarnaast is er een psychologe die CGG De Pont zal inzetten met middelen van CERA / Vlaamse overheid. De psychologe zal dus niet in dienst van het WGC zijn, maar van het CGG. In samenwerking met de armenvereniging Ons Gedacht zal het WGC een aantal preventieve en sensibiliserende initiatieven inzake geestelijke gezondheid opzetten. Voor het onthaal zal er gewerkt worden met een vrijwilligersploeg.

Naar een 'streekgezondheidscentrum' in landelijke gemeenten

De WGC in Vlaanderen bevinden zich in grotere steden en gemeenten, met uitzondering van het buurtgezondheidscentrum De Restèl in Alken. De vraag is hoe de uitgangspunten en de troeven van de WGC ook op het platteland tot hun recht kunnen komen, met name het aanbod van een geïntegreerde zorg, de aandacht voor preventie, de groepsgerichte benadering, de innovatieve projecten alsook de participatie van de patiënt.

In principe kan een geïntegreerde gezondheidszorg - verstrekt door een multidisciplinair team - overall en dient zich bij uitstek te ontwikkelen in samenwerking met lokale besturen, aldus De Maeseneer. Je hebt een zekere kritieke massa nodig om mensen te kunnen bieden waarop ze recht hebben. In bepaalde gevallen biedt intercommunale samenwerking de oplossing want het is niet noodzakelijk dat iedereen letterlijk onder één dak zit. Lokale besturen beschikken vaak over een leegstaande kleuterschool die ze zouden kunnen ter beschikking stellen van lokale zorgverstrekkers (Van Cauwenberge & Van Moerkerke, 2010).

Pilootprojecten op platteland

Vanuit Samenlevingsopbouw Oost-Vlaanderen en RISO Vlaams-Brabant werkt men momenteel aan de uitwerking van een concept voor een landelijk streekgezondheidscentrum.

De erkenningscriteria voor de WGC hebben het over een 'multidisciplinaire samenwerking onder één dak, maar dit dient niet letterlijk te worden geïnterpreteerd. Bij een streekgezondheidscentrum kun je mogelijks een aantal functies zoals onthaal, administratie, gemeenschapsgerichte werking en personeelsbeleid concentreren, en daarnaast enkele 'antennes' uitbouwen met inzet van een multidisciplinair team. In een eerste fase worden formules/modellen afgetoetst bij stakeholders en doelgroep, zoals daar zijn: huisartsen, SEL, LOGO, ziekenfondsen, OCMW's, CAW's, verenigingen waar armen het woord nemen en maatschappelijk kwetsbare groepen. Dit moet uitmonden in het opzetten van twee pilootprojecten, respectievelijk in het Meetjesland en het Pajottenland.

De projectorganisatie wordt voorbereid door een lokale stuurgroep in het Meetjesland en het Pajottenland en mee ondersteund door een bovenlokale stuurgroep, die wordt samengesteld door de Vereniging van Wijkgezondheidscentra, Samenlevingsopbouw Oost-Vlaanderen, RISO Vlaams-Brabant, Samenlevingsopbouw Vlaanderen, Cera, ziekenfondsen, VLM en het Vlaamse Agentschap Welzijn en Gezondheid.

Men is daarbij ook op zoek naar extra middelen om de opstart en de ontwikkeling van het pilootproject kansen te geven. Het knelpunt zit vooral in de hoogte van het forfaitaire systeem enerzijds en de VIPA-regeling anderzijds. Dit zijn belangrijke werkpunten voor de Vereniging van wijkgezondheidscentra en de werkgroepen 'forfait' en 'nieuwe centra'.

5.3.3. COMMUNITY ORIENTED PRIMARY CARE

Community Oriented Primary Care (COPR) gaat uit van de noden en behoeften in de wijk. Een huisartsenpraktijk, een wijkgezondheidscentrum of een ander eerstelijnscentrum (zoals lokaal dienstencentrum) kan hierbij het voortouw of de verantwoordelijkheid nemen. In het concept van COPR gaat het om een cyclus met de volgende vier stappen of fases:

- 1) Afbakenen van mijn community of buurt; het kan gaan om een territoriale afbakening of bepaalde gemeenschap, zoals de Turkse moeders;
- 2) Identificeren van de problemen van de buurt of de gemeenschap;
- 3) Interventies ontwikkelen in samenwerking met de buurt;
- 4) Evaluatie en monitoring van de maatregelen.

Het afbakenen van de 'community', de analyse van de problemen en het zoeken naar oplossingen met oplossingenactoren gebeurt samen met de bewoners van de wijk. Je komt tot een lijst van problemen en onderwerpen die vaak verschillen van wat de praktijkwerkers zelf belangrijk vinden. Zo komt roken daarbij zelden of nooit aan bod, maar wel zaken die verband houden met hun dagelijkse leefomgeving: geluidsoverlast, verkeersproblemen, hondenpoep, onveilige oversteekplaatsen of slecht onderhouden speelpleintjes zodat kinderen er niet kunnen spelen.

Algemeen is COPC een vorm van *needs assessment*, aldus Bruno Art, (U. Gent), waarbij vanuit een huisartspraktijk de gezondheidsnoden van een gemeenschap in kaart worden gebracht, en in overleg met de bevolking worden aangepakt. De methodiek werd ontwikkeld in Zuid Afrika en wordt zeer gefractioneerd toegepast in enkele Vlaamse wijkgezondheidscentra. Het belangrijkste knelpunt is het volwaardig betrekken van de gemeenschap.

De studenten geneeskunde aan de U. Gent leren aan de hand van deze methodiek inzien dat gezondheid meer inhoudt dan afwezigheid van ziekte. Dit is een oefening tijdens de opleidingsweek (derde bachelor) die niet de bedoeling heeft bruikbaar materiaal op te leveren over de wijken.

5.3.4. GEZONDE WIJK

Het project Gezonde Wijk is geïnspireerd op het concept van Gezonde stad dat is uitgewerkt door de Wereldgezondheidsorganisatie met als uitgangspunt: participatie van de doelgroep, intersectorale samenwerking, buurtgerichte werking, en politieke betrokkenheid.

'Brabantwijk Beweegt'

Binnen die filosofie startte het LOGO (Lokaal gezondheidsoverleg) Brussel een wijkgezondheidsproject op in twee achtergestelde buurten, eerst in Laag Molenbeek en nadien in de Brabantwijk (de wijk grenst aan het Noordstation, is gesitueerd binnen de gemeenten Sint-Joost-ten-Node en Schaarbeek). De coördinatie van dit project met verschillende lokale partners lag bij Samenlevingsopbouw Brussel.

Het Gezondheidsportret in de Brabantwijk is tot stand gekomen door een bevraging van bewoners, sleutelfiguren en professionals. Aan de hand van een open vragenlijst kregen ze de kans om hun bekommernissen over gezondheidsthema's te uiten. Sleutelfiguren uit verschillende sectoren werden bevraged, zoals apothekers, huisartsen, politie, kinderopvang, onderwijsopbouwwerk, voorzitters van moskeeën, animatoren van jeugd- en vrouwenwerking, handelaars en gemeentelijke diensten. Bewoners uit de wijk werden via de organisaties in de wijk en op straatpermanenties bereikt.

Uit de resultaten van de bevraging blijkt dat bewoners veel van hun gezondheidsproblemen en klachten in verband brengen met de woonomgeving. Ze wijten hun gezondheidsklachten aan de lawaaioverlast zowel overdag als 's nachts, de onveiligheid, het gebrek aan openbare netheid. Het sluikestorten, het zwerfvuil, de raamprostitutie en de stank van urinegeur van wildplassers geven de wijk een negatief imago. Dit alles straalt af op bewoners, die zich daarbij niet goed voelen (hoofdpijn, stress). Die aspecten zijn niet los te zien van de enge behuizing, hoge bevolkingsdichtheid, het tekort aan ontmoetingsplaatsen, speelruimte en groen.

Het Gezondheidsportret leverde essentiële informatie op over de factoren die een invloed hebben op de gezondheid van wijkbewoners. Er zijn factoren die gelinkt zijn aan de fysieke gezondheid en andere aan de geestelijke gezondheid. Het vormde de basis van een verdere diagnose en van concrete acties om iets aan de leefbaarheid in de wijk te doen. Als speerpunten op korte termijn wil men meer openbare urinoirs in de wijk die aangepast zijn aan een zeer frequent gebruik, een betere afstemming van de openbare reinheidsdiensten die actief zijn in de wijk (gemeente Schaarbeek en Agentschap NetBrussel), zodat er efficiënter kan worden opgetreden tegen sluikestorters en zwerfvuil. Het is ook zeer belangrijk dat er een globale visie wordt ontwikkeld voor de wijk rond de Aarschotstraat en de prostitutiestraat zelf, zodat er op een doordachte en gecoördineerde manier aanpassingen gebeuren om de leefbaarheid te verhogen.

Daarnaast wijst men op de behoefte aan toegankelijke diensten voor geestelijke gezondheidszorg, aantrekkelijker publieke ruimte, meer aangepaste parken en speelpleinen. Om de leefbaarheid van de wijk te verbeteren, hechten ze veel belang aan de inzet van de lokale verenigingen voor jongeren, interculturele bemiddeling en de samenwerking en betrokkenheid van verschillende actoren. Men ziet een belangrijke taak weggelegd voor de overheid, maar men wil zelf ook gemeenschappelijke acties ondernemen. Het opbouwwerk ondersteunde en organiseerde bewoners rond gemeenschappelijke projecten en activiteiten in de wijk, zoals de campagne rond wildplassen 'Ceci n'est pas un urinoir'. Men stelde het urinoirplan op en zag erop toe dat dit werd uitgevoerd. Voorts organiseerde men objectieve geluidsmetingen met de BIM. Een werkgroep Koningin-Groen voerde de 'Groene Koorts'-actie en voorzag in gevelplanten in de Groenstraat en Dupontstraat en startte met een collectieve, pedagogische moestuin in het Koningin-Groenpark.

Wat de behoefte aan geestelijke gezondheidszorg betreft, werd de methodiek Goed-Gevoelstoel aangepast aan de doelgroep in de Brabantwijk en getest bij verschillende groepen in wijkorganisaties. De bedoeling is om na een positieve evaluatie het instrument aan te bevelen bij de gemeente Schaarbeek zodat die aanpak wijder verspreid kan worden.

Meer informatie in publicatie: Gezondheidsportret 'Brabantwijk Beweegt': Caroline Van Malderen, Samenlevingsopbouw Brussel.

De projectnaam *Brabantwijk Beweegt* zet duidelijk in de verf dat de initiatiefnemers niet enkel focusten op de problemen, maar ook op de troeven in de wijk. Er zijn heel wat dynamische organisaties en verenigingen, zowel aan Nederlandstalige als Franstalige kant die succesvol samenwerkten. Het project 'Brabantwijk Beweegt' werd door onderzoeker Julien Piérart geïntegreerd in zijn actieonderzoek 'Santé dans les quartiers', dat werd ondersteund door het federale Grootstedenbeleid.

Experimenten in 13 Nederlandse steden

Het project 'gezonde wijk' is opgezet als experiment in 13 steden in Nederland, ze zijn gestart in 2007 en lopen tot 2017. Het project vertrekt van de visie dat niet alleen factoren op het niveau van het individu, maar ook sociaaleconomische factoren, zoals opleiding, inkomen, werk en leefomgeving, en toegang tot zorg bepalend zijn. De verbetering van gezondheid van bewoners vraagt daarom een integrale aanpak van verschillende sectoren. Dertien van de achttien Nederlandse gemeenten met aandachtswijken doen hieraan mee, zo onder meer Amsterdam, Den Haag, Enschede, Deventer, Utrecht en Zaanstad. Het programma is opgezet in samenwerking met het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en het Ministerie van Binnenlandse Zaken. Het gemeenschappelijke kenmerk van die experimenten is de samenhangende, gebiedsgerichte aanpak. Er wordt parallel gewerkt aan:

- De verbetering van de sociaaleconomische positie van bewoners;
- Het betrekken van bewoners bij gezonde leefstijl;
- De verbetering van de leefomgeving;
- Betere zorg in de buurt;
- Participatie van bewoners in de samenleving.

De aanpak in de verschillende steden is gebaseerd op de lokale gezondheidsvraagstukken in de wijk en in de meeste steden is het plan samen met bewoners en lokale partners opgesteld.

De ambitie en de lat liggen hoog: door 10 jaar structureel samen te werken wil het experiment

Gezonde Stad dat de gezondheid van bewoners van de achterstandswijken in de buurt komt van het stedelijke gemiddelde (Gezonde wijk in de praktijk, 2012). Inspirerend voor de Vlaamse en Brusselse praktijk is het brede partnership en vooral ook het perspectief op langere termijn.

5.3.5. CONCLUSIE

Uit bovenstaande praktijkvoorbeelden blijkt dat de wijkaanpak kan inspelen op een aantal sociale determinanten van de gezondheid. Deze benadering biedt mogelijkheden voor:

- Creëren van toegankelijke en nabije voorzieningen;
- Verbreden van kennis en vaardigheden;
- Aansluiten bij sociale netwerken in de buurt;
- Verhogen van zelforganisatie;
- Versterken van sociale cohesie;
- Verbeteren van de sociale en fysieke omgeving;
- Voeren van een gemeenschappelijke acties voor gezondheid;
- Aangaan van een dialoog met het beleid;
- Het samenbrengen van alle relevante actoren;
- Uitbouwen van een integraal lokaal gezondheidsbeleid.

Op basis van de eerste ervaring met wijkgerichte aanpak in Laag Molenbeek werd een handleiding voor projectmatige aanpak uitgeschreven door VIGeZ en Logo Brussel. ('Stapstenen voor gezonde gemeenschappen' www.vigez.be).

Deze aspecten komen verder ook gedeeltelijk terug als we het hebben over integrale en intersectorale samenwerking, maar de wijkgerichte werking rond het thema gezondheid is niet het enige antwoord op de grote uitdaging om gezondheidsachterstand aan te pakken.

5.4. EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG VERSTERKEN

We gingen uitgebreid in op de wijkgerichte werking rond gezondheid en in het bijzonder op de rol van de wijkgezondheidscentra omdat we hier veel aanknopingspunten vinden voor de sector Samenlevingsopbouw. Verschillende experts die we in het kader van deze verkenning hebben geïnterviewd, pleiten er evenwel voor om niet alle taken of opdrachten voor toegankelijker gezondheidszorg te leggen bij de wijkgezondheidscentra. Daarnaast zijn er immers diverse kleine en grote groepspraktijken die interdisciplinair en wijkgericht werken. Ze zijn ook pleitbezorgers van een versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg en aangepaste werkvormen om maatschappelijk kwetsbare doelgroepen te bereiken.

Grondrechtenboom Meetjesland en Gezondheid

Dertien OCMW 's in het Meetjesland, verenigd in de Welzijnsband, maken gebruik van een praktische gids om de gezondheidszorg toegankelijker te maken en om meer preventief te werken aan gezondheid. De gids is het resultaat van een intergemeentelijke intervisie van maatschappelijk kwetsbare mensen, LOGO Gezond +, CM, de 13 OCMW 's en Samenlevingsopbouw Oost-Vlaanderen.

De intervisiegroep baseerde zich op probleemsituaties van cliënten die werden aangebracht door OCMW 's en externen. De ervaringen en bevindingen van de doelgroep heeft de intervisiegroep vervolgens getoetst aan wetenschappelijke inzichten inzake gezondheidsongelijkheid, zoals van de vakgroep huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg van de Universiteit Gent. Op die basis formuleerde de intervisiegroep voorstellen en tips rond de volgende vier thema's: toegankelijkheid en betaalbaarheid van de gezondheidszorg, de geestelijke gezondheid, voeding & beweging. Iedere intervisie bestaat dus uit een drieluik: het deel informatie, het deel intervisie op basis van concrete casussen en het luik tips en oplossingen. Met die gemeentelijke intervisiegroep ondersteunen Samenlevingsopbouw Oost-Vlaanderen en LOGO de 13 OCMW 's in het Meetjesland bij het ontwikkelen van een gezondheidsbeleid. De intervisiegroep heeft het thema gezondheid op de kaart gezet en daarbij aangeduid hoe OCMW 's binnen hun beperkte mogelijkheden toch een belangrijke rol kunnen spelen op het domein gezondheid.

De intergemeentelijke intervisiegroep gezondheid is één van de realisaties binnen het ruimere project Grondrechtenboom Meetjesland van Samenlevingsopbouw Oost-Vlaanderen. Het project verwijst naar de dialoog met maatschappelijk kwetsbare groepen over de toegang tot hun sociale grondrechten. Uit dit intensief beleidsparticipatieproces dat loopt van 2008 tot 2012 worden beleidsvoorstellen gedistilleerd rond vier prioritaire beleidsdomeinen: gezondheid, vrijetijdsparticipatie, aanvullende steun, en proactieve dienstverlening.

Meer informatie: Leila Vandamme en Steven Rommel, Samenlevingsopbouw Oost-Vlaanderen

Eerstelijnsworkers hebben meestal een goed zicht op de verschillende factoren die de gezondheid van hun cliënt/patiënt beïnvloeden. Voor een groot deel gaat het om voor de hand liggende factoren, zoals fijn stof, te veel zout, roken, ongezonde voeding, gebrek aan beweging, e.d. , aldus Johan Mackenbach in het tijdschrift Eerstelijns. Van alle ziektegevallen die dagelijks de spreekkamers van huisartsen vullen, zou de helft niet bestaan als de oorzaken ervan worden aangepakt. Juist de eerste lijn kan daarin een belangrijke rol spelen door mensen met ongezonde gedragingen te motiveren tot ander gedrag en hen daarin te ondersteunen. Bij voorbeeld met een programma stoppen met roken of het aanbieden van een beweegprogramma. Helaas zien niet alle huisartsen preventie als een onderdeel van hun takenpakket. Maar als je de bevolking zo gezond mogelijk wil maken, is preventie onontbeerlijk en vaak effectiever dan curatie (Van Beek, 2012).

5.4.1. VERSTERKTE EERSTE LIJN

Een werkgroep 'basisgezondheidszorg voor armen' formuleerde op het *congres over armoede en gezondheidszorg in Vlaanderen* de volgende concrete voorstellen om de eerste lijn te versterken en meer ruimte te maken voor preventie:

- Verplichting tot het kiezen van een vaste huisarts (met voldoende vrijheid om te veranderen), die op basis van het gecentraliseerde dossier de patiënt beter kan opvolgen en een goed zicht heeft op de gezondheidsproblemen van de patiëntenpopulatie en op die manier zijn patiënten kan oproepen of mobiliseren voor bepaalde preventieve acties.
- Verplichte echelonnering, de vaste huisarts verwijst door naar de specialist. Hier dient een grote omslag te worden gemaakt, zeker in grote steden is er vooral onder kansarmen en allochtonen een onderconsumptie van de eerste lijn en een overconsumptie van specialistische zorg. Binnen bepaalde allochtone gemeenschappen is de rol van de huisarts niet gekend. Hier ligt een grote opdracht op vlak van informatie en sensibilisering binnen die gemeenschappen.
- Bij de verplichte echelonnering is een belangrijke randvoorwaarde de betere communicatie tussen specialist en huisarts, en omgekeerd. De nieuwe elektronische faciliteiten scheppen nieuwe kansen op vlak van communicatie.
- Extra middelen voor de eerste lijn door een herverdeling van de middelen, via KIWI-model voor geneesmiddelen en een structurele vermindering van het overaanbod aan zorg in ziekenhuizen
- Multidisciplinair werken op de eerste lijn aanmoedigen, door zich in groepspraktijken te organiseren en samen te werken met verpleegkundigen, praktijkassistenten, maatschappelijk werkers en zo nodig met interculturele bemiddelaars. Op die manier ontstaat er een betere omkadering van de huisarts, een sterkere inbedding van de

huisartsgeneeskunde in de lokale gemeenschap. Het werken in teamverband schept ook meer ruimte en mogelijkheden voor het preventief werken om bij voorbeeld deel te nemen aan het lokaal welzijnsoverleg.

- Specifieke financiering voor gezondheidspromotie en ziektepreventie. Aandachtspunten zijn hierin informatie op maat van de patiënt, de grotere zelfredzaamheid en participatie van de patiënten (Verlinde & Vermeulen, 2011).

Het Huis voor Gezondheid in Brussel wijst op het pijnpunt voor het aantrekken en behouden van zorgverleners. Het is in Brussel, aldus Caroline Verlinde en Trees Van Cauwenberghe in een interview met TerZake, een ernstig probleem om mensen die kiezen voor het beroep van huisarts, verpleegkundige of verzorgende in de gezondheidssector te houden en dit is nog moeilijker in een achtergestelde buurt (Hautekeur, 2011).

Impulseo uitbreiden

De federale overheid stimuleert – via het programma Impulseo 1- met een startpremie huisartsen om zich in zogenaamde prioritaire zones te vestigen, en hetzelfde impulsfonds voor de huisartsgeneeskunde – via Impulseo 2 en 3 – betaalt een deel van de loonkosten terug van de werknemer die de huisartsgroepering ondersteunt bij het onthaal en praktijkbeheer. Zowel de groepspraktijken als de netwerken van huisartsen kunnen optreden als werkgever van een praktijkassistent, zie www.fonds.org

De overheid zou aldus het *Huis voor Gezondheid in Brussel* groepspraktijken en samenwerking met praktijkassistenten, maatschappelijk werkers en/of interculturele bemiddelaars moeten vergemakkelijken. Met een nieuw/aanvullend Impulseo-programma zou de federale overheid bij voorbeeld middelen ter beschikking kunnen stellen voor de aanwerving van een welzijnswerker die zich toelegt op de preventieve wijkgerichte aanpak en op die manier zou ook de link met kansarme wijken kunnen worden gemaakt (Hautekeur, 2011).

Domus Medica

In de omgevingsanalyse van de gezondheidszorg in de regio Halle en Pajottenland wijst RISO Vlaams-Brabant op het dalend aantal huisartsen en het probleem van de verminderde bereikbaarheid van de toekomstige huisartsen. Vastgesteld wordt dat bepaalde huisartsenkringen zelf vragende partij zijn naar een grotere samenwerking op de eerste lijn, zoals blijkt uit het visiedocument van Domus Medica: *het systematisch uitbouwen en structureren van de multidisciplinaire samenwerking kan een kwalitatief en gepast antwoord bieden op de toenemende complexiteit van de zorgbehoeften. Samenwerking is cruciaal voor de verdere uitbouw van de huisartsgeneeskunde en de eerste lijn. De meerwaarde van de*

huisarts zit in de coördinatie van complexe zorgprocessen en het afstemmen van de probleemgestuurde specialistische zorg op de noden en mogelijkheden van de patiënt en zijn omgeving (Werkdocument Omgevingsanalyse Halle Pajottenland, RISO Vlaams-Brabant, 2012).

Dit is een stevig pleidooi van een belangenorganisatie van huisartsen voor een verregaande samenwerking op de eerste lijn om de eerstelijnsgezondheidszorg te versterken en in de regio te verankeren.

5.4.2. OUTREACHEND EN PROACTIEF

Wat de toegang tot de eerstelijnszorg en maatschappelijke diensten betreft, is vanuit het Samenwerkingsverband maatschappelijke dienstverlening van de sector Samenlevingsopbouw een beleidsvisietekst uitgewerkt om de drempels tot voorzieningen te verlagen (beleidsvisietekst proactieve dienstverlening, 2011).

In diezelfde visietekst zijn goede praktijkvoorbeelden in beeld gebracht zoals Zorgnetwerken in West-Vlaanderen en de dorpsrestaurants in Limburg. Bij het ontplooiën van een outreachende werking en het scheppen van laagdrempelige ontmoetingsplaatsen of geïntegreerde basisvoorzieningen kan ongetwijfeld een duidelijke link worden gemaakt met gezondheid en de toegang tot eerstelijnsgezondheidszorg.

Dit is een aandachtspunt voor het recent gestarte project proactieve dienstverlening. In 19 gemeenten worden pilootprojecten opgezet om het proactief handelen in beleid en de lokale dienstverlening te stimuleren.

5.5. GEZONDHEIDSPROMOTIE EN ZIEKTEPREVENTIE

Op Vlaams beleidsniveau staat de gezondheidspromotie en ziektepreventie hoog op de agenda. In het kader van preventie hecht men veel belang aan een gezonde leefstijl, in het bijzonder aan bewegen en gezonde voeding. Projecten rond bewegen kunnen een verschil maken voor de doelgroep van maatschappelijk kwetsbare groepen, maar het gaat om veel meer dan bewegen. Ook Samenlevingsopbouw zet hierop in. Samenlevingsopbouw Gent heeft samen met buurtsportwerkers beweeglessen ontwikkeld op maat van de 1^{ste} generatie allochtone vrouwen. Hierna gaan we in op het project Bewegen op Voorschrift. Aansluitend staan we stil bij het project *Big Move mama* in Amsterdam dat zich heel specifiek richt tot allochtone moeders in Amsterdamse achterstandswijken.

5.5.1. PROJECT BEWEGEN OP VOORSCHRIFT (BOV)

Het Wijkgezondheidscentrum De Ridderbuurt (WGC) en RISO Vlaams-Brabant sloegen in 2009 de handen in elkaar om het BOV-project te realiseren. Voor RISO is BOV een voorbeeldproject: het gaat uit van de kracht van mensen, het verhoogt hun gevoel van zelfwaarde en heeft positieve effecten op de gezondheid. Bovendien is het een ideaal vertrekpunt om in dialoog te treden over het recht op een gezond leven en het verband te leggen tussen gezondheid en andere levensdomeinen. Samenlevingsopbouw staat garant voor de participatieve aanpak, de lokale netwerking en verankering van het project. Bij de uitwerking van het project is een beroep gedaan op de expertise van het VIGeZ.

Sinds 2012 worden ook andere huisartsenpraktijken in Leuven betrokken. De projectleiders gaan met hen het gesprek aan, stellen het project voor en bezorgen hen de nodige informatie om met het (eenvoudig) protocol van BOV aan de slag te gaan.

Eenvoudig protocol 'Bewegen Op Voorschrift' (BOV)

Mensen met een hoog gezondheidsrisico of met een zittende leefstijl krijgen van de huisarts een voorschrift om te bewegen. De directe toeleiders in het project zijn huisartsen. Ook eerstelijnsverpleegkundigen kunnen mensen aanraden om een voorschrift te vragen aan hun huisarts, zij zijn de indirecte toeleiders. De bewegecoach stelt een beweegplan op dat rekening houdt met de individuele conditie, zoekt naar een aangepast beweegaanbod in de buurt of de gemeente, en biedt de mogelijkheid om bij een groep aan te sluiten. Zij volgen ook de patiënt op en meten de gezondheidswinst.

De persoonlijke benadering van de deelnemer staat centraal: veel aandacht gaat dan ook naar zijn ervaringen, opmerkingen en suggesties. Het belangrijkste is dat mensen plezier beleven aan bewegen want dit verhoogt de kans dat ze volhouden en doorstromen naar het reguliere aanbod. Tijdens het bewegen komen bij de deelnemer positieve krachten naar boven, ze ontdekken plots andere capaciteiten want ze hebben samen met anderen iets concreets gepresteerd. Soms ontstaat er een nieuw sociaal netwerk.

Uit het tussentijds rapport van een eerste BOV-jaar 'Boffen de deelnemers van Bewegen Op Voorschrift' blijkt dat het BOV-project een significante gezondheidswinst oplevert: deelnemers met de laagste basisconditie krijgen een betere uithouding, lichamelijke klachten verminderen en er is een opvallende verbetering van de mentale gezondheid. Dit laatste uit zich in een grotere vitaliteit, minder stress en depressie. Deelnemers voelen zich fitter, maar het project heeft vaak nog geen weerslag op het gewicht. Voor die kwestie zoeken de initiatiefnemers samenwerking met wetenschappers, lokale projecten en diëtisten. In het rapport benadrukken de doorverwijzende artsen dat ze met BOV een positieve tool hebben om met kwetsbare mensen preventief te werken.

Meer informatie: TerZake Cahier, november 2011 en het rapport 'Boffen de deelnemers van Bewegen Op Voorschrift', zie www.risovlaamsbrabant.be, contactpersoon: Patricia Decraene

De basisprincipes van BOV

- Dubbele coaching is het beginpunt om mensen meer te laten bewegen. Als eerste stap is er het gesprek en voorschrift van de huisarts en als tweede stimulus het intakegesprek en beweegplan met de beweegcoach, die laatste blijft zo veel mogelijk ter beschikking van de deelnemer en focust op de aansluiting bij of doorstroming naar het meest geschikte aanbod.
- Een laagdrempelig aanbod op maat, dat geconcretiseerd wordt op de volgende drie manieren:
 - eigen beweeggroepen (zoals aquafun, fun fit)
 - een aanbod i.s.m. met Buurtsport stad Leuven en reguliere sportclubs
 - actieve doorverwijzing naar regulier sportaanbod (zwemmen met de Leuvense zwemclub) met ondersteuning van clubs en deelnemers

Met de partners wordt intens gecommuniceerd om te verhinderen dat mensen afhaken. Op die manier is een vlottere aansluiting mogelijk op het reguliere vrijetijdsaanbod, dat vaak als hoogdrempelig wordt ervaren.

Participatieve aanpak

Via individuele gesprekken en groepswork met deelnemers, coaches, lesgevers en toeliders krijgt men een duidelijk zicht op financiële, culturele, mentale en sociale drempels. Dank zij die participatieve aanpak kan de BOV-werking voortdurend worden bijgestuurd. Participatie is dus de rode draad doorheen het hele BOV- project, zowel in de voorbereiding, de concrete uitwerking, de evaluatie en ontwikkeling van het concept. Het is niet voldoende om mensen te motiveren om te bewegen. Je moet tegelijk openstaan voor individuele verhalen. Wil je de ongelijkheid in gezondheid *verkleinen*, dan moet je ze *eerst verklaren*. Je vertrekt daarbij van het levensverhaal en de ervaringen van de mensen zelf, gelinkt aan wat hulpverleners, wetenschappers, filosofen, vrijwilligers en basiswerkers aan inzichten meegeven.

Community based en sector-overschrijdend

Het BOV-project gaat uit van de samenwerking tussen de sectoren welzijn, gezondheid, vrije tijd en sport. Voor de uitwerking van het project in Leuven werkt RISO sinds de opstart in 2009 samen met diverse lokale partners uit welzijn (CAW, buurtwerken, opbouwwerk, verenigingen waar armen het woord nemen, integratiedienst,...), gezondheid (huisartsenpraktijken, wijkgezondheidscentrum De Central, ziekenfondsen), vrijetijd (socio-cultureel middenveld, zoals Femma) en sport (Buurtsport Leuven, sportraad, sportclubs).

Lokale verankering

In functie van de continuïteit investeert RISO Vlaams-Brabant veel tijd in de lokale netwerking en verankering van het project. Het opbouwwerk betreft zoveel mogelijk partners die het project lokaal kunnen schragen en een draagvlak vormen zodat het kan worden verzelfstandigd en voortgezet in het reguliere aanbod. Vanaf de prille start van het BOV-project werkte de dienst buurtsport van de stad Leuven actief mee. Op termijn moet daaruit een lokaal netwerk van actoren ontstaan die met het thema gezondheid bezig zijn en vanuit verschillende disciplines de ongelijke toegang tot voorzieningen bestrijden. BOV is daartoe een handige tool om een eerste stap te zetten want voor de betrokken partners en actoren is het effect van de concrete werking onmiddellijk zichtbaar en meetbaar.

5.5.2. BIG MOVE MAMA

De gezondheid van niet-Westerse migranten en etnische minderheden waaronder Surinaamse, Antilliaanse en Ghanese Amsterdammers is over het algemeen minder gunstig. Ook komen risicofactoren voor gezondheid zoals overgewicht vaker voor bij de niet-Westerse migranten en etnische minderheden. Vandaar het beweegproject Big Move dat erin bestaat een half jaar in groep te bewegen onder professionele begeleiding. Het is een leefstijlprogramma dat al jarenlang succesvol wordt uitgevoerd door het Wijkgezondheidscentrum Venserpolder in Zuidoost Amsterdam (Hartman, 2012). Nieuwe moeders vormen echter een subgroep met een verhoogd gezondheidsrisico. De Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) Amsterdam zocht daarom samenwerking met het Wijkgezondheidscentrum Venserpolder voor het opzetten van een 'community based' project. Hieruit is de pilot Big Move mama ontstaan dat de toegankelijkheid onder de multi-etnische groep moeders in Amsterdam Zuidoost wil vergroten.

De GGD Amsterdam heeft in samenwerking met het Algemeen Medisch Centrum van de Universiteit Amsterdam een onderzoek gekoppeld aan dit pilootproject. Wat de aanpak en de impact van het project voor de doelgroep moeders betreft, baseren we ons op de onderzoeksresultaten van Marieke Hartman, onderzoekster academische werkplaats Gemeentelijke Gezondheidsdienst Amsterdam.

Voor het gewone programma Big Move nemen bewoners deel via de doorverwijzing van de huisarts www.bigmove.nu, maar voor het pilootproject Big Move mama trokken de initiatiefnemers zelf de wijk in. Ze benaderden de moeders met niet-Westerse allochtone origine via de kerken, zelforganisaties en media waarmee die vrouwen vertrouwd zijn. Er zijn in de wijk immers organisaties met een vaste achterban die op vaste tijdstippen samenkomen. Via hun zelforganisaties werden potentiële deelnemers geïnformeerd. De Ghanese bewoners bij voorbeeld beschikken over een sterk (gesloten) netwerk en zijn gewoon om via de kerk of hun organisatie geïnformeerd te worden. Het aanbod van Big Move mama werd op een persoonlijke manier onder de aandacht gebracht. Geïnteresseerden konden na een intakegesprek kiezen voor een dansgroep op maandagochtend of een zwemgroep op donderdagavond.

Het programma bestond uit informatie-uitwisseling, het doen van oefeningen of (gezelschap)spellen, en het motiveren tot beweging naast en na Big Move. In het begin van het programma werd vooral aandacht besteed aan het erbij horen: het bewegen in vaste groepen met vaste coaches droeg daar zeker toe bij. Geleidelijk aan verschoof de verantwoordelijkheid almaar meer van de coach naar de deelnemster. In het begin werden ze letterlijk en figuurlijk bij de hand genomen om de angst voor het zwemmen te overwinnen en afweziggen werden via de telefoon of sms gecontacteerd.

Uit de interviews met de moeders en contactpersonen bleek dat de volgende factoren moeders hebben gemotiveerd om deel te nemen:

- Persoonlijke actieve benadering;
- Een samenwerking met organisaties in de wijk;
- De mogelijkheid om zich samen in groep te kunnen inschrijven;
- Een deskundige en sleutelfiguur die de informatie overbrengt;
- Een aanbod dat aansluit bij de wensen van de doelgroep;
- Een aanbod dicht in de buurt op het juiste tijdstip en tegen een lage kostprijs.

De deelnemers waren gemiddeld 43 jaar, die hun opleiding vaak buiten Nederland (in hun geboorteland) hadden gevolgd. De meesten onder hen hadden werk en geen partner. Voor ze deelnamen aan Big Move mama deden 20 van de 28 deelnemers nog niet aan beweging of sport. Sommigen waren gestopt met sporten na het krijgen van kinderen.

De overheersende mening over het programma is positief: beweegactiviteit in het water, in groep en in een goede sfeer onder begeleiding van spontane, aardige en professionele coaches. Een ander positief effect is de 'binding' of verbinding die ontstaat tussen deelnemers met verschillende culturele achtergrond die in dezelfde wijk wonen. Het leidt tot een grotere acceptatie van de onderlinge verschillen. Daarnaast wezen de moeders die niet sportten (of nog niet hadden gesport) op de positieve effecten op de mentale en lichamelijke gezondheid: minder depressie, stress en vermoeidheid, minder pijnen en fitter. Ze zijn algemeen bewuster geworden over de positieve effecten van het meer bewegen.

5.5.3. PARALLELEN

De onderzoekers hebben ook een aantal voorstellen geformuleerd om de doorstroom naar het reguliere beweegaanbod te bevorderen. Men hecht daarbij veel belang aan van de creatie van een netwerk tussen organisaties in de wijk, bewoners en aanbieders van beweegactiviteiten, maar ook tussen beweegactiviteiten onderling.

We zien een aantal duidelijke parallellen tussen het BOV-project en Big Move Mama, zowel voor de deelnemers als de organisatie. Zo wordt in beide gevallen veel aandacht besteed aan toeleiding, blijvende motivatie, de deskundige individuele coaching, de groepsondersteuning, de laagdrempelige aanpak, de ruime lokale samenwerking en netwerking.

5.6. INTEGRAAL GEZONDHEIDSBELEID

Als je de gezondheidsongelijkheid wil aanpakken door maatregelen in de fysieke en sociale omgeving vereist dit de inzet van andere beleidsterreinen naast welzijn en volksgezondheid. Het gaat daarbij onder meer om de beleidsdomeinen wonen, ruimtelijke ordening, mobiliteit, milieu, veiligheid, onderwijs en maatschappelijke dienstverlening.

Als je bij voorbeeld kinderen meer wil laten bewegen lukt dit niet alleen vanuit de gezondheidssector. Het gedrag van ouders, vrienden en klasgenoten zijn van invloed op het aannemen van een gezonde leefstijl. Er is een raakvlak tussen onderwijs en gezondheid, zoals de leerlingen die les krijgen in goede voeding of meer bewegen in schoolverband. Als je een echte gedragsverandering inzake beweging beoogt, moet je immers ook samenwerken met ouders, scholen, jeugdbewegingen, jeugddienst, dienst ruimtelijke ordening (veilige fietspaden) en openbaar groen (aanleg speelpleinen).

Vooraf binnen de wijkgerichte werking rond gezondheid vonden we goede illustraties van een integraal gezondheidsbeleid, zoals binnen het concept Gezonde Wijk en het Gezondheidssportret in de Brusselse Brabantwijk vanuit LOGO Brussel, alsook de verschillende projecten vanuit de WGC. Sara Willems (U. Gent) schetst de positieve (lange termijn) impact van een project rond tandhygiëne in een Gentse wijk. Een brede waaier van partners werkte hieraan mee, zoals scholen, tandartsen, moeders, lokale winkels, de bibliotheek, verpleegkundigen van Kind & Gezin. Zo bleek uit een focusgroep met jonge moeders dat ze de zoetmaker Fristi in de papfles deden om kinderen rustig te houden omdat ze geen raad wisten met bepaalde opvoedingsproblemen van hun kind. Door te vertrekken van het opvoedingsprobleem van die moeders met een laag inkomen werd ook het onderwerp tandhygiëne bespreekbaar. Er is inmiddels een boekje met een aantal tips opgemaakt. Kind & Gezin neemt dit aandachtspunt voortaan mee in zijn consultaties. Het project is verankerd in de stad Gent, dat het materiaal (gezondheidspakket) heeft geïntegreerd in haar materialenbank voor scholen.

Een breed welzijnsoverleg op lokaal niveau (wijk, gemeente of stad) is een belangrijke voorwaarde voor een integrale en intersectorale aanpak van gezondheidsverschillen. Je kunt niet uitgaan van één model voor dit overleg. Zo nodig, kan ook de Samenlevingsopbouw de rol van regisseur vervullen.

De gekozen overlegstructuur moet aangepast zijn aan de lokale context, aldus Sara Willems. Ze schetst een aantal voorwaarden om het intersectoraal overleg te doen slagen:

- Allereerst moet er vertrouwen zijn tussen de partners rond de tafel door bij de allereerste bijeenkomst duidelijkheid te schetsen over de rol en bevoegdheden van iedere partner;
- De overlegstructuur moet aangepast zijn aan de lokale realiteit;
- Doelstellingen moeten helder zijn: gaat het om het uitwisselen van informatie en van elkaar leren, samen opzetten van projecten of interventies, en/of het beleid te beïnvloeden;
- Er moet een regisseur of voortrekker zijn van het overleg, die daarvoor een mandaat heeft van de participanten,
- Eensgezindheid over het type van leiderschap of regisseur: gaat het om een persoon die uitwisseling stimuleert, overleg faciliteert of aanstuurt.

Uit de HIVA-studie die de lokale sociale beleidsplannen doorlichtte blijkt dat twee derden van de gemeenten expliciet werkt rond gezondheid. Binnen ieder beleidsdomein worden positieve stappen gezet, niettemin nemen de gezondheidsongelijkheden toe. Vandaar de behoefte aan een meer geïntegreerde aanpak. Het realiseren van een integraal gezondheidsbeleid kunnen gemeenten en OCMW's niet alleen realiseren. Lokale besturen zijn daarbij aangewezen op de samenwerking met diverse andere partners, zoals het welzijnswerk, de samenlevingsopbouw, sport en culturele organisaties, sociale huisvestingsmaatschappijen. Verschillende actoren, waaronder Samenlevingsopbouw kunnen een rol spelen in het lokaal, integraal gezondheidsbeleid.

Als afsluiter van de 2-daagse internationale conferentie 'Reducing health inequalities from a regional perspective', georganiseerd door de Vlaamse overheid onder het Belgische EU-voorzitterschap, werd een aparte namiddagsessie georganiseerd rond aanbevelingen voor het Vlaamse beleid. Het gebrek aan een integrale en intersectorale samenwerking werd beschouwd als de belangrijkste oorzaak van de onmacht om de gezondheidskloof effectief aan te pakken. Een integraal gezondheidsbeleid op lokaal niveau is belangrijk, maar dit moet worden ondersteund door de Vlaamse overheid, zoals een voldoende aanbod aan kwalitatieve, betaalbare sociale huisvesting en maatregelen die een meer gelijke toegang tot het onderwijs waarborgen (Congresaanbevelingen voor het Vlaamse beleid, 2010).

6. SAMENGEVAT – AANGRIJPINGSPUNTEN VOOR DE SECTOR SAMENLEVINGSOPBOUW

In de projecten van Samenlevingsopbouw kunnen we de ‘gezondheidsbril’ opzetten en het thema gezondheid daarin integreren. Concrete aangrijpingspunten daarbij zijn onder meer:

- De kwaliteit van wonen en energie op de gezondheid. Zie in dit verband het rapport over woonsituatie op de private huurmarkt van het Samenwerkingsverband Wonen van de sector, alsook de aanbevelingen uit het rapport Armoede en sociale uitsluiting op het platteland rond woonsituatie van ouderen en gezinnen met meervoudige problemen;
- Onderwijs in functie van sociale mobiliteit, gekaderd in het concept van een Brede School;
- Projecten die in functie van (geestelijke) gezondheid zinvolle dagbesteding mogelijk maken, sociale netwerken versterken, laagdrempelige ontmoetingsruimten creëren, zoals Dorpsrestaurant en Netwerk Dorpen.

Hierna focussen we echter op de ontwikkeling van een programmaspoor rond het thema gezondheid. We vertrekken vanuit de missie/kerndoelstellingen van de sector en aansluitend bij het schema Whitehead situeren we de interventies van de Samenlevingsopbouw op vier niveaus.

6.1. ONTWIKKELEN VAN EEN (NIEUW) PROGRAMMASPOOR ROND GEZONDHEID

6.1.1. MISSIE

De sector Samenlevingsopbouw heeft een grote expertise in het organiseren van en het stem geven aan maatschappelijk kwetsbare groepen, en is dus zeer beslagen in het participatief werken met doelgroepen en het zoeken naar collectieve oplossingen. Het ondersteunen van bewoners zodat ze vat krijgen op het eigen leven, is de corebusiness van de sector. Vanuit de missie en kerndoelstellingen van Samenlevingsopbouw komen de volgende prioriteiten duidelijk naar voor:

- **voorrang aan maatschappelijk kwetsbare groepen**, dit zijn mensen met een lage sociaaleconomische status, waaronder mensen die in armoede leven, etnisch-culturele minderheden en mensen zonder wettig verblijf;
- focus op de **participatie en het empowerment** van maatschappelijk kwetsbare groepen;
- **collectieve** eerder dan individuele **aanpak** van de gezondheidsachterstand;
- **focus op primaire preventie** (het beïnvloeden van sociale en fysieke determinanten van gezondheid) in aansluiting op secundaire preventie & curatieve gezondheidszorg;
- beleidsgerichte werking: agendasetting en beïnvloeden van oplossingsactoren.

6.1.2. VIER NIVEAUS

De belangrijkste hefboomen om de gezondheidskloof aan te pakken sluiten aan bij het model van Whitehead en Dahlgren dat in de sociale determinanten van de gezondheid een onderscheid maakt tussen de invloed op verschillende niveaus, gaande van het individuele tot het macroniveau. Benadrukt werd om binnen ieder van die niveaus oog te hebben voor het verminderen van risicofactoren (roken, verkeersonveiligheid, ...), het bevorderen van positieve gezondheidsfactoren (goed geïsoleerde woningen, economische zekerheid) en de beschermende maatregelen (vaccinatie, sociaal netwerk uitbouwen, gevoel van zelfwaarde verhogen).

Binnen dit schema kunnen opbouwwerk en buurtwerk hun interventies een plaats geven. Vanuit de brede definitie van gezondheid kijken we immers niet enkel naar de individuele persoonlijke kenmerken (leeftijd, geslacht) maar ook naar de invloeden van de omgeving op de levenskwaliteit van het individu. Daarbij kunnen we een link maken naar leefbaarheid van de buurt als de mate waarin die beantwoordt en aangepast is aan de noden en wensen van de bewoners.³

Versterking van het individu

- Informatie en sensibilisering op maat van de doelgroep;
- Effectievere toeleiding en toegang tot zorg;
- Effectievere financiële toegankelijkheid;

³ Voor de verdere uitwerking van het begrip leefbaarheid en de link naar duurzaamheid verwijzen we naar het komende onderzoeksrapport over dit thema van Stefaan Viaene.

- Zelfredzaamheid en empowerment van patiënten/bewoners;
- Rechten van patiënten.

Versterking van buurt en gemeenschap

Drie domeinen in wijkgerichte werking rond gezondheid (onderscheid is geïnspireerd op Paes).

- a) De eerstelijnszorg op wijkniveau omwille van de toegang en bereikbaarheid van voorzieningen: een breed palet van zorg en welzijn in de fysieke nabijheid van mensen.
- Algemene versterking van eerstelijnsgezondheidszorg: multidisciplinair en buurtgericht
 - Uitbouw van Wijkgezondheidscentrum: aanbod van geïntegreerde zorg, aandacht voor preventie, groepsgerichte benadering, innovatieve projecten alsook participatie van de patiënten

Het opbouwwerk legt de basis van het WGC, bouwt dit al dan niet verder uit tot het kan verzelfstandigen. De vraag is wat de rol is van Samenlevingsopbouw na de goedkeuring van het decreet op de WGC.

Het opbouwwerk speelt nu een rol in de gemeenschapsgerichte werking en in het innovatief zoeken naar nieuwe werkvormen/ instrumenten in het kader van de primaire preventie (dit geldt ook voor het volgende punt b).

- b) In de gezondheidsbevordering staan leefstijl en gezonde voeding centraal. Dit is een domein waar Samenlevingsopbouw samen met andere partners gemeenschappelijke projecten kan opzetten en wijkbewoners tevens kan stimuleren om zelf initiatief te nemen, zoals bij projecten rond bewegen, gezonde voeding en sociaal-culturele participatie
- Creëren van 'enabling environment';
 - Sociale vaardigheden verhogen en zelfwaarde versterken;
 - Opzetten van een breed partnerschap;
 - lokale verankering;
 - Tegengaan van stigmatisering.

- c) De sociale omgevingsbenadering van gezondheid en de wijk als 'community' zijn kenmerkend voor het opbouwwerk.
- Kernwoorden in de benadering zijn: participatieve aanpak (betrokkenheid van de doelgroepen en uitgaan van lokale behoeften); wijkgericht, integrale en intersectorale samenwerking, en beleidsgerichte aanpak.

Binnen dit domein komt de corebusiness van de Samenlevingsopbouw aan bod (zie missie en kernopdrachten van de sector): als buurt of gemeenschap zelf analyseren van problemen en definiëren van de oplossing en het integraal en intersectoraal samenwerken stimuleren: dit in het kader van een **lokaal integraal gezondheidsbeleid**.

Verbetering van leef-, woon- en werkomstandigheden

- Betaalbare, kwalitatieve huisvesting
- Onderwijs
- Toegankelijkheid van diensten en voorzieningen, waaronder toegankelijke gezondheidszorg
 - Wegwerken van financiële drempels: forfaitaire geneeskunde, derdebetalersregeling en terugdringen van privé-uitgaven in gezondheidszorg,
 - Outreachend werken,
 - Proactieve dienstverlening,
 - Toegankelijk, bereikbaar en aantrekkelijk aanbod inzake gezonde voeding (zoals volkstuin) en beweging.

Stimuleren van macro-economische, sociaal-culturele factoren

In het Belgische gezondheidssysteem hebben we een sterk uitgebouwde curatieve gezondheidszorg, met een ondergeschikt preventief gezondheidssysteem. Structureel dient er een veel groter accent te worden gelegd op preventie, in het bijzonder op de primaire preventie.

Aangezien inkomen en opleiding in belangrijke mate onze positie op de sociaaleconomische ladder én de gezondheidskloof bepalen, zijn beleidsmaatregelen op het vlak inkomen (toereikend minimum inkomen – zie sectoroverleg Maatschappelijke Dienstverlening binnen de Samenlevingsopbouw) en meer gelijke uitkomsten in het gelijke kansenonderwijs zeer cruciaal als macro economische maatregelen. Het TAHIB-onderzoek toont aan dat een meer ‘gedemocratiseerd’ onderwijs dat niet langer de sociale ongelijkheden reproduceert in staat is om de ongelijkheden in gezondheid te verkleinen.

Stimuleren van intersectorale aanpak van gezondheidsachterstand vanuit de Vlaamse en de federale overheid. Op de 2-daagse internationale conferentie ‘Reducing health inequalities from a regional perspective’ werd gesteld dat in Vlaanderen al heel wat inspanningen worden geleverd om de armoede te bestrijden. Het vormt een prioriteit in het Vlaams regeerakkoord die weerspiegeld wordt in het Vlaams Actieplan Armoedebestrijding. De Vlaamse overheid heeft ook een aantal cruciale hefboomen in handen op het vlak van onderwijs, werk, wonen, milieu, welzijn en gezondheid. Binnen elk beleidsdomein zijn er al initiatieven genomen. Binnen onderwijs werken de scholen rond het thema gezondheid en via deze weg worden in principe alle schoolgaande kinderen bereikt (zie Vlaams Actieplan van Onderwijs in de strijd tegen gezondheidsongelijkheid).

Ook het Europees project ‘Crossing Bridges’ benadrukt het belang van intersectoraal werken in de strijd tegen de gezondheidskloof. Het project ontwikkelde adviezen en training om een win-win te ontwikkelen tussen gezondheid en beleidsdomeinen als mobiliteit, ruimtelijke ordening, duurzaamheid of onderwijs. Meer info op www.health-inequalities.eu

6.2. ONDERSTEUNING DOOR SAMENLEVINGSOPBOUW VLAANDEREN I.S.M. ANDERE PARTNERS

6.2.1. VORMING & TRAINING

- Inzicht in mechanismen van gezondheidsachterstand en methoden/instrumenten om die achterstelling te bestrijden. Dit is niet enkel nuttig voor welzijnswerkers, maar ook mensen van de doelgroep zijn vragende partij.
- Ter inspiratie: Community Development Foundation ontwikkelde in opdracht van het Britse Health Development Agency een 'introductory course for people using community development approaches to improve health and tackle health inequalities (Henderson, Summer & Raj).

6.2.2. UITWISSELING VAN GOEDE PRAKTIJKEN IN DE STRIJD TEGEN GEZONDHEIDSONGELIJKHEDEN

- Uitwisseling van de opbouwpraktijken rond gezondheid
- Studiebezoek aan innovatieve projecten/concepten in buurlanden, cfr. Gezonde Wijk, inbedding van WGC in het lokaal gezondheidsbeleid
- Publicatie van inspirerende praktijken van en buiten de eigen sector

Zie in dit verband het TerZake cahier over de gezondheidskloof (november 2011), de publicatie van de Boudewijnstichting met 16 voorbeelden van goede lokale praktijken in Vlaanderen (2012). Alsook de website www.gezondeinspiratie.be waarop VIGeZ de goede praktijken van gezondheidsbevordering samenbrengt uit verschillende sectoren.

6.2.3. ONTWIKKELEN EN PROMOTEN VAN INNOVERENDE INITIATIEVEN

- Zoals op het vlak van gemeenschapsgerichte (community based) projecten, de geïntegreerde en intersectorale aanpak, zie projecten in het kader van Gezonde Wijk en projecten rond gezondheidsbevordering, zoals het BOV-project,
- Rol van Samenlevingsopbouw in het bevorderen van de primaire preventie.

Regionale organisaties voor Samenlevingsopbouw liggen aan de basis van die innoverende initiatieven.

6.2.4. BELEIDSBEÏNVLOEDING OP BOVENLOKAAL NIVEAU

Zie hierboven, het stimuleren van macro-economische, sociaal-culturele factoren om de gezondheidskloof structureel aan te pakken.

6.2.5. OPVOLGING VAN VOORTGANG IN ONDERZOEK

- Effectmeting van het project 'Bewegen op Voorschrift' door Universiteit Gent in samenwerking met RISO Vlaams-Brabant en andere betrokken partners.
- Onderzoek van HOWEST betreffende Zorgnetwerken in West-Vlaanderen in samenwerking met Samenlevingsopbouw West-Vlaanderen

VERWIJZINGEN

Annemans, L., Armoede en gezondheid: voorstellen van oplossingen, Periodiek , driemaandelijks tijdschrift van het Vlaams Geneeskundigenverbond, december 2009, p. 8-9.

Avalosse, H., Gillis, O., Cornelis, K. & Mertens, R. , Sociale ongelijkheden op het vlak van gezondheid: vaststellingen op basis van de gegevens van de ziekenfondsen, CM-Informatie 233, september 2008.

Belgisch Netwerk van verenigingen waar armen het woord nemen (BAPN), het Recht op gezondheid hertekenen, Rondetafelconferentie, 19 november 2010.

Buytaert B., Van Zele K en Vernailen N., (2005), Stapstenen voor gezonde gemeenschappen: gezondheidsbevorderingsprojecten in een gemeenschap, VIG, Brussel.

Calcoen, P., Private expenditure on health in Belgium, Intinera instituut, 18 april 2012.

Coene, J. (2011), Naar een gezonde geest in een gezond lichaam voor iedereen, in Armoede en sociale uitsluiting, Jaarboek 2011, Leuven, Acco.

Conferentie eerstelijnsgezondheidszorg, eindrapport werkgroep 6 geestelijke gezondheidszorg, 11 december 2010, Antwerpen.

Danau,D., Nielandt, B., en Vranken,J.(2009), Onderzoek Armoede en Psychiatrie, door SEIN-Universiteit Hasselt, OASeS Universiteit Antwerpen en OPZC Rekem, Koning Boudewijnstichting, Brussel.

De Keyser, A-S., Vrienden worden is moeilijk –psychiatrische patiënten ruilen ziekenhuis voor huiskamer, in De Standaard, 28-29 april 2012.

Eurohealthnet, Crossing Bridges project: Gezondheid voor alle beleidsdomeinen.Samenwerken aan gezondheid en welzijn, juni 2012.

Derluyn,I., Lorant, V., Dauvrin, M., Verrept,H., en Coune, I., Gezondheidszorg voor migranten en etnisch-culturele minderheden, in TerZake Cahier, november 201, p. 58-63.

Fransen,J., 40 jaar Geneeskunde voor het volk: dokters en patiënten voor elkaar op de bres, in TerZake Cahier, november 2011, p. 34-38.

Gezondheidsenquête door middel van interview, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid – afdeling Epidemiologie: <http://www.iph.fgov.be/epidemiologie/epinl/index4.htm>

Gezonde wijk in de praktijk, 2012, e-book, Kenniscentrum Wonen – Zorg, Utrecht.

Gezondheidsportret Brabantwijk beweegt!, 2008, Samenlevingsopbouw Brussel.

Gouverneur, T., Geestelijke gezondheid en armoede: een kwetsbaar duo, in TerZake, november 2011, p. 51-54.

Graham, H., & Kelly, M. (2004), Health inequalities: concepts, frameworks and policy, Health Development Agency, London.

Hautekeur, G. & Viaene, S. (2011), Armoede en sociale uitsluiting op het platteland, digitaal rapport, Samenlevingsopbouw Vlaanderen.

Hautekeur, G., Ivan Wolffers: 'je moet af van de intimiderende stijl van preventiecampagnes', TerZake november 2011, p. 25-28.

Hautekeur, G., Dokters van de Wereld is vangnet voor kwetsbare patiënten, TerZake september 2012..

Hartman, M. (2012), Resultaten pilot Big Move mama, GGD Amsterdam

'Ieders Stem Telt (2012), Korf met beleidsvoorstellen – inspirerende inhoud voor het bepalen van beleidsprioriteiten (intern document), Samenlevingsopbouw Vlaanderen.

Informatienota implementatie van artikel 107 van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinstellingen in de hervorming van de GGZ in uitvoering van de Interministeriële Gemeenschappelijke verklaring van juni 2002 en 2004 (intern document).

Interbestuurlijk Plattelandsoverleg (IPO), Advies van de themagroep kwaliteit en bereikbaarheid van voorzieningen in landelijke gebieden: de gezondheidszorg, VLM.

KANS (Kwetsbaarheid aanpakken in de Samenleving), Depressiviteit bij OCMW- en (I)CAW-gebruikers. De kwaliteit van de zorg vanuit het perspectief van de gebruiker, SWVG studiedag, Leuven, 2 december 2010.

Koning Boudewijnstichting (2007), Belgische initiatieven om de ongelijkheid in gezondheid te verkleinen 1995- 2006, Brussel.

Koning Boudewijnstichting (2010), De sociale ongelijkheid in gezondheid blijft hardnekkig hoog in België, Brussel.

Koning Boudewijnstichting, Ongelijk Gezond, Aanbevelingen voor het lokaal niveau, maart 2012, Brussel.

Koning Boudewijnstichting (2012), Ongelijkheid in Gezondheid, 16 voorbeelden van goede lokale praktijken in Vlaanderen, Brussel.

- Lynam, S. (2008), *Community development and health*, Combat Poverty Agency, Dublin.
- Memorandum, *Dringende Medische Hulp voor mensen zonder wettig verblijf. Waar knelt het schoentje?*, Samenlevingsopbouw Brussel, Dokters van de Wereld, e.a., april 2012, Brussel.
- Medisch dossier, *Armoede schaadt de gezondheid (2008)*, Welzijnszorg, Brussel.
- Mukherjee, S. (2011), *De Keizer aller Ziektes, een biografie van kanker*, Amsterdam, De Bezige Bij.
- Nederland, T. & Dekker, G. (2011), *Verleiden tot gezondheid*, Verwey-Jonker instituut, Utrecht.
- Nicaise, I., Schockaert, I., Wets, J. & Deboscher, T. (2011), *Armoede zonder papieren*, in *Armoede en sociale uitsluiting, Jaarboek 2011*, Acco, Leuven.
- Nuyens, I., *Ongelijkheid in gezondheid: van stamelen naar beleidstaal*, Periodiek, driemaandelijks tijdschrift van het Vlaams Geneeskundigenverbond, maart 2010, p. 11-12.
- Nuyens, I., *Gezondheidsdoelstellingen van Vlaams Minister van Welzijn in column De Standaard 31 januari 2012*.
- Paes, M. (2009), *Wijkgezondheidswerk, een studie naar 25 jaar wijkgericht werken aan gezondheid in Den Bosch-Oost*, PRVMZ.
- Proactieve dienstverlening in de strijd tegen onderbescherming, beleidsvisietekst, Samenwerkingsverband maatschappelijke dienstverlening sector Samenlevingsopbouw, 21 november 2011*.
- Rimaux, A., *Ons Gedacht over geestelijke gezondheid*, in *TerZake*, november 2011, p. 55-57.
- Savelkoul, M., e.a. (2010), *Terugdringen van gezondheidsachterstanden door gemeentelijk beleid*, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), Bilthoven.
- Schuermans, G. & Hautekeur, G., *'Maak van gezondheid een thema bij de gemeenteraadsverkiezingen in 2012'*, interview met Vlaams Minister Vandeurzen, *TerZake cahier november 2011*, pp 13-17.
- Seebohm, P. & Gilchrist, A. (2008), *Connect and Include. An exploratory study of community development and mental health*, Community Development Foundation/National Institute for Mental Health.
- Sociaal vertalen, resultaten 2011*, Tolk- en Vertaalservice Gent, info@TVGent.be
- Steunpunt Armoedebestrijding, Memorandum gemeenteraadsverkiezingen 2012*.

Swinnen, H. (2009), *Access to health care and long-term care: equal for women and men?*, Europees deelrapport over Nederland, Verwey-Jonker Instituut, Utrecht.

TAHIB-onderzoek, *Tackling Health Inequalities in Belgium (2010)*, een onderzoek van de Programmatorische Overheidsdiensten Wetenschapsbeleid uitgevoerd door het Wetenschappelijke Instituut voor Volksgezondheid (WIV), het Centre d'études socio-économiques de la Santé van de UCL en het Steunpunt Demografie van de VUB. Onderzoeksprogramma 'Samenleven en toekomst' van het Federale Wetenschapsbeleid: www.belspo.be/TA

Tegenbos, G., *Diabetes neemt sterk toe*, in *De Standaard*, 15 maart 2012.

Van Beek, G., *Eerste lijn is hard nodig voor dichten gezondheidskloof*, in tijdschrift *De Eerstelijns* nr. 2, maart 2011, pp 37-39.

Van Cauwenberge, S. & Van Moerkerke, B., *Gezondheid: lokaal bestuur kan verschil maken – interview met Jan De Maeseneer*, in *Lokaal*, 1 april 2010, pp. 26-29.

Vandeurzen, J., *toespraak van Vlaams Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, op de conferentie eerstelijnsgezondheidszorg*, 11 december 2010.

Van Duppen, D., *Kiwi werkt!*, in *TerZake* cahier november 2011, pp 22-2.

Vanoverloop, J. (2012), *Onderzoek van levenskwaliteit en zorgconsumptie bij diabetici*, *Socialistische Mutualiteiten*.

Verlinde, C. & Vermeulen, L., *Basisgezondheidszorg voor armen*, *Periodiek, driemaandelijks tijdschrift van het Vlaams Geneeskundigenverbond*, maart 2010, p. 31-35.

Vlaamse Diabetesvereniging, www.diabetes-vdv.be

Vranken, J, e.a. (2009) *Financiële en gezondheidsproblemen, Armoede en sociale uitsluiting, Jaarboek 2009*.

Willems, S. & Verlinde, E., *Sociale ongelijkheid in gezondheid een maatschappelijk onaanvaardbaar fenomeen in TerZake Cahier*, november 2011, p. 5-12.

Willems, S. & Vyncke, V. (2010), *Sociale verschillen in gezondheid, een stand van zaken van het probleem en het beleid in België*, in *Armoede in België*, Oases.

Wilkinson, R. & Pickett, K. (2010), *Why Equality is Better for Everyone*, London, Penguin.

Wolffers, I. (2011), *GEZOND – over de mens, zijn gezondheid en de gezondheidszorg*, Nieuw Amsterdam.

BIJLAGE 1

Stand van zaken i.v.m. regeling sociaal betalende derde (op 21 mei 2012)

<http://www.cm.be/nl/108/infoenactualiteit/persberichten/2011/persbericht-lage-inkomens-voor-een-euro-naar-de-huisarts.jsp>

Sociaal betalende derde:

- Momenteel gerealiseerd:
 - geconventioneerde huisarts kan niet weigeren als persoon uit 1 van 5 welomschreven categorieën hierom vraagt tijdens een consultatie
 - VT / OMNIO
 - Financiële noodsituatie (attest OCMW b.v. schuldbemiddeling)
 - Minstens 6 maand werkloos
 - Rechthebbenden op de verhoogde kinderbijslag
 - Inkomen lager dan het leefloon
 - 1 euro te betalen als VT met GMD (1,5 euro zonder GMD) tegenover 4 euro zonder VT met GMD (6 euro zonder GMD)
- nog kneipunten:
 - dit geldt niet tijdens een huisbezoek
 - de patiënt moet er nog steeds om vragen
 - de arts kan weigeren bij vermoeden van misbruik (als er geen financiële nood is, niet in orde met ziekteverzekering 'personen niet in regel') (in welke mate zullen de artsen hier gebruik van maken)
 - niet geconventioneerde artsen hoeven dit niet te volgen

- **CM vindt dat de sociaal betalende derde**
 - een recht moet worden (nu moet men dit nog vragen)
 - voor de 5 omschreven categorieën (geen veralgemening)
 - en uitgebreid worden tot alle prestaties (geldt momenteel niet voor de technische prestaties bij voorbeeld hechtingen)
 - van de zorgverstrekkers van de eerstelijn (bij tandartsen lopen enkele projecten voor sociaal betalende derde, maar daar worden we geconfronteerd met sommige frauduleuze praktijken van de tandartsen)(CM is geen voorstander van sociaal betalende derde bij specialist □ huisarts als poortwachtfunctie □ eerstelijn aanmoedigen en ontmoedigen om direct naar specialist te gaan.)
- Via MycareNet (ten vroegste vanaf 2013) kan de huisarts gemakkelijk het statuut van de patiënt raadplegen (nu enkel VT/OMNIO zichtbaar op de kaart zelf, via informaticasysteem kan je veel meer info op de kaart lezen, waaronder langdurig werklozen, verhoogde kinderbijslag) waardoor de sociale betalende derde een recht zou kunnen worden.

BIJLAGE 2

Overzicht van gesprekken met personen en organisaties over het thema gezondheidskloof

Wijkgezondheidscentra (WGC):

- WGC Alken: Saskia Vermeiren
- Wijkgezondheidscentrum De Ridderbuurt: Femke Deboutte en Nans Antheunis
- WGC Venserpolder in Amsterdam: MC Breeveld

Huis voor Gezondheid in Brussel: Caroline Verlinde en Trees Van Cauwenberghe

Studiedienst van de mutualiteiten

- CM: Sigrid Vancoorenland
- SM: Rik Thys

Vlaams instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (VIGeZ): Bruno Buytaert

Vrije Universiteit Amsterdam: Ivan Wolffers

Universiteit Gent: Sara Willems

Koning Boudewijnstichting: Johan Alleman en Tinne Vandensande

VUB: Liesbeth De Donder

Dokters van de Wereld, COZO Antwerpen: Kathleen Debruyne

Vlaams Netwerk van Verenigingen waar armen het woord nemen: Griet Briels

Hoge School van de Kempen/Universiteit Antwerpen: Berenice Storms

Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten: Sabine Van Cauwenberge

Verwey-Jonker instituut; Trudi Nederland

Ad hoc werkgroep gezondheid van Samenlevingsopbouw:

- Vlaams Brabant: Erik Béatse, Liesbeth Smeyers, Patricia Decraene, Elke De Smedt
- RIMO: Geertrui Desmet
- Samenlevingsopbouw Brussel: Caroline Vanmalderen, Anika Depraetere
- Oost-Vlaanderen: Steven Rommel, Leila Vandamme
- Samenlevingsopbouw Gent: Lut Vael

- Samenlevingsopbouw Antwerpen provincie: Anita Rimaux
- Samenlevingsopbouw Antwerpen stad: Ludo Horemans

Deelname aan studiedagen en seminars

Tweedaagse conferentie 'Regions for health networks conference, reducing health inequalities from a regional perspective. What works, what doesn't work?', 8 & 9 december 2010, georganiseerd door de Vlaamse overheid.

Deelname aan seminars: geestelijke gezondheidszorg en versterking van eerstelijnszorg, Koning Boudewijnstichting: 15 september 2011 en 17 november 2011.

Voorstelling van Itinera studierapport over aandeel van privé uitgaven in de gezondheidszorg op 18 april 2012.

Economische evaluatie van programma's lichaamsbeweging en gezonde voeding, presentatie Lieven Annemans, Universiteit Gent, maart 2012.

Regional and local initiatives promoting healthy and active ageing op 28 februari 2012.