

## IV. Gezondheid

---

Het recht op bescherming van de gezondheid is een grondrecht, dat voor vele mensen in armoede niet gerealiseerd is. In dit hoofdstuk stellen we de vraag naar de rol die publieke diensten kunnen en moeten spelen om de effectiviteit van dit recht voor iedereen te garanderen. We herinneren eraan dat we in dit Verslag publieke diensten definiëren als alle organisaties aan wie de overheid een publieke opdracht heeft toevertrouwd.

Om de effectiviteit van het recht op bescherming van de gezondheid te garanderen, is het nodig om zowel aan de toegankelijkheid van de gezondheidszorg te werken als aan de levensomstandigheden van mensen. De situatie van mensen in armoede op vlak van huisvesting, werk, onderwijs, woonmilieu,... vormen immers een belangrijke verklaring voor hun slechte gezondheidstoestand en voor de sociale gezondheidsongelijkheden. Daar het vorige Verslag van het Steunpunt<sup>198</sup> de toegankelijkheid van de gezondheidszorg behandelde, heeft het overleg ervoor gekozen de focus te leggen op de rol van publieke diensten in de strijd tegen sociale gezondheidsongelijkheden door te werken aan verschillende sociaal-economische determinanten, met andere woorden via gezondheidspromotie.

Dit hoofdstuk brengt verslag uit van de uitwisselingen tijdens de vier overlegbijeenkomsten die door het Steunpunt werden georganiseerd en waaraan verscheidene organisaties deelnamen (zie de lijst achteraan dit hoofdstuk). Het geeft de stand van zaken weer van de dialoog die heeft plaats gevonden.

In het eerste punt gaan we in op de betekenis van het recht op bescherming van de gezondheid vanuit een juridische invalshoek, vanuit de leefwereld van mensen in armoede en vanuit de gezondheidsdeterminanten (1).

We stellen vervolgens vast dat zowel besparingsmaatregelen als institutionele ontwikkelingen een bedreiging vormen voor de effectiviteit van het recht op bescherming van de gezondheid voor iedereen (2).

In het derde punt staan we stil bij de rol van publieke diensten in verschillende beleidsdomeinen om de sociale gezondheidsongelijkheden te bestrijden (3.1). We gaan in op huisvesting – door de deelnemers aan het overleg beschouwd als een fundamentele voorwaarde om iedereen in staat te stellen in goede gezondheid te verkeren – en voeding. Vervolgens bespreken we de strijd tegen sociale gezondheidsongelijkheden in het gezondheidssysteem zelf (3.2). We focussen op de rol van de sector gezondheidspromotie, van verschillende eerstelijnsactoren, van netwerken tussen verschillende professionele actoren en van de OCMW's.

Het vierde punt behandelt de voorwaarden die het de publieke diensten moeten mogelijk maken om, via gezondheidspromotie, het recht op gezondheid voor iedereen te verzekeren (4).

Tenslotte formuleren we enkele aanbevelingen voor verschillende beleidsniveaus met de bedoeling de opdrachten van publieke diensten inzake het recht op bescherming van de gezondheid in alle beleidsdomeinen te verduidelijken en hen in staat te stellen deze maximaal te realiseren.

---

<sup>198</sup> Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting (2013). "Sociale bescherming voor wie ziek is of een handicap heeft", in Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting, *Sociale bescherming en armoede. Een bijdrage aan politiek debat en politieke actie. Verslag 2012-2013*, Brussel, Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding, [http://www.armoedebestrijding.be/publications/verslag7/3\\_gezondheid.pdf](http://www.armoedebestrijding.be/publications/verslag7/3_gezondheid.pdf)

## 1. Recht op bescherming van de gezondheid

### 1.1. Definitie in juridische teksten

Het recht op bescherming van de gezondheid is in verschillende internationale rechtsinstrumenten en verdragen vastgelegd: de Universele verklaring van de rechten van de mens (artikel 25), het Internationaal verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten (artikel 12), het herzien Europees Sociaal Handvest (artikel 11), het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie (artikel 35). Het is ook ingeschreven in meer specifieke verdragen, bijvoorbeeld het Verdrag inzake de rechten van het kind (artikel 24) en de Conventie inzake de rechten van personen met een handicap. Deze stelt dat personen met een handicap, zonder discriminatie op grond van hun handicap, recht hebben op het genot van het hoogst haalbare niveau van gezondheid (artikel 25). Het recht op bescherming van de gezondheid komt ook aan bod in artikel 23 van de Belgische Grondwet.

Het VN-Comité voor economische, sociale en culturele rechten interpreteert het recht op gezondheid *“als een globaal recht, dat niet alleen bepaalt dat de juiste zorgen tijdig moeten worden toegediend, maar ook dat fundamentele determinanten voor de gezondheid moeten gewaarborgd zijn zoals de toegang tot veilig drinkwater en adequate sanitaire voorzieningen, de toegang tot voldoende gezonde voeding, huisvesting, arbeids- en milieuhygiëne, toegang tot onderwijs en tot informatie over gezondheid, in het bijzonder seksuele en reproductieve gezondheidszorg. Een ander belangrijk aspect is de betrokkenheid van de bevolking bij het nemen van alle beslissingen in verband met gezondheid op regionaal, nationaal en internationaal vlak.”*<sup>199</sup>

De Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) heeft de definitie van het recht op gezondheid de afgelopen

jaren sterk beïnvloed. Volgens haar zijn de regeringen verantwoordelijk voor de gezondheid van hun bevolking en moeten zij de gepaste hygiënische en sociale maatregelen nemen. *“Gezondheid is geen verhandelbaar goed. Het is een kwestie van rechten waarvoor de overheid verantwoordelijk is.”*<sup>200</sup> Het recht op bescherming van de gezondheid vereist bovendien de participatie van tal van sociaal-economische spelers, bovenop deze uit de sectoren van de gezondheidszorg. Het is ook nodig om bij het uitwerken, doorvoeren en beoordelen van beleidsmaatregelen en diensten rekening te houden met gezondheid, welzijn en billijkheid<sup>201</sup>.

### 1.2. Betekenis voor mensen in armoede

*“Hoe armer men is, hoe slechter de gezondheid als gevolg van de levensomstandigheden en de leefomgeving. Het feit dat men het recht op gezondheid niet kan uitoefenen, heeft met een reeks factoren te maken die nauw met elkaar samenhangen: ongezonde en te kleine woningen, gebrekkige hygiëne, onzekere toegang tot water en elektriciteit, geen sanitaire voorzieningen, werkloosheid of slechte arbeidsomstandigheden, te laag inkomen om regelmatig gezonde voeding te kunnen kopen enzovoort. Al deze levensomstandigheden werken stress, ongevallen en ziekte in de hand of maken mensen zieker. En vrije tijd en vakantie – de manieren bij uitstek om fysiek en mentaal te herbronnen – blijven een onbereikbare 'luxe'.”*<sup>202</sup> Gezondheid is en blijft een grote

<sup>200</sup> World Health Organisation (WHO) (2009). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health Commission on Social Determinants of Health - final report*, p.14, [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/en/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/)

<sup>201</sup> Oprichting van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), aangenomen door de Internationale Gezondheidsconferentie in 1946. Zie ook de Verklaring van Alma Ata van 1978, het Handvest van Ottawa van 1986 en de Verklaring van Adélaïde van 2010.

<sup>202</sup> ATD Vierde Wereld (1992). *Recht op gezondheid; een vicieuze cirkel, een dubbele ongelijkheid*, geciteerd in ATD Vierde Wereld, Vereniging van Belgische Steden en Gemeenten (afdeling Maatschappelijk Welzijn), Koning Boudewijnstichting (1994). *Algemeen Verslag over de Armoede*, Brussel, Koning Boudewijnstichting, p. 122, [www.armoedebestrijding.be/publications/AVA95.pdf](http://www.armoedebestrijding.be/publications/AVA95.pdf)

<sup>199</sup> Algemene commentaar nr. 14, UN Doc. E/C.12/2000/4 (2000).

bezorgdheid in het leven van mensen in armoede. Hun - in meer dan één opzicht - moeilijke levensomstandigheden (huisvesting, leefomgeving, werk, financiën enzovoort) verklaren voor een groot deel waarom ze een slechte gezondheid hebben en vroegtijdig verouderen<sup>203</sup>. Het Steunpunt tot bestrijding van armoede hamert sinds de voorstelling van zijn eerste tweejaarlijks Verslag op de noodzaak om te investeren in de verbetering van hun levensomstandigheden, waaronder huisvesting, toegang tot gezonde voeding en positieve sociale contacten.

Ondanks de invoering van maatregelen om de toegang tot gezondheidszorg te verbeteren - zoals de verhoogde tegemoetkoming, de maximumfactuur (MAF) en de sociale derdebetalersregeling bij de huisarts voor personen die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming - blijft de financiële toegankelijkheid problematisch voor mensen in armoede. Sommigen hebben bijvoorbeeld geen recht hebben op deze maatregelen of kunnen hun recht niet laten gelden. Bovendien worden sommige behandelingen of vormen van verzorging niet gedekt door de ziekteverzekering. Daarom zien mensen zich vaak genoodzaakt te kiezen tussen noodzakelijke medische zorg of behandelingen enerzijds en andere levensnoodzakelijke dagelijkse uitgaven anderzijds. Die onmogelijke keuze kan nefast uitpakken voor hun gezondheid. *"Ik heb een jaar moeten sparen voor mijn bril. Ik heb vooral beknipt op voeding. Toen ik mijn bril eindelijk kon kopen, moest het oogonderzoek worden overgedaan omdat mijn zicht intussen was verslechterd."*<sup>204</sup>

Naast financiële en administratieve drempels ervaren mensen in armoede ook culturele drempels waardoor ze angst hebben voor het oordeel en de minachting van gezondheidswerkers. De indruk van onteigening van het eigen

lichaam - dat heel wat te lijden heeft gehad - is sterk verankerd en leidt tot een gevoel van schaamte. Deelnemers aan het overleg benadrukten hoe moeilijk het is om deze gevoelens te overwinnen. Tegelijk wees een ervaringsdeskundige op een project dat deze drempels kan helpen verminderen. Zo zullen er binnenkort ervaringsdeskundigen aan de slag gaan in gezondheidsdiensten (ziekenhuizen, OCMW...) om te vermijden dat mensen in een kwetsbare situatie op medisch vlak afhaken en om hen beter te informeren opdat ze hun rechten op gezondheidszorg kunnen uitoefenen. Er zal een pilootproject lopen in Gent, Brussel en Charleroi.

Voor mensen in armoede kunnen hun moeilijke levensomstandigheden en hun problemen om toegang te hebben tot gezondheidszorg ook leiden tot stress, met verstrekkende gevolgen voor hun gezondheid. Vaak werkt het zelfs mentale gezondheidsproblemen in de hand: *"Mensen hebben het met ons vaak [...] over gemiste afspraken in het leven... Zij zien dat los van de kwestie van hun mentale gezondheid, behalve dat de veelheid aan gemiste afspraken soms niet-gekozen, verplichte afspraken met zich brengt, en dan hebben ze het over de vele 'deuren' naar bijvoorbeeld de geestelijke gezondheid, zelfmoord, zich terugtrekken, zich op zichzelf terugplooiën, zich niet meer goed in z'n vel voelen..."*<sup>205</sup>

### 1.3. Determinanten van de gezondheid

Iemand's gezondheidstoestand wordt niet alleen bepaald door de toegang tot gezondheidszorg en door individuele kenmerken, maar ook door allerlei omgevingsfactoren, gaande van de omgeving waarin men leeft tot brede maatschappelijke factoren. Zo liggen sociale en economische ongelijkheden in de maatschappij

<sup>203</sup> Zie WHO, *Social determinants of health* : [www.who.int/social\\_determinants/en/enEuroHealthNet, Health Inequalities](http://www.who.int/social_determinants/en/enEuroHealthNet, Health Inequalities), [http://www.health-inequalities.eu/HEALTHY/EN/about\\_hi/health\\_inequalities/](http://www.health-inequalities.eu/HEALTHY/EN/about_hi/health_inequalities/)

<sup>204</sup> Alle citaten zonder referentie komen uit de uitwisselingen tijdens het overleg of bilaterale contacten.

<sup>205</sup> Dispa, Marie-Françoise (2015). *Uitsluiting en geestelijke gezondheid: de kip en het ei*, Brussel, Koning Boudewijn Stichting, p. 15, <http://www.kbs-frb.be/nl/Activities/Publications/2015/318068>

aan de basis van sociaal-economische verschillen in gezondheidstoestand (zie 3)<sup>206</sup>.

Gezondheidswerkers zijn het erover eens dat ook individueel gedrag – levensstijl, voedingsgewoonten, lichaamsbeweging, tabaks- of alcoholgebruik – invloed heeft op iemands gezondheidstoestand. Een eenzijdige nadruk hierop kan ertoe leiden dat de individuele verantwoordelijkheid van mensen overschat wordt. Bij mensen in armoede bijvoorbeeld, wordt hun levensstijl vaak met de vinger gewezen. In de huidige context - waarin mensen almaar vaker verantwoordelijk worden gesteld voor de armoede waarin ze verkeren - wordt die houding als een extra druk ervaren. *“De druk op deze mensen om hun gedrag te veranderen, kadert in een algemenere logica waarbij van mensen in armoede, wordt verwacht dat ze meer dan perfect zijn”*. Slechte levensomstandigheden leiden immers vaak tot *“dwangmatige gewoonten”* en tot de ontwikkeling van gedragingen om stress te compenseren en om de eigenwaarde op te krikken<sup>207</sup>. Het cumulatieve proces van individuele kenmerken, moeilijke levensomstandigheden en leefgewoonten en hun onderlinge wisselwerking maken de situatie van mensen in armoede uiterst complex, ook wat betreft hun gezondheid.

*“Waarschijnlijk zal men slechts resultaten kunnen boeken inzake individuele gedragspatronen als de minst begunstigde sociale groepen voelen dat de politieke en sociale verantwoordelijken tegelijkertijd een beleid voeren dat doelgericht alle hinder waarvan zij het slachtoffer zijn, wil aanpakken, en indien men er tegelijkertijd over waakt hun de nodige middelen aan te reiken om*

*hun gezondheid in handen te nemen.”*<sup>208</sup> Gezien gezondheid door verschillende determinanten wordt bepaald, is het nodig op verschillende domeinen aan gezondheid te werken. Dat wordt beoogd door gezondheidspromotie.<sup>209</sup>

De WGO definieert gezondheidspromotie als het proces dat mensen en groepen toelaat meer controle te hebben op de determinanten van hun gezondheid met het doel deze te verbeteren. Uit het overleg blijkt echter dat de rol van de overheid en de publieke diensten inzake gezondheidspromotie niet beperkt mag worden tot het versterken van de capaciteiten van mensen en groepen. Ze moeten daarentegen de maatschappelijke voorwaarden creëren die ieders gezondheid ten goede komen.

## 2. Context

### 2.1. Besparingsmaatregelen

Meerdere deelnemers aan het overleg verwezen naar het huidig klimaat van crisis. Hun analyse gaat in dezelfde richting als de vaststellingen die de WGO in dit verband deed: *“Ongelijkheid van dagelijkse levensomstandigheden is het gevolg van grondige sociale structuren en processen. De ongelijkheid is systematisch: ze is het resultaat van normen, beleid en sociale praktijken die de ongelijke toegang tot macht, rijkdom en andere sociaal onontbeerlijk bronnen toelaten en zelfs in de hand werken.”*<sup>210</sup> Maatregelen - die door het

<sup>206</sup> • Dahlgren, Göran en Margaret Whitehead (1991). *Policies and Strategies to promote social equity in health, Stockholm, Institute for futures studies*, <http://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>  
• Marmot, Sir Michael (2010). *Fair society, healthy lives. The Marmot review*, <http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>

<sup>207</sup> Deguerry, Muriel en Myriam De Spiegelaere et al. (2010). *Gezondheidsindicatoren van het Brussels Gewest 2010*, Brussel, Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, <http://www.observatbru.be/documents/news-items/news01-tableau-de-bord-2010.xml?lang=nl>

<sup>208</sup> ATD Vierde Wereld, Vereniging van Belgische Steden en Gemeenten (afdeling Maatschappelijk Welzijn), Koning Boudewijnstichting (1994). *Algemeen Verslag over de Armoede*, Brussel, Koning Boudewijnstichting, p. 135, <http://www.armoedebestrijding.be/publications/AVA95.pdf>

<sup>209</sup> Dit hoofdstuk focust op gezondheidspromotie. Toch spreken we verder ook van preventie. Promotie en preventie worden vaak in één adem genoemd. Preventie beoogt ziekte te voorkomen. Voor sommigen is preventie een onderdeel van promotie, voor anderen is het omgekeerd, variërend van gemeenschap tot gemeenschap. Eerder dan het uitklaren van de betekenis van en de relatie tussen beide concepten, beoogde het overleg na te gaan hoe publieke diensten het recht op gezondheid voor iedereen kunnen verzekeren.

<sup>210</sup> Commission on Social Determinants of Health of the WHO (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*, WHO,

overleg als besparingen worden beschouwd - versterken de ongelijkheden nog en hebben een directe impact op de gezondheid van mensen en op de gezondheidsdiensten en hun medewerkers<sup>211</sup>. Deze maatregelen bemoeilijken de opdracht van de staten om de universele toegang tot kwaliteitsvolle diensten te garanderen<sup>212</sup>.

De OESO wijst op de situatie van bepaalde landen in Europa die hard door de economische en financiële crisis van 2008 werden getroffen en die - in vergelijking met de periode vóór de crisis - hun gezondheidsuitgaven per inwoner fors hebben verminderd<sup>213</sup>. Landen met een sterke sociale zekerheid zoals België, konden de impact van de crisis beperken en zijn deze periode beter doorgelopen. Volgens de WGO kan de hogere levensverwachting in Europa onder druk komen te staan door economische en sociale crisissen die gepaard gaan met een vermindering van de uitgaven voor gezondheidszorg<sup>214</sup>. Sommige deelnemers aan het overleg vinden het overigens vreemd dat er in het sociale en gezondheidsdomein meer en meer gepraat wordt over uitgaven dan over investeringen. Op het terrein bestaan immers vele initiatieven met een grote meerwaarde op vlak van gezondheid.

Tijdens het overleg werden twee voorbeelden van de impact van besparingsmaatregelen bediscussieerd. We gaan er kort op in.

### 2.1.1. Gevolgen voor werklozen

Werkloosheid wordt algemeen erkend als een factor van een slechte gezondheid. Het heeft zonder twijfel een impact op de levensomstandigheden van mensen en op hun psychisch welbevinden en veroorzaakt bovendien stress. Deelnemers aan het overleg merkten daarnaast op dat ook de manier waarop werklozen worden behandeld - zoals de strengere controle van werklozen en het opleggen van activeringsmaatregelen - tot een verslechtering van hun gezondheid leidt. De recente maatregelen in de werkloosheidsreglementering met een verhoogd aantal uitsluitingen van werklozen als gevolg, kunnen op termijn bovendien problemen veroorzaken voor de terugbetaling van gezondheidszorgen<sup>215</sup>. Niet meer in orde met hun sociale bijdragen, kunnen uitgesloten werkzoekenden - vanaf het tweede jaar na het jaar waarin ze niet meer in orde zijn (referentiejaar = jaar -2) - hun recht op terugbetaling van hun gezondheidszorgkosten verliezen. Wanneer ze zich bij het Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW) aanmelden, is een regularisatie van hun verzekerings situatie alsnog mogelijk. We stellen echter vast dat van de 15.877 werkzoekenden die op 1 januari 2015 niet langer in aanmerking kwamen voor een werkloosheidsuitkering door toepassing van de maatregel om inschakelingsuitkeringen tot drie jaar te beperken, een groot deel zich niet bij het OCMW heeft aangeboden<sup>216</sup>. Het is niet geweten waar ze verblijven en hoe ze in hun levensonderhoud voorzien. Deze problematiek baart de ziekenfondsen zorgen. Zij proberen mensen in deze situatie waar mogelijk proactief op de gevolgen van hun uitsluiting te wijzen.

[http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/inalreport/en/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/inalreport/en/)

<sup>211</sup> Mormont, Marinette (2014). "Crise, austérité et régionalisation en Belgique : un mauvais cocktail ?", *Santé Conjugée*, nr. 69, p 68-72,

<http://www.maisonmedicale.org/Crise-austerite-et-regionalisation.html>

<sup>212</sup> Baeten, Rita en Sarah Thomson (2012). "Politiques des soins de santé: débat européen et réformes nationales" in David Natali en Bart Vanhercke, *Social developments in the European Union 2011*, Brussel, ETUI and European Social Observatory, p. 199-226,

<https://www.etui.org/en/Publications2/Books/Social-developments-in-the-European-Union-2011>

<sup>213</sup> OECD, (2013). "Health at a Glance 2013: OECD Indicators", OCDE Editions

[http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2013\\_health\\_glance-2013-en;jsessionid=115j4w6nbuseb.x-oecd-live-02](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2013_health_glance-2013-en;jsessionid=115j4w6nbuseb.x-oecd-live-02)

<sup>214</sup> WHO (2012), *The European health report 2012: charting the way to well-being*, WHO, [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/197113/EHR2012-Eng.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/197113/EHR2012-Eng.pdf?ua=1)

<sup>215</sup> Dechamps, Ivan en Eric Colle (2014). "Personen die niet meer in orde zijn met de mutualiteit" in Ingrid Pelgrims (red.), *Groenboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België*, Waterloo, Wolters Kluwer Belgium, p. 103-120.

<sup>216</sup> Zie hoofdstuk *Werk* in dit Verslag.

In een vorige publicatie van het Steunpunt<sup>217</sup> was er sprake van een bepaald aantal personen die geen recht hadden op terugbetaling van hun gezondheidszorgkosten. Het ging vooral om mensen zonder papieren – die enkel recht hebben op dringende medische hulp – en om gedetineerden. Een deel van de mensen die niet langer voor een werkloosheidsuitkering in aanmerking komen, dreigen tot deze groep te zullen behoren.

### 2.1.2. Gevolgen voor gezondheidsdiensten

Tijdens het overleg kwam ook de trend om gezondheidszorg te vermarkten en om te streven naar kosteneffectiviteit in functie van winst-maximalisatie ter sprake. Deze tendens heeft niet alleen een impact op de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor mensen in armoede, maar ook op hun gezondheid zelf.

Ziekenhuizen zijn een verhelderend voorbeeld. Uit getuigenissen blijkt dat sommige ziekenhuizen er praktijken op na houden om te verhinderen dat personen in armoede zich er laten verzorgen. Ze rekenen bijvoorbeeld supplementen aan bij de spoeddienst of verwijzen door naar een andere spoeddienst. Een deel van het ziekenhuisbudget<sup>218</sup> is nochtans specifiek bestemd om patiënten met een zwak sociaal-economisch profiel te verzorgen. Tegelijk lijkt deze correctie-index (0,3 %) niet te volstaan. Daar bovenop is er ook het financieringssysteem voor ziekenhuizen, dat uitgaat van het gemiddeld aantal hospitalisatiedagen per pathologie of per type ingreep. Dit systeem is bedoeld om misbruiken en budgetproblemen te voorkomen, maar is problematisch voor mensen in armoede. Vooreerst

hebben deze een hoger risico op multimorbiditeit<sup>219</sup> (aan meer dan één (chronische) ziekte tegelijkertijd lijden) waarmee de forfaitaire financiering per pathologie geen rekening houdt. Daarenboven pakt dit systeem vaak nefast uit voor mensen in armoede die meestal meer tijd nodig hebben voor verzorging en follow-up. Deze ontwikkelingen kunnen leiden tot een geneeskunde met twee snelheden. Deelnemers aan het overleg zijn dan ook van mening dat de eerstelijnsgezondheidszorg zo moet georganiseerd worden dat ze de rampzalige gevolgen van vroeger ontslag uit het ziekenhuis op de genezing van patiënten kan vermijden. Dit is bijvoorbeeld nodig na de recent aangenomen maatregel over de verkorting van de verblijfsduur op materniteit.

## 2.2. Institutionele context

De logica van gezondheids promotie schrijft voor dat er gehandeld moet worden vertrekkend vanuit een beleid dat onder de bevoegdheid valt van verschillende overheden (zie 3.1.). Desondanks is de sector van gezondheids promotie op institutioneel niveau beperkt tot het gezondheidsbeleid. Tijdens het overleg merkten verschillende deelnemers tegelijk op dat de opsplitsing van de bevoegdheden inzake gezondheid zelf niet altijd strookt met de dagelijkse realiteit in hun organisaties en bovendien de coherentie van het werk op het terrein bemoeilijkt. De institutionele context wordt vaak beschouwd als een drempel voor een allesomvattende aanpak van gezondheid en maakt dat besturen op verschillende niveaus vaak op grenzen stoten wanneer ze hun gezondheidsbeleid willen ontwikkelen. Doordat gezondheids promotie en -preventie enerzijds en toegang tot gezondheidszorg anderzijds door verschillende beleidsniveaus (de gefedereerde entiteiten en de federale Staat) worden aangestuurd, stoten lokale

<sup>217</sup> Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting (2005). *Debatopener. 10 jaar algemeen verslag over de armoede*, Brussel, Centrum voor gelijkheid van kansen en racismebestrijding, <http://www.armoedebestrijding.be/debat10jaarAVA.htm>

<sup>218</sup> Het budget van de ziekenhuizen bestaat uit verschillende delen, waaronder één voor de sociale functie van het ziekenhuis, B8 genoemd. Koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, *Belgisch Staatsblad*, 30 mei 2002.

<sup>219</sup> Van der Heyden, Johan (2014). "Chronische aandoeningen" in Johan Van der Heyden en Rana Charafeddine (red.), *Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: Gezondheid en Welzijn*, Brussel, WIV-ISP, [https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20%20documenten/MA\\_NL\\_2013.pdf](https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20%20documenten/MA_NL_2013.pdf)



besturen bijvoorbeeld op grenzen wanneer ze hun gezondheidsbeleid willen ontwikkelen. Zo ondervinden ze soms moeilijkheden om promotie- en preventieactiviteiten te koppelen aan de toegankelijkheid van de eerste lijn. Daarnaast kunnen ook bij de uitwerking van deze activiteiten zelf bevoegdheidsconflicten optreden. Wie is bevoegd om een project rond beweging te steunen? De minister van sport of welzijn (of de minister van gezondheid in het Waals Gewest, de Franse Gemeenschapscommissie (COCOF), de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van Brussel-Hoofdstad (GGC))?

Brussel is een bijzonder voorbeeld van deze situatie. Zeven ministers zijn bevoegd voor gezondheid en minstens tien wanneer ook de ministers voor welzijn worden meegeteld. Een van de doelstellingen van de zesde staatshervorming was nochtans om te komen tot een grotere samenhang in het gezondheidsbeleid. In het Institutioneel Akkoord voor de Zesde Staatshervorming is in het deel over gezondheid sprake van een *“homogenisering van het beleid”*<sup>220</sup>. Er ontstaan hierdoor opportuniteiten voor de gefedereerde entiteiten. Zo creëert de zesde staatshervorming in Vlaanderen het momentum voor een reorganisatie van de eerstelijnszorg (zie 3.2.3.). De bevoegdheden met betrekking tot gezondheid blijven echter versnipperd, vooral in Brussel (tussen de Federatie Wallonië-Brussel (FWB), de COCOF, de GGC, de Vlaamse Gemeenschap en de federale overheid). Aan Franstalige kant is volgens sommige deelnemers aan het overleg de versnippering nog toegenomen na het Sainte-Emilie-akkoord<sup>221</sup> waarbij een deel van de bevoegdheid voor gezondheids promotie werd overgedragen aan het Waals Gewest en aan de COCOF. De FWB zelf

behoudt enkel de bevoegdheid voor gezondheids promotie op school.

De begrotingskwestie naar aanleiding van de zesde staatshervorming is een belangrijke bekommernis van vele gezondheidswerkers. Ze wijzen erop dat de financieringsmechanismen van de hervorming erop gericht zijn om de deelstaten te responsabiliseren en om hen te betrekken bij de sanering van de overheidsfinanciën. Een ander aandachtspunt van de gezondheidswerkers die deelnamen aan het overleg betreft de concentratie van de budgetten op de gezondheidszorg. Ze menen dat het nodig is te werken aan een nieuw evenwicht tussen de verschillende gezondheidsdomeinen, in het voordeel van gezondheids promotie en –preventie. Via een promotie- en preventiebeleid kan immers gezondheidswinst worden geboekt bij de bevolking en kunnen kosten worden bespaard<sup>222</sup>. In het kader van de zesde staatshervorming werd een mogelijkheid tot herstel van het evenwicht voorzien<sup>223</sup>: de mogelijkheid om een samenwerkingsakkoord te sluiten tussen de federale Staat en de gefedereerde entiteiten om ziekenhuisbedden om te zetten in de opvolging van patiënten buiten de ziekenhuismuren door een dienst die onder de bevoegdheid van de gefedereerde entiteit valt. Dit akkoord zal voor bijkomende middelen voor de gefedereerde entiteit zorgen. Toch moet erover gewaakt worden of deze mogelijkheid werkelijk een verbetering van de gezondheid van mensen in armoede kan bewerkstelligen. De kosten voor ambulante diensten zijn immers soms hoger dan hospitalisatiekosten, zeker wanneer intensieve ambulante begeleiding nodig is of wanneer mensen slecht gehuisvest zijn.

<sup>220</sup> Een efficiëntere federale Staat en een grotere autonomie voor de deelstaten. Institutioneel Akkoord voor de zesde staatshervorming, 11 oktober 2011, [http://www.lachambre.be/kvvcr/pdf\\_sections/home/NLdirupo.pdf](http://www.lachambre.be/kvvcr/pdf_sections/home/NLdirupo.pdf)

<sup>221</sup> Bijzonder decreet van 4 april 2014 betreffende de bevoegdheden van de Franse Gemeenschap waarvan de uitoefening naar het Waalse Gewest en de Franse Gemeenschapscommissie wordt overgedragen, *Belgisch Staatsblad*, 25 juni 2014.

<sup>222</sup> Annemans, Lieven (2014). *De prijs van uw gezondheid?*, Lannoo Campus.

<sup>223</sup> Bijzondere wet van 6 januari 2014 tot hervorming van de financiering van de gemeenschappen en de gewesten, tot uitbreiding van de fiscale autonomie van de gewesten en tot financiering van de nieuwe bevoegdheden, artikel 51, §5, *Belgisch Staatsblad*, 31 januari 2014.

### 3. Strijd tegen sociale gezondheidsongelijkheden

Door een betere levensstandaard en betere gezondheidszorg lijkt de gezondheid er algemeen op vooruit te gaan. Toch moeten we vaststellen dat niet iedereen van deze vooruitgang geniet. Personen met een lagere sociale status (opleidingsniveau, werk, inkomen) hebben vaker een slechte gezondheid, hebben slechts in beperkte mate toegang tot gezondheidszorg, hebben minder uitzicht op een leven in goede gezondheid en overlijden vroeger dan personen die hoger op de sociale ladder staan. Cijfers tonen aan dat het verschil in levensverwachting op 50 jaar volgens opleidingsniveau bij mannen kan oplopen tot 10 jaar en bij vrouwen tot 4 jaar. Het verschil in uitzicht op een leven in goede gezondheid bedraagt bij mannen 8 jaar en bij vrouwen 7 jaar<sup>224</sup>. De Gezondheidsenquête toont aan dat ook psychologische problemen meer voorkomen bij mensen die lager op de sociale en opleidingsladder staan<sup>225</sup>. Deze sociale gezondheidsongelijkheden verlopen volgens een sociale gradiënt - iemands gezondheidstoestand verslechtert immers naarmate men daalt op de sociaal-economische ladder en ook binnen groepen van meer bevoorrechte personen bestaan verschillen<sup>226</sup> - en moeten in alle sociale categorieën worden aangepakt (zie 4.4.). Bovendien worden de sociale gezondheidsverschillen groter, zelfs in België en Europa<sup>227</sup>.

Daarenboven wijst onderzoek uit dat sociale verschillen en een gebrek aan solidariteit, alle geledingen van de samenleving raken, ook meer bevoorrechte personen<sup>228</sup>. In dit punt staan we stil bij de rol van publieke diensten in verschillende domeinen om de sociale gezondheidsongelijkheden te bestrijden en zo het recht op gezondheid voor iedereen te waarborgen.

#### 3.1. De ontwikkeling van een gezondheidsbeleid in alle beleidsdomeinen

De WGO en de Europese Unie zijn overtuigd van de noodzaak om op andere gebieden dan gezondheid maatregelen te nemen om de gezondheid van mensen te verbeteren, maar ook om bijvoorbeeld hun arbeidsproductiviteit te verhogen<sup>229</sup>. In dit kader hebben ze het strategisch concept '*Health in all policies*' ingevoerd. Het is de voorbije jaren uitgewerkt als een strategie om sociale gezondheidsongelijkheid te verminderen door te werken aan de onderliggende oorzaken en aan de determinanten op verschillende gebieden: een gezonde omgeving, goede werkomstandigheden, gelijke kansen in het onderwijs enzovoort. Dit vereist een samenwerking tussen alle sectoren en beleidsniveaus. Het is de bedoeling dat zowel de Europese Unie als de lidstaten werk maken van deze opdracht. De deelnemers aan het overleg zijn van mening dat er een discrepantie is tussen het discours van de Europese Unie terzake en de maatregelen die ze neemt inzake andere materies.

Deze doelstelling is ambitieus omdat het gezondheidsbeleid heel anders zal moeten worden aangepakt. In België kan deze doelstelling – gelet

<sup>224</sup> European Health & Life Expectancy Information System (EHLEIS) (2014), *Additional national page for Country Report*, Issue 7 - Belgium: Van Oyen Herman/Berger Nicolas, Scientific Institute of Public Health, [http://www.eurohex.eu/pdf/Reports\\_2014/2014\\_TR4%207\\_Additional%20national%20page%20for%20CR7](http://www.eurohex.eu/pdf/Reports_2014/2014_TR4%207_Additional%20national%20page%20for%20CR7)

<sup>225</sup> Gisle, Lydia (2014). "Geestelijke gezondheid", in Johan Van der Heyden en Rana Charafeddine (red.), *Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: Gezondheid en welzijn*, Brussel, WIV-ISP, [https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20documenten/WB\\_NL\\_2013.pdf](https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20documenten/WB_NL_2013.pdf)

<sup>226</sup> <http://www.maisonmedicale.org/Inegalites-sociales-de-sante-et.html>

<sup>227</sup> • Van Oyen, Herman et al. (red.) (2010). *Sociale ongelijkheden in gezondheid in België*, Brussel, Federaal Wetenschapsbeleid, <http://www.belspo.be/belspo/ta/publ/academia-sociale.ongelijkheden.U1577.pdf>

• OECD (2014). *Health at a glance, Europe 2014*, OECD Publishing, [http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health\\_glance\\_2014\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_2014_en.pdf)

<sup>228</sup> • Wilkinson, Richard en Kate Pickett (2013). *Pourquoi l'égalité est meilleure pour tous?*, s.l., Les petits matins.

• Vadeboncoeur, Alain (2015). "L'austérité rend malade", *L'actualité*, <http://www.lactualite.com/blogues/le-blogue-sante-et-science/lausterite-rend-malade/>

<sup>229</sup> WHO (2010). *Adelaide Statement on Health in All Policies*, [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44365/1/9789241599726\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44365/1/9789241599726_eng.pdf)



op de institutionele situatie – een heuse uitdaging worden. Vermeldenswaard is dat op vraag van de Interministeriële Conferentie (IMC) Volksgezondheid binnen de Interdepartementale Commissie voor Duurzame Ontwikkeling (ICDO) een Werkgroep 'Gezondheidsongelijkheden' werd opgericht. Deze groep heeft in 2014-2015 gewerkt aan een nationaal actieplan om sociale gezondheidsverschillen weg te werken. Een opvolging staat op de agenda van de IMC.

Canada heeft een wet goedgekeurd om een intersectorale samenwerking binnen de regering op te zetten. De minister van Volksgezondheid heeft een specifieke taak op het gebied van gezondheidspromotie: hij treedt op als raadgever voor zijn collega-ministers en geeft advies. Bij het uitwerken van wetten moet hij ook verplicht worden geraadpleegd om na te gaan welke gevolgen de wet op de volksgezondheid en op het ontstaan van verschillen kan hebben<sup>230</sup>. Ook de Belgische federale overheid beschikt over een instrument - Regelgevingsimpactanalyse (RIA) - om van tevoren de potentiële gevolgen van haar beleid op een brede waaier van domeinen te analyseren, waaronder gezondheid. De ervaring met dit instrument is nog beperkt, en uit het eerste evaluatieverslag van het Impactanalysecomité<sup>231</sup> (dat de kwaliteit van de RIA opvolgt) blijkt dat bijvoorbeeld de onrechtstreekse effecten op de gezondheid niet steeds gemakkelijk te achterhalen zijn door de opstellers van een RIA. Meer ervaringen in het gebruik van het instrument en voldoende ondersteuning - op het vlak van vorming, informatie en de uitbouw van een netwerk van contactpersonen en organisaties - zouden de meerwaarde van dit instrument in het streven naar een geïntegreerd beleid kunnen bevestigen en verhogen.

<sup>230</sup> Potvin, Louise, Marie-Josée Moquet en Jones Cathérine (red.) (2010). *Réduire les inégalités sociales en santé*, Saint-Denis, INPES, <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1333.pdf>

<sup>231</sup> Dienst Administratieve Vereenvoudiging (DAV) (2015). *Impactanalysecomité. Verslag 2014*, Brussel, Secretariaat van het impactanalysecomité.

Tijdens het overleg werd verwezen naar huisvesting en voeding als voorbeelden van andere beleidsdomeinen met een grote impact op gezondheid.

### 3.1.1. Huisvesting

Huisvesting is een fundamentele voorwaarde voor ieders gezondheid en welzijn. Tijdens het overleg werd echter benadrukt dat veel mensen problemen hebben om een betaalbare en degelijke woning te vinden. De moeilijke toegang tot huisvesting heeft op zich een impact op de gezondheid van mensen. Zo blijkt uit de Gezondheidsenquête 2013 dat het uitstellen van gezondheidszorgen omwille van financiële redenen hoger is in Brussel dan in de andere Gewesten<sup>232</sup>. Dat zou kunnen te wijten zijn aan het grote aandeel van de huur in het budget van huishoudens met een laag inkomen. Op die manier kan het feit dat de huren niet aangepast zijn aan de bedragen van de uitkeringen beschouwd worden als een factor die de gezondheidszorg ontoegankelijk maakt. De deelnemers hebben er dan ook op aangedrongen om het recht op degelijke huisvesting, zoals vermeld in artikel 23 van de Grondwet, effectiever te maken. Het Steunpunt heeft meermaals de gelegenheid gehad om hierover aanbevelingen te formuleren, in het bijzonder over de verbetering van de toegang tot degelijke en betaalbare woningen, het behoud van de woning en de erkenning van alternatieve woonvormen<sup>233</sup>.

<sup>232</sup> Demarest Stefaan (2015). "Financiële toegankelijkheid van gezondheidszorgen" in Drieskens Sabine en Lydia Gisle (red.), *Gezondheidsenquête 2013. Rapport 3: Gebruik van gezondheids- en welzijnsdiensten*, Brussel, WIV-ISP, [https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20documenten/AC\\_NL\\_2013.pdf](https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20documenten/AC_NL_2013.pdf)

<sup>233</sup> • Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting (2011). *Strijd tegen armoede. Een bijdrage aan politiek debat en politieke actie. Verslag 2010-2011*, Brussel, Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding, <http://www.armoedebestrijding.be/tweejaarlijksverslag6.htm>  
• Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting (2013). *Memorandum wonen*, Brussel, Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding, [http://www.armoedebestrijding.be/publications/memorandum%20wonen\\_2013.pdf](http://www.armoedebestrijding.be/publications/memorandum%20wonen_2013.pdf)

Mensen met huisvestingsproblemen - vooral mensen die in een ongezonde woning leven of wonen in een huis zonder adequate verwarming, met vocht en schimmel, zonder bad of douche, zonder toilet met waterspoeling, of in een te sombere woning - zien hun gezondheid vaak erg verslechteren. Ze ervaren veel moeilijkheden om zich te verzorgen en bevinden zich bovendien niet in de optimale omstandigheden om zich bezig te houden met hun welbevinden en het voorkomen van ziekte. Er kan ook sprake zijn van overbezetting van de woning. 19,7 % van de Belgische bevolking leeft in een huis met woningdeprivatie<sup>234</sup>.

De situatie van mensen zonder woning is nog dramatischer. Men stelt bijvoorbeeld vast dat daklozen een extreme weerstand tegen pijn ontwikkelen, waardoor de situatie soms moet escaleren alvorens ze zich ertoe leent om tussen te komen. Daarom proberen sommige gezondheidswerkers vooreerst te werken aan de gezondheid van daklozen door hen toegang te verschaffen tot gezondheidszorg, wat er op termijn toe kan leiden dat hun gezondheid op een meer allesomvattende manier kan worden aangepakt. Op dit moment loopt er een pilootproject '*Housing First*'<sup>235</sup>. Dit project beoogt daklozen opnieuw te huisvesten, op een manier die aangepast is aan hun huidige situatie, zonder een trapsgewijs proces te doorlopen. De evaluaties van het project zijn bezig, het is dus zinvol ze af te wachten en er lessen uit te trekken. De beroepskrachten die bij het project betrokken waren, hebben er tot nu toe positieve ervaringen mee. Om dit project verder te zetten en te veralgemenen, is het absoluut nodig een voldoende aanbod van kwaliteitsvolle en betaalbare woningen te verzekeren.

### 3.1.2. Voeding

Ook voeding is een fundamentele voorwaarde voor gezondheid die raakt aan vele andere

beleidsdomeinen, zoals het landbouwbeleid en de belastingen op voedingsmiddelen. Hoewel al deze aspecten een grondige bespreking behoeven, focussen we ons hier op twee andere kwesties, namelijk de toegang tot kwalitatief en betaalbaar voedsel voor mensen in armoede. Vooreerst merkten de deelnemers aan het overleg op dat een betere voeding – als gezondheidsdoelstelling voor de hele bevolking – te vaak enkel wordt bekeken vanuit het perspectief van de individuele keuze. Mensen in armoede worden er bijgevolg van beschuldigd verkeerde keuzes te maken, terwijl het eigenlijk hun levensomstandigheden zijn die grotendeels de mogelijkheid bepalen om zich correct te voeden.

Mensen in armoede ervaren vele drempels die een goede en gezonde voeding in de weg staan. De prijzen voor levensmiddelen vormen een eerste obstakel. Uit onderzoek blijkt dat het voedingsbudget van mensen in armoede niet volstaat om gezond te eten. De kostprijs van gezonde producten in vergelijking met de (veel lagere) prijs van producten die veel koolhydraten bevatten, is een andere factor waarmee rekening moet gehouden worden. De post 'voeding' komt vaak op de laatste plaats, na kosten die belangrijker worden geacht zoals huisvesting, rekeningen, gezondheidszorg enzovoort, waardoor er voor voeding weinig geld overblijft<sup>236</sup>. Een ander belangrijk obstakel voor gezonde voeding is huisvesting. Personen die op straat of in een kraakpand leven, zijn vaak de eerste slachtoffers van ondervoeding of slechte voeding. Mensen die in woningen van slechte kwaliteit verblijven, hebben vaak niet de mogelijkheid om te koken. Daarnaast is het in sommige wijken ook moeilijk om kwaliteitsvolle voeding te kopen (wegens een gebrek aan winkels die gezonde voeding verkopen) en speelt ook de marketing een grote rol (invloed van de media, naar voor schuiven van suiker- en

<sup>234</sup> Eurostat: Housing deprivation rate by number of item, <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/refreshTableAction.do?t=ab=table&plugin=1&pcode=tessi291&language=en>

<sup>235</sup> <http://www.housingfirstbelgium.be/nl/>

<sup>236</sup> Pôle expertise collective de l'institut national de la santé et de la recherche médicale (2014). *Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique*, Paris, Les éditions Inserm, <http://www.inserm.fr/espace-journalistes/inegalites-sociales-de-sante-en-lien-avec-l-alimentation-et-l-activite-physique-une-expertise-collective-de-l-inserm>

vetrijke voeding). Tot slot mogen we niet vergeten dat voor sommige mensen aandacht besteden aan voeding onbelangrijk kan lijken in het licht van alle problemen waarmee ze geconfronteerd worden en van de stress die dit met zich meebrengt, zeker wanneer ze geen toegang tot gezondheidszorg hebben.

*"Als reactie op de moeilijkheid om toegang te hebben tot betaalbare voeding, hebben overheden er heel lang voor gezorgd dat consumenten goedkope calorieën konden kopen. Men heeft onvoldoende gedaan om een sociale zekerheid te creëren die mensen echt beschermt, bijvoorbeeld via toereikende werkloosheidsuitkeringen, die voldoende lang duren opdat mensen werk kunnen vinden, of via sociale bijstand. Bij gebrek aan een herverdelend sociaal beleid dat elkeen beschermt tegen sociale uitsluiting, heeft men gewild dat voeding zo goedkoop mogelijk was, zelfs ten nadele van de kwaliteit ervan. Maar dat is geen oplossing. Heel vaak zijn goedkope calorieën de oorzaak van een slechte voeding. Het zijn vandaag de meest arme gezinnen die de tol betalen van deze aanpak: ze lopen het meeste gevaar voor obesitas en voor de ziektes die ermee gepaard gaan. Met andere woorden, er is geen alternatief voor een sociaal beleid dat de mensen echt beschermt en hen toegang verschaft tot een adequate voeding."*<sup>237</sup>

### 3.2. Strijd tegen sociale gezondheidsongelijkheden in het gezondheidssysteem

Om iedereen een hoog niveau van gezondheid en welzijn te verzekeren - een opdracht voor publieke diensten - werden verschillende diensten en actoren opgericht, waaronder in de sector gezondheidspromotie. Daarnaast hebben gezondheidswerkers op de eerste lijn ook een rol in de strijd tegen sociale gezondheidsongelijkheden. Om hiertoe op een globale en multidisciplinaire manier bij te dragen, ontstaat er

samenwerking en overleg tussen actoren uit verschillende sectoren.

#### 3.2.1. Gezondheidspromotie

Vanaf de jaren '90 hebben de Gemeenschappen afstand genomen van een visie op gezondheidseducatie die hoofdzakelijk gericht was op de verbetering van individuele gedragingen om zich te wenden tot gezondheidspromotie en dus te werken aan de determinanten van de gezondheid.

In de FWB wordt gezondheidspromotie gedefinieerd als "het proces waarbij het individu en de collectiviteit in staat worden gesteld in te werken op de beslissende factoren van de gezondheid en, zodoende, deze laatste te verbeteren, door voorrang te verlenen aan een collectieve en solidaire verantwoordelijke betrokkenheid van de bevolking bij het dagelijks leven, waarbij personele keuze en maatschappelijke verantwoordelijkheid naast elkaar bestaan"<sup>238</sup>. Er werden verschillende types diensten gecreëerd:

- de gemeenschapsdiensten voor gezondheidspromotie die als opdracht hebben een permanente logistieke en methodologische steun te bieden inzake opleiding, documentatie, methodologie,... aan verschillende actoren binnen de gezondheidspromotie;
- de plaatselijke centra voor gezondheidspromotie die op lokaal niveau de uitvoering van de strategische programma's over gezondheidspromotie van de FWB coördineren;

Daarnaast kunnen acties en onderzoek inzake gezondheidspromotie gesubsidieerd worden.

Met de zesde staatshervorming werden de bevoegdheden inzake gezondheidspromotie en -preventie overgedragen van de FWB naar het Waals Gewest en de COCOF. Op niveau van de COCOF wordt in de loop van 2016 een ontwerpdecreet voorgelegd aan het Franstalige Brussels parlement. Het legt de prioritaire

<sup>237</sup> De Schutter, Olivier (2015). "Une question de droits de l'homme, pas de charité", *Partenaire*, nr. 92, p.3, [http://www.atd-quartmonde.be/IMG/pdf/journal\\_belgique\\_92\\_-\\_2\\_mise\\_en\\_page\\_1\\_basse\\_resolution.pdf](http://www.atd-quartmonde.be/IMG/pdf/journal_belgique_92_-_2_mise_en_page_1_basse_resolution.pdf)

<sup>238</sup> Artikel 1 van het decreet van 14 juli 1997 houdende organisatie van de gezondheidspromotie in de Franse Gemeenschap, *Belgisch Staatsblad*, 29 augustus 1997.

strategieën vast – vermindering van de sociale gezondheidsongelijkheden, intersectoraliteit, netwerking, participatie van de bevolking, mobilisatie van de gemeenschap, creatie van professionele en niet-professionele 'relais' (schakelpunten), werken met specifieke groepen in hun nabije omgeving – en de verschillende structuren (hulpstructuur voor beslissingen, stuurgroep, begeleidingsdienst voor projecten, ondersteuningsdiensten voor actoren, actoren). Voor het Waals Gewest werd op 1 januari 2016 een 'organisme d'intérêt public' (OIP – een organisme van publiek belang) opgericht met als naam 'Agence pour une Vie de Qualité'<sup>239</sup> (Agentschap voor een kwaliteitsvol leven). Binnen dit OIP zou een transversale commissie voor de gezondheidspreventie en -promotie moeten worden gecreëerd dat zich moet buigen over de uitwerking van een nieuw Waals decreet. Tot dan, zal het decreet van de FWB enkel van toepassing zijn langs Waalse kant.

In de FWB bestaat ook een specifiek decreet voor gezondheidspromotie op school (zie 4.3.)<sup>240</sup>.

Het Vlaamse decreet over het preventieve gezondheidsbeleid<sup>241</sup> omvat zowel de organisatie van gezondheidspromotie als ziektepreventie. Het is een kaderdecreet dat verschillende actoren erkent als actoren in preventie: partnerorganisaties (dit zijn expertisecentra, waaronder het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (VIGeZ)), organisaties met terreinwerking (bijvoorbeeld de centra voor leerlingenbegeleiding (CLB)), het loco-regionaal gezondheidsoverleg en -organisatie (Logo), lokale besturen en individuele zorgaanbieders. Ook voor de Vlaamse Gemeenschap heeft gezondheidsbevordering tot doel de gezondheid te bevorderen, te beschermen of te behouden door

die processen te ondersteunen die individuen en groepen in staat stellen om de determinanten van hun gezondheid positief te beïnvloeden. Om gezondheidswinst te realiseren en mensen langer te laten leven en hun levenskwaliteit te verhogen, voert Vlaanderen een eigen preventief gezondheidsbeleid via gezondheidsdoelstellingen. De Vlaamse regering legt ook de basis voor een facettenbeleid, met als doel het nemen van initiatieven die buiten het domein van de gezondheidszorg vallen en die zich richten op determinanten van gezondheid op andere levensdomeinen. Alle organisaties die gesubsidieerd worden door de Vlaamse regering voor taken van preventieve gezondheidszorg, moeten hun medewerking verlenen aan de realisatie van de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen. Op lokaal en regionaal niveau zijn de Logo's actief met als belangrijkste opdracht de bundeling en coördinatie van de lokale krachten om deze doelstellingen waar te maken. Ze implementeren gezondheidsprojecten op lokaal niveau en ondersteunen de ontwikkeling van een integraal gezondheidsbeleid in bedrijven, scholen, gemeenten of andere settings.

### 3.2.2. De eerste lijn

Op de vraag tot wie ze zich wenden om op een globale manier met hun gezondheid bezig te zijn, gaven mensen in armoede die deelnamen aan het overleg te kennen dat ze voornamelijk een beroep doen op hun huisarts, of deze nu verbonden is aan een wijkgezondheidscentrum of niet. We bespreken hier twee actoren op de eerste lijn – de huisarts en de wijkgezondheidscentra - en staan stil bij de obstakels en voorwaarden voor de uitoefening van hun opdrachten. Vervolgens gaan we in op twee andere actoren op de eerste lijn: l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE)/Kind en Gezin en een laagdrempelige zorglijn.

- **De huisarts**

Volgens het overleg kan de huisarts een belangrijke rol spelen in gezondheidspromotie. Tegelijk formuleerden de deelnemers enkele

<sup>239</sup> Decreet van 2 december 2015 betreffende het Waals Agentschap voor gezondheid, sociale bescherming, handicap en gezinnen, nog niet gepubliceerd.

<sup>240</sup> Decreet van 20 december 2001 betreffende de gezondheidspromotie op school, *Belgisch Staatsblad*, 17 januari 2002.

<sup>241</sup> Decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid, *Belgisch Staatsblad*, 3 februari 2004.

voorwaarden om de toegang tot en de relatie met de huisarts te verbeteren:

- financieel toegankelijk: sinds 1 juli 2015 is de verplichte derdebetalersregeling bij de huisarts voor patiënten met een verhoogde tegemoetkoming van kracht. Naast deze recente maatregel dragen ook vele andere maatregelen bij tot de financiële toegankelijkheid van de huisarts. Toch blijven er problemen bestaan voor mensen in armoede, omdat niet alle maatregelen voor iedereen gelden of omdat er nog sprake is van non take-up.
- aanwezigheid in de wijk: er is overheidssteun – zoals het Impulsefonds – beschikbaar om in de meest achtergestelde wijken of verafgelegen gebieden eerstelijnszorg op te zetten. Volgens sommige deelnemers aan het overleg is het zinvol om deze steun ook beschikbaar te stellen voor andere beroeps categorieën die kunnen bijdragen tot de promotie van de gezondheid.
- voldoende tijd voor de patiënt: de deelnemers aan het overleg zijn van mening dat er te weinig huisartsen zijn. De artsen hebben het vaak te druk en hebben niet genoeg tijd om hun verschillende taken te vervullen. Nochtans moet een arts de nodige tijd kunnen nemen om uitleg te geven, om informatie te verstrekken, om aan therapeutische educatie te doen, om de patiënt gerust te stellen en om de gezondheid van de persoon op een holistische manier te benaderen. Om deze doelstelling te verwezenlijken, zijn meer huisartsen nodig en moet een deel van de zorg wellicht naar andere zorgverstrekkers, zoals verpleegkundigen, worden doorgeschoven.
- een multidimensionale benadering: dit is belangrijk voor mensen in armoede omdat hun situatie vaak complex is en bepaald wordt door factoren van verschillende aard. Men kan zich voorstellen dat artsen zich machteloos voelen tegenover de omvang en complexiteit van de situaties waarin sommige van hun patiënten zich bevinden. Vandaar het belang van netwerken waarin artsen kunnen samen

werken met andere artsen of met andere actoren die werken met mensen in armoede. Het is noodzakelijk om platformen op te richten die verschillende sociale en gezondheidswerkers samen brengen.

- een vertrouwensrelatie ontwikkelen: de huisarts kan de uitgelezen persoon zijn bij wie mensen terecht kunnen voor hun gezondheid en welbevinden, voor zover er zich een vertrouwensband heeft kunnen ontwikkelen tussen de arts en zijn patiënt, wat niet steeds het geval is.

#### • *Wijkgezondheidscentra*

Voor vele mensen in armoede betekenen de wijkgezondheidscentra een toegang tot volwaardige zorg op de eerste lijn en een brede benadering van hun welzijn<sup>242</sup>. De multidisciplinaire teams in wijkgezondheidscentra verstrekken basisgezondheidszorg en opvolging op uiteenlopende vlakken en werken zo erg laagdrempelig. Ze gaan voor een allesomvattende – fysieke, psychische en sociale – benadering van gezondheid en hun aanpak is zowel curatief als preventief. Daartoe verzamelen en analyseren ze epidemiologische gegevens op lokaal niveau, maar zetten ze ook allerlei projecten rond gezondheids promotie op. De wijkgezondheidscentra vertrekken van een dynamiek van gemeenschaps participatie waarbij ieder individu gelijkwaardig is en waarbij rekening wordt gehouden met zijn familiale, culturele, professionele en sociaal-economische situatie. De open houding van het personeel voor de problemen die het gevolg zijn van de levensomstandigheden en de status van arme en kwetsbare mensen, werkt een vertrouwensrelatie in de hand waarbinnen patiënt en zorgverstrekker op gelijke voet informatie uitwisselen. Hun acties

<sup>242</sup> Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting (2014). *Rôle de la carte médicale et des maisons médicales dans l'accès aux soins des personnes pauvres et précarisées*, Brussel, Centrum voor gelijke kansen en voor racismebestrijding, [www.armoedebestrijding.be/publications/Carte%20m%C3%A9dicale%20et%20maisons%20m%C3%A9dicales.pdf](http://www.armoedebestrijding.be/publications/Carte%20m%C3%A9dicale%20et%20maisons%20m%C3%A9dicales.pdf)

kaderen in een lokaal partnernetwerk binnen een afgebakende zone. De meeste wijkgezondheidscentra worden forfaitair gefinancierd, waardoor ze financieel toegankelijk zijn en activiteiten van gezondheidspromotie en –preventie worden gestimuleerd.

Volgens de geraadpleegde actoren overtreft de vraag naar wijkgezondheidscentra het bestaande aanbod, zowel in steden (waar heel wat kwetsbare groepen wonen en waar de bevolking toeneemt), als op het platteland. Enkele verenigingen waar armen het woord nemen verwoorden een zekere weerstand tegenover de werking van de wijkgezondheidscentra. Ze ervaren soms moeilijkheden om te kiezen tussen een wijkgezondheidscentrum waar ze toegang hebben tot een multidisciplinair team enerzijds en hun huisarts of verpleegster die niet verbonden zijn aan een wijkgezondheidscentrum anderzijds. Deze keuze kan een breuk betekenen in een vertrouwensrelatie of in de continuïteit van de zorg.

- *ONE/Kind en Gezin*

ONE en Kind en Gezin bieden diensten aan die in principe voor iedereen toegankelijk zijn en gericht zijn op de gezondheid en het welzijn van kinderen. Ze hebben daarnaast een bijzondere aandacht voor gezinnen in armoede, via onder andere prenatale platformen, een sociale tolkdienst in de consultatiediensten, de opvolging van de zwangerschap van vrouwen zonder verzekering en hulpbronnen, collectieve activiteiten voor opvoedingsondersteuning, gezondheidspromotie en medisch-sociale preventie in de consultatiediensten. Deze diensten erkennen dat wanneer de basisbehoeften van gezinnen in armoede niet zijn ingevuld, hun preventieve en gezondheidsbevorderende taak alleen maar complexer wordt. "*De psychosociale belasting is groot door de complexiteit en de ernst van bepaalde situaties.*" Gelet op de problemen waarmee arme gezinnen worden geconfronteerd, werken ze lokaal nauw samen met sociale diensten en OCMW's. Voor de gezinnen kan deze samenwerking echter hun angst

voor controle en voor plaatsing van hun kinderen aanwakkeren, zeker wanneer ze door de samenwerking buiten spel worden gezet<sup>243</sup>. Beide organisaties proberen met deze gevoeligheden rekening te houden.

- *Een laagdrempelige zorglijn*

Omwille van verschillende redenen - door hun levensomstandigheden, door een verslaving, door het verlies van hun recht op terugbetaling van gezondheidszorgkosten, door hun statuut (mensen zonder papieren) – hebben sommige mensen geen toegang tot de sociale zekerheid of verliezen ze deze. Een bijzondere waakzaamheid is nodig om deze personen toegang te geven tot gezondheidsdiensten<sup>244</sup>: geen voorwaarden om in aanmerking te komen voor behandeling, geen betalings- of administratieve vereisten. Er bestaan diensten die een preventief en curatief zorgaanbod voorstellen maar ook inzetten op gezondheidspromotie door een multidisciplinaire aanpak. Voor mensen in armoede, is het belangrijk dat zo'n 'intermediair' zorgniveau tijdelijk en complementair blijft aan de eerste lijn en dat ze uiteindelijk opnieuw toegang krijgen tot het stelsel van de sociale zekerheid. Ze dringen erop aan om de sociale zekerheid uit te breiden en te versterken zodat het voor iedereen de basis vormt.

In Brussel is een dergelijk 'laagdrempelig' overleg opgezet - tussen la MASS BXL, le Projet Lama et Transit - om beter rekening te kunnen houden met kwetsbare doelgroepen, om de doorverwijzing en de opvolging van de zorg te verbeteren en om nieuwe voorzieningen te steunen die voor iedereen toegankelijk zijn. In Wallonië bestaan er in zeven grote steden '*Relais-santé*' die werken aan de toegang tot gezondheidszorg voor de meest kwetsbaren. Tegelijk brengen ze verschillende lokale sociale gezondheidsactoren samen om

<sup>243</sup> Zie hoofdstuk *Kinderopvang* in dit Verslag.

<sup>244</sup> RIZIV en Dokters van de Wereld (2014). *Witboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België*, Brussel, RIZIV, [http://www.inami.fgov.be/nl/publicaties/Paginas/toegang-gezondheidszorg-aanbevelingen-inclusiever-systeem.aspx#.Vhd\\_PG56GiA](http://www.inami.fgov.be/nl/publicaties/Paginas/toegang-gezondheidszorg-aanbevelingen-inclusiever-systeem.aspx#.Vhd_PG56GiA)



mensen die geen toegang meer hebben tot de ziekteverzekering of deze dreigen te verliezen op een holistische manier aan te pakken. De *'Relais-santé'* zijn zelf partners van de *'Relais-social'* die door het Waals Gewest worden ondersteund om de coördinatie en netwerking van de publieke en private actoren - betrokken in de hulpverlening aan personen die uitgesloten zijn - te verzekeren.

Hoewel allerlei initiatieven op het terrein een belangrijke rol kunnen spelen om mensen toegang te geven tot gezondheidszorg, is het de basismissie van de ziekenfondsen en de HZIV deze toegang te verzekeren. Deze moeten ook proactief optreden om te voorkomen dat mensen hun recht op terugbetaling van gezondheidszorgkosten verliezen. Via elektronische gegevensstromen zijn deze instanties op de hoogte van de situatie van mensen en kunnen ze ingrijpen. Dergelijke situaties doen zich vooral voor op overgangsmomenten: mensen verliezen hun baan, ze komen niet langer in aanmerking voor een werkloosheidsuitkering enzovoort. De verzekeringsinstellingen zijn zich bewust van de gevolgen van de goedgekeurde maatregelen op het vlak van werkloosheidsuitkeringen en hebben stappen ondernomen om zoveel mogelijk te vermijden dat mensen uitgesloten worden van de sociale zekerheid.

### 3.2.3. Een netwerk van actoren

De rol van het geheel van actoren in de gezondheids- en welzijnssector is erg belangrijk. De beroepskrachten die deelnamen aan het overleg wensen, vooral op lokaal niveau, een netwerk te ontwikkelen met alle actoren die werken met mensen in armoede op verschillende domeinen.

Samenwerking veronderstelt dat de gezondheidswerkers tijd maken om elkaar te leren kennen en dat hun methoden worden aangepast om te kunnen samenwerken. Deelnemers aan het overleg wijzen erop dat de overheid in haar beleid zelden rekening heeft gehouden met deze aanpassingstijd en met de organisatie van de samenwerking. Dit is een probleem, vooral op budgettair vlak. Bovendien kan het opzetten van

deze partnerschappen leiden tot rolwijzigingen. Deze kunnen weliswaar vernieuwende oplossingen op het terrein mogelijk maken, maar het gevaar dreigt dat men hierbij het wettelijk kader dat de voorwaarden voor erkenning en subsidiëring vastlegt, te buiten gaat. Tijdens het overleg kwam bijvoorbeeld het Brussels project voor een *'centre global de santé'* (globaal gezondheidscentrum) ter sprake. Dit project wil op één plaats een geïntegreerd sociaal en gezondheidsaanbod bijeenbrengen. Vanuit een globale en inclusieve visie op gezondheid beoogt het kwetsbare groepen die moeilijkheden ondervinden om zich tussen verschillende diensten te bewegen, te ondersteunen. Het project werd onlangs aan de overheid voorgelegd, maar de complexe situatie op institutioneel vlak blijkt een struikelblok om dit soort projecten op te zetten.

Enkele verenigingen hebben gewezen op de vrees die bij vele mensen in armoede leeft voor dit soort projecten die meerdere actoren samen brengen. Ze vrezen bijvoorbeeld dat bepaalde informatie over hun leven gedeeld zal worden tussen beroepskrachten zonder dat zij er weet van hebben, met nadelige gevolgen voor zichzelf. Daarom verkiezen ze dat bepaalde diensten – zoals de OCMW's omwille van de spanning tussen hun opdrachten hulp en controle – niet tot het globaal centrum behoren, maar er wel mee in verband staan. In dit perspectief suggereren sommige deelnemers aan het overleg om begeleiders te voorzien die hulpvragers kunnen ondersteunen in hun stappen naar verschillende diensten buiten het centrum.

Meerdere deelnemers aan het overleg onderstreepten de noodzaak om de sociale en gezondheidssector te herdenken om structuren globaler te laten werken. De overheden beginnen deze logica te ondersteunen. Zo wil de Vlaamse overheid de eerstelijnszorg hervormen en uitgaan van een persoonsgerichte en geïntegreerde benadering in plaats van een ziektegeoriënteerde aanpak. De persoon met een zorgbehoefte komt centraal te staan en zorgverlener en zorgvrager treden in wederzijdse dialoog over de noden en doelstellingen op vlak van welzijn en gezondheid.

Dit betekent dat de eerstelijnszorg als een geheel gezien wordt (inclusief de brede welzijnszorg, geestelijke gezondheidszorg, gespecialiseerde zorg, preventie) samen met andere beleidsdomeinen dan Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (onder andere werk, onderwijs en huisvesting)<sup>245</sup>. Op niveau van de Waalse gemeenten beoogt het '*Plan de cohésion sociale*' (plan voor sociale cohesie) de toegang tot gezondheid en de behandeling van verslaving te bevorderen via acties in samenwerking met verschillende actoren.

Om de ontwikkeling van een netwerk mogelijk te maken, dringt zich volgens de beroepskrachten een zekere coördinatie en overleg op lokaal niveau op. Volgens hen kunnen OCMW's een voortrekkersrol spelen bij het opzetten van overleg tussen de verschillende sociale en medische partners in de gemeente via de 'sociale coördinatie'<sup>246</sup>. Verenigingen waar armen het woord nemen wijzen echter op het gevaar dat er binnen het kader van een doorgedreven overleg tussen gezondheidswerkers, geen plaats meer is voor mensen in armoede zelf. Ze vragen dat dit soort overleg zich open stelt voor andere betrokkenen dan gezondheidswerkers. De ervaring met '*Tables de concertation locales*' (lokale overlegplatformen) in Montréal is hiervan een interessant voorbeeld. Lokale actoren en de bevolking overleggen hier over de acties die men wil opzetten om sociale gezondheidsverschillen weg te werken. Voor ze ter goedkeuring worden voorgelegd, bespreken ze ook lokale projecten aan de hand van criteria over de sociale gezondheidsdeterminanten.

### 3.2.4. OCMW

Voor een groot deel van de kansarme bevolking spelen de OCMW's een cruciale rol in het streven naar een zo goed mogelijke gezondheidstoestand.

<sup>245</sup> Reorganisatie van de eerstelijnszorg in Vlaanderen: situering en veranderingstraject 2015-2019 (2015), <https://www.zorgzoeker.be/nieuws/reorganisatie-van-de-eerstelijnszorg-in-vlaanderen-situering-en-veranderingstraject-2015-2019>

<sup>246</sup> Door artikel 62 van de organieke wet van 8 juli 1976 toe te passen, *Belgisch Staatsblad*, 15 augustus 1976.

Het OCMW kan namelijk met verschillende steunmaatregelen bijdragen tot de verbetering van de levensomstandigheden van mensen in armoede. Zo kan het cliënten via een medische kaart toegang bieden tot gezondheidszorg en projecten opzetten of ondersteunen om gebruikers autonomer te maken (consumentenschool, gemeenschappelijke moestuinen enzovoort).

Naast positieve ervaringen, ondervinden mensen in armoede echter dat de hulp die het OCMW biedt in het terugbetalen van gezondheidskosten sterk afhangt van OCMW tot OCMW, wat de indruk van willekeur en rechtsonzekerheid wekt. Mensen in armoede zijn vragende partij voor een versterkte sociale zekerheid voor iedereen. Zij die een beroep moeten doen op het OCMW vinden dat de aanvullende steun te voorwaardelijk is, met een impact op hun recht op bescherming van de gezondheid. Deze ervaringen mogen niet los gezien worden van het kader waarbinnen een OCMW moet werken, benadrukt de VVSG. Bij dringende medische hulp vergoedt de federale overheid het OCMW. In alle andere gevallen waarin het OCMW tussenkomt in de terugbetaling van gezondheidskosten, worden deze kosten volledig gefinancierd door het lokaal bestuur. Afhankelijk van de vraag naar sociale hulp op hun grondgebied en van de middelen die de gemeente hieraan kan besteden, kunnen de tussenkomsten in de medische kosten verschillen.

## 4. Voorwaarden voor een betere effectiviteit van het recht op bescherming van de gezondheid

De preciaire levensomstandigheden van mensen in armoede en de talloze problemen waarmee ze sinds hun kindertijd worden geconfronteerd, kunnen ertoe leiden dat ze onvoldoende bezig zijn met hun gezondheid, zeker wanneer de toegang tot gezondheidszorg niet is gegarandeerd. "*Wat heeft het voor zin aandacht te besteden aan je gezondheid, als je geen toegang tot*

gezondheidszorg hebt?" De karakteristieke benadering en werkmethode van gezondheids-promotie biedt publieke diensten een kader om in te spelen op alle determinanten van de gezondheid en om de rol van mensen en groepen hierin te versterken.

#### 4.1. Een allesomvattende benadering

*"Er is nood aan een menselijke benaderingswijze en gezondheid is daar een onderdeel van."* De problemen waarmee mensen in armoede worden geconfronteerd, zijn zodanig groot dat ze een effectieve uitoefening van het recht op gezondheid in de weg staan, zolang hun levensomstandigheden niet veranderen. Gezondheidspromotie moet een allesomvattende benadering hanteren: ze moet niet alleen rekening houden met alle factoren die een impact hebben op iemands levensomstandigheden, maar ze ook aanpakken om te garanderen dat de persoon een hoge mate van gezondheidsbescherming geniet. Een allesomvattende, transversale benadering vergt een specifieke organisatie van de competenties van alle betrokken partijen, van de diensten en van de rol die ze kunnen spelen. Een dergelijke aanpak vraagt coördinatie. Beroepskrachten op het terrein vinden dat - om tegemoet te komen aan de multidisciplinaire vereisten die inherent zijn aan het idee van gezondheidspromotie - een lokaal netwerk tot stand moet kunnen komen.

#### 4.2. Een emancipatorische benadering

Mensen in armoede die aan het overleg deelnemen, wijzen op het belang van een emancipatorische benadering. Volgens hen hebben hun levensomstandigheden en de maatschappij hen het vermogen ontnomen om een leven als zelfstandige en verantwoordelijke burger te leiden. Ze lijken geen vat meer te hebben op hun leven. De organisatie van de samenleving en de toenemende eisen in verschillende reglementeringen, maken handelingen die voorheen vanzelfsprekend waren en die nuttig zijn bij het leren van vaardigheden,

onmogelijk. *"Waarom wil men iedereen opvoeden? We hebben kennis en vaardigheden. We moeten ze ons alleen opnieuw eigen maken."*

Door emancipatorisch te werken, kunnen mensen in armoede hun zelfvertrouwen herwinnen en hun leven weer in handen nemen. Dit is een proces dat tijd vraagt. Bepaalde diensten voor gezondheids-promotie en -preventie vinden gedragsverandering geen prioriteit. Het is vaak te stigmatiserend en contraproductief en versterkt de sociale gezondheidsongelijkheden. Ze verkiezen te werken via acties die ook gericht zijn op de verandering van de omgeving. *"Om doeltreffend te zijn, moeten acties complementair zijn aan acties die de verschillende elementen die op het spel staan voor de gezondheid pogen te begrijpen: in vraag stellen van gedeelde beelden en bezorgdheden, ontwikkelen van psychosociale competenties (zelfbeeld, initiatief nemen, de kracht om iets voor te stellen, het woord nemen, in relatie staan tot anderen en de omgeving...), engagement in projecten die de gemeenschap mobiliseren, versterken van de capaciteiten om in te grijpen in de omgeving."*<sup>247</sup>

#### 4.3. Een levenslange benadering

Voor verenigingen waar armen het woord nemen is een permanente duurzame aandacht voor de gezondheid van mensen belangrijk. Gezondheids-promotie benaderen als een onderdeel van de 'levensloop' laat toe *"om een betere kijk te krijgen op de nauwe banden tussen individuen en hun omgeving gedurende hun leven en op de gevolgen ervan voor hun gezondheid"*<sup>248</sup>. Iemand's gezondheidstoestand is het resultaat van alles wat die persoon in zijn leven heeft meegemaakt. Sociale en hygiënische risico's stapelen zich niet

<sup>247</sup> Cultures et Santé (2014). "L'alimentation au cœur des actions de promotion de la santé." *Focus Santé*, nr. 3, <http://www.cultures-sante.be/index.php/nos-outils/focus-sante/467-l-alimentation-au-coeur-des-actions-de-promotion-de-la-sante.html>

<sup>248</sup> Weil, Barbara en Cathérine Favre Kruit (2014). "Promouvoir la santé tout au long de notre vie : Parcours de vie et promotion de la santé", *Bulletin des médecins suisses*, p. 1801, [https://www.lives-nccr.ch/sites/default/files/pdf/page/1411\\_bms.pdf](https://www.lives-nccr.ch/sites/default/files/pdf/page/1411_bms.pdf)

alleen op, ze versterken elkaar ook onderling. Hoe eerder men ingrijpt, hoe groter de kans om mogelijke gevolgen van levensomstandigheden of gedragingen onder controle te krijgen vóór ze een schadelijke impact op iemands gezondheid hebben. Het is dus belangrijk te investeren in het gezondheidskapitaal, *“het geheel van fysieke en psychosociale gezondheidsmogelijkheden die iemand erft of in de eerste jaren van zijn leven verwerft en die bepalend kunnen zijn voor de toekomst”*<sup>249</sup>. Ouders in armoede willen, net zoals alle ouders, het beste voor hun kinderen, ook voor hun gezondheid. Soms worden er specifieke gezondheidsbevorderende maatregelen genomen gericht op kinderen van kansarme gezinnen. We stellen vast dat deze gezinnen vaak weigerachtig staan tegenover zulke initiatieven omdat ze zich toespitsen op de situatie van de kinderen en daarbij het gezin waarin het kind opgroeit uit het oog dreigen te verliezen. Ouders voelen zich dan miskend en vaak zelfs gecontroleerd, beoordeeld en misprezen. Door deze eerdere negatieve ervaringen met diensten is het voor gezinnen in armoede vaak moeilijk om met sociale en gezondheidsdiensten samen te werken. Om de effectiviteit van promotie- en preventie-initiatieven voor het hele gezin te verhogen, is het noodzakelijk ouders erbij te betrekken.

Gezien het van belang is het cumulatief proces van sociale en gezondheidsrisico's zo snel mogelijk stop te zetten, hebben de deelnemers aan het overleg gevraagd om de voorname rol van de school en het onderwijs in gezondheids promotie van kinderen en hun gezin te onderstrepen. We snijden deze rol hier kort aan, in het besef dat het een hoofdstuk op zich zou verdienen. Het onderwijs voorziet niet alleen in educatie over gezondheid en welzijn, maar zet via concrete acties ook dagelijks in op de verbetering van de gezondheid van jongeren. De rol van het onderwijs is erg omvattend en vereist vaak de steun van overheden (gezondheidsmaatregelen, voeding, sport,...) en van andere professionele actoren

(gevoelsleven en seksualiteit, preventie van verslaving,...). De gefedereerde entiteiten hebben specifieke diensten gecreëerd voor gezondheidsbevordering op school<sup>250</sup> met als opdrachten onder andere medische opvolging, opsporing van ziekten, de ontwikkeling van een gezonde schoolomgeving. Ook andere beroepskrachten kunnen tussenkomen, bijvoorbeeld uit de sector van de gezondheids promotie (*‘les centres locaux de promotion de la santé’* (CLPS – lokale centra voor gezondheids promotie), ViGEZ,...). De rol van deze actoren wordt echter erg bemoeilijkt door de onderwijscontext die door grote ongelijkheden wordt gekenmerkt. Verschillende studies gebaseerd op de PISA-enquêtes<sup>251</sup> tonen inderdaad aan dat het onderwijs in België behoort tot de meest ongelijke systemen in West-Europa.

Overgangperiodes in het leven zijn ook bijzonder delicate momenten die gezondheidsproblemen kunnen verergeren. Het is belangrijk ervoor te zorgen dat deze momenten geen blijvende gevolgen hebben voor het gezondheidskapitaal van mensen.

#### 4.4. Proportioneel universalisme

Een typisch kenmerk van specifieke doelgroepgerichte acties is dat gezondheidswerkers vaak een gedragsverandering beogen. Heel wat verenigingen waar armen het woord nemen, vinden dat zo'n gerichte aanpak de persoon in kwestie vaak schuldig maakt over zijn levenskeuzes. *“Voor de betrokken personen zijn deze keuzes echter meestal een adaptieve respons op moeilijke levensomstandigheden.”*<sup>252</sup> Hoewel een specifieke aanpak geschikt kan zijn voor de problemen waarmee personen worden geconfronteerd, kan die soms stigmatiserend werken.

<sup>249</sup> Pôle expertise collective de l'institut national de la santé et de la recherche médicale, *op. cit.*

<sup>250</sup> In de Franse Gemeenschap: services de promotion de santé à l'école en de centres psycho-médico-sociaux. In de Vlaamse Gemeenschap: Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB).

<sup>251</sup> <http://www.oecd.org/pisa/pisaproducts/>

<sup>252</sup> De Spiegelaere, Myriam (2002). "Prévention médicale= promotion de la santé ?", *Revue Quart Monde*, nr. 184, <http://www.editionsquartmonde.org/rqm/document.php?id=2481>

Mensen in armoede verkiezen een universele aanpak die het recht op gezondheid voor iedereen realiseert. Zo niet vrezen ze een gezondheidssysteem met twee verschillende snelheden. Om stigmatisering te vermijden, gaan sommige gezondheidswerkers voor een universele aanpak. Ze kiezen met andere woorden niet voor doelgroepgerichte acties of diensten. De vraag stelt zich echter of deze manier van werken niet dreigt voorbij te gaan aan bepaalde specifieke problemen van mensen.

Geconfronteerd met dit dilemma, zetten gezondheidswerkers acties op voor de hele bevolking, met bijzondere aandacht voor kwetsbare personen. Deze aanpak wordt 'proportioneel' of 'progressief universalisme' genoemd. Daarmee worden universele programma's, diensten en beleid bedoeld, waarvan de schaal en intensiteit is aangepast aan de mate van kwetsbaarheid of achterstelling van groepen en mensen. Via specifieke begeleiding en ervaring van gezondheidswerkers kan er ingespeeld worden op de verschillende behoeften van mensen die variëren volgens de sociale gradiënt<sup>253</sup>.

Het overleg geeft aan dat specifieke maatregelen voor bepaalde doelgroepen en voor erg kwetsbare personen moeten kunnen, op basis van een aantal criteria zoals de leeftijd, sociaal-economische omstandigheden en fysieke kenmerken. We denken hierbij onder andere aan kinderen, ouderen, personen met een handicap, verslaafden, daklozen en mensen zonder papieren.

#### 4.5. Participatie

*“De participatie van de doelgroep moet één van de grondslagen zijn om sociale ongelijkheid op het vlak van gezondheid terug te dringen. Het is de manier om doelmatigheid en ethiek met elkaar te*

*rijmen.*”<sup>254</sup> De doelgroep betrekken bij de keuze en bij de uitwerking van gezondheidsbevorderende projecten en acties levert een grote meerwaarde op. Een participatief proces kan echter niet haastig opgezet worden, maar vereist een degelijke methodiek, zeker voor organisaties die weinig of niet vertrouwd zijn met participatieve processen of voor mensen die vaak over het hoofd worden gezien wanneer participatie wordt georganiseerd, wat vaak het geval is voor mensen in armoede. Vooraleer over te gaan tot informeren en vormen, zou met de problemen van mensen, onder andere op het vlak van zelfvertrouwen rekening moeten worden gehouden, door hun ervaring als echte kennis te erkennen, even waardevol als die van de gezondheidswerkers. Enkele deelnemers aan het overleg hebben benadrukt dat het essentieel is naar de mensen toe te gaan om participatie te doen ontstaan in plaats van te wachten totdat mensen zich verplaatsen naar de structuren die participatie organiseren.

Levensomstandigheden verbeteren, lukt niet alleen met individuele acties. Ook collectieve acties en acties gericht naar het beleid zijn nodig. Zo kunnen initiatieven die zijn opgezet met wijkbewoners op het terrein een *bottom-upwerking* mogelijk maken en leiden tot beleidsbeslissingen die een verbetering van de levensomstandigheden realiseren: zoals de aanleg van een park in een gemeente nadat was vastgesteld dat jongeren nergens een plek hadden om te sporten of de oprichting van een sociaal restaurant. De deelnemers aan het overleg waren het ermee eens dat de bestaande praktijken moeten worden aangepast zodat bewoners, gezondheidswerkers en beleidsmakers samen aan betere levensomstandigheden kunnen werken<sup>255</sup>. Participatie wordt zo een instrument voor sociale verandering.

<sup>253</sup> Vereniging van wijkgezondheidscentra, Netwerk tegen Armoede en ViGEZ (2015). *Hoe de socio-economische gezondheidskloof dichten? Het 'proportioneel universalisme' als strategie voor de aanpak van de toenemende gezondheidsongelijkheid*, visietekst.

<sup>254</sup> Conseil supérieur de promotion de la santé (2011). *La réduction des inégalités sociales de santé, un défi pour la promotion de la santé*, Brussel, CSPA, <http://www.sante.cfwb.be/index.php?id=csp00>

<sup>255</sup> Potvin, Louise, Marie-Josée Moquet en Cathérine Jones (red.), *op. cit.*, p. 380.

## Aanbevelingen van het Steunpunt op basis van het overleg

### 1. Inspelen op de sociaal-economische determinanten van de gezondheid in alle beleidsdomeinen

- De levensomstandigheden van mensen in armoede verbeteren via een globale systeem-aanpak.
- Strijden tegen sociale gezondheidsongelijkheden volgens het principe van het proportioneel universalisme.
- De effectiviteit van het recht op wonen verzekeren door op alle mogelijke manieren de toegang tot degelijke en betaalbare woningen te garanderen, zoals: uitbreiden van het aantal sociale woningen, oprichten van een centraal huurwaarborgfonds, righthuurprijzen opstellen voor privéwoningen, sociale verhuurkantoren ondersteunen...
- Gedurende het hele leven ingrijpen, van bij de geboorte tot op hoge leeftijd, met een bijzondere aandacht voor het levensbegin om de accumulatie en versterking van schadelijke factoren voor de gezondheid - die het gezondheidskapitaal van mensen ondermijnen - te vermijden.
- Een transversaal gezondheidsbeleid versterken:
  - o de ontwerpen van regelgeving van de overheden ex-ante evalueren betreffende hun impact op de gezondheid en het welbevinden van mensen, in het bijzonder van hen die in armoede leven. De regelgevings-impactanalyse (RIA) die vandaag wordt toegepast, versterken;
  - o het nationaal plan tegen sociale gezondheidsongelijkheden opgesteld door de ICDO op vraag van de IMC Volksgezondheid opvolgen;
  - o de coördinatie tussen beroepskrachten ondersteunen door plaatsen te voorzien voor uitwisseling en overleg. Samen met patiënten de impact van deze coördinatie

op de effectiviteit van hun recht op bescherming van de gezondheid evalueren.

### 2. Het eerstelijnsaanbod – als plek voor gezondheidspromotie voor mensen in armoede - verbeteren

- In de basisopleiding geneeskunde het opleidingspakket preventie uitbreiden en een vorming voorzien rond gezondheidspromotie, met bijzondere aandacht voor de sociale gezondheidsongelijkheden.
- De verdeling van taken tussen de huisarts en andere gezondheidswerkers herzien opdat de artsen meer tijd kunnen nemen voor hun patiënten - zowel voor curatieve prestaties als voor promotie en preventie – om een kwalitatieve relatie tussen arts en patiënt te bevorderen.
- De ontwikkeling van wijkgezondheidscentra verder zetten.
- De geografische toegankelijkheid van de eerstelijnsgezondheidszorg bewaken:
  - o de impact van het Impulsefonds evalueren en er lessen uit trekken in functie van de overheveling van bevoegdheden;
  - o daar waar nodig, de vestiging van jonge huisartsen ondersteunen, met name in afgelegen gebieden en achtergestelde buurten;
  - o de aantrekkelijkheid van het beroep van huisarts verhogen om het risico van een gebrek aan huisartsen te vermijden.

### 3. De toegankelijkheid van het systeem van sociale bescherming bewaken

- De toegang tot de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen binnen het systeem van de sociale zekerheid voor iedereen waarborgen:
  - o garanderen dat personen in armoede geïnformeerd zijn over hun rechten en er toegang tot hebben;
  - o de procedure voor regularisatie en herinschrijving bij de verzekeringsinstellingen vereenvoudigen.



- De toegangscriteria tot zowel de sociale zekerheid als de sociale bijstand versoepelen om iedereen toegang tot de sociale bescherming te garanderen.

#### 4. Investeren in gezondheid

- Herstellen van het budgettair evenwicht door een grote investering in het aanbod van gezondheidszorg te behouden en de investering in gezondheidspromotie en -preventie te verhogen.
- Omkaderingsnormen bepalen voor de gezondheidsdiensten (publiek en privé) voor het type en de kostprijs van diensten, het geografisch aanbod, het personeel en de kwaliteitscontrole.

#### 5. Bevorderen van participatie

- Samen met mensen in armoede gezondheidsbevorderende projecten en instrumenten ontwikkelen, gedurende het hele proces: van de prioriteitenbepaling en de uitvoering van projecten tot hun evaluatie.
- Mensen in armoede betrekken bij het overleg met beroepskrachten en de overheden, opdat professionele en ervaringskennis – allebei fundamenteel om een beleid te ontwikkelen in functie van gezondheidswinst - kunnen gekruist worden.
- Collectieve en *bottom-upacties* ontwikkelen gericht naar de verschillende beslissingsniveaus opdat maatschappelijke veranderingen - die de gezondheid van de bevolking ten goede komen - aangezwengeld worden.

### Deelnemers aan het overleg

- Actieplatform gezondheid en solidariteit / Plate-forme d'action santé et solidarité
- Association Francophone d'Aide aux Handicapés Mentaux (AFrAHM)
- Centre Bruxellois de Promotion de Santé (CBPS)
- Centres Locaux de Promotion de la Santé (interCLPS - CLPS)
- Christelijke Mutualiteiten (CM) / Mutualité Chrétienne (MC)
- Cultures&Santé
- Dokters van de wereld / Médecins du Monde
- Federatie van Vlaamse OCMW-maatschappelijke werkers
- Fédération des maisons médicales et collectifs de santé francophones (FMMCSF)
- FOD Sociale Zekerheid / SPF Sécurité social
- Fonds des Affections Respiratoires (FARES)
- Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV) / Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI)
- Inclusion
- Kind en Gezin
- Maison d'Accueil Socio-Sanitaire de Bruxelles (MASS)
- Nationale Hoge Raad voor Personen met een Handicap (NHRPH) / Conseil Supérieur National des Personnes Handicapées (CSNPH)
- Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel-Hoofdstad / Observatoire de la Santé et du Social Bruxelles-Capitale
- OCMW Gent
- Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE)
- POD Maatschappelijke Integratie - Dienst Ervaringsdeskundigen / SPP Intégration Sociale - Service Experts du vécu
- Projet Lama
- Prospective Jeunesse
- Réseau Santé Diabète
- Samenlevingsopbouw RISO Vlaams-Brabant
- Straatverplegers / Infirmiers de rue
- Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten (VMSG)

- Vereniging van Wijkgezondheidscentra (VWGC)
- Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (VIGeZ)
- Vlaamse Ouderenraad
- Vrije Centra voor Leerlingenbegeleiding (VCLB-Koepel)

#### Bilaterale contacten

- De Fakkel
- Ecole de santé publique ULB
- Luttes Solidarités Travail (LST)
- Netwerk tegen Armoede
- Observatoire Wallon de la Santé (OWS)
- Réseau wallon de lutte contre la pauvreté (RWLP)
- Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (VAZG)