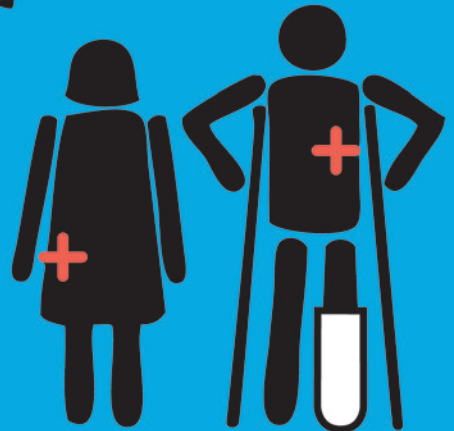




nhoud

• EDITORIAAL	P.1
• AANPAK GEZONDHEIDSKLOOF EN ROL VAN SAMENLEVINGSOPBOUW	P.3
• BRABANTWIJK BOUGE!" EEN GEZONDHEIDSPORTRET VOOR DE BRABANTWIJK	P.11
• DE GOED GEVOELSTOEL: EEN STOEL VOOR JE GOED GEVOEL	P.16
• OP STRAAT PLAN JE JE DAG NIET. HIJ OVERKOMT JE.	P.20
• HOUSING FIRST; ONVOORWAARDELIJK WONEN VOOR DAKLOZEN.	P.25
• HUIS VOOR GEZONDHEID IN BRUSSEL	P.27
• EEN VASTE HUISARTS EN GLOBAAL MEDISCH DOSSIER PROMOTEN INFORMATIE OP MAAT – GEZONDHEIDSFICHES „HELP IK BEN ZIEK	P.31
• ZONDER PAPIEREN. OM ZIEK VAN TE WORDEN	P.32
• VERDER VERKENNEN: MEER OVER PROJECTEN EN OVER DE THEMATIEK	P.37
• COLOFON	P.40

Editoriaal

Voorliggend themanummer focust op de vraag of het recht op gezondheid een mogelijk thema is voor het opbouwwerk. In de *Welzijns- en Gezondheidsatlas van Brussel Hoofdstad* uit 2006 worden in een afsluitend hoofdstuk resultaten inzake zelf gerapporteerde gezondheid letterlijk in kaart gebracht. Dat levert zones op van goede en slechte gezondheid en de cartografische weergave hiervan valt nagenoeg samen met het vertrouwde beeld van andere sociaal-demografische kaarten die het Brusselse Hoofdstedelijk Gewest in arme en rijke zones opdelen. De buurten die slecht scoren inzake zelf gerapporteerde gezondheid situeren zich met andere woorden hoofdzakelijk aan beide zijden van het kanaal. Nergens meer dan in de wijken waar het opbouwwerk actief is maken mensen melding van gezondheidsproblemen. Zo beschouwd is de vraag stellen ze ook beantwoorden.

Een andere vraag die voor het opbouwwerk relevant is voor zover het zich inlaat met de woon- en leefomgeving van mensen is of en in welke mate de buurt als fysieke en sociale omgeving zelf bijdraagt aan de gezondheidsproblemen van haar bewoners. Men zou geneigd zijn om daar volmondig ja op te antwoorden. Nochtans liggen de zaken genuanceerder dan dat. Aanneمة van de buurteffect hypothese kan leiden tot foute beleidskeuzes. Zo is het momenteel bon ton om te beweren dat de buurten waarin armen geconcentreerd leven de armoedespiraال mee versterken. Dit is lastig om aan te tonen aangezien naast mogelijke buurteffecten ook selectieeffecten in het geding zijn. Mensen van wie de armoede hoofdzakelijk berust op sociaal-economische factoren worden via huisvestingsmarktmechanismen naar deze buurten weggeselecteerd. Maar nu gaat men beleidsmatig inzetten op het tegengaan van buurteffecten via sociale menging eerder dan in te werken op de sociaal-economische oorzaken van selectie-effecten. In de eerste strategie wordt de armoede verdrongen. In de tweede strategie (die berust op bevorderen van sociale stijging) wordt ze teruggedrongen. Keren we in dit verband nu terug naar de gezondheidsproblematiek. Armoede schaadt de gezondheid was niet voor niets een slogan uit recente campagnes. Er bestaat een uitgesproken samenhang tussen gezondheidstoestand en positie op de sociaal-economische ladder.

Hoe lager het opleidingsniveau, hoe lager de beroepsstatus en hoe lager het inkomen, hoe problematischer dat is voor de gezondheid. Vlast men het gewicht van deze factoren in een vergelijking van wijken uit, dan blijken gezondheidsverschillen fors te verminderen. Het is de samenstelling van de bevolking, het zijn de individuele kenmerken van bewoners die gezondheidsverschillen verklaren. Maar dat mensen in buurt X of Y terecht komen berust niet op toeval. Wie arm is moet zich tevredenstellen met de lagere segmenten van de huisvestingsmarkt. En die bevinden zich voornamelijk in wijken waar armen reeds wonen. Slechte behuizing in een verkeersverzadigde omgeving, een deprimerend gebrek aan groen en openbare ruimte, de stress van het onveiligheidsgevoel: deze omstandigheden wegen op het algemeen fysieke en psychische welbevinden. Het maakt de invloed van de omgeving op de gezondheid toch weer relevant. Zo brachten veel ondervraagden in het *Gezondheidsportret voor de Brabantwijk* (2007) hun gebrek aan welbevinden in verband met de belabberde toestand van hun woonomgeving en met het feit dat ze moeten opdraaien voor de lasten van grootstedelijke functies.

Hiermee zijn we aanbeland bij wat dit themanummer te bieden heeft. In het openingsartikel gaat Gerard Hautekeur in op de vraag hoe de gezondheidskloof aan te pakken, ook vanuit het opbouwwerk. We gaan verder met 2 praktijkverhalen: projecten die in de Brabantwijk het licht zagen in het verlengde van het hierboven gesignaleerde gezondheidsportret. Het eerste brengt het relaas van een zoektocht naar antwoorden op de impact van specifieke omgevingskenmerken op de gezondheid. Het tweede gaat in op de Goed Gevoelstoel methodiek. Dit is een dialoogmethode om met maatschappelijk kwetsbare mensen te werken aan geestelijke gezondheid. Het vraagggesprek met straathoekwerker Antoin Galle leert ons wat het leven op straat met je gezondheid doet. Nog in de sfeer van de dakloosheid zoomen we in op het Housing First concept. Verder schetsen we een portret van het Brussels huis van Gezondheid dat zich inzet voor het toegankelijk maken van het zorgaanbod, met bijzondere aandacht voor maatschappelijk kwetsbare groepen. Ook de precaire gezondheidstoestand van en het administratieve kluwen rond mensen zonder wettig verblijf komen aan bod. Wie meer wil weten krijgt er tenslotte praktijkflashes, een leeswijzer en een aankondiging bovenop. (ast.)

AANPAK GEZONDHEIDSKLOOF EN ROL VAN SAMENLEVINGSOPBOUW

Gerard Hautekeur

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).

Ons land heeft een goed uitgebouwd gezondheidssysteem, maar dit positieve nieuws wordt overschaduwd door de groeiende gezondheidsongelijkheid, aldus Ivo Nuyens, voormalig programmadirecteur van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO). De gezondheidskloof is stevig gedocumenteerd maar er bestaat weinig literatuur over methoden om de groeiende gezondheidsongelijkheid effectief aan te pakken. In dit artikel bespreken we eerst enkele basisprincipes en schetsen vervolgens een aantal hefbomen om de gezondheidskloof aan te pakken. Hierin liggen ook aangrijpingspunten voor de Samenlevingsopbouw.

BASISPRINCIPES

Veel preventiecampagnes richten zich tot een groot deel van de bevolking dat ze niet nodig heeft. Sara Willems (U Gent) wijst op de perverse effecten van menige interventie inzake gezondheid omdat ze alleen de hogere klasse en de middenklasse vooruit helpt en de gezondheidskloof met lagere sociaaleconomische groepen nog vergroot. Een kentering is slechts mogelijk met een participatieve aanpak die focust op de determinanten van gezondheidsongelijkheid en die rekening houdt met specifieke doelgroepen.

1. Participatieve aanpak

De klassieke Gezondheidsvoorlichting en Opvoeding, aldus Bruno Buytaert van het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie „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! Het beschuldigende toontje slaat echter helemaal niet aan bij maatschappelijk kwetsbare groepen. Integendeel, ze krijgen het negatieve gevoel dat ze het weer al eens verkeerd hebben gedaan en haken af. Een duurzame gedragsverandering daarentegen gaat uit van een „community based“ benadering, legt het accent eerder op doen in plaats van het overtuigen, maakt gebruik van sociale steun en gebeurt stapsgewijs (Buytaert, 2011).

„Community based“

We moeten af van individuele aanpak voor gezonde leefstijl en overstappen naar een ‘community based’ benadering (buurt of gemeenschap). Mensen krijg je in beweging door te vertrekken vanuit hun vertrouwde omgeving, hun bestaande netwerken of ontmoetingsplaatsen en niet in de eerste plaats door het individueel gebruik van het sportaanbod te promoten. Samenlevingsopbouw Antwerpen provincie vindt de Homeless club hiervan een goede illustratie. Vanuit Ons Gedacht - een vereniging waar armen het woord nemen in Lier - 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.

Doen in plaats van overtuigen

Programma's voor gezondheidsbevordering moeten kansen scheppen om zelf dingen te ondernemen en de vruchten te plukken van een gezonde leefstijl. Binnen het project Knabbels en Babbels organiseerde Samenlevingsopbouw Gent 15 kook- en praatmomenten met 5 verschillende groepen: mensen in armoede, oudere thuislozen, mensen met een psychiatrische problematiek, senioren en jonge allochtone moeders. Met elke groep kwam men drie keer bijeen om er samen te koken, samen te eten (knabbelen) en in groep na te praten over gezonde en betaalbare voeding (babbelen). Deelnemers konden ervaren dat gezonde voeding niet duur hoeft te zijn en dat je al snel resultaat boekt als je op een aantal kleine dingen let.

Sociale steun

In je eentje is het haast onmogelijk om je gedrag te veranderen en vol te houden. Vandaar het belang van de groep. 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.

„Kleine“ stappen

Het verlagen van mentale, financiële en andere drempels tot gedragsverandering, pak je stapsgewijs aan. Je doet een beroep op een vertrouwens-figuur of brugfiguur, creëert een aanbod in de eigen buurt, schept een band van samenhang onder de deelnemers. Het zijn dergelijke kleine bouwstenen die voor de deelnemers het verschil maken.

Preventie is nog teveel gericht op individuele inspanningen van mensen, terwijl er meer aandacht moet gaan naar een enabling environment, de creatie van een omgeving die het de mensen makkelijker maakt om keuzes te maken om gezonder te leven. 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. Goedkope en energierijke voeding met bepaalde smaak en verleidingstechnieken is alom tegenwoordig. Het zien van de naam van die voedingsproducent(en) doet al ghreline en dus het hongergevoel in de hersenen vrijkomen. Het is zorgwekkend dat bij kinderen één derde van hun voeding bestaat uit junkfood en fastfood van voedingsketens. Ze krijgen er een toevloed van zoete en vette producten. Verontrustend is het feit dat kinderen tussen 2 en 7 jaar al kenmerken van obesitas vertonen.

2.Focus op primaire preventie

In de vakliteratuur maakt men een onderscheid tussen primaire en secundaire preventie. De sterke vooruitgang in de gezondheid van grote delen van de bevolking is veel minder het resultaat van medische vooruitgang of interventies, maar is er vooral gekomen door de primaire preventie. Met name door voorzieningen in schoon drinkwater, gezonde voeding en betere huisvesting, aldus oncoloog Mukherjee. Tyfus bij voorbeeld, een besmettelijke ziekte die op korte tijd hele wijken kon uitroeien, verdween in de Verenigde Staten nadat gemeenten alle mogelijke middelen hadden ingezet om het smerige drinkwater te zuiveren. Het waren meestal civiele organisaties die het opnamen voor de zwakke groepen in de samenleving en die mee aan de basis lagen van een sterke publieke zorg (Mukherjee, 2011).

Vanuit het oogpunt van primaire preventie is de strijd tegen vochtige, slecht geïsoleerde woningen, milieuvervuiling en geluidsoverlast van cruciaal belang. De geneeskunde is echter vooral bezig met secundaire preventie (Wolffers, 2011). Bij de eerste tekenen dat er iets mis gaat, grijpt de medische wereld in met medicatie, zoals bij te hoge bloeddruk of cholesterol. Momenteel lijden in België en 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 alarmerende 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 nochtans de moeite om te investeren in de primaire preventie omdat je als samenleving die uitgaven terug verdient. Lieven Annemans (U.Gent) heeft berekend dat de ziekteverzekering voor iedere diabetespatiënt jaarlijks 1.262 euro uitgeeft. Voor de ruim 1 miljoen Belgen met een te hoge bloedsuikerwaarde die in aanmerking komen voor behandeling van diabetes komt dit neer op uitgave van € 1,62 miljard op jaarbasis!

3. Focus op determinanten van gezondheidsongelijkheid

Het recht op gezondheid staat in de Belgische Grondwet, maar wie een hogere positie heeft op de maatschappelijke ladder leeft langer en gezonder. 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.

De achterstelling inzake gezondheid manifesteert zich sterker in bepaalde wijken, gemeenten of regio's. We nemen 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 eigenlijk taken voor de huisarts (Verlinde & Vermeulen, 2011).

4. Focus op specifieke doelgroepen

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 ze kennen ons gezondheidssysteem slecht.

Voorts dient opgemerkt dat de mensen zonder papieren zich in een zeer complexe probleemsituatie bevinden. Ze kunnen op het OCMW een beroep doen voor dringende medische hulp, maar het OCMW doet eerst een uitgebreid sociaal onderzoek, waardoor het minstens 1 à 2 maanden duurt vooraleer ze recht hebben op hulp. Velen vallen helemaal uit de boot wegens de vele voorwaarden die vooraf gesteld worden. Zie in dit themanummer het artikel betreffende mensen zonder wettig verblijf.

Tot slot, een goed gezondheidsbeleid richt zich op de verbetering van de gezondheid van de hele bevolking, maar houdt nadrukkelijk rekening met de gezondheidskloof en de diversiteit van doelgroepen. Het is een én-én-verhaal, dat weerspiegeld is in de benadering van het gezondheidsbeleid op school. 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.

HEFBOMEN

In het rapport *Recht op Gezondheid* – een aanpak van de gezondheidskloof hebben we zes hefbomen geschetst waar ook het opbouwwerk en buurtwerk een belangrijke bijdrage kunnen leveren. Ze sluiten aan en vloeien voort uit de hierboven geschetste basisprincipes (Hautekeur, 2012). Binnen het bestek van dit artikel staan we stil bij de volgende vier hefbomen.

1. Stem geven aan maatschappelijk kwetsbare groepen

Gezondheidswerkers hebben een grote kennis en deskundigheid als het gaat over de beoordeling van de risicofactoren op het vlak van gezondheid. Maar in de dialoog met kansengroepen blijkt soms dat de doelstellingen van gezondheidswerkers grondig verschillen van de prioriteiten van maatschappelijk kwetsbare groepen. Gezondheidswerkers hechten zelf een groot belang aan 'rook stop', terwijl de bewoners het hebben over zwerfvuil, geluidsoverlast, verkeersonveiligheid en vochtige woningen die hun gezondheid aantasten. Over bepaalde thema's leeft een groot taboe, vooral mensen die in armoede leven praten niet makkelijk over de problemen rond geestelijke gezondheidszorg. Armen passen bovendien meestal niet in het huidige systeem van hulpverlening omdat dit vaak van korte duur is en gericht is op snel resultaat (Recht-Op). Vandaar het grote belang van de participatie van en dialoog met de betrokkenen.

In de sector zijn er verschillende goede voorbeelden inzake participatie van de doelgroep bij het uitstippelen van een gezondheidsbeleid. Zo nam Samenlevingsopbouw Antwerpen provincie samen met de armenvereniging Ons Gedacht in Lier het brede thema gezondheid onder de loep. Het was een vast agendapunt op hun bijeenkomsten. 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 en het lokaal dienstencentrum van het OCMW. In totaal werden 77 gezondheidsbabbels gehouden. Het project resulteerde in een Liers Actieplan Geestelijke Gezondheid en de oprichting van een wijkgezondheidscentrum in Lier.

2. Financiële drempels verlagen

De gezondheidskloof mag niet worden beperkt tot de financiële drempel tot de gezondheidszorg. Toch mogen de financiële uitgaven en de impact van het remgeld op de vraag naar medische zorgen niet worden onderschat voor de minder gegoede gezinnen (Annemans, 2009).

In de strijd tegen armoede en gezondheidskloof vragen de sector Samenlevingsopbouw en het Netwerk tegen Armoede voor een gerichtere informatie en ruimere bekendmaking van de derdebetalersregeling en het OMNIO-statuuat. 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. Het OMNIO-statuuat is een maatregel waarbij gezinnen met een laag inkomen aanspraak kunnen maken op een verhoogde tussenkomst in hun medische kosten. Aangezien veel potentiële rechthebbenden hiervan niet op de hoogte zijn wordt gepleit voor een proactieve aanpak om rechthebbenden op te sporen en toe te leiden (Memorandum Steunpunt Armoedebestrijding, 2012).

Daarnaast bepleiten Samenlevingsopbouw en het Netwerk tegen Armoede 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 uitkeert 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 het ene tot het andere 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 financieren. De patiënt hoeft niets te betalen voor een consultatie of huisbezoek.

3. Wijkgerichte aanpak

1. Drie domeinen

De wijkgerichte aanpak wordt als een veelbelovende strategie beschouwd om de gezondheidsachterstand aan te pakken in sociaaleconomische zwakkere wijken, stelt 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):

- a) 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.
- b) 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.
- c) 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.

2. Wijkgezondheidscentra (WGC)

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 en de signaalfunctie door het detecteren en signaleren van gemeenschappelijke gezondheidsbehoeften en het zoeken naar gezamenlijke oplossingen. Menig centrum is ingebed in het stedelijk gezondheidsbeleid.

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.

Men moet er zich, aldus Sara Willems (U. Gent), voor hoeden 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. Zie verder in dit themanummer het artikel over het Huis voor Gezondheid in Brussel en het pleidooi voor een buurtgerichte aanpak.

3. Gezonde Wijk

Binnen de filosofie van de wijkgerichte aanpak kadert het project Gezonde Wijk. Dit project is geïnspireerd op het concept van Gezonde stad dat is uitgewerkt door de Wereldgezondheidsorganisatie. Zie in dit themanummer de artikels rond de aanpak in de Brusselse Brabantwijk. We staan stil bij het experiment in 13 Nederlandse steden.

Het project 'gezonde wijk' is gestart in 2007 en loopt 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 Brusselse praktijk is het brede partnership, het perspectief op langere termijn, en vooral de integrale en intersectorale samenwerking.

4. Gezondheidspromotie en ziektepreventie

Op het Vlaamse 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 1ste generatie allochtone vrouwen. Hierna gaan we in op het project Bewegen op Voorschrift (BOV) dat de rol van het opbouwwerk en buurtwerk in de verf zet. Het Wijkgezondheidscentrum De Ridderbuurt (WGC) en RISO Vlaams-Brabant sloegen in 2009 de handen in elkaar om het BOV-project te realiseren.

Eenvoudig protocol „Bewegen Op Voorschrift“

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 eerstelijns welzijnswerkers kunnen mensen aanraden om een voorschrift te vragen aan hun huisarts, zij zijn de indirecte toeleiders. De beweegcoach 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. 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.

Uit het tussentijds rapport van een eerste BOV-jaar 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. In het rapport benadrukken de doorverwijzende artsen dat ze met BOV over een positief instrument beschikken om met kwetsbare mensen preventief te werken.

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 Vlaams-Brabant 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).

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. Op termijn moet daaruit een lokaal netwerk van actoren ontstaan dat met het thema gezondheid bezig is en vanuit verschillende disciplines de ongelijke toegang tot voorzieningen bestrijdt.

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.

Kortom, dit project rond gezondheidspromotie schetst de meerwaarde van een laagdrempelige, wijkgerichte aanpak. Daarbij is veel aandacht besteed aan toeleiding, deskundige individuele coaching, de groepsondersteuning, lokale samenwerking en netwerking. Dit zijn ook belangrijke voorwaarden om aansluiting te vinden bij maatschappelijk kwetsbare doelgroepen, zoals geformuleerd in de basisprincipes om de gezondheidskloof aan te pakken.

Verwijzigingen

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

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.

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

Gezondheidsportret Brabantwijk beweegt!, 2008, Samenlevingsopbouw Brussel.

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

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.

Mukherjee, S. (2011), De Keizer aller Ziektes, een biografie van kanker, Amsterdam, De Bezige Bij.

Nuyens, I., Ongelijkheid in gezondheid: van stamelen naar beleidstaal, *Periodiek*, driemaandelijks tijdschrift van het Vlaams Geneeskundigenverbond, maart 2010, p. 11-12.

Paes, M. (2009), Wijkgezondswerk, een studie naar 25 jaar wijkgericht werken aan gezondheid in Den Bosch-Oost, PRVMZ.

Steunpunt Armoedebestrijding, Memorandum gemeenteraadsverkiezingen 2012.

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

Vlaamse Diabetesvereniging, www.diabetes-vdv.be

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.

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

Bovenstaande bijdrage is gebaseerd op het rapport *Recht op gezondheid. Aanpak van de gezondheidskloof. Resultaten van een verkenning*, 2012 (Gerard Hautekeur)

„BRABANTWIJK BOUGE!“

Geraldine Bruyneel

EEN GEZONDHEIDSPORTRET VOOR DE BRABANTWIJK

Het Lokaal Gezondheidsoverleg Brussel (LOGO Brussel) nam in 2006 het initiatief om, samen met een netwerk aan buurtorganisaties, een gezondheidshuis, een organisatie die met prostituees werkt en het opbouwwerk een wijkgericht gezondheidsproject op te starten in de Brabantwijk. Twee onderzoekers hielpen ons bij het realiseren van het onderzoek en voor het verwerken van de resultaten. Samen vormden ze het netwerk Brabantwijk Bouge! en beslisten om een gezondheidssportret te maken van de Brabantwijk en haar bewoners.

Het portret richtte zich tot lokale overheden als uitnodiging tot actie, tot subsidiërende overheden om proces en eerste resultaten te tonen en tot andere organisaties en diensten om de resultaten en de werkwijze bekend te maken.

Het portret vormde ook een blauwdruk voor verdere acties op het terrein waar zowel bewoners, middenveld als overheden bij betrokken worden.

Kenmerken van de buurt die aanleiding kunnen geven tot gezondheidsklachten

De Brabantwijk ligt tussen het Noordstation, de Kruidtuin en het Liedtsplein. De meest visuele karakteristieken zijn: de oriëntaalse winkelstraat, prostitutie, de verschillende (hoge)scholen. Het is ook een transitwijk: per dag doorkruisen 20000 studenten en pendelaars de Brabantwijk.

De wijk is met 7900 inwoners op een oppervlakte van 42 ha een van de meest dichtbevolkte wijken van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en kent daarbij een hele jonge populatie. Dertig percent van de bevolking is jonger dan 21 jaar. De wijk heeft dus een hele jonge bevolking en weinig openbare ruimte.

Het is dus een van de meest dichtbevolkte

buurten uit Brussel met een grote groep Belgen van Turkse origine die in de jaren zeventig naar België kwamen via migratie. In de wijk leven een honderdtal nationaliteiten.

Er zijn veel grote families in de wijk maar ongeveer de helft zijn jonge, alleenstaande mannen die alleen wonen.

Het gemiddelde inkomen per persoon bedraagt slechts 40% van het gewestelijk gemiddelde. De wijk omvat de armste buurt in het Gewest en behoort in zijn geheel tot de armste stadsdelen van Brussel. Het aantal werklozen is hoog en de beroepsbevolking bestaat grotendeels uit arbeiders. Ook het scholingsniveau in de wijk is laag.

Op gebied van huisvesting scoort de Brabantwijk slecht. Vijftig percent van het woningbestand dateert van voor 1919. Slechts tien percent van de woningen is jonger dan 1970. De praktijk van huisjesmelkerij, waarbij eigenaars van deze panden misbruik maken van de moeilijke situatie waarin deze mensen zonder papieren en uitgeprocedeerden zich bevinden, komt regelmatig voor in de Brabantwijk. De meerderheid van de huizen zijn laagbouw en wordt onderverdeeld in drie of vier wooneenheden. De meeste woningen zijn dan ook vrij klein, 31 % heeft een oppervlakte kleiner dan 45 m². (Bron: Wijkontwikkelingsplan vzw Limiet Limite, Van Loo B.)

De zelf gerapporteerde gezondheid van bewoners behoort tot de slechtste van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Tussen 27,9 en 39,5% van de inwoners van de wijk verklaart niet in goede gezondheid te verkeren. Dat is hoger dan het Brusselse gemiddelde. (Bron: Welzijns- en gezondheidsatlas van Brussel Hoofdstad, gegevens van 2001)

Hoe zijn we tewerk gegaan? Opzet, uitwerking, onderzoek, methode

Volgens het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid is de subjectieve evaluatie van de eigen gezondheid één van de beste indicatoren voor de algemene gezondheids-toestand op individueel en maatschappelijk niveau. (De Boyser K., Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 2007). Met het wijkgerichte gezondheidsportret "Brabantwijk Beweegt!" wilden we dieper inzoomen op de invloed van de Brabantwijk op de gezondheids-beleving van buurtbewoners.

Om een duidelijker beeld te krijgen op de gezondheidsbeleving van bewoners uit de Brabantwijk, inventariseerden we enerzijds objectieve gegevens over de wijk.

Anderzijds verzamelden we kwalitatieve gegevens via interviews met professionals en bewoners.

We namen 122 interviews af bij 75 bewoners en bij 47 professionals.

Naast de visie van bewoners op die gezondheidsbeleving was het voor ons ook belangrijk om de visie van professionals op de gezondheidsbeleving van bewoners te hebben. Op die manier konden we nagaan of er een groot verschil was tussen de oorzaken van gezondheidsklachten, vermeld door bewoners en die vernoemd door professionals.

De geïnterviewde professionals kwamen vooral uit de welzijnssector, de gezondheidszorg, uit publieke diensten en een klein deel uit het prostitutie milieu. Het gaat om professionals die dagelijks met bewoners uit de wijk contact hebben.

Als uitgangspunt voor de vragenlijst kozen we het alledaagse leven in de wijk omdat ze tot de directe leefomgeving van de bewoners behoort en is ook niet te bedreigend om over te spreken. De wijk was daarom ook een geschikt aanknopingspunt voor latere gezondheidsacties. Een eerste groep vragen ging over de levenskwaliteit in de wijk. Een tweede groep vragen peilde naar de invloed

van de wijk op de gezondheid van bewoners. De vragenlijsten voor de professionals en bewoners bevatten dezelfde items. Enkel de manier van vragen stellen verschilde.

Inhoudelijk werd ernaar gestreefd om gezondheid te benaderen in een zo breed mogelijke betekenis. Gezondheid is immers meer dan de afwezigheid van ziekte. „Gezondheid is een toestand van een zo optimaal mogelijk fysiek, mentaal en sociaal welbevinden (...).“ (Wereldgezondheidsorganisatie, 1986)

Bewoners bereikten we via organisaties en via straatpermanenties. Door ons op strategische momenten op strategische plaatsen in de wijk met een tafel en vier stoelen te zetten, konden we bewoners interviewen op een laagdrempelige manier. We vergaarden ook informatie door het organiseren van wijkwandelingen met buurtbewoners.

De verzamelde gegevens werden door de twee onderzoekers die meewerkten aan ons project wetenschappelijk verwerkt in een gezondheids-rapport.

Belangrijke bevindingen van het gezondheidsportret

Als we peilden naar factoren die bepalen hoe aangenaam het is om in de wijk te wonen werden vijf clusters van problemen vermeld: problemen met de woonomgeving, met de sociale omgeving, sociale gezondheid, huisvesting en leefstijl.

Bij zowel bewoners als bij professionals werd de woonomgeving het meest vernoemd. Mensen spreken vooral over de vuilnis, onveiligheids-gevoelens, lawaaioverlast en druk verkeer.

Samenvattend kunnen we stellen dat bewoners het vaakst onveiligheid noemen, meteen gevolgd door openbare netheid. Opmerkelijk is dat onveiligheid slechts enkele keren aangehaald wordt door de professionals. Voor de professionals komen openbare netheid en huisvesting op de eerste plaats en gezonde eetgewoonten en opvoeding

op de tweede plaats. Huisvesting, gezonde eetgewoonten en opvoeding worden door de bewoners slechts enkele keren vermeld.

Op de vraag of het een aangename buurt was voor bewoners om in te wonen, antwoordden professionelen eerder uitgesproken positief of negatief. De bewoners antwoordden genuanceerder en niet volmondig positief of negatief.

Als we peilden naar de invloed van de wijk op de gezondheid en naar de meest voorkomende gezondheidsproblemen spraken de respondenten over geestelijke gezondheidsproblemen, lichamelijke gezondheidsklachten en stress. Bewoners hadden het meer over geestelijke gezondheidsproblemen dan over lichamelijke gezondheidsproblemen. Professionelen daarentegen spraken meer over lichamelijke problemen. Angst en depressie werden het meest aangehaald als het ging over geestelijke gezondheidsproblemen. Onder andere de drukte van de buurt, het vuile imago van buurt, financiële druk en familiale druk zoals heimwee, culturele aanpassingsmoeilijkheden speelden een belangrijke rol voor bewoners.

Wat de lichamelijke klachten betreft, spraken bewoners en professionelen vooral over slaapproblemen door lawaai/overlast, verkeer, kleine behuizing en slechte isolatie huizen.

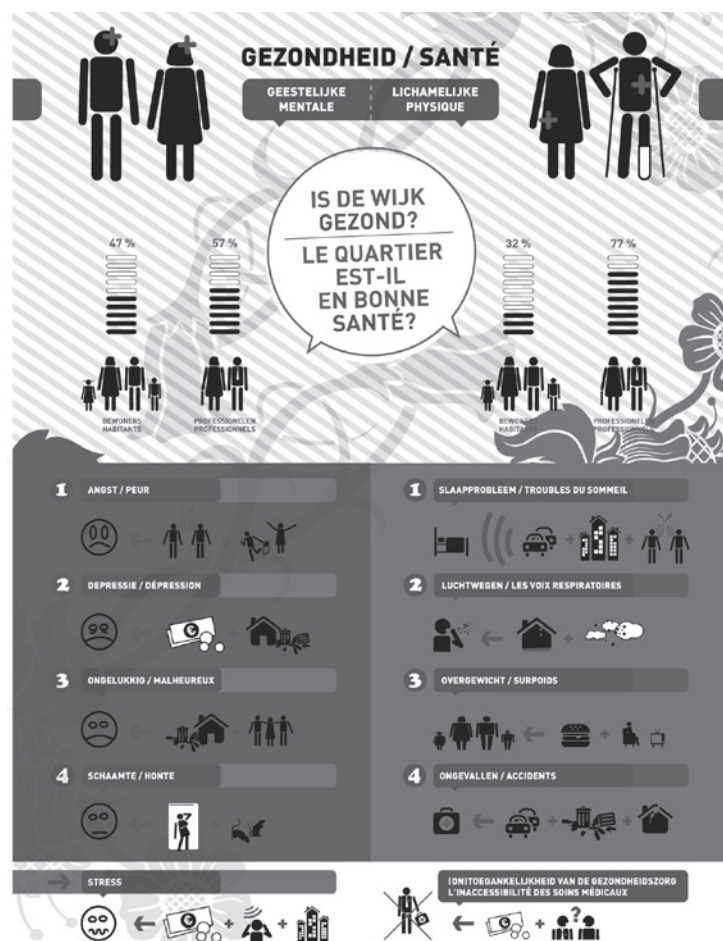
Wanneer we vroegen welke gezondheidsproblemen bij voorrang aangepakt moesten worden, merkten we dat de respondenten meestal niet spraken over gezondheidsproblemen maar wel problemen gerelateerd aan woon-omgeving. (Bron: Gezondheidportret BrabantwijkBeweegt!, Van Zele K., Doucet I., Henneman H., Bruyneel G., Volta, 2008).

Verspreiden van de resultaten

Eenmaal het portret voltooid, kozen we ervoor om de resultaten voor te stellen en te verspreiden via film, sociale media en een posterversie. Waarom? We wilden meer dan enkel een statisch rapport

uitbrengen dat in vele gevallen rechtstreeks naar de boekenplank wordt verbannen. We wilden met ons gezondheidsportret een beweging, een identiteit creëren voor actie.

In de eerste plaats maakten we een film met buurtbewoners over een van de meest genoemde gezondheidsproblemen namelijk slaapproblemen in de Brabantwijk. De resultaten van het rapport werden voorgesteld aan beleids mensen, mensen van de overheidsadministraties, het middenveld, academici en geïnteresseerde bewoners tijdens een officieel presentatiemoment.



Light versie van het gezondheidsportret

We maakten ook een „light“ poster versie op van de resultaten van het rapport. Die light versie bestond vooral uit pictogrammen zodat een maximum aan mensen de resultaten kon lezen. We trokken naar bewoners in organisaties, in de straten, in de wachtzalen van medische centra om de resultaten terug te koppelen. We hebben de posters ook op een maximum aan plaatsen in en buiten de wijk opgehangen.

We richtten ook de blog brabantwijkbouge.be op om de resultaten van het rapport breed bekend te maken. Om de blog bekend te maken bij bewoners organiseren we op geregelde tijdstippen stickeracties waarop het adres van de blog staat. We verspreiden ze in computerklassen, internetcafé of tijdens acties.

Het rapport zelf staat ter beschikking op de blog. Een beperkt aantal exemplaren werden in het Frans en in het Nederlands uitgeprint om op vraag uit te delen aan geïnteresseerden.



Bewoners tijdens de presentatie

And...action!

We kozen voor een wijkgericht gezondheidsproject omdat traditionele campagnes vaak niet aangepast zijn aan mensen die wonen in achtergestelde buurten en omdat we wilden vertrekken van het principe dat bewoners actief kunnen participeren.

Met de bewoners die meewerkten aan de film, vormde we een actiegroep om gezondheidsproblemen aan te pakken. Die bewoners woonden vooral in het lager gedeelte van de Brabantwijk, rond de Aarschotstraat. Zij hadden vooral gezondheidsklachten zoals stress en slapeloosheid. Veel van de bewoners hun gezondheidsklachten vonden oorzaak in de fysieke omgeving waarin ze zich bevinden.

We stelden samen een top aan prioriteiten op waarrond we zouden werken. Deze mondde uit in verschillende acties waarvan hieronder twee acties worden toegelicht.

„Ceci n'est pas un urinoir“ een campagne tegen wildplassen

De wildgroei van prostitutietoerisme is in de Brabantwijk de laatste zes jaar enorm toegenomen. De straten tussen de Aarschotstraat en de Brabantstraat zijn residentiële straten en worden vaak gebruikt als openbaar urinoir door prostitutietoeristen. Als antwoord op dat probleem, lanceerden bewoners en opbouwwerk de campagne „Ceci n'est pas un urinoir“

Met bewoners bestudeerden we een aantal afschriktechnieken voor wildplassers. Zo ontstond het idee van de spetterplaat en de spiegel om potentiële wildplassers af te schrikken. Belangrijker dan de efficiëntie van deze afschrikmechanismen was het feit dat bewoners zelf initiatief konden nemen. Vele bewoners waar we mee spraken waren in het begin nogal fatalistisch en gefrustreerd doordat er naar hun gevoel niet veel veranderde.

Door zelf acties mee op te zetten, ontstond er een nieuwe dynamiek om de problemen aan te kaarten en onder de aandacht te brengen bij de bevoegde instanties.

Doordat de problemen al jaren aansleepten, was het vooral belangrijk dat er ook een aantal structurele oplossingen werden gezocht. Het opbouwwerk schreef daarom een aantal bedrijven aan, gespecialiseerd in straatmeubilair, om een concreet en aangepast urinoirplan voor de Aarschotwijk uit te tekenen. De uitgewerkte voorstellen werden aan de burgemeester van Schaarbeek voorgelegd. De gemeente Schaarbeek zocht en vond subsidies. Het urinoirplan wordt in 2013 uitgevoerd.

Geluidsmetingen in de Aarschotwijk 's nachts

Bewoners in de straten tussen de Aarschot- en de Brabantstraat klaagden over lawaaioverlast door het aanhoudende prostitutieverkeer. Vele bewoners slapen 's nachts slecht en geven aan dat het nachtlawaai een impact heeft op hun gezondheid.

In 2009 heeft het Brussels Instituut voor Milieubeheer 's nachts, op vraag van bewoners en Samenlevingsopbouw, bij bewoners rond de Aarschotstraat thuis geluidsmetingen uitgevoerd om objectieve gegevens te verkrijgen over de graad en de frequentie van de geluidshinder. Uit die geluidsmetingen bleek dat bewoners 's nacht vaak hadden af te rekenen met wat occasioneel lawaai genoemd wordt. Bewoners werden 's nachts vaak opgeschrikt door plotse, luide lawaaibronnen zoals claxons, luide muziek uit autoradio's, gierende banden, ruzies en dat de hele nacht lang. Deze plotse lawaaiopstoten bezorgden bewoners veel stress en slapeloosheid. Veel van die oorzaken van geluidshinder hangen samen met het carrousel rijden van prostitutietoeristen.

Samenlevingsopbouw is hier samen met bewoners vragende partij voor een duidelijk mobiliteits- en verkeersplan voor de Brabantwijk.

Momenteel heeft de gemeente Schaarbeek een architectenbureau aangewezen om een globale visie uit te tekenen van de Aarschotwijk. Bewoners en het opbouwwerk willen ook inspraak in de opmaak van dat plan.

Verder ondernamen en ondernemen we nog steeds acties om een antwoord te zoeken op het gebrek aan openbare netheid en het gebrek aan (groene) ruimte in de wijk en in het park.

Wat was toen voor ons vernieuwend aan het gezondheidsportret?

Het communiceren via blog, film, lightversie rapport, straatpermanenties en zo weinig mogelijk via klassieke preventie- en communicatiemethoden.

Het samenwerken met verschillende beleidsniveaus en over de taalgrenzen heen. Meerdere beleidsniveaus toonden belangstelling voor het gezondheidsportret. Beleidsbetrokkenheid was en is voor ons project heel belangrijk om toekomstige acties te realiseren en om ze duurzaam en structureel uit te werken.

Het samenwerken met experts uit de overheid, de academische wereld en de privésector zoals het Brussels Instituut voor Milieubeheer, firma's gespecialiseerd in straatmeubilair e.a. waren belangrijk om het project vooruit te helpen.

D E GOED GEVOELSTOEL: EEN STOEL VOOR JE GOED GEVOEL

Caroline Van Malderen

Voelt de Brabantwijk zich goed?

Uit het Gezondheidsrapport dat wij in 2007 voor de Brabantwijk hebben opgesteld, bleek dat veel bewoners zich niet goed in hun vel voelen en regelmatig te kampen hebben met angstgevoelens, depressie, stress,... Heimwee naar het thuisland is een vaak wederkerend gevoel voor allochtone vrouwen die in de wijk wonen. Toegang krijgen tot geestelijke gezondheidszorg is er geen evidentie. Of de drempel is te hoog, of de instanties zitten overvol en moeten werken met wachtlijsten. Wij besloten om een aantal geïnteresseerde wijkorganisaties bijeen te roepen om, samen met LOGO Brussel, na te denken over mogelijke pistes om aan de slag te gaan rond geestelijke gezondheid in de Brabantwijk. Deze werkgroep kwam een paar keer samen, maar mondde niet uit in een gezamenlijk project of actie. De violen van de verschillende organisaties raakten niet gelijkgestemd.

Geef je goed gevoel een stevige stoel!

In 2009 ontwikkelde het VIGeZ (Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en ziektepreventie) i.s.m. CEDES (beweging voor integrale armoedebestrijding) een nieuwe dialoogmethodiek die als doel had om in groep met maatschappelijk kwetsbare mensen te werken aan geestelijke gezondheid. De goed-gevoel-stoel was geboren... Deze is een symbool; het goed gevoel van mensen moet een stevige basis hebben (de stoel) om vaker voor te komen en langer te blijven bestaan. De vier stevige poten van de goed-gevoel-stoel staan voor vier dimensies waaraan je zou moeten werken om een stevige „stoel“ te hebben, nl. hulp en steun zoeken, jezelf beschermen, jezelf goed doen en jezelf

graag zien. Na drie dialoogsessies, waarin met de deelnemers nagegaan wordt wat hun individuele lasten en draagkracht is en wat men als groep of individueel zou kunnen doen om sterker te worden (de verschillende poten van de GOED-GEVOEL-STOEL te verstevigen), gaat de groep aan de slag met zelfbepaalde goed-gevoel-acties (in groep of individueel).

Een goed-gevoel-stoel voor de Brabantwijk

Het leek ons de moeite waard om deze methodiek aan te passen en te testen bij het publiek van verschillende wijkorganisaties. Als dit aansloeg, zouden we het via de gemeente Schaarbeek wijder kunnen verspreiden, om op die manier zoveel mogelijk mensen te helpen om zich beter te voelen. Maar nu loop ik vooruit op de zaken. Eerst namen wij contact op met een aantal wijkorganisaties die met (vrouwen)groepen werken, zoals het Gaffi, Maison Bilobahuis, Service de Santé Mentale Le Méridien, De Schakel, Cultures&Elles, het Vrouwenhuis van Schaarbeek, om samen met het LOGO in de stuurgroep van het project te zetelen. Deze partners werden omwille van uiteenlopende redenen geselecteerd; kennis van de doelgroep en aanwezigheid van (vrouwen)groepen in hun werking (Gaffi, Cultures & Elles, Maison Bilobahuis, De Schakel), link met de gemeente (Vrouwenhuis), inzicht in geestelijke gezondheidszorg en antropologie (Le Méridien). De stuurgroep bestudeerde de methodiek, volgde de vorming voor begeleiders en besprak in hoeverre de methodiek moest aangepast worden aan de doelgroep bij wie we het gingen testen. Wij dachten aanvankelijk de methodiek te richten op allochtone vrouwen-groepen die te kampen hadden met heimwee naar het thuisland. Nadat de stuurgroep een

paar keer was samengekomen, besloten wij om het open te trekken naar kansarme groepen uit de wijk, zodat er op die manier minder mensen uit de boot vielen.

Nadat alle leden van de stuurgroep de vorming hadden gevolgd voor de begeleiders van de dialoogsessies van de methodiek, kwamen we tot de conclusie dat we de goed-gevoelstoel in eerste instantie enkel zouden vertalen naar het Frans. De methode is eerst getest in een groep van De Schakel en dan in een groep van Maison Bilobahuis. Tussen het doorlopen van de dialoogmodules van de twee verschillende groepen is een intervisiegroep samengekomen om te evalueren en bij te sturen. De intervisiegroep bestond uit de stuurgroep en drie werkers van Le Méridien, waaronder een psycholoog en een antropoloog. Tijdens deze bijeenkomst bespraken we de drie sessies, wat werkte en wat moeilijker was. We bogen ons over de resultaten die opvielen uit de evaluatiefiches die door de deelnemers waren ingevuld. De bedoeling was om de methode indien nodig verder aan te passen.

De twee groepen gingen namelijk elk op hun eigen manier om met de methodiek. De begeleider van De Schakel liet zich bijstaan door een werker van een andere organisatie die reeds vertrouwd was met de methodiek. Dat maakte het verloop van de sessies vlotter en op die manier kon de begeleider zich meer toespitsen op de deelnemers zelf, terwijl het ruimer kader in het oog gehouden werd door de andere werker. De begeleiders van De Schakel volgden nauwkeurig het stramien van de methodiek op.

De groep van Maison Bilobahuis werd begeleid door twee psychologen van Le Méridien. Zij kozen ervoor om de methodiek meer naar hun hand te zetten. De drie dialoogsessies besloegen drie uur in plaats van twee uur, zij gingen dieper in op het thema van de grondrechten, voegden een paar dimensies toe aan de draaglast (politiek en de onzichtbare wereld) en gingen op een andere

manier om met de spreektijd van de deelnemers. Jammer genoeg hadden de begeleiders zelf niet de vorming gevolgd die door het VIGeZ georganiseerd wordt. Daardoor interpreteerden



FOTO: GGSactie Biloba.

zij sommige delen van de module anders dan ze bedoeld waren. Wij hebben hieruit geleerd dat het écht belangrijk is dat de begeleiders van de groepen de vorming meemaken alvorens zij de dialoogsessies van de goed-gevoelstoel begeleiden. De begeleider van de groep zelf koos ervoor om actief deel te nemen aan de sessies, als één van de deelnemers. Achteraf gezien was dat jammer, daar zij op die manier het overzicht van de methodiek zelf niet kreeg.

Tijdens de laatste intervisiesessie, maakte de stuurgroep een lijst met tips en tricks op voor groepen die in de toekomst met de methodiek aan de slag wensen te gaan. Deze lijst had betrekking op de dialoogsessies, daar beide groepen deze net doorlopen hadden. Nadien werd er zowel in Maison Bilobahuis als in De Schakel aan de slag gegaan met goed-gevoel-acties.

Een goed-gevoel-stoel voor Schaarbeek

Een jaar nadat de eerste twee groepen van start gegaan zijn met de methodiek, hebben wij samen met de begeleiders van de groepen een tussentijdse evaluatie gemaakt. In beide groepen valt vooral op dat de groep mensen die de dialoogsessies meegemaakt hebben van de goed-gevoel-stoel hechter is, een kerngroep vormt. In Maison Bilobahuis komt de kerngroep



FOTO: GGSactie DeSchakel

om de twee weken samen, deels om activiteiten voor te bereiden die ruimer voor het publiek van de organisatie bedoeld zijn, deels om het proces dat gestart is tijdens de dialoogsessies verder te zetten. Deze groep vindt het erg belangrijk om de ruimte te krijgen om het bij elkaar te hebben over hun leven, hetgeen waarmee ze geconfronteerd worden, de vragen en twijfels te delen waarmee ze kampen. Het is een erg hechte groep geworden. Dat zorgt ervoor dat de begeleiding op een heel

ander niveau werkt, maar het maakt het ook moeilijk om voor buitenstanders aansluiting te vinden. Voor de organisatie betekent dit enerzijds een frisse wind die door de werking waait, een groep bewoners die actief meewerkt, activiteiten voorstelt en erg aanwezig is. Anderzijds moet de begeleiding op zoek naar strategieën om de werking voldoende open en laagdrempelig te houden voor nieuwkomers. Zij overwegen trouwens om, indien het personeel en de middelen het toelaten, in de toekomst een nieuwe groep op te starten met de goed-gevoel-stoelmethode.

De groep bewoners van De Schakel die gewerkt heeft met de methode, is ondertussen ook uitgegroeid tot de „kerngroep” van de werking. Deze groep bepaalt mee welke activiteiten plaatsvinden en plant tevens zelfstandig uitstappen. Eens zij samen met De Schakel een activiteit gedaan hebben, keren zij gemakkelijk zelfstandig terug (vb. de groep gaat samen naar een toneelvoorstelling, los van De Schakel). Ook De Schakel staat ervoor open om in de toekomst een nieuwe groep op te starten rond de methode.

Eind 2014 zal de eindevaluatie plaatsvinden met deze twee groepen. Wij hopen tegen dan de methode opgestart te hebben in twee nieuwe groepen, zodat wij vier groepen hebben om naar te refereren in de wijk. Tijdens de eind-evaluatie zullen wij ook de individuele beleving van de methode trachten te achter-halen bij de verschillende deelnemers van de groepen die met de methode gewerkt hebben.

De bedoeling is om bij een positieve evaluatie de goed-gevoel-stoel te promoten bij de gemeente Schaarbeek, zodat deze opgenomen wordt in het reguliere hulpverleningscircuit. Om die reden zit de coördinator van het Vrouwen-huis van Schaarbeek trouwens in de stuurgroep. Zij is van in het begin mee, heeft de dialoogsessies van De Schakel meegemaakt en zal goed geplaatst zijn om de methode mee te promoten.

Op die manier streven wij ernaar om zoveel mogelijk bewoners uit de wijk met een goed

gevoel te besmetten, om uiteindelijk een ware epidemie van goed gevoel te veroorzaken.

“C’était presque une réunion, mais aussi les personnes pouvant s’exprimer sur ce qu’ils ont vécu et tout ça; les joies et les peines. Donc, personne n’est épargné, quoi. Dans ce but-là, suite à des expériences vécues, des drames aussi. Parce que je me rappelle, j’ai entendu quelqu’un qui parlait de sa maison qui avait été incendiée, et qui pleurait. C’est comme ça que j’ai appris cette triste histoire. Les gens vous racontent parfois des bribes, mais vous ne savez pas faire un montage. Le but n’était pas là, mais c’était quand-même de voir, malgré la souffrance qu’on a eu, reprendre goût à la vie et de pouvoir s’exprimer sur cette souffrance. Et aussi, le but c’est de se reconstruire(...) Ca me faisait penser à une thérapie de groupe.” (Claudine, deelneemster van De Schakel, vwahwn)

“Moi, c’est plus le processus qui m’a touché. De voir qu’à partir de trois séances comme ça où chacun a pu se livrer un peu et que de là il y a une dynamique, il y a une cohésion qui s’est créée. Il y a un désir de faire des choses et qui en plus vont faire du bien aux autres, pour se faire du bien, quoi. Beaucoup de personnes disaient par exemple « nous, ce qu’on a envie de faire, quand on parle de bien-être, c’est d’aller rendre visites aux personnes âgées, dans des homes. » Mais, dans le sens où de se dire qu’en faisant ça, ça me fait du bien parce que ça me rassure et parce que je pense qu’un jour j’espère par ça que quelqu’un va penser à moi. Cela calme un peu mes angoisses par rapport à tout cet inconnu, cette solitude. Ca m’apaise de faire des actions, plus dans l’ordre un peu religieux, spirituel. Le sens de faire du bien à l’autre. C’est une demande qu’on a repris maintenant dans les activités de bien-être. Ce qui m’a frappé c’est le

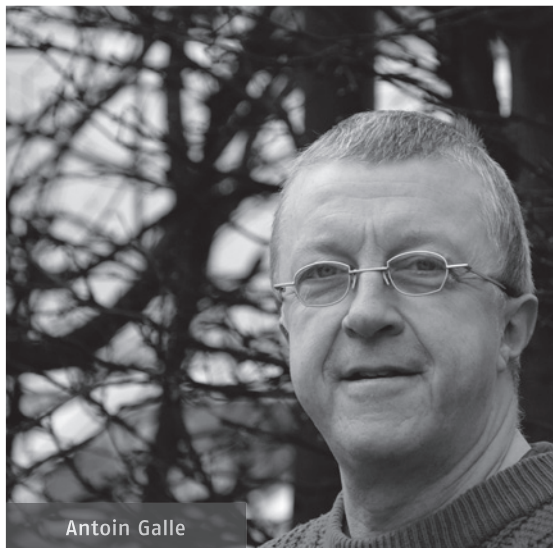
besoin de ces gens qui sont défavorisés, qui ont plein de problèmes, de faire du bien autour d’eux avant tout, pour se sentir mieux. C’est peut-être pour ça que ce groupe a super bien marché. Ils ont pu voir qu’ils n’étaient pas seul dans leur souffrance, qu’il y avait d’autres personnes qui souffrent. Il y avait vraiment un rapprochement et une identification à la douleur de l’autre. C’est universel de se dire que voilà, on partage des choses. De là, ils ont pu construire des choses ensemble.(...) Ca a créé une dimension en plus dans notre travail. Parce qu’il y a eu tout ce processus pendant trois séances (du module de dialogue de la Chaise du Bien-Etre ndlr.) où les personnes ont du se raconter ce qui est très important pour eux autour de la table. D’ailleurs ils le disent souvent, « On ne trouve pas de lieux dans la société où l’on peut parler de soi ». Par ce processus, on a pu aller un peu plus loin et on a besoin de ça, de partager ensemble des choses de notre vie, de ce qu’ensemble on a en commun. (...). C’est devenu un groupe très soudé. Je travaille maintenant avec eux dans un tout autre processus.

Une fois qu’on a mis en place ce groupe, ainsi que les activités, qu’on a vu un peu autour de quoi on veut travailler ensemble ; les activités qui étaient appropriées pour le groupe et quand on a mis des actions en place c’était plus facile. Parce que, voilà, ils étaient autour de la table et c’était eux qui disaient formellement on veut faire telle chose, pour une raison ou pour une autre (...) et ils étaient là le jour de la sortie. Les gens savent d’où ça vient et c’est plus porté. Ils comprennent la logique de pourquoi on fait telle activité et ça leur permet aussi de réfléchir et de donner des idées » (Sonia, animatrice de la Maison Bilobahuis)

A NTOIN GALLE: OP STRAAT PLAN JE JE DAG NIET

HIJ OVERKOMT JE.

Tineke Van Heesvelde



Antoin Galle

Sociale ongelijkheid gaat samen met gezondheidsongelijkheid: mensen in armoede hebben veel meer kans op gezondheidsklachten. Maar hoe zit het dan met de mensen die op straat leven? Wij vroegen het aan Antoin Galle, van opleiding psychiatrisch verpleger en al jaren werkzaam als straathoekwerker voor de vzw Diogenes in Brussel.

Hoe is het met de fysieke en geestelijke gezondheid van straatbewoners?

Antoin: „Het begint al met de vraag: *wat is gezondheid?* Traditioneel wordt een gezondheidsprobleem gezien als een fysiek mankement dat met een behandeling op te lossen is. Maar het is zoveel meer dan dat. Ik zie een aantal elementen die een zeer grote invloed hebben op de gezondheid van straatbewoners en die traditioneel niet onder *gezondheidszorg* in de strikte zin, begrepen worden.”

„Maar ook de gezondheid in strikte zin is bij straatbewoners zo mogelijk nog slechter dan bij vergelijkbare groepen. Veel straatbewoners zijn er slecht aan toe. Ze cumuleren allerhande problemen. Op fysiek vlak vinden we meer voetschimmels, bloedvatpathologie (embolie, ulcera, infarcten) en aantasting van het hele spijsverteringsstelsel (gebit vaak in zeer slechte staat, keelkanker, slokdarmbloedingen, maagulcus, gastritis, diarree, enz.). De combinatie van roken en alcohol verergert aanzienlijk de long-, vaat-, en digestieve pathologie.”

„Daar bovenop komt nog de stress, uitputting, slaapgebrek, en parasitosen. En de gezondheid van straatbewoners heeft ook te lijden onder ongevallen, agressie (tot moord), directe gevolgen van middelenmisbruik (intoxicaties en overdosis, cirrose, neurologische en cerebrale defecten).”

„Door de stress van het leven op straat vernauwt het bewustzijn en treedt een soort anesthesie in. Middelenmisbruik onderdrukt bovendien signalen die het lichaam geeft over ziekte en gezondheid. Men zal dan niet meer tijdig en adequaat reageren. We zien dat gezondheid voor straatbewoners niet altijd een prioriteit is: *Zolang ik nog kan lopen ben ik niet ziek!*, concludeert een patiënt. Alcoholisten hebben daarbij frequent neurologische en cognitieve stoornissen (loopstoornissen, oriëntatie – en cognitieve problemen). Ze vinden letterlijk de weg niet meer.”

„Internationaal onderzoek bevestigt keer op keer zeer hoge frequenties van psychotische diagnoses en schizofrenie, persoonlijkheidsstoornissen, stemmingsstoornissen, veteranensyndroom en vluchtelingentrauma's. Bij veel straatbewoners werd het vertrouwen in het leven al vroeg ondermijnd door

mishandeling en seksueel misbruik of door op te groeien in een instellingswereld.”

In deze context lijkt een vlotte toegankelijkheid van een brede waaier aan zorgen zeer belangrijk. Is deze toegang voldoende goed georganiseerd voor straatbewoners?

Antoin: „De toegang tot de gezondheidszorg ziet er in België op papier heel goed uit. Toch weten we dat de levensverwachting van laaggeschoolden tot 20 jaar minder is dan van hooggeschoolden bijvoorbeeld. De verklaringen zijn niet simpel, het gaat om levenswijze en cultuur van kansarmen én zorgverstrekkers, die gezondheidsrisico's veroorzaken en slecht op elkaar aansluiten.”

„In het klassieke idee van gezondheidszorg gaat men ervan uit dat een patiënt zelf met een eenduidige klacht naar de dokter stapt. Die stelt een diagnose en behandeling voor, waarna het probleem is opgelost. Straatbewoners passen niet in dit plaatje.”

Wat is er dan volgens jou nodig om te zorgen dat de toegang tot gezondheidszorg vlotter verloopt?

„Omdat gezondheid zo complex is, is er ook niet een oplossing voor het probleem van beperkte toegang tot gezondheidszorg. En we moeten ook niet denken dat alles op te lossen is met geld. We zien dat bijvoorbeeld in landen zoals Engeland, waar de toegang tot gezondheidszorg voor iedereen gratis is, er zich vergelijkbare problemen van toegankelijkheid voordoen.”

„Het Belgische Riziv is een verzekeringssysteem, dus gebaseerd op bijdragen van loontrekkenden. In de loop der jaren werden heel wat kunstgrepen bedacht om zoveel mogelijk inwoners in het stelsel op te nemen. Maar elke

specifieke maatregel sluit weer andere mensen uit, zij die net buiten een bepaalde norm vallen.”

„Gezien nog heel wat door de patiënt zelf moet aangevraagd worden, zou een automatische toekenning van rechten voor kansarmen al een verschil maken, daar zij het minst hun rechten laten gelden. We zien onder daklozen steeds meer Europese nationaliteiten voor wie in principe de ziekteverzekering van hun land geldt. Op termijn moet Europa iets vinden om de sociale rechten mee te laten verhuizen met de persoon, want nu is er wel vrij verkeer van personen maar zonder sociale bescherming.”

„Brussel heeft bovendien de gekende ingewikkelde structuur van bevoegdheden. Elk OCMW heeft bijvoorbeeld andere mogelijkheden en procedures voor een medische kaart. We lobbyen al lang, samen met BWR e.a. voor duidelijke criteria en harmonisatie. Maar de OCMW's weigeren met als argument dat de lokale behoeften verschillend kunnen zijn.”

„Via de veelheid aan bevoegdheden en procedures kan er voor straatbewoners dikwijls gratis gezondheidszorg geregeld worden. Het vraagt een serieuze tijdsinvestering om daklozen in zieke toestand naar het juiste bureau te loodsen, en de juiste mensen aan te spreken die het kunnen regelen. Helaas merken we anderzijds dat straatbewoners die zelf om een medische kaart vragen; afgescheept worden, bijvoorbeeld door misverstanden aan de onthaalbalie.”

„Bij zorg voor straatbewoners (en andere patiënten met gecombineerde chronische ziektes) gaat het er meer over hoe een groep zorgverleners in voortdurende dialoog met de patiënt diens kwaliteit van leven kan verbeteren. Eenmaal het toegangsticket tot de gezondheidszorg in handen, is het water tussen straat en kliniek immers nog diep.”

„Bekend is dat het afsprakensysteem voor straatbewoners al veel problemen oplevert:

op straat plan je je dag niet, hij overkomt je. We proberen dan afspraken vast te leggen wanneer de kans het grootst is de betrokkene te vinden. Veel patiënten hebben bovendien cognitieve en geheugenproblemen. Dan vragen we aan andere daklozen die hen omringen om het regelmatig te herhalen en sporen we de patiënt op tijd op langs zijn gewoontetraject.”

„Minder bekend zijn de selectiemechanismen die spelen tussen zorgverlener en patiënt. Ze hebben elk een ander idee over ziekte, de ideale patiënt... Enerzijds is een zorgverlener niet geneigd een patiënt te behandelen als hij denkt dat het toch niets zal uithalen, anderzijds zal de patiënt zijn eigenlijke problemen niet formuleren als hij denkt dat de dokter hem niet zoals andere patiënten zal respecteren. Met andere woorden: hoe verloopt de match van kandidaatschap voor de zorg? Bemiddeling en wederzijds informeren van elkaars leefwereld kan dan de brug slaan. We zien meer zorginspanningen als de artsen weten dat straathoekwerkers de therapie nadien opvolgen.”

Welke rol speel je dan precies als straathoekwerker?

„Als straathoekwerkers faciliteren we de aansluiting en transitie momenten: we werken aan de motivatie van patiënten en zorgverleners om het met elkaar te vinden en bereiden ondertussen al pistes voor na de opname of acute behandelingsfase. Dit kan inhouden dat we met de dokter op straat gaan, of jaren contact houden met betrokkenen.”

„Het vraagt enige ervaring om met de financiële en administratieve drempels om te gaan, maar daar is meestal een mouw aan te passen. Dan volgt een moeilijker proces van beide partijen overtuigen van elkaars mogelijkheden. Bij het zien van een groep vervuilde zwaar wodka drinkende Poolse daklozen heeft iedereen al een bepaald oordeel. Als men uitgaat van

‘die weigeren toch alle hulp’ vallen er doden op het trottoir. We hebben al herhaaldelijk mogen ondervinden dat het ook anders kan.”

Gezondheid is soms geen prioriteit voor een straatbewoner. De druk om te overleven, de stress om het leven van elke dag georganiseerd te krijgen, zorgt ervoor dat men alleen maar op korte termijn kan denken. Het is in die context bijna onmogelijk om plannen te maken. Het kan nodig zijn eerst de situatie te stabiliseren door o.a. onderdak te regelen. Als straathoekwerker houden we verder zorgplanning bij door telkens aan te geven : Waar waren we gebleven? – Wat kan en nu ondernomen worden?”

Zijn er dan geen diensten die een gezondheidszorg aanbieden die rekening houdt met de complexiteit van het leven op straat?

“Diensten met poreuze schotten tussen de verschillende zorgdisciplines leveren betere zorg voor straatbewoners, evenzo zorgverleners die andere problemen ook willen aanhoren. In een wijkgezondheidscentrum met artsen, verpleegkundigen, tandarts, psycholoog... zal een straatbewoner vlotter aanvaarden een andere discipline te raadplegen, bijvoorbeeld na enkele informele begroetingen. Een dokter of verpleegkundige die een handje helpt voor de huisvesting, bereikt meer qua gezondheid dan degene die zich tot zijn rol beperkt.”

“Ook onthaalfunctie is erg belangrijk voor daklozen: als aanspreekpunt, om de stress van het wachten te verlichten, inlichtingen over wanneer de dokter er is, bevestiging als patiënt...”

“Een goed voorbeeld van zo’n dienst is Entr’aide des Marolles. daar kan je terecht voor sport, praatgroep, preventie-activiteiten, maar evengoed voor basisgezondheidszorg, therapie, psychiatrische hulp, kind en gezin, tandarts, sociale dienst, ... Als je daar binnenloopt, kan

het voor van alles zijn. Wij hebben regelmatig een goede opvolging van straatbewoners kunnen vaststellen bij dergelijke centra. De straatbewoners gaan er graag terug heen en brengen anderen mee. Veel wijkgezondheidscentra zijn echter jammer genoeg volzet.”

“Anonieme meerkeuzemenu’s via telefoon doen het duidelijk niet voor ons publiek. Als straathoekwerker is het ook aangewezen de interne werking van een serie diensten te kennen zodat we weten wanneer en hoe we artsen/ziekenhuisafdelingen kunnen voorbereiden op zorgen voor daklozen.”

„In het verlengde daarvan vervult het informele en niet-stigmatiserende karakter van een dienst een gunstige rol. In een wijkgezondheidscentrum kennen de mensen elkaar, en je kan er ook naar toe voor een yogales of je kan er samen leren koken met gezonde voeding.”

„Gezien straatbewoners meestal met meerdere gezondheidsproblemen tegelijkertijd kampen zijn ze soms nergens welkom. Met een dubbeldiagnose psychose – verslaving zijn alle deuren voor psychiatrisch beschut wonen gesloten. Brussel kampt trouwens met een ontzettend gebrek aan dergelijk beschut wonen, zelfs al heb je maar één ziekte. Voor sommige ziektebeelden bestaan er nauwelijks geschikte diensten, zoals voor de ziekte van Korsakov. Zelfs ontwenning van harddrugs ligt moeilijk!”

„We gaan dan de diverse problemen tezelfdertijd aanpakken door een netwerk van zorgverleners in elkaar te knutselen en zorgconferenties te houden samen met de patiënt in een door het RIZIV erkende overlegstructuur zoals Hermes. Daarbij gaan alle hulpverleners rond één persoon samenzitten met die patiënt, om afspraken op elkaar af te stemmen. Door de aanwezigheid van de patiënt houden de hulpverleners al veel meer rekening met hem.”

„Een andere goed voorbeeld is Zorgwonen. Bij daklozen zien we een snelle algemene

veroudering. Een dakloze van vijftig heeft makkelijk de gezondheidsnoden van een zeventigjarige. Maar rustoorden mogen wettelijk slechts hoogst uitzonderlijk jongere mensen opnemen. Via Zorgwonen van Puerto of De Schutting kunnen behoeftige wat oudere daklozen met diverse thuiszorgdiensten worden omringd, terwijl er iemand over de coördinatie blijft waken, en het relationele aspect blijft verzorgen. Uiteraard zijn een tiental plaatsen daarvoor over heel Brussel veel te mager.

Ken je nog interessante voorbeelden uit binnen- of buitenland?

„Dan denk ik aan het rehabteam van Mentrum in Amsterdam, een team met psychiater en verpleegkundigen die werken volgens de methodiek van rehabilitatie (tegenwoordig „herstel” geheten) en bemoeizorg. Ze volgen alle daklozen met psychiatrische problemen en zijn daarvoor de enige dienst in Amsterdam. Blijven zwerven blijft ook een optie. Ze zijn geïntegreerd in de gewone psychiatrische zorg. Dat neemt al heel wat coördinatieproblemen weg. De middelen zijn voorzien door de ziektekostenverzekering.”

Ook Housing First verdient wel onze aandacht. Het is oorspronkelijk een initiatief van de psychiater Tsemberis in New York, specifiek voor multipiele-diagnose patiënten. Bij Housing First wordt – zoals de naam het al zegt – eerst gezorgd voor stabiele huisvesting. De ervaring leert dat drie vierden van de betrokken daklozen in deze projecten niet meer terugkeert naar de straat. Men wil met dit initiatief de autonomie van de mensen zoveel mogelijk respecteren, met een intensieve zorgomkadering (Assertive Community Treatment of ACT). Budgetbeheer en veiligheidscontroles zijn de enige verplichtingen.

Vorig jaar ging in Parijs ook een uitgebreid project Housing First van start. Er werden echter geen woningen voorzien. Zo werkt het uiteraard niet.”

Als je een kleine betoging mocht organiseren voor de toegang tot gezondheid voor daklozen, welke slogans zou je dan roepen?

Uitbreiding van fortaitaire en derde-betalers systemen, zoals meer wijkgezondheidscentra!

Harmonisering van medische kaarten en procedures in het Brussels Gewest, met aandacht voor competent onthaal en vlotte afhandeling!

Diverse kleinschalige woonzorgentiteiten voorzien voor daklozen met chronische problemen, erkend door het RIZIV! Tijdig ontslagmanagement voor wie opgenomen is in ziekenhuizen, gevangenissen...!

Niet echt flitsende slogans, maar we zien waar het naartoe gaat! Bedankt Antoine voor de boeiende uiteenzetting!

ENTR'AIDE DES MAROLLES

Entr'aide des Marolles is een wijkgezondheidscentrum gevestigd in de Marollen. Zij verdedigen een globale visie op gezondheid en dat vertaalt zich ook in hun werking. Entr'aide heeft drie kernactiviteiten: fysieke, sociale en mentale gezondheid. De organisatie werkt daaraan zowel op individueel vlak als in groep. Bovendien hebben ze ook een sterke inbedding in de wijk. Hun team is multidisciplinair samengesteld: van huis-en tandartsen over verplegers en psychiaters tot psychologen, sociale werkers, onthaalmedewerkers, vrijwilligers...

Cécile Guypen, een van de medewerkers, benadrukt het enorme belang van het onthaal voor de werking. Bij Entr'aide kan je terecht voor heel veel zaken, er is bijvoorbeeld ook een ONE (Franstalige tegenhanger van Kind en Gezin) en een algemene sociale dienst gevestigd (C.A.S.G). Zij kiezen voor een open werking met een lage drempel en een goed onthaal met eventueel doorverwijzing. Globale gezondheidszorg is hun uitgangspunt: genezen, verzorgen, preventie, educatie en zelfs sociale wijkontwikkeling worden gecombineerd. Je kan er zowel terecht voor een tandartsbezoek als voor alfabetisering. Hun wijkgerichte aanpak vertaalt zich onder meer in de begeleiding van een mannengroep die acties ontwikkelt voor de wijk (vb. sportieve evenementen, een wijkmaaltijd...) en tegelijk het sociaal netwerk van de deelnemers uitbreidt.

Entr'aide des Marolles werkte onlangs ook – in het kader van een wijkcontract – aan een project rond verbetering van de toegang tot gezondheid. Volgens Anne Wezel, een van de projectmedewerkers ligt de kern van het probleem van de toegang tot gezondheid niet zozeer bij het doelpubliek. Zij stelt vast dat dat professionelen vaak niet goed toegerust zijn om zich uit te drukken ten opzichte van het doelpubliek.

Anne : « Un des nœuds du problème d'accès aux soins est un accueil de la personne dans les institutions à la fois trop contrôlant et pas assez sécurisant : autrement dit, d'une part, une grosse complexité de certaines procédures d'accès aux soins et d'autre part, pas suffisamment de temps pour l'écoute de l'usager, de ses difficultés et de sa demande. »

« Les procédures sont tellement complexes que les professionnels de terrain ne les connaissent pas et ne peuvent les communiquer clairement aux usagers qui sont alors perdus dans les méandres administratifs. »

« Par ailleurs, il manque de concertation entre différents services d'accompagnement (médico, social, etc, ...) qui permettrait des échanges de bonnes pratiques et une meilleure prise en charge globale des usagers qui en ont besoin. »

Zij pleit er dan ook voor om de zorg en de begeleiding zo globaal mogelijk te organiseren en de professionals de nodige omkadering te geven en kansen om uit te wisselen met elkaar.

HOUSING FIRST.

ONVOORWAARDELIJK WONEN VOOR DAKLOZEN.

Nicolas Pleace *

WAT IS HOUSING FIRST?

Housing First verschilt van andere daklozen-diensten doordat het daklozen onmiddellijk beschut wonen of gemeenschapswonen verstrekt. Dit betekent dat Housing First daklozen eerst huisvesting verstrekt voordat het iets anders doet. Housing First "scheidt" huisvesting van ondersteuning. Deze scheiding betekent dat daklozen onmiddellijk onderdak krijgen zonder voorafgaande verplichtingen van psychiatrische behandeling of onthouding inzake drugs en alcohol. Bovendien is blijvende huisvesting niet gekoppeld aan het volgen van dergelijke behandeling of aan onthouding. Housing First diensten hanteren een „schadereductie” benadering die probeert problemen inzake geestelijke gezondheid en problematisch drugs- en alcoholgebruik te stabiliseren en te reduceren. Housing First diensten zijn ook „herstel georiënteerd”, erop gericht daklozen weg te houden van gedrag dat hen schade berokkent.

Housing First werd aanvankelijk ontwikkeld door de organisatie Pathways in New York.

Sedert de eerste dienst het leven zag hebben verschillende types Housing First projecten het licht gezien in de USA en in de EU, daarbinnen in landen als Denemarken, Finland, Ierland, Frankrijk, Hongarije, Nederland, Portugal en het Verenigd Koninkrijk. De drie belangrijkste types Housing First zijn Pathways Housing First (PHF), Communal Housing First (CHF) en Housing First Light (HFL). De verschillen worden hieronder in schema gezet.

AANWIJZINGEN IN HET VOORDEEL VAN HOUSING FIRST.

Het overgrote deel van de bewijsvoering die pleit voor Housing First komt uit de Verenigde Staten. Maar ook uit Europa komen positieve geluiden, in het bijzonder uit Finland. Het Housing First model wordt momenteel op grote schaal getest in de Europese Unie en Frankrijk. Het Housing First

* *European observatory on homelessness*

Samenvatting uit het rapport Housing First, DIHAL/FEANTSA, 2012, pp. 3-6.

Geleverde dienstverlening	PHF	CHF	HFL
Gewaarborgde huisvesting in de private of sociale huursector	ja	neen	ja
Gewaarborgde huisvesting in kamers of appartementen, onmiddellijk beschikbaar in een pand enkel bewoond door daklozen die van de diensten gebruik maken.	neen	ja	neen
Daklozen moeten druggebruik stopzetten	neen	neen	neen
Daklozen moeten stoppen met drinken	neen	neen	neen
Daklozen moeten van de diensten inzake geestelijke gezondheidszorg gebruik maken	neen	neen	neen
„schadereductie” benadering	ja	ja	ja
Gebruik van mobiele teams voor het leveren van diensten	ja	neen	ja
Rechtstreeks verstrekken van diensten inzake drugs en alcohol	ja	ja	ja
Rechtstreeks verstrekken van psychiatrische en medische zorg	ja	ja	neen
Doorverwijzing en bemiddeling naar diensten	ja	ja	ja
Steun voor het promoten van woonstabiliteit	ja	neen	ja

Europees project is bvb. een sociaal innovatie-project in de schoot van het PROGRESS programma van de Europese Commissie. Het zal evaluatie en uitwisseling verstrekken over 10 Housing First projecten in Europese steden. Conclusies worden verwacht in 2013.

Onder de naam "Un Chez-soi d'abord" experimenteert Frankrijk op grote schaal om de effectiviteit van de Housing First dienstverlening te testen op daklozen met psychiatrische problemen.

Uit de Verenigde Staten komen zeer sterke aanwijzingen dat PHF diensten stabiele huisvesting verschaffen voor chronische daklozen die veel steun behoeven en met een lange voorgeschiedenis in de dakloosheid. Ook CHF en HFL scoren op dit punt, maar de bewijzen zijn minder uitgesproken. Er zijn aanwijzingen dat Housing First doorheen het promoten van stabiele huisvesting en het volgen van een schadereductie benadering mentale problemen en problematisch gebruik van alcohol en drugs kan stabiliseren en in sommige gevallen zelfs verminderen.

PHF vertoont betekenisvol meer succes in het verstrekken van woonstabiliteit dan zgn. „getrapte” diensten. Dergelijke diensten verwachten van daklozen dat zij een reeks stappen zetten alvorens toegang te krijgen tot een woonst. Onthouding van drugs- en alcoholgebruik is er daar 1 van. Er zijn sterke aanwijzingen dat deze benadering faalt in haar pogingen om chronisch daklozen stabiele huisvesting te verschaffen.

INVLOED VAN HOUSING FIRST.

Housing First heeft wereldwijd aan belang gewonnen door het ongeëvenaard succes waarvan het in het verstrekken van stabiele huisvesting aan chronisch daklozen blijkt geeft. Het was de centrale federale daklozenstrategie in de Verenigde Staten en dat zowel onder de Bush als Obama administraties.

Housing First werd geïntegreerd in de daklozenstrategieën in de genoemde landen van de Europese Gemeenschap en het wordt er breed uitgetest in pilootprojecten. De Europese Consensus Conferentie inzake dakloosheid, gehouden in Brussel in december 2010 gaf als aanbeveling mee dat strategieën die zich toespitsen op huisvesting voor daklozen de meest effectieve oplossingen aandragen en dat Housing First diensten het goede voorbeeld gaven.

PLEIDOOI VOOR HOUSING FIRST.

Er zijn 3 belangrijke redenen om de toepassing van Housing First in overweging te nemen.

De basisfilosofie achter het concept Housing First is in hoge mate verantwoordelijk voor het succes ervan. Ze kan worden geïmplementeerd onafhankelijk van de gedetailleerde uitwerking ervan in de Verenigde Staten en los van het type welvaartstaat waarin het wordt geïmplementeerd.

Housing First is in hoge mate flexibel. De basis filosofie van het PHF model is overgenomen door CHF en HFL die zowel focussen op chronische als op andere vormen van dakloosheid.

Housing First kan andere daklozendiensten ondersteunen bvb. door het beëindigen van lange verblijven in opvangbedden. Het is belangrijk om weten dat Housing First niet alle diensten die zich toeleggen op de daklozenproblematiek geacht wordt te vervangen. Het is onderdeel van een mix aan diensten die via de steun van Housing First zijn capaciteit kan verhogen om het hoofd te bieden aan thema's zoals dakloosheid onder migranten en dakloosheid onder families die verder weinig steun behoeven.

Vertaling: Alain Storme.

HUIS VOOR GEZONDHEID IN BRUSSEL

Gerard Hautekeur

Eén van de doelstellingen van het Huis voor Gezondheid is de toegang tot zorg te vergemakkelijken. Om dit te verwezenlijken werkt de Brusselse netwerkorganisatie op verschillende fronten. Met de digitale databank Zorgzoeker.be wil het Huis voor Gezondheid het Nederlands-kundig zorgaanbod uit Brussel en de Rand ontsluiten en de netwerken tussen zorgverleners in Brussel bevorderen en vooral de zorg toegankelijker maken. Sinds 2011 besteedt het Huis voor Gezondheid ook bijzondere aandacht aan de toegang tot zorg van maatschappelijk kwetsbare groepen. Bovendien wil men studenten ertoe aanzetten om een beroep te kiezen in de zorgsector én in Brussel te komen werken, ook in achtergestelde buurten.

Je zoekt in Brussel of in de Rand een arts, verpleegkundige, kinesist of thuisverzorgende die je in het Nederlands kan helpen én die in jouw buurt woont? Surf dan naar www.zorgzoeker.be of bel naar het gratis nummer 1700 van de Vlaamse infolijn. „De website Zorgzoeker.be is ontstaan in 2008 om het aanbod van Nederlandskundige huisartsen, tandartsen, apothekers, diëtisten, verpleegkundigen, verzorgenden en andere eerstelijns werkers in kaart te brengen en bekend te maken. Maar ook specialisten en andere diensten op de tweede lijn staan op Zorgzoeker, die zijn echter enkel toegankelijk voor de ingelogde zorgverleners. Het Huis voor Gezondheid gaat immers uit van de centrale positie van de huisarts die de patiënt begeleidt en indien nodig doorverwijst“, verduidelijken Dr Caroline Verlinde en Trees Van Cauwenberghe. Caroline is de eerste directeur van het in januari 2010 opgestarte Huis voor Gezondheid, Trees is stafmedewerkster en spitst zich toe op de toegankelijkheid van de zorg voor kwetsbare doelgroepen.



Ze benadrukken tijdens het interview dat de website Zorgzoeker.be veel meer is dan een digitale databank. „Het is ook een informatiekanaal en communicatie-instrument zowel voor de zorgverleners als voor burgers. Aan de ene kant zijn er de elektronische nieuwsbrieven voor zorgverleners en aan de andere kant vinden patiënten er interessante informatie over allerlei thema's, zoals palliatieve zorg, kraamzorg en stoppen met roken, ...“

SOCIALE KAART

„Zorgzoeker is nuttig voor de zorggebruikers omdat het de sociale kaart (SOKA) van de welzijnsorganisaties volledig integreert. De SOKA van Brussel wordt jaarlijks geüpdatet door de Brusselse Welzijnsraad, maar is gericht op de welzijnsorganisaties. Het Huis voor Gezondheid heeft SOKA daarom thematisch aangepast op maat van het brede publiek. Het aanbod is dus opgemaakt vanuit het perspectief van de gebruiker. We kozen daarbij voor een boomstructuur. Stel dat je als gehandicapte op zoek bent naar een aangepaste huisvesting: je kiest de zoekterm personen met een handicap, je klikt vervolgens op wonen, kiest nadien de item opvang en begeleiding en je kunt daarbij een keuze maken tussen semi-residentiële opvang, ambulante opvang en woningaanpassing. Onder de noemer *ouderen*, krijg je een overzicht van rusthuizen,

poetsdiensten, maaltijden aan huis, diensten voor gezinszorg, tegemoetkomingen voor ouderen en nog veel meer. De sociale kaart van Vlaams-Brabant werd in 2010 in Zorgzoeker geïntegreerd. Mensen uit de Rand doen geregeld een beroep op specialisten die in Brussel zijn gevestigd, terwijl Brusselaars almaar vaker op zoek zijn naar kinesisten, logopedisten, diëtisten en ander paramedisch personeel in de Rand.”

KANSARMEN

„De website Zorgzoeker.be beantwoordt al aan een grote behoefte, maar het Huis voor Gezondheid levert nu grote inspanningen om het zorgaanbod ook toegankelijker te maken voor kansengroepen. Het is opvallend, aldus Dr Caroline Verlinde en Trees Van Cauwenberghe, dat er allerhande regelgevingen bestaan die gunstig zijn voor kansarmen, maar waarvan zij geen weet hebben, laat staat er gebruik van maken.

Zo is de tandverzorging voor kinderen tussen 0 en 18 jaar gratis, maar gezinnen die in armoede leven kunnen het honorarium (dat soms oploopt tot € 80 en meer) niet voorschieten en zien daarom af van de gratis tandverzorging. Naast het gebrek aan informatie is er dus dikwijls ook de financiële drempel.”

„We brengen het thema kansarmoede onder de aandacht van huisartsen, organisaties voor bejaardenzorg, thuishulp, dienstencentra en andere zorgverleners. We sensibiliseren mensen in armoede, via de zorgverleners, om gebruik te maken van het derde betalers-systeem zodat ze enkel het remgeld moeten betalen. Een andere belangrijke doelgroep voor de nabije toekomst zijn de etnischculturele minderheden. We merken dat de oudere generatie bitter weinig gebruik maakt van thuiszorg. Bovendien zijn veel allochtone gezinnen te weinig vertrouwd met de rol van de huisarts en gaan daarom bijna automatisch naar specialisten in ziekenhuizen.”

„We zoeken naar diverse kanalen om kansengroepen te bereiken die nog geen beroep doen op eerstelijnszorg. We denken hierbij aan samenwerking met federaties van etnischculturele minderheden, zelforganisaties, samenwerking met lokale welzijnsinitiatieven, en het richten op informele ontmoetingsplaatsen. Binnen de Brusselse Welzijnsraad zijn er de zogenaamde „bruggenbouwers“, dit zijn mensen van de doelgroep die op hun beurt anderen aanspreken en informeren.”

„Het Huis voor Gezondheid rekruteert zelf geen mensen uit de doelgroep, maar zoekt gericht partners die bepaalde doelgroepen al bereiken, zoals de vzw Brussels Onthaal Nieuwkomers (BON) dat cursussen organiseert voor nieuwkomers, het Brusselse integratiecentrum Foyer dat processen inzake interculturalisering ondersteunt en de communicatie naar anderstalige doelgroepen stimuleert via interculturele bemiddeling, het CLB dat via scholen kansarme leerlingen en ouders bereikt,



of het Brusselse Lokaal Gezondheidsoverleg (LOGO) dat binnen het Brusselse Gewest een opdracht heeft om preventieve campagnes af te stemmen op de Brusselse bevolking waaronder kansarmen, vereenzaamde bejaarden en etnisch-culturele minderheden.

„Dit is niet eenvoudig want de Brusselse samenleving is heel divers: het gaat om 150 verschillende nationaliteiten. Bovendien is het aanbod van zorgverleners behorend tot etnisch-culturele minderheidsgroepen nog vrij beperkt. Vaak hebben hun ouders er problemen mee dat hun kinderen kiezen voor een verzorgend beroep“, constateren Verlinde en Van Cauwenberghe.

ZORGVERLENERS AANTREKKEN

Er is algemeen een onvoldoende aanbod van Nederlandskundige zorgverleners in Brussel. Het Huis voor Gezondheid stimuleert een grotere instroom van studenten in de opleiding voor de gezondheidssector en bevordert tevens een grotere uitstroom naar de Brusselse zorgsector.

Het zogenaamde H-team, bestaande uit gidsen die in Brusselse ziekenhuizen werken, promoot het zorgberoep. Dit gebeurt aan de hand van foto's, filmpjes en een jaarlijks bezoek aan een twintigtal scholen voor secundair onderwijs in Brussel en in de Rand. Op die manier probeert men leerlingen warm te maken voor het zorgberoep. Het Huis voor Gezondheid werkt daarbij onder meer samen met de universiteiten en hogescholen in Brussel. In de zogenaamde 'Brussel lessen' laat men studenten kennis maken met gezondheidszorg in Brussel. Daarnaast zijn er de 'inleefmomenten' zowel voor studenten als docenten. Op die manier zijn beide groepen beter op de hoogte van potentiële stage- en tewerkstellingsplaatsen in Brusselse ziekenhuizen, verzorgingstehuizen en andere zorginstellingen. Om stagiairs in Brussel wegwijs te maken, krijgen ze een tas

(rugzak) met daarin een metroplan, het Brussels Zakboekje (dit is een papieren versie van Zorgzoeker), een overzicht van allerlei diensten en voorzieningen voor studenten in Brussel, en informatie over het Huis voor Gezondheid. Stagiairs die op zoek zijn naar accommodatie in Brussel kunnen terecht bij het netwerk van gastgezinnen of gemeenschapshuizen van het Huis voor Gezondheid. Bovendien helpt men afgestudeerden zoeken naar een aangepaste werkplek in de zorgsector, gaande van de wijken van de Eurocraten tot achtergestelde buurten in Molenbeek en Anderlecht.

Tot slot werkt het Huis voor Gezondheid samen met de social-profit inschakelingssector aan een betere begeleiding van kansarme jongeren in hun zoektocht naar een toekomst in de zorgsector. Hiertoe werkt de organisatie nauw samen met trajectbegeleiders van het Brusselse volwassenonderwijs, Groep Intro Brussel, VDAB Social-Profit en diverse andere spelers die actief inzetten op competentieontwikkeling van kansengroepen.



BUURTGERICHTE AANPAK

Het aantrekken en behouden van zorgverleners blijft een pijnpunt in Brussel. Het is een gigantisch probleem om mensen die kiezen voor het beroep van huisarts, verpleegkundige of verzorgende in de sector te houden en dit is nog moeilijker in een achtergestelde buurt. De federale overheid stimuleert - via het programma Impulseo 1 - met een startpremie huisartsen om zich in een stedelijke zone met veel kansarmoede te vestigen en ze krijgen via het programma Impulseo 2 en 3 een terugbetaling in de kosten voor de aanwerving van een praktijkassistente die hen administratief ondersteunt. Dr Caroline Verlinde pleit voor een betere omkadering van de huisartsen en andere eerstelijns werkers. Zo zou de overheid groepspraktijken en samenwerking met praktijkassistenten, maatschappelijk werkers en of intercultureel bemiddelaars moeten vergemakkelijken. Met een nieuw Impulseo programma zou de federale overheid bij voorbeeld middelen kunnen ter beschikking stellen voor de aanwerving van een welzijnswerker die zich toelegt op de preventieve wijkgerichte aanpak.

NETWERKEN

Het Huis voor Gezondheid stimuleert netwerken onder Nederlandskundige zorgverleners. Een studie wees uit dat een tweede Vlaams ziekenhuis in Brussel naast het Universitair Ziekenhuis in Jette niet zinvol was. Het was efficiënter om bestaande hulpverleners in ziekenhuizen en hulpverleners op de 1ste lijn

meer te laten samenwerken. Zo is Zorgnet vzw in 2005 ontstaan als een soort van virtueel Vlaams ziekenhuis waarbij wordt samengewerkt over de ziekenhuizen heen en tussen de 1ste en de 2de lijn. Door die hulpverleners met elkaar in contact te brengen, kunnen zij vlotter informatie uitwisselen en naar elkaar doorverwijzen. De zorgbehoeften worden immers almaar complexer. Voor één bepaalde aandoening heb je vaak meerdere hulpverleners nodig. Het Huis voor Gezondheid organiseert multidisciplinaire werkgroepen om de onderlinge informatie-uitwisseling aan te moedigen. We stellen daarbij praktische instrumenten en hulpmiddelen ter beschikking, zoals een zorgtraject. De zorgtrajecten zijn een initiatief van het RIZIV om de aanpak, behandeling en opvolging van de zorg voor bepaalde chronische patiënten te verbeteren. Zo publiceren de zorgprojectpromotoren in het Lokaal Multidisciplinair Netwerk Brussel brochures voor patiënten en zorgverleners, ze vereenvoudigen de administratie door voorbeelddocumenten aan te bieden en opleidingen te organiseren voor zorgverleners en patiënten.

Kortom, het Huis voor Gezondheid ondersteunt met heel praktische middelen de samenwerking tussen de eerstelijnszorg en de ziekenhuizen. Als je weet dat er in Brussel alleen al 13 acute ziekenhuizen zijn met meestal verschillende sites dan is die afstemming geen overbodige luxe. Alle inspanningen van het Huis voor Gezondheid zijn erop gericht de toegang van de zorg te verhogen en de kwaliteit te bevorderen".

Meer informatie: www.huisvoorgezondheid.be of info@huisvoorgezondheid.be

EEN VASTE HUISARTS EN GLOBAAL MEDISCH DOSSIER PROMOTEN

Trees Van Cauwenberghe en Maurice Pans

INFORMATIE OP MAAT – GEZONDHEIDSFICHES „HELP IK BEN ZIEK“

Uit een bevraging die het Huis voor Gezondheid in 2011 bij de huisartsen organiseerde, bleek dat er nood is aan toegankelijk informatiemateriaal over een aantal concepten uit het Belgische gezondheidszorgsysteem, met name voor kwetsbare doelgroepen. Want nog steeds worden huisartsenwachtdiensten onderbenut en spoed-gevallendiensten van ziekenhuizen overstelpt. Daarom willen we patiënten overtuigen om te kiezen voor één vaste huisarts die hun Globaal Medisch Dossier (GMD) beheert endie de centrale figuur is in de zorg voor hungezondheid

Informatiemap „Help ik ben ziek, wat nu?“

Het Huis voor Gezondheid stuitte op een info-map van het OCMW Antwerpen waarin de Belgische gezondheidszorg wordt voorgesteld aan de hand van fotomateriaal, ondersteund met korte zinnnetjes. We vonden dat een goed concept en kregen de toestemming om ons eigen materiaal erop te baseren. Het Huis voor Gezondheid liet nieuwe foto's maken (met aandacht voor „diversiteit in de zorg“ en koos ervoor om de volgende thema's te belichten in een aantal overzichtelijke fiches:

- de vaste huisdokter
- een afspraak maken bij de vaste huisdokter
- het Globaal Medisch Dossier (GMD)
- de regeling sociale derdebetaler
- het systeem van forfaitaire betaling
- de doorverwijzing naar de specialist
- het Omnio-statuu
- de sociale maximumfactuur

De fiches zijn beschikbaar in het Nederlands, het Frans en het Engels en worden gebundeld in een handige ringmap. We kozen voor drie talen vanwege de gevarieerde samenstelling van ons

doelpubliek en de complexiteit van de informatie. Intermediairen zoals zorgverleners, maatschappelijk werkers, bruggenbouwers,... hebben met de map een houvast in handen om een aantal concepten in onze gezondheidszorg uit te leggen.

Vormingspakket „Help ik ben ziek, wat nu?“

Naast de map met fiches werd rond dezelfde thema's ook een interactieve vorming uitgewerkt. De vorming vertrekt vanuit tien voorbeeldsituaties waarin de deelnemers moeten aangeven of ze bij de huisarts, de wachtdienst, de spoeddienst of de specialist zouden gaan. Dat is het startpunt voor een gesprek. Eerst wordt het belang van een vaste huisarts en een Globaal Medisch Dossier benadrukt, daarna komen de verschillende betalingssystemen aan bod. De vorming richt zich naar terreinwerkers die met groepen of individuen willen werken rond de gezondheidszorg.

Persconferentie

De informatiemap en de vorming worden officieel voorgesteld op vrijdag 19 april van 11u30-13u tijdens een persconferentie. Vanaf dan zal het materiaal ter beschikking zijn. Volgens het „train the trainer-principe“ wil het Huis voor Gezondheid inzetten op de ondersteuning van zorg- en hulpverleners die de informatiemap en vorming willen geven naar hun doelgroepen.

Voor meer informatie: Huis voor Gezondheid
Trees Van Cauwenberghe, Lakensestraat 76 b 7
1000 Brussel T 02 412 31 61
M trees@huisvoorgezondheid.be

ZONDER PAPIEREN. OM ZIEK VAN TE WORDEN

Ronnie Tack

De toegang tot medische zorg voor mensen zonder wettig verblijf heeft nog nooit voor zoveel beroering gezorgd als in februari van dit jaar. Schepen voor Sociale Zaken van Antwerpen, Liesbeth Homans, had openlijk gepleit voor het koppelen van medische zorg aan een terugkeertraject. Deze uitspraken volgden op vragen in de gemeenteraad over mensen zonder wettig verblijf die hun levensnoodzakelijke AIDS-remmers niet vergoed zouden krijgen door het OCMW. Los van het feit of dit inderdaad het geval is, heeft het toch enkele dagen voor een stevig debat gezorgd in de nationale media. De kritiek op het mogelijk bewust ontzeggen van belangrijke medicatie aan personen met een levensbedreigende ziekte was niet van de lucht. Zelfs de federale verantwoordelijken Laurette Onkelinx (gezondheid) en Maggie De Block (maatschappelijke integratie / migratie) waren zwaar verontwaardigd. Dat ondanks de strikte beperkingen die er het voorbije jaar door de federale regering werden bepaald voor het regulariseren van het verblijf van ernstig zieken. Het recht op medische zorg lijkt dus breed gedragen te zijn, maar op het terrein loopt het toch niet altijd vlotjes en blijft het de gemeenteraden bezighouden.

MENSEN ZONDER WETTIG VERBLIJF LOPEN GROTER GEZONDHEIDSRISICO

De toegang tot medische zorg is in België geregeld door het Koninklijk Besluit van 12 december 1996. Volgens artikel 57§2 van de organieke OCMW-wet van 8 juli 1976, hebben mensen zonder wettig verblijf recht op medische zorgen via de procedure 'Dringende Medische Hulp' indien ze niet over een wettig verblijf en over voldoende

middelen beschikken om de medische zorgen te betalen waarvan een arts heeft verklaard dat de persoon deze nodig heeft.

De oorsprong van dit KB moet vooral gezocht worden in het waarborgen van de volksgezondheid in ons land. Het zijn immers niet alleen de betrokken personen zelf die gezondheidsrisico's lopen, maar ook de samenleving als geheel wanneer bepaalde ziektesymptomen met besmettingsgevaar of epidemieën niet accuraat behandeld worden.

Daarnaast is het ook maar meer dan logisch dat deze groep toegang heeft tot medische zorg aangezien zij tot de meest kwetsbaren horen. De extreme armoede waaraan zij onderworpen zijn heeft grote impact op de gezondheid door langdurige thuisloosheid, ondervoeding en het ontbreken van een inkomen om gezond te blijven. Uit de statistische gegevens van de POD Maatschappelijke Integratie kunnen we opmaken dat er een verband bestaat tussen de algemene armoede in de Brusselse gemeenten en de geografische verspreiding van mensen zonder wettig verblijf in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Zo maken er in Brussel Stad veruit de meeste mensen aanspraak op de procedure, op de voet gevolgd door Molenbeek, Schaarbeek en Anderlecht.

MEDISCHE ZORGEN GEWRONGEN TUSSEN FEDERAAL EN LOKAAL

Dringende Medische Hulp is op federaal niveau heel duidelijk verankerd in een Koninklijk Besluit. De toekenning ervan is echter een lokale aangelegenheid met een reeks aan betrokken actoren. Zo bepaalt het bevoegde

OCMW of iemand in aanmerking komt en regelt de terugbetaling van de zorgverstrekkingen. Daarnaast is er ook nog de gehele zorgschakel van huisartsen, specialisten, ziekenhuizen en apothekers die betrokken partij zijn om de zorgbehoeften te bepalen en zorgen te verstrekken. Het behoeft weinig uitleg om te snappen dat er zich allerlei problemen kunnen manifesteren door de tussenkomst van al deze partijen. De toepassing van de federale wetgeving kent in de praktijk dan ook heel wat haken en ogen omdat er op het lokale niveau grote financiële gevolgen aan zijn verbonden voor zowel het OCMW als zorgverstrekkers. Iedere schakel is immers erg voorzichtig omwille van de mogelijkheid dat de gemaakte kosten niet vergoed zullen worden. Uiteraard zijn de mensen zonder wettig verblijf die medische zorg nodig hebben hier steeds het slachtoffer van.

De toekenning van de Dringende Medische Hulp gaat gepaard met een grote administratieve last omdat de zorgverstrekker de kosten moet verhalen op het OCMW en deze vervolgens weer bij de POD Maatschappelijke Integratie, met goedkeuring van het RIZIV. Om de toegankelijkheid van de medische zorg voor mensen zonder wettig verblijf te optimaliseren zou een doorlopende regeling bij een bevoegde instantie een oplossing kunnen bieden.

KNELPUNTEN GOED ONTVANGEN DOOR BELEIDSMAKERS

Het memorandum werd in juni 2012 gepubliceerd door een werkgroep waaraan Samenlevingsopbouw Brussel deelneemt met een aantal Brusselse organisaties zoals JES, Pigment, Medimmigrant, Dokters van de Wereld en IC Foyer. Het memorandum legde de vinger op de wonde (zie Opbouwwerk Brussel n° 105). De respons van de verschillende beleidsactoren die het memorandum hebben ontvangen was overwegend positief. Ondertussen vond er overleg plaats met de POD Maatschappelijke



FOTO: © Frederic Pauwels/Dokters van de Wereld

Op dit moment vindt er een pilootproject, eCARMED, plaats vanuit de POD Maatschappelijke Integratie. In vijf ziekenhuizen wil men tot een meer geautomatiseerd systeem komen waarbij een vlote informatie-doorstroming centraal staat. Na een positieve afhandeling van het sociaal onderzoek door het OCMW krijgt de aanvrager een elektronische kaart. Middels deze kaart zou een zorgverstrekker direct zijn facturen kunnen verhalen op de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering. Een dergelijk systeem kan een stap in de goede richting zijn, omdat er een

sterk preventief karakter vanuit gaat. Nochtans loopt het voorlopig alleen nog in ziekenhuizen waardoor de reële impact op het terrein moeilijk in te schatten is. De zorgbehoeften beginnen immers veelal bij de huisartsen. De werkgroep Dringende Medische Hulp probeert de ontwikkeling van dit nieuwe systeem op te volgen met speciale aandacht voor de knelpunten die werden gesignaleerd in het memorandum Dringende Medische Hulp, waar knelt het schoentje? van juni 2012

Integratie, kabinet van Maggie De Block, kabinet van Laurette Onkelinx, OCMW Elsene, Vereniging van Steden en Gemeenten van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en verschillende politieke partijen zoals PS en SP.A.

Voor Samenlevingsopbouw Brussel gaat er steeds speciale aandacht uit naar de toegang tot de procedure Dringende Medische Hulp voor daklozen, aangezien er zich op dat vlak veel problemen manifesteren. Een OCMW bepaalt de ontvankelijkheid van de aanvraag grotendeels op basis van de feitelijke verblijfplaats van de persoon in de gemeente. In het geval van daklozen is het echter problematisch om een woonplaats aan te duiden en deze aanvragen worden dan ook vaak verworpen of slechts zeer tijdelijk toegekend, ondanks het feit dat het om de zwakste groep gaat.



Foto: © Frederik Pauwels/Dokters van de Wereld

DE HEILZAME WERKING VAN SECTOROVERSCHRIJDENDE COALITIES

De bekommernissen over de medische zorg voor mensen zonder wettig verblijf blijkt een thema te zijn dat op redelijk wat sympathie kan rekenen. In tegenstelling tot andere knelpunten die we doorlopend aankaarten met betrekking tot dezelfde doelgroep, vindt

dit verhaal wel degelijk gehoor. Wellicht niet in de laatste plaats door het groot aantal van 38 ondertekenaars die zich voornamelijk in de medische hoek situeren. Deze occasionele samenwerking heeft het maatschappelijk opbouwwerk dan ook kansen geboden om ons op onontgonnen terrein te begeven rond een thema dat niet direct in verband zou worden gebracht met onze sector. Anderzijds heeft het opbouwwerk ook het bredere sociale middenveld heel wat te bieden middels dergelijke samenwerkingsverbanden. Zo beschikken we niet alleen over veel terreinervaring met kwetsbare groepen, maar hebben we tevens veel ervaring met projectmatig werken en beleidsbeïnvloeding. Op deze manier kunnen verschillende sectoren complementair werken en elkaars doelstellingen versterken.

GRONDRECHTEN HEBBEN GEEN INVLOED OP CLANDESTIEN VERBLIJF

Het voorstel dat Liesbeth Holemans heeft gelanceerd om gezondheidszorg te koppelen aan een engagement voor vrijwillige terugkeer is verwerpelijk voor Samenlevingsopbouw Brussel. Iedereen moet het recht hebben op gezondheidszorg indien daar een concrete nood voor bestaat. Indien daar voorwaarden aan worden gekoppeld verzanden we al snel in een situatie van morele chantage die de fysieke waardigheid aantast. Vanuit onze brede ervaring met mensen zonder wettig verblijf in Brussel weten we inmiddels ook dat het recht op medische zorg zeker niet als motief geldt om hier een leven op te bouwen. Nochtans wordt dit basisrecht sterk gewaardeerd door velen, maar wordt er uiteindelijk slechts in beperkte mate aanspraak op gemaakt. Tenzij het niet anders kan. Veelal dienen sociaal werkers mensen attent te maken op het bestaan van deze procedure en het belang ervan. Voor mensen zonder wettig verblijf spelen er echter andere

belangen die een aantal levensnoodzakelijke rechten niet kunnen bieden. Deze kunnen het leven weliswaar iets comfortabeler maken maar bevordert de algemene levenskwaliteit maar mondjesmaat. De grootste bekommernis voor mensen zonder wettig verblijf is nog steeds de extreme economische armoede waarmee zij te kampen hebben. Oplossingen voor de problematiek van clandestiene migratie in Brussel situeren zich dan ook voornamelijk op het wettelijk mogelijk maken van economische migratie. Hiermee kunnen we een concreet antwoord bieden op de motieven die er wel toe doen voor het grootste deel van de clandestiene migranten in het gewest.

DRINGENDE MEDISCHE HULP IS GEEN MEDISCH TOERISME

De POD Maatschappelijke Integratie registreerde in 2009 de tussenkomst in medische kosten voor 23.360 begunstigden. Het totale kostenplaatje hiervoor bedraagt 39.758.100 euro. Tussen 2007 en 2009 zijn de jaarlijkse uitgaven voor Dringende Medische Hulp ook maar lichtjes gestegen met ongeveer 3%. Dat terwijl de stijging van het totaal aan uitgaven voor

Uit cijfers van de Dienst Vreemdelingenzaken over de behandeling van het aantal aanvragen om regularisatie van het verblijf in 2012 blijkt dat er alleen al 39.684 mensen de machtiging tot verblijf werd geweigerd. Dit getal geeft een indicatie van het grote aantal mensen zonder wettig verblijf dat zich in België bevindt, aangezien we mogen veronderstellen dat slechts een deel zich middels een regularisatieaanvraag kenbaar maakt aan de overheid. Tussen 2005 en 2011 dienden namelijk in totaal zo'n 142.000 personen een regularisatieaanvraag in.

Politieke partijen zoals het Vlaams Belang beweren al jarenlang dat de procedure Dringende Medische Hulp van België een topbestemming zou maken van medisch toerisme. Bovenstaande cijfers ontkrachten deze stelling echter, aangezien blijkbaar maar een deel van de rechthebbenden aanspraak maken op toegang tot medische zorg. Wij betwijfelen ook ten eerste dat er een „tamtam-effect“ uitgaat van dit basisrecht in de rest van de wereld, aangezien de overige randvoorwaarden voor een verblijf in België tijdens de behandeling volledig ontbreken. Overigens zien wij ook geen grote bezwaren

De toekenning van medische hulp aan mensen zonder wettig verblijf is ook in Nederland wettelijk verankerd. Hier is de zogenaamde „medische noodzakelijke zorg“ opgenomen in artikel 10 van de Vreemdelingenwet. Het is de behandelend arts zelf die direct een groot gedeelte van de kosten kan verhalen op het College voor Zorgverzekeringen. Ondanks deze goede regeling, die ook in de praktijk

redelijk soepel zou verlopen, kunnen we allesbehalve stellen dat onze noorderburen nieuwe migranten met open armen ontvangen. Ook dit duidt volgens ons opnieuw eerder op een andere noodzaak die mensen ervaren om onder uitermate precaire omstandigheden een ander leven op te bouwen, los van alle mogelijke randvoorwaarden in het land van aankomst.

gezondheidszorg in België jaarlijks schommelt tussen 6 en 9 %. Het is dus niet zo dat op een onevenredige wijze gebruik wordt gemaakt van gezondheidszorg door mensen zonder wettig verblijf ten opzichte van de doorsnee bevolking.

tegen het bieden van humanitaire hulp in de vorm van medische zorg aan personen die dit in hun land van herkomst niet vinden. Deze hulp zou echter wel zoveel mogelijk ter plaatse geboden worden zonder de bijkomende stress en moeilijkheden van een tijdelijke migratie.

MEDISCHE REGULARISATIE

Tot slot willen we nog kort stilstaan bij de problemen die zich momenteel situeren bij de toepassing van de medische regularisatie. Deze procedure maakt het mogelijk om mensen zonder wettig verblijf die leiden aan een ernstige ziekte, welke 'een reëel risico inhoudt voor zijn leven of fysieke integriteit of een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in zijn land van herkomst', te regulariseren. Hoewel er ieder jaar duizenden personen een regularisatieaanvraag indienen werden er in 2011 echter nog maar 629 personen om medische redenen geregulariseerd. Vanaf het voorjaar van 2012 werd er daarbovenop ook nog een extra filter toegepast door de Dienst Vreemdelingenzaken (DVZ) voor personen die niet zouden lijden aan een levensbedreigende ziekte.



Foto: © Frederic Pauwels/Dokters van de Wereld

Deze bijkomende voorwaarde, die niet in Art. 9ter van de Vreemdelingenwet beschreven staat, maakt de rechtspositie van de kwetsbaarsten onder de kwetsbaren nóg zwakker. Dat terwijl de aanvrager feitelijk alleen moet kunnen bewijzen dat de medische behandeling die

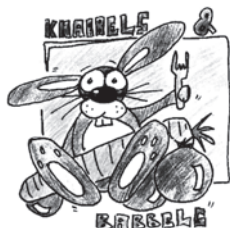
men nodig heeft niet beschikbaar is in het land van herkomst of men niet over voldoende financiële middelen beschikt om deze te bekostigen. Uiteraard is het voor personen in een dermate precare socio-economische en medische situatie erg moeilijk om dit alles te documenteren, wat een belangrijke grond vormt voor de vele weigeringen.

Het was voor veel mensen al niet eenvoudig om toegang te vinden tot de procedure, aangezien een feitelijke verblijfplaats een vormvereiste is om een aanvraag in te kunnen dienen. Ernstig zieke mensen zijn echter veelal niet in staat om op regelmatige basis een inkomen te verwerven uit clandestiene arbeid, waardoor zij daarbovenop dakloos zijn. In het verleden kon een bescheiden opvangproject van een aantal Centra voor Algemeen Welzijnswerk hier nog soelaas bieden, maar sinds de Vlaamse Gemeenschap in 2011 besliste om ook deze projectmiddelen stop te zetten is er vrijwel geen enkele structurele opvang meer mogelijk voor deze groep.

In december 2012 leek het tij eindelijk te keren door een arrest van de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen dat stelt dat de Dienst Vreemdelingenzaken de criteria te streng interpreteert. De DVZ is echter in beroep gegaan bij de Raad van State, zodat zij ondertussen de medische filter kunnen blijven toepassen.

Een goede gezondheid blijkt dan ook nog steeds geen grondrecht dat zondermeer de fysieke waardigheid van iedereen die zich in België bevindt kan garanderen. Het zijn dan ook vooral de groepen die al in sterke mate worden uitgesloten die ook moeilijk toegang vinden tot gezondheidszorg. Het maatschappelijk opbouwwerk heeft hier dan ook een belangrijke rol te vervullen, in samenwerking met het bredere sociale middenveld, om de klassenmaatschappij niet te laten infiltreren in de gezondheidszorg.

VERDER VERKENNEN: ...MEER OVER PROJECTEN



Knabbels en Babbels

Dit is een aanpak die werd uitgewerkt door Samenlevings-opbouw 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, info.gent@samenlevingsopbouw.be

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. 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



Grondrechten boom 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 interview 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.

De intergemeentelijke intervisiegroep gezondheid is een 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 liep 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
leila.vandamme@samenlevingsopbouw.be

Song-scan

De SONG-scan 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 Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg van de Universiteit Gent, de

VVSG en het Vlaams instituut voor gezondheids-promotie en ziektepreventie (VIGeZ). Er bestaan 3 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.

... EN OVER DE THEMATIEK

In de jaarboeken *Armoede en sociale uitsluiting* komt de gezondheidsthematiek regelmatig aan bod. Meer bepaald de editie van 2007 focust op de problematiek onder de titel *Armoede schaadt de gezondheid* (deel II, 135-258). Het meest recente jaarboek 2012 focust op het thema sociale innovatie. Lezenswaardig in dit verband zijn de artikels De Maeseneer J. e.a., *Wijkgezondheidscentra in Vlaanderen* (pp. 249-261) en De Pauw J. & Driessens K., *Voedselhulp als bron van integratie en activering* (pp. 289-304).

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 2de 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

Specifiek voor Brussel kunnen we niet voorbij het *Observatorium voor gezondheid en welzijn Brussel Hoofdstad*. Haar werkzaamheden centreren zich op 2 kernthema's: gezondheid en armoede. Periodiek publiceert het Observatorium naast dossiers statistisch goed onderbouwde rapporten rond de *Gezondheidsindicatoren van het Brussels Gewest* en de welzijnsbarometers in het kader van het Brussels Armoederapport. Een schat aan gegevens bevat de *Welzijns- en gezondheidsatlas van Brussel-Hoofdstad 2006*. www.observatbru.be

Het Netwerk "Huisvesting en gezondheid" van leefmilieu Brussel biedt een platform aan de actoren die op één of andere manier actief zijn rond binnenhuisvervuiling. Dit platform biedt zichtbaarheid en stimuleert samenwerking en uitwisseling tussen de verschillende professionals die werken rond binnenmilieu, kwaliteitsvolle huisvesting, sociale begeleiding en gezondheid. Dankzij een dergelijk netwerk kan een arts bijvoorbeeld te weten komen naar wie hij een patiënt kan doorverwijzen die ademhalingsproblemen heeft als gevolg van een slechte woonomgeving. Een vereniging kan er inlichtingen inwinnen over de organisaties of wijkgezondheidscentra die aandacht hebben voor de invloed van de huisvesting op de gezondheid. <http://www.leefmilieubrussel.be/Templates/Professionnels/informer.aspx?id=32447>

Over de invloed van de omgeving op de gezondheid publiceerde de Brusselse Bond voor het Recht op Wonen het dossier 7 jaar strijd tegen ongezonde woningen in Brussel. Art 23, n° 42, maart 2011. www.rbdh-bbrow.be

Het *Gezondheidsportret Brabantwijk Beweegt* (2008) verslaat de resultaten van een bevraging bij wijkbewoners en professionelen werkzaam in de wijk. Beide groepen geven niet altijd eenzelfde inschatting van de gezondheidsproblematiek op wijkniveau.

Colofon

Artikels

Alain Storme
Gerard Hautekeur
Geraldine Bruyneel
Caroline Van Malderen
Tineke Van Heesvelde
Nicolas Pleace
Trees Van Cauwenberghe
Maurice Pans
Ronnie Tack

Eindredactie: Alain Storme

Tekstverwerking: Kristel van der Borcht

Vormgeving & Lay-out:
Michel Demol

Drukkerij: ACCO

Opbouwwerk Brussel
wordt uitgegeven door
Samenlevingsopbouw Brussel,
Henegouwenkaai 29
1080 Molenbeek,
T 02 203 34 24, F 02 203 50 64 ,
E info.brussel@
samenlevingsopbouw.be;
W samenlevingsopbouw.be
© @29/03/2013 Samenlevings-
opbouw Brussel
Nr. 107 Jaargang 29



SAMENLEVINGSOPBOUW
Brussel

Op 1 april 2013 werd het bovenstaande
herziene sectorlogo in gebruik genomen
door alle organisaties van de sector.



MET STEUN VAN DE
VLAAMSE OVERHEID



MET DE STEUN VAN HET
BRUSSELS HOOFDSTEDELIJK GEWEST

VLAAMSE
GEMEENSCHAPSCOMMISSIE
BRUSSELS HOOFDSTEDELIJK GEWEST



VLAAMSE
GEMEENS
CHAPSCO
MMISSIE





Blikopener

Aanpak van gezondheidskloof: lokaal en participatief

In zijn publicaties en voordrachten zet Ivan Wolffers zich af tegen de medicalisering van gezondheidsproblemen. Zodra er iets misgaat bij een te hoge bloeddruk of cholesterol grijpt de medische sector in. Maar het is vooral te danken aan de aanpak van armoede, honger, oneerlijke verdeling van de hulpmiddelen, en de investeringen in schoon drinkwater en gezonde voeding dat de gezondheid van grote delen van de bevolking erop vooruitgaat.

Een preventieaanpak moet lokaal en participatief zijn: de preventiewerker moet vertrekken van de analyse van de mensen zelf zodat ze hun eigen situatie onder ogen zien. Preventie is nu nog veel te sterk gericht op individuele inspanningen van mensen, terwijl veel meer aandacht moet gaan naar het netwerk, de groep en de omgeving van mensen.

Datum: 16 mei 2013, van 13:30 tot 16:30 uur

Prijs: 15 € voor de sector Samenlevingsopbouw, armoedesector, sector algemeen welzijnswerk, minderhedensector, leden van het VIGeZ
30 € voor anderen

Locatie: AROMA-gebouw,
Vooruitgangstraat 323, 1030 Brussel

Inleider: Ivan Wolffers
Huisarts, antropoloog en hoogleraar gezondheidszorg en cultuur in Amsterdam. Publicist, columnist en auteur van het basiswerk „Gezond“. Hij ontving in 2005 de Van Walreeprijs voor zijn gehele oeuvre.

Organisatie: Samenlevingsopbouw Vlaanderen en het Vlaams instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (VIGeZ)

Inschrijving:
Chantal.van.broeckhoven@samenlevings-opbouw.be of via het digitale inschrijvingsformulier (www.samenlevings-opbouw.be / website Samenlevingsopbouw Vlaanderen/) vorming/inschrijvingsformulier)

