

Socio-economische gezondheidsongelijkheden bestrijden

Statuut van de tekst

Volgende oriëntatie stoelt op de 11 regionale ontmoetingen (10 provincies + Brussel) die de Koning Boudewijnstichting heeft georganiseerd en op het overleg dat het Steunpunt over dit onderwerp heeft gevoerd. De overleggroep 'Gezondheid' vergadert sinds 1999.

Type deelnemers: verenigingen waar armen het woord nemen, gebruikersverenigingen, mutualiteiten, OCMW's, actoren uit de sector preventie en gezondheidspromotie en uit de sector geestelijke gezondheidszorg, wijkgezondheidscentra, gezondheidsobservatoria, relais sociaux (Wallonië) en centra voor algemeen welzijnswerk (Vlaanderen), verpleegkundigen, artsen, tandartsen, patiënten, docenten en wetenschappers.

"In 2005 doodt armoede nog steeds". Met deze uitspraak vatten sommige verenigingen de toestand samen. Bijzondere nadruk leggen zij op de levensomstandigheden en hun impact op de gezondheid. Dat armoede de gezondheidstoestand aantast is wetenschappelijk voldoende gedocumenteerd. Het Algemeen Verslag over de Armoede (AVA) pleit voor een inclusief beleid: een beleid geënt op alle domeinen die de gezondheidstoestand beïnvloeden, zoals opleiding, inkomen, tewerkstelling, huisvesting, ... Het is een strategie die tevens door de Wereldgezondheidsorganisatie wordt gepromoot. De maatregelen die in het voorliggende rapport opgenomen zijn, maken dan ook deel uit van een globaal en coherent gezondheidsbeleid gericht op het behoud en de bevordering van de gezondheid van alle burgers.

Arm maakt ziek, maar ziek zijn kan ook tot armoede leiden. Wonen in een krot, een tekort aan geld, kan uiterst nadelige gevolgen hebben op de gezondheid. Omgekeerd leidt ziekte tot armoede door de vele kosten die onlosmakelijk verbonden zijn met de gezondheidszorg. Het belemmert eveneens de toegang tot onderwijs, arbeid, cultuur, enzovoort. Bovendien, zo beklemtonen deelnemers, kunnen de gezondheidsproblemen onverwachte gevolgen hebben, zoals bij het afsluiten van verzekeringscontracten (weigering van een levensverzekering voor bepaalde kandidaat-eigenaars).

Ondanks het feit dat het Belgische systeem van gezondheidszorg hoogstaande zorgen levert en financieel relatief toegankelijk is en ondanks de vele inspanningen die na het verschijnen van het AVA werden geleverd⁹⁹, kunnen alsmaar meer mensen zich niet laten verzorgen.

RESOLUTIE 44: HANDHAVEN VAN EEN BETAALBARE GEZONDHEIDSZORG

Gezondheidszorg is de voorbije tien jaar steeds moeilijker te betalen voor de laagste inkomensgroepen. Een steeds groter deel van hun budget gaat naar directe kosten voor gezondheidszorg. Steeds vaker kunnen mensen de ziekenhuisrekeningen niet betalen. Heel wat mensen moeten om financiële redenen hun medische zorgen uitstellen of ervan afzien.

PISTE 1. Een maximaal dekkende verplichte ziekteverzekering

Alle deelnemers aan het overleg pleiten voor een versterking van de sociale zekerheid en een betere dekking door de verplichte ziekteverzekering, zeker in het licht van een toenemende privatisering¹⁰⁰ in de gezondheidszorg:

- De verplichte verzekering voor kleine risico's openstellen voor zelfstandigen (zelfstandigen met financiële problemen sluiten vaak geen particuliere verzekering af tegen kleine risico's)¹⁰¹;
- Het pakket van terugbetaalbare zorgen uitbreiden. Zo zijn een aantal medische kosten niet of slecht terugbetaald zoals brillen, prothesen, tandverzorging, psychische hulpverlening, geneesmiddelen uit categorie D zoals pijnstillers.

PISTE 2. Remgelden verlagen

Maatregelen om de remgelden te verlagen dienen aangemoedigd te worden:

⁹⁹ Wij denken hier vooral aan de veralgemeende toegang tot de ziekteverzekering en de uitbreiding van de verhoogde tegemoetkoming voor nieuwe categorieën begunstigen.

¹⁰⁰ Privatisering is een ruim begrip dat vele ladingen dekt. Wij verwijzen hier naar het toenemend aandeel van gezondheidskosten dat hetzij door particulieren, hetzij door privé-verzekeringen gedragen wordt.

¹⁰¹ De regering plant dit uit te voeren tegen 1 juli 2006.

- Zorgverstrekkers nog meer aanzetten om generische geneesmiddelen voor te schrijven. Patiënten, zeker mensen in armoede, durven hun arts geen goedkopere geneesmiddelen vragen. Het aandeel van de generische geneesmiddelen in België bedraagt slechts 8 % van de voorschriften; in Nederland en Duitsland 50 %;
- Het gebruik van het Globaal Medisch Dossier (GMD) stimuleren bij de huisartsen en bij de patiënten (bijvoorbeeld door intensieve communicatiecampagnes).

PISTE 3. Correctiemechanismen verfijnen

– De maximumfactuur

Voor vele patiënten is de maximumfactuur een belangrijk vangnet, maar de maatregel vertoont, zeker ten aanzien van mensen die in armoede leven, nog vele tekortkomingen, zoals een te hoog plafond, onvoldoende dekking van de onkosten, het probleem van de voorschotten.

– De verhoogde tegemoetkoming

De huidige opdeling van rechthebbenden in categorieën maakt dat bij gelijk inkomen twee personen een verschillende behandeling kunnen ondergaan naar gelang van hun statuut. Gebruik van indicatoren die de inkomens- en sociale situatie van de rechthebbenden beter weergeven zou dit verhinderen.

Hierbij dient opgemerkt te worden dat niet iedereen het eens is met de correctiemechanismen: sommigen voeren aan dat deze maatregelen fundamenteel de solidariteit ondergraven vermits ze weinig voordelen bieden aan de hogere inkomensgroepen, die dan meer en meer beroep gaan doen op privé-verzekeringen.

PISTE 4. Derdebetalersregeling veralgemenen

Sinds het AVA wordt de uitbreiding van de derdebetalersregeling naar alle zorgverstrekkers gevraagd. Het betreft een systeem dat ingaat op het probleem van de voorschotten. Momenteel kan de derdebetalersregeling voor ambulante zorgen worden toegepast in de door de wet uitdrukkelijk voorziene omstandigheden, maar moet het niet¹⁰². De zorgverstrekker beslist geval per geval of hij het systeem toepast, ook al vervult de patiënt de voorwaarden die in de wet voorzien zijn. De pilootprojecten die werden opgestart in de regio Gent en Waasland¹⁰³ en in Luik tonen aan dat de derdebetalersregeling, mits overleg en praktische ondersteuning (uitwerken van een procedure en efficiënte informatieverstrekking), op een systematischere wijze kan worden toegepast. Met ondersteunende maatregelen van het beleid kunnen deze ervaringen uitgebreid worden naar andere regio's. Hoe dan ook tonen zij aan dat de overtollige administratie verminderd kan worden. Een nationale sensibiliseringscampagne, gericht tot zorgverstrekkers, rechthebbenden, verzekeringsinstellingen, OCMW's en sociale diensten zou zeker bijdragen tot een snellere invoering van het systeem.

PISTE 5. Naar een ruimere toepassing van het forfaitair betalingssysteem in de eerstelijnszorg

Een aantal deelnemers aan het overleg is van mening dat het forfaitair betalingssysteem een maximale financiële toegankelijkheid garandeert voor de patiënt en preventie in de hand werkt: patiënten met een laag inkomen aarzelen minder om hun arts te raadplegen en aandoeningen kunnen dan ook sneller ontdekt en behandeld worden. Een klein aantal zorgverleners werkzaam in wijkgezondheidscentra past het forfaitair systeem toe. Een ruimere toepassing van dit betalingssysteem wordt gevraagd.

RESOLUTIE 45: NIET-FINANCIËLE DREPELS BESTRIJDEN

Vele andere obstakels beletten mensen die in armoede leven om beroep te doen op de gezondheidszorg: een gebrek aan informatie, een moeilijke communicatie tussen patiënt en zorgverlener, administratieve hindernissen, ...

Voor aanbevelingen inzake het verbeteren van de toegankelijkheid tot de diensten in het algemeen, zie oriëntatie Begeleiding (IV).

PISTE 1. Een goede informatieverstrekking en -doorstroming uitbouwen

Informatie over voorzieningen en uitkeringen, over kosten van zorgen, over rechten en plichten, over nazorg en opvolging zijn vaak niet of onvoldoende beschikbaar of te moeilijk verstaanbaar voor patiënten. Verschillende informatiemiddelen en -kanalen moeten aangewend worden om patiënten te informeren en dit op een begrijpelijke wijze.

¹⁰² K.B. van 10 oktober 1986 inzake derdebetalersregeling en Omzendbrief van 27 mei 2004 van het RIZIV die de modaliteiten omschrijft voor toepassing van de uitzonderingen op het verbod inzake toepassing van de derdebetalersregeling.

¹⁰³ J. De Maeseneer (promotor), *Toegankelijkheid in de gezondheidszorg. Eindrapport. Deelrapport 5: acties om de toegankelijkheid te verbeteren*, Universiteit Gent, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, 2003.

Deelnemers aan het overleg vragen in het bijzonder dat ziekenfondsen een grotere rol spelen in het informeren en begeleiden van hun leden.

Hulpverleners zeggen problemen te ondervinden inzake informatiedoorstroming (zowel vanuit het beleid, als tussen de verschillende hulpverleners), wat gevolgen heeft op hun ondersteuning van patiënten. Hierom wordt het stimuleren van netwerkvorming en er een structureel karakter aan geven belangrijk gevonden.

Een betere uitwisseling van kennis tussen de voorzieningen in de gezondheidszorg en die uit de welzijnssector kan op verschillende manieren worden gerealiseerd, bijvoorbeeld via een centraal platform, zoals in Vlaanderen via het Sociaal Huis¹⁰⁴ en in grote steden via een schepen voor gezondheid die over transversale bevoegdheden beschikt teneinde de gezondheidsnetwerken beter te organiseren¹⁰⁵. De voor- en nadelen van deze mogelijkheden moeten zeker onderzocht worden.

Zorgverstrekkers betreuen tevens dat bepaalde deontologische regels hen verbieden om kenbaar te maken (op hun naambord, op een affiche, ...) dat zij de derdebetalersregeling toepassen, dat zij al dan niet geconventioneerd zijn, enz. Het is aangewezen om de betreffende verbodsbepalingen van 'publiciteit' te versoepelen om patiënten beter te informeren. Een dergelijke informatie zou zeker in kansarme buurten bijzonder belangrijk zijn.

PISTE 2. *Dialogo met de medische wereld verbeteren*

De inspraak van patiënten in het systeem van de gezondheidszorg is beperkt, zeker voor mensen in armoede. Patiëntenverenigingen bereiken arme personen ook moeilijk.

Deelnemers aan het overleg vragen dat patiënten voldoende sterk vertegenwoordigd zijn in het gezondheidsbeleid. De belangenbehartiging van de arme patiënten dient op verschillende wijzen beter gerealiseerd te worden: via verenigingen die de patiëntenrechten verdedigen, via de mutualiteiten, ...

Om de directe communicatie tussen zorgverstrekker en patiënt te optimaliseren, dienen strategieën ontwikkeld te worden om in de basisopleiding en nascholing van zorgverstrekkers kennis en vaardigheden in te bouwen inzake het omgaan met mensen in armoede (zie oriëntatie Vorming (XII)).

PISTE 3. *Administratieve procedures vereenvoudigen*

Vaak doen mensen geen beroep op uitkeringen of sociale voordelen omdat ze het niet weten of omdat de procedure te ingewikkeld is. Tegemoetkomingen zouden zoveel mogelijk automatisch moeten worden uitgekeerd. Inzake gezondheidszorg, dient onder meer onderzocht te worden hoe een automatische toekenning van de verhoogde tegemoetkoming kan uitgebreid worden naar meer categorieën van sociaal kwetsbare personen. Deze automatisering is bijvoorbeeld verworven voor de rechthebbenden op het leefloon, maar niet voor de rechthebbenden met het WIGW-statuut, uitkeringsgerechtigde werklozen ouder dan 50 jaar en sinds 1 jaar werkloos, enz. Ook de automatische verlenging van het Globaal Medisch Dossier moet beschouwd worden.

PISTE 4. *Rekening houden met menselijke noden*

Overlegpartners vragen oog te hebben voor menselijke aspecten. Concreet kan dit bijvoorbeeld betekenen: sociale opvangdiensten voorzien op een spoeddienst zodat kinderen of een bejaarde partner kunnen opgevangen worden, enzovoort.

RESOLUTIE 46: MEER HARMONISERING VAN OCMW-PRAKTIJKEN

De grote praktijkverschillen tussen OCMW's werden reeds herhaaldelijk aangeklaagd (zie oriëntatie Begeleiding (IV)), ook op het vlak van toegang tot gezondheidszorg. Deelnemers aan het overleg pleiten voor een inventaris van deze verschillende praktijken teneinde na te gaan of ten minste een gedeeltelijke harmonisering ervan overwogen kan worden. Voorbeeld van een zekere harmonisering is de lijst opgesteld door de Brusselse OCMW's betreffende de geneesmiddelen die door verschillende OCMW's van het Brusselse Gewest terugbetaald worden¹⁰⁶.

Een zekere mate van harmonisering kan ook gezocht worden bij het gebruik van een medische kaart en een medische conventie. Het betreft instrumenten die tot een betere toegang tot de gezondheidszorg voor OCMW-cliënten leiden. OCMW's kunnen op regionaal vlak de door hen gebruikte medische kaart en/of conventie op elkaar afstemmen. De Vereniging van Vlaamse Steden en

¹⁰⁴ Decreet betreffende het lokaal sociaal beleid van 19 maart 2004 (B.S.12 mei 2004).

¹⁰⁵ Voorstel uit het Onderzoek 'Gezondheid en grote steden', uitgevoerd in opdracht van de Cel Grootstedenbeleid, september 2004. <http://www.grootstedenbeleid.be/IUSR/resources/documents/studie%20gezondheid.pdf>

¹⁰⁶ Observatorium voor Gezondheid en Welzijn - Brusselse Welzijns- en Gezondheidsraad, *Beknopt verslag van de rondetafelconferentie 'De Brusselse OCMW's en de eerstelijnsgezondheidszorg'*, Brussels Parlement, 13 juni 2002, p. 3- 4.

Gemeenten (VMSG) heeft een lijst opgesteld van de mogelijke inhoud van een medische kaart. Voor de medische conventie wordt dit verder uitgewerkt en goede voorbeelden van een medische kaart en medische conventie zullen ook nog worden opgegeven¹⁰⁷.

RESOLUTIE 47: UITSLUITING VAN MEDISCHE ZORGEN TEGENGAAN

Het recht op bescherming van de gezondheid is een grondrecht en impliceert dat ieder mens toegang moet hebben tot zorg.

PISTE 1. Een duidelijk wetgevend kader scheppen inzake de dringende medische hulpverlening

Mensen zonder papieren hebben geen toegang tot de verplichte verzekering¹⁰⁸ en moeten terugvallen op de dringende medische hulp¹⁰⁹. Vanuit het werkveld worden heel wat knelpunten gesignaleerd.

- Opname in een psychiatrisch ziekenhuis wordt niet gedekt, daar waar mensen zonder papieren wegens hun verleden en hun huidige situatie van illegaal verblijf toch veel met gezondheidsklachten van psychische aard kampen. Het K.B. dient een terugbetaling van de verpleegkosten in een psychiatrisch ziekenhuis, psychiatrisch verzorgingstehuis, MPI, ... mogelijk te maken¹¹⁰.
- Het dringend karakter van medische hulp wordt verschillend geapprecieerd wat rechtsonzekerheid schept voor de zorgvrager. In die zin is het zinvol om in de 'medische kaart' of 'conventie tussen het OCMW en de zorgverstrekkers' te vermelden dat dringende medische hulp niet enkel 'dringende' zorgen betreft maar eigenlijk veel ruimer is (preventief en curatief, ambulante en hospitalisatie, ...)¹¹¹.
- Zware administratieve procedures en onzekerheid m.b.t. de betaling bij zorgverleners bemoeilijken de toepassing. De 'medische kaart' en 'conventie tussen het OCMW en de zorgverstrekkers' zijn daarom belangrijke instrumenten en het gebruik wordt door de minister van Maatschappelijke Integratie aangemoedigd¹¹².

PISTE 2. De wettelijke voorzieningen betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging¹¹³ uitbreiden voor alle minderjarigen

Tijdens het overleg werd bijzondere aandacht gevraagd voor de situatie van alle kinderen, ook minderjarigen zonder wettig verblijf. Het Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding zit een werkgroep voor waarin samen met medewerkers van respectievelijk de Christelijke mutualiteiten, de Socialistische mutualiteiten en de vzw Medimmigrant een voorstel van wetswijziging wordt uitgewerkt waardoor deze minderjarigen recht hebben op de klassieke gezondheidszorg. Het voorstel is gebaseerd op gelijkaardige en bestaande wetgeving inzake het recht op onderwijs.

PISTE 3. Mensen terug aansluiting doen vinden bij het ziekenfonds

Sommige mensen zijn potentieel gerechtigd binnen de verplichte ziekteverzekering maar omwille van een opeenstapeling van tekortkomingen en problemen blijven ze er geheel of gedeeltelijk van uitgesloten¹¹⁴. Systemen moeten opgezet worden om deze mensen sneller op te sporen en in orde te stellen met de ziekteverzekering.

- Voor mensen zonder een vaste verblijfplaats betekent dit een maatregel zoeken om deze personen in de mogelijkheid te stellen zich in te schrijven op een referentieadres. Met het referentieadres hebben daklozen in principe toegang tot gezondheidszorg, maar in de praktijk blijkt dat deze personen moeilijkheden ondervinden om een referentieadres te bekomen omdat het OCMW/de gemeente een inschrijving weigert (zie resolutie 57, piste 3).
- Mutualiteiten moeten sneller betalingsproblemen opsporen bij zelfstandigen die te maken krijgen met zware financiële problemen en daardoor hun bijdragen niet kunnen betalen aan de verplichte verzekering.

¹⁰⁷ Nota van VMSG, Werkgroep Toegang tot Gezondheidszorg voor personen met een precair of zonder wettig verblijf over Medische kaart en medische conventie, mei 2005.

¹⁰⁸ Mits enkele uitzonderingen.

¹⁰⁹ K.B. van 12 december 1996 (B.S. 31 december 1996).

¹¹⁰ In de Omzendbrief van 14 juli 2005 spreekt de minister van Maatschappelijke Integratie zijn intentie uit om een wetsontwerp neer te leggen zodat psychiatrische ziekenhuizen ook onder het begrip verpleeginstelling vallen teneinde een terugbetaling van de verpleegkosten te bekomen via de Staat.

¹¹¹ Nota van VMSG, zie supra.

¹¹¹ Het K.B. van 12 december 1996 vermeldt nochtans dat zowel preventieve als curatieve zorgen in aanmerking komen. De zorgen kunnen ambulante of in een verpleeginstelling worden verstrekt.

¹¹² Omzendbrief van 14 juli 2005.

¹¹³ Het K.B. van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 (B.S. 31 juli 1996).

¹¹⁴ Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting, *Debatopener. 10 jaar Algemeen Verslag over de Armoede*, Brussel, Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding, 2005, p. 48-49.

- In geval van opname in een psychiatrische instelling, ligt het probleem bij schrapping uit de registers van de burgerlijke stand en moet dit door de bevoegde instellingen onderzocht worden.

RESOLUTIE 48: DE EERSTELIJSGEZONDHEIDSZORG¹¹⁵ VERSTERKEN

De eerste lijn zal in de komende jaren anders georganiseerd moeten worden, vermits een dalende instroom van huisartsen verwacht wordt. Nu reeds is er in arme buurten een tekort aan huisartsen, consultatiebureaus, wijkgezondheidscentra. Ook kan het moeilijk zijn om een arts tijdens het weekend of 's nachts te bereiken, zonder dat hiervoor al te veel moet betaald worden. Veel mensen in armoede gaan dan naar de spoedgevallendienst wanneer ze verzorging nodig hebben.

PISTE 1. Een voldoende aanbod van eerstelijnszorg verzekeren

In het bijzonder pleiten deelnemers aan het overleg voor volgende maatregelen:

- Gepaste en duidelijke financiering van toegankelijke initiatieven voorzien, zoals voor de wijkgezondheidscentra en de 'Centres de Santé Intégrés'. Dit houdt onder meer in: financiële steun voor beginnende initiatieven, gepaste financiering voor functies die worden beschouwd als zijnde noodzakelijk voor een globale en geïntegreerde eerstelijnsgezondheidszorg en die vandaag niet op een financiering door het RIZIV kunnen rekenen (onthaal, registratie, sociale dienst).
- Zorgverstrekkers (huisartsen, tandartsen, ...) aantrekken om in sociaal achtergestelde buurten te gaan werken. Dit kan bijvoorbeeld via opstartpremies voor groepspraktijken, maar ook door een kader te scheppen waardoor zorgverstrekkers 'sociaal' kunnen optreden zoals bijvoorbeeld het kenbaar mogen maken dat zij de derdebetalersregeling toepassen (zie Resolutie 45, piste 1).

PISTE 2. Kenmerken van goed georganiseerde en toegankelijke wachtdiensten identificeren en veralgemenen

Er bestaan poliklinieken waar een team van huisartsen elke nacht van de week beschikbaar is en 24u/24u tijdens het weekend (voorbeelden: Deurne, Charleroi, Luik, Molenbeek). Deelnemers aan het overleg vinden dit een goede praktijk. Onderzocht moet worden hoe de positieve kenmerken van deze initiatieven veralgemeend kunnen worden.

Verenigingen in contact met daklozen vragen uitdrukkelijk aandacht te schenken aan de verzorging van kleine wonden. Bij verwonding laten deze mensen zich verzorgen in nachtopvangcentra. Wanneer deze centra echter gesloten zijn, zoals in de zomer, kunnen zij nergens heen, terwijl dan juist ook het gevaar op infectie toeneemt, vooral aan de voeten.

RESOLUTIE 49: PREVENTIE TOEGANKELIJK MAKEN VOOR IEDEREEN

De preventieve gezondheidszorg (vaccinatie, vroegtijdige opsporing, bevordering van een gezonde omgeving en van gezond gedrag) bereikt zeer moeilijk de mensen die in armoede leven. Dit was ook een veelgehoorde vaststelling tijdens de ontmoetingsmomenten 10 jaar na het AVA.

PISTE 1. Preventie prioritair op kinderen richten en de betrokken instellingen hiervoor middelen geven

Deelnemers aan het overleg vragen de uitbouw van preventie vooral te richten op het kind vanaf zijn prilste leeftijd: vóór de geboorte (gezinsplanning, prenatale consultaties), tijdens de zwangerschap en gedurende het schoollopen. De school dient een bevoorrechte plaats voor gezondheidspromotie te worden: naast educatieve programma's en campagnes ook ondersteuning van een gezondheidsbevorderend schoolbeleid. Dit veronderstelt voldoende middelen en personeel. Het medisch onderzoek moet een belangrijk aandachtspunt blijven, waarbij vanaf de kleuterschool aandacht gaat naar opsporing en bevordering van de gezondheid, alsook naar bijsturing van gebreken die een negatieve invloed hebben op het schoollopen en naar evaluatie van de geboekte vooruitgang.

PISTE 2. Meer preventie op de eerste lijn

Vandaag treedt de eerstelijnsgezondheidszorg te weinig preventief op omwille van velerlei redenen: onvoldoende aandacht voor preventie in de opleiding van artsen, betaling per prestatie wat niet aanzet tot preventie, ...

¹¹⁵ Eerstelijnsgezondheidszorg is de basis van de gezondheidszorg waar elke persoon een eerste deskundige opvang krijgt, terwijl het tweede en derde niveau respectievelijk voor ziekenhuiszorg en gespecialiseerde ziekenhuiszorg staan.

Aanbevelingen:

- Andere betalingswijzen, zoals een forfaitair systeem of de derdebetalersregeling, stimuleren (cf. supra).
- Stimuli voor zorgverstrekkers voor deelname aan netwerking voor gezondheidsbevorderende projecten.
- Het preventieve en curatieve beter op elkaar afstemmen om een actieve en toegankelijke opvolging te kunnen verzekeren. Koppeling van het preventieve en het curatieve kan door het uitbreiden van de nomenclatuur voor alle preventieve interventies, ondersteuning met een centraal registratieprogramma vaccinatiestatus, ...

PISTE 3. Gezondheids promotie op buurtniveau ondersteunen

Gezondheidsbevorderende projecten op buurtniveau die in een multidisciplinair netwerk en met participatieve werkvormen opgezet worden kunnen een output hebben die veel verder reikt dan het domein van de gezondheid (opbouw van sociale netwerken, groeien van samenwerkingsverbanden tussen organisaties, ontstaan van initiatieven op andere terreinen, leefbaarder klimaat in de buurt, toename van zelfvertrouwen bij mensen in armoede, ...). Initiatieven als de wijkgezondheidscentra, 'Maisons médicales', ..., die volgens het buurtontwikkelingsmodel ('développement communautaire') werken, moeten meer middelen toegewezen krijgen.

PISTE 4. Sport promoten

Een aantal verenigingen komen op voor meer recreatieve sportbeoefening voor mensen in armoede. Zij vragen dat de gezondheids promotie op school voldoende aandacht schenkt aan beweging en het beoefenen van sportactiviteiten. Zij pleiten ook voor sport in de buurt, wat inhoudt: buurtgerichte sportinfrastructuur, een aangepast sportaanbod, betaalbaarheid, toeleiding en begeleiding.

Door de minister van Maatschappelijke Integratie is het project 'Maatschappelijke integratie door sport' opgestart met de bedoeling de sportparticipatie van OCMW-cliënten te bevorderen en samenwerkingsverbanden uit te bouwen tussen OCMW's, sportdiensten, verenigingen, ... Deze projecten moeten samen met alle betrokken actoren geëvalueerd worden en bij gunstig effect op de participatie van allen, dienen deze projecten uitgebreid te worden.

PISTE 5. Preventiemaatregelen evalueren

Leefstijlcampagnes bijvoorbeeld (gezonde voeding, regelmatig sporten, ...) riskeren de sociale ongelijkheid te versterken wanneer geen maatregelen worden genomen om de armste bevolkingslaag van middelen en mogelijkheden te voorzien. Onderzoek omtrent de determinanten van de gezondheidskloof en de effectiviteit van preventieve strategieën voor mensen in armoede dient dan ook uitgevoerd te worden en de beleidsaanbevelingen die hieruit resulteren dienen opgevolgd te worden.

RESOLUTIE 50: AANDACHT HEBBEN VOOR GEESTELIJK WELZIJN

Armoede is geen ziekte, maar desondanks heeft het gevolgen op de gezondheid, inclusief op de geestelijke gezondheid. Het verband tussen armoede en geestelijke gezondheid dient zo precies mogelijk onderzocht te worden en personen met psychische problemen moeten gepaste zorgen krijgen.

PISTE 1. 'Psychiatiseren van de armoede' tegengaan

- De toegang verbeteren tot de geestelijke gezondheidszorg voor mensen die in armoede leven is een noodzaak, maar deze eis komt niet in de plaats van de noodzakelijke en primordiale strijd om hun sociale inschakeling te verzekeren via een kwaliteitsvolle job bijvoorbeeld. Het ontbreken van een activiteit en van sociale contacten die daarmee gepaard gaan, kan inderdaad oorzaak zijn van talrijke mentale ziektes. Indien het opnemen van een betaalde job, zelfs partieel, onmogelijk zou blijken, zou de vrijwillige participatie van deze personen binnen een dienstverlenende organisatie of een buurtvereniging gevaloriseerd moeten worden teneinde hun sociale inschakeling te vergemakkelijken.
- Bij gebrek aan mogelijkheden om politiek te kunnen ingrijpen om sociale situaties te veranderen, gaat men al te vlug over tot het aandienen van psychologische antwoorden op leed dat sociaal van oorsprong is. Hierin schuilt het risico op een psychiatisering van de armoede. Ten gevolge van een gebrek aan kennis bij beroepsbeoefenaars van de levensomstandigheden van mensen in armoede en hun geschiedenis worden gedragingen en eventueel symptomen medisch geïnterpreteerd, daar waar het vaak om verdedigings-, aanpassings- of zelfs overlevingsstrategieën gaat.

PISTE 2. Een kwaliteitsvolle toegankelijke geestelijke gezondheidszorg voor ieder

- In toenemende mate kampen mensen met psychische en relationele problemen. Het welzijnswerk wordt geconfronteerd met een groeiende vraag naar psychosociale hulp, zonder een duidelijk mandaat (en middelen) om op deze vraag te kunnen ingaan. In Vlaanderen eist het Algemeen welzijnswerk een coherent uitgebouwd systeem om psychosociale noden op een preventieve wijze op te vangen.
- Zorgverleners in de geestelijke gezondheidszorg vragen bijkomende middelen om soepeler te kunnen optreden ten aanzien van patiënten die zich moeilijk kunnen inpassen in een structuur van consultaties op afspraak. Middelen zijn nodig voor de uitbreiding van de onthaalfunctie en van de raadplegingen zonder afspraak, om zich te verplaatsen naar de plaats waar de patiënt leeft thuis, op straat of in een instelling, ... Vandaag staan flexibele werkmethodes onder druk van efficiëntie van tijdsbenutting door onder meer een minimale personeelsbezetting. Dit gebrek aan middelen staat ook een preventieve aanpak in de weg.
- Zorgverstrekkers in contact met mensen in armoede pleiten voor een erkenning van 'brugfiguren' (personnes relais) die arme personen 'als medestander' kunnen bijstaan in hun eerste contacten met een psycholoog/psychiater, een dienst voor geestelijke gezondheidszorg of een andere hulpverlenende dienst. Deze brugfiguren kunnen de 'culturele kloof' tussen de hulpverlener en de hulpzoekende mede helpen overbruggen. Het valoriseren van deze brugfiguren veronderstelt uiteraard een doeltreffende ondersteuning (onder meer financieel) van de verenigingen waarvan zij deel uitmaken, alsook het voorzien van gepaste vormingen om hun bekwaamheid te ontwikkelen.
- Personen met psychiatrische problemen moeten kunnen terugvallen op een omvattende en continue sociale begeleiding. Deze personen kampen met enorme sociale problemen met vaak als gevolg dat zij op de dool geraken, of een leven gaan lijden tussen de straat, een psychiatrische inrichting of een onthaaltehuis.

