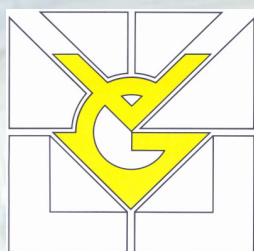


PERIODIEK

DRIEMAANDELIJKS TIJDSCHRIFT
VAN HET VLAAMS GENEESKUNDIGENVERBOND



SYMPOSIUM

*van het Verbond van Vlaamse Medisch-Wetenschappelijke Verenigingen
in samenwerking met het Vlaams Geneeskundigenverbond
en met de steun van het Doktersgild Van Helmont*

ARMOEDE EN GEZONDHEIDSZORG IN VLAANDEREN

zaterdag 23 oktober 2010

Vlaams Parlement (De Schelp)

VERSLAGBOEK

Inhoud

ARMOEDE EN GEZONDHEIDSZORG IN VLAANDEREN

INLEIDING (Prof. Dr. Chris Geens).....	3
DE MEEDOGENLOZE CYCLI VAN SOCIALE ACHTERSTAND (Dr. Luc Bonneux).....	5
WAT LEERT ONS DE GROOTSTAD OVER ARMOEDE? (Prof. Dr. Jan Vranken).....	7
BELEIDSOPTIES EN -ERVARINGEN IN ARMOEDE EN GEZONDHEIDSZORG (Minister Jo Vandeurzen en Dr. Dirk Dewolf).....	12
Werkgroep "Middelengebruik"	16
▪ INLEIDING: SOCIALE (KANS) ARMOEDE EN VERSLAVINGSPROBLEMEN (Prof. Dr. Geert Dom)	16
▪ DISCUSSIEVERSLAG WERKGROEP: "MIDDELENGEBRUIK" (Dr. Geert Debruyne en Dr. Bart Garmyn)	19
Werkgroep "Medicatiegebruik"	23
▪ INLEIDING: MEDICATIEGEBRUIK - Voorschrijven, afleveren, omgaan met geneesmiddelen (Apr. Johan Van Calster, Apr. Frie Niesten, Ann Eeckhout)	23
▪ DISCUSSIEVERSLAG WERKGROEP: "MEDICATIEGEBRUIK" (Apr. Johan Van Calster, Apr. Frie Niesten, Ann Eeckhout)	29
Werkgroep "Basisgezondheidszorg voor armen"	31
▪ INLEIDING: "Basisgezondheidszorg voor armen" (Dr. Caroline Verlinde en Dr. Leen Vermeulen)	31
▪ DISCUSSIEVERSLAG WERKGROEP "BASISGEZONDHEIDSZORG VOOR ARMEN" (Dr. Caroline Verlinde)	35
Werkgroep "Media over armoede"	36
▪ INLEIDING TOT DISCUSSIE OVER MEDIA EN ARMOEDE (Guy Tegenbos)	36
▪ DISCUSSIEVERSLAG: WERKGROEP "MEDIA OVER ARMOEDE" (Dr. Jan Van Meirhaeghe)	37
SLOTLEZING (Prof. Dr. Yvo Nuyens)	40
BESLUITEN (Dr. Jan Dockx).....	46
DEELNEMERS	48
VERONTSCHULDIGDEN	49
MET DANK AAN	51

UITGAVEN VGV

Autokenteken

- Decalco € 2.00,- + € 0.61,- Port
- Aluminium € 3.00,- + € 0.61,- Port

Fiscaal dagboek € 25.00,- + € 1.83,- Port

RAAD VAN BESTUUR

Voorzitter: Dr. J. Dockx
Ondervoorzitter: Dr. R. Vermeulen*
Secretaris: Dr. Bart Garmyn
Penningmeester: Dr. G. Debruyne
Cultuur: Dr. J. Dockx
Leden: Prof. Dr. A. Baert, Prof. Dr. D. Brutsaert, Dr. F. Goes, Dr. L. Ide, Dr. P. H. Jongbloet, Prof. Dr. E. Ponette*, Dr. D. Van de Voorde, Dr. L. Van Ermen, Dr. J. Van Meirhaeghe*, Dr. H. Verbrugge
* oud-voorzitter

RAAD VOOR ADVIES

Prof. Dr. Rik Casteels, K.U.Leuven
Prof. Dr. L. Denis, directeur
Oncologisch Centrum Antwerpen
Prof. Dr. W. Dierick, UA
Prof. Dr. Alain Dupont, decaan geneeskunde en farmacie, VUB
Dr. C. Geens, voorzitter
Alumni geneeskunde K.U.Leuven
Prof. Dr. Jan Peers, K.U.Leuven
Prof. Dr. P. Van Cauwenberge, rector UGent
Prof. Dr. Philippe Vandekerckhove, gedelegeerd bestuurder Rode Kruis Vlaanderen
Prof. Dr. G. Verdonk, UGent
Dr. R. Verhaert, V.V.K.

Uitgave van het VGV

Redactieraad: Prof. Dr. A. Baert, Dr. J. Dockx, Dr. J. Gyselinck, Dr. P.H. Jongbloet, Dr. R. Lenaerts, Prof. Dr. E. Ponette, Dr. J. Van Meirhaeghe

Verantwoordelijke uitgever:

Dr. J. Van Meirhaeghe,
Koolkerkesteenweg 76, 8340 Oostkerke
Hoofdredacteur: Prof. Dr. E. Ponette,
Schoonzichtlaan 40, 3020 Winksele-Herent
en Dr. P.H. Jongbloet

De gepubliceerde bijdragen verschijnen onder de verantwoordelijkheid van de auteurs

Drukkerij Jules De Winter,
Kleine Markt 13, 2000 Antwerpen,
Tel. 03/232.20.22, Fax. 03/225.15.84

Lidgeld V.G.V.

Gewoon lid	€ 55.00
Tot 5 jaar na diploma	€ 25.00
Arts zonder praktijk	€ 25.00
Steunend lid	€ 75.00
Artsenkoppel	€ 60.00
Artsenkoppel (tot 5 jaar na diploma of zonder praktijk)	€ 30.00
Abonnement "Periodiek" voor niet leden	€ 20.00

KBC nr. 407-3062251-47

Secretariaat V.G.V.: Ergo de Waellaan 3 - bus 14
2100 Deurne - Antwerpen - Tel: 03/322.28.50 - Fax: 03/322.45.14
e-post: info@vgv.be - webstek: www.vgv.be
Het secretariaat is open alle werkdagen van 9 tot 13 uur

INLEIDING: ARMOEDE EN GEZONDHEIDSZORG IN VLAANDEREN (Prof. Dr. Chris Geens)



Chris Geens is professor Huisartsgeneeskunde aan de K.U.Leuven. Hij is ook voorzitter van het Verbond van Vlaamse Medisch-Wetenschappelijke Verenigingen (VVMV) en van de Alumni geneeskunde van de K.U.Leuven.

Ruim een half jaar na het succesrijk symposium van het Verbond van Vlaamse Medisch-Wetenschappelijke Verenigingen in samenwerking met het Vlaams Geneeskundigenverbond en Doktersgild van Helmont is het verslagboek klaar. Een symposium voorbereiden en organiseren is een zware klus, maar de teksten van alle sprekers, auteurs en verslaggevers drukklaar krijgen is waarschijnlijk van een nog grotere orde van inspanning.

Maar einde goed, alles goed, hier zijn wij klaar met de neerslag van het geleverde werk.

De aanzet tot dit symposium hebben wij gegeven, na ruim intern overleg als voorbereiding op een tweejaarlijkse studiedagorganisatie, toen de aandacht voor de gezondheidszorg voor de minstbedeelden onder ons steeds opnieuw voor ogen kwam. Herhaaldelijk onderzoek toont immers aan dat Vlamingen hun gezondheid als hoogste goed beschouwen en wij vroegen ons af of het bereiken van dit doel voor alle inwoners van Vlaanderen ook een haalbare kaart was.

Vermits meerdere bestuursleden ruime ervaring hebben met de situatie in onze hoofdstad besloten wij om in Brussel een symposium te houden over “Armoede en Gezondheidszorg in Vlaanderen” en hierbij aan artsen, apothekers en paramedici te vragen wat hun ervaring is met de bereikbaarheid van de gezondheidszorg voor de armste binnen de samenleving.

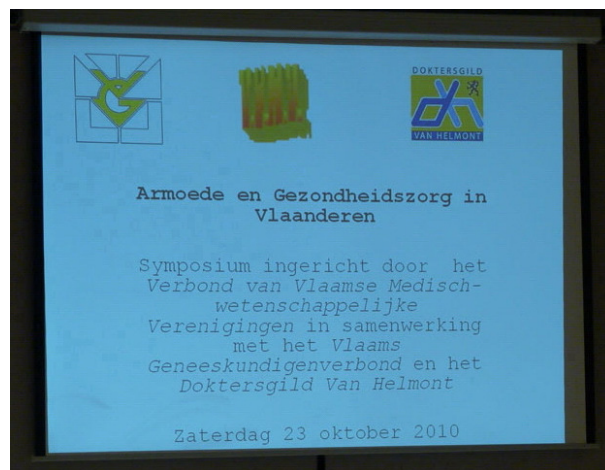
Dat ongeschoolden, migranten, politieke vluchtelingen en mensen zonder papieren helemaal onderaan op de ladder staan was ons bekend, maar kreeg op deze studiedag nog eens bijzondere aandacht.

Artsen en gezondheidswerkers hebben, door hun dagelijks contact met mensen uit alle lagen van de bevolking, ruim zicht op welzijn, leefomstandigheden, gezondheid en economische status van hun cliënteel. Dat hierbij grote verschillen bestaan is eenieder bekend.

Onze organiserende verenigingen, zeker niet de grootste artsenorganisaties in Vlaanderen, al is VGV waarschijnlijk wel een van de oudste artsenverenigingen in het land, vonden de tijd gekomen om als socio-culturele en wetenschappelijke organisatie van artsen de relatie armoede en gezondheidszorg onder de loep te nemen tijdens hun tweejaarlijks symposium. Wij konden dit ook mooi doen omdat in onze statuten geen beroepsverdedigende passages voorkomen en wij graag meewerken aan enige ethische reflectie en de gewetensvorming binnen het artsenberoep. Sinds vele jaren organiseren wij tweejaarlijkse symposia, meestal in Brussel, op de prestigieuze locatie van het Vlaams Parlement, over onderwerpen die de gezondheidszorg op zich in Vlaanderen aanbelangen.

“Armoede en gezondheidszorg in Vlaanderen” luidde nu de titel en wij hebben er specifiek voor gekozen om de artsen en zorgverstrekkers hun verhaal rond deze materie zelf te laten brengen en dit kon uitgebreid in werkgroepen waarvan elke deelnemer er twee kon volgen.

Dat de armen zelf niet aan het woord kwamen was een bewuste keuze.



Huisartsen, apothekers, spoedartsen, gynaecologen, maar ook verpleegkundigen, kinderartsen en gerieters, om er maar enkele te noemen hebben heel wat ervaring met mensen die het moeilijk hebben om de eindjes aan elkaar te knopen en die toch geneeskundige zorgen nodig hebben. Hun verhalen wensten wij te horen, want vele van hen zijn ervaringsdeskundigen en konden zo de discussie verrijken, maar zij hebben vaak ook suggesties en oplossingen voor te stellen. Dit alles gebeurde vooral in de werkgroepen en hiervan vindt u nu het verslag terug in het congresboek.

Maar om dit thema op een gefundeerde manier aan te pakken hebben wij beroep gedaan op wetenschappers, onderzoekers, sociologen, beleidsmensen en veldwerkers die uitgebreid aan het woord kwamen. Zij deden dit op een zeer wetenschappelijk verantwoorde wijze met overvloedig cijfermateriaal bij de hand. Maar wij schuwden ook scherpe pennen en tongen niet.

Bestaat er nu wel een duidelijke relatie tussen armoede en gezondheidszorg en hoe ziet die eruit?

De slogan “Arm maakt ziek en ziek maakt arm” kent iedereen. Maar wat betekent dat in werkelijkheid? In de media is er de laatste jaren toenemende aandacht voor de armoedeproblematiek en van daaruit kennen de meeste mensen de cijfers en verhalen die hun beeld vormen over dit onderwerp. Kranten en tijdschriften, radio en televisie zijn de bron van de beeldvorming voor een groot deel van de bevolking en zo mocht de denkende en schrijvende pers hier niet ontbreken. Deze mensen hebben trouwens de laatste weken en maanden heel hard gewerkt om het thema van ons symposium onder de aandacht van het publiek te brengen, waarvoor dank. Dat de media ook in het voorbije

half jaar nog ruim aandacht gaven aan deze problematiek toont aan dat wij met dit onderwerp op het juiste moment naar voor kwamen.

Wat is de mening van een kritische epidemioloog, de algemene wetenschappelijke onderzoeker en sceptische disculant over de relatie tussen armoede en gezondheid en de waarachtigheid hiervan?

Wat weten sociologen, onderzoekers, beleidsadviseurs en beleidsmensen zelf ons te vertellen over hoe het met gezondheidszorg, welzijn en armoede in Vlaanderen en Brussel staat?



De gezondheidszorg ging de laatste decennia immers een merkwaardige weg op.

- Bestrijden van ziekte en pijn en verlengen van het leven of uitstellen van de dood waren en zijn nog steeds de voornaamste doelstellingen.
- Maar in het werk van artsen, zorgverstrekkers en hun entourage nemen preventie, gezondheidsvoorlichting en opvoeding en alle informatie daar rond een steeds grotere plaats in. De eis voor een homogeen bevoegdheidspakket voor gezondheidszorg is hier dus blijvend aan de orde.
- Een steeds belangrijker plaats krijgt ook de wensvervullende geneeskunde. Voorbeeld is daarbij de onvervulde kinderswens. Maar daar is ook de aanpak van obesitas, de plastische chirurgie en de vraag naar geslachtsverandering.
- Tot slot is daar ook de transformatieve geneeskunde die sterk in opgang is waarbij men bricoleert in utero of in ovo, met stamcellen aan de slag gaat, nieuwe organen bouwt en het verouderingsproces probeert te stoppen.

Dat is de huidige evolutie binnen de geneeskunde. Het is een moeilijke mens die hier enige ethische reflectie bij maakt en indringende vragen stelt.

Maar hoe de zorg voor armen hier nu tegen aankijkt en hoe zij, die nauwelijks tot de basiszorg geraken, hiermee moeten omgaan is maar zeer de vraag.

Hoe het met de evolutie binnen het verhaal van de armoede zelf gaat is niet altijd voor iedereen duidelijk, maar wij hebben hierover tijdens het symposium veel geleerd.

Tot slot

Ongelijkheid maakt ongezond. En de ongelijkheid lijkt toe te nemen en dus de verschillen in gezondheid worden ook groter, dat leert ons recent studiewerk uit Vlaanderen.

Maar er is meer: “Gelijke samenlevingen functioneren beter”.

In de rijke industrielanden, zo weten onderzoekers (R. Wilkinson en K. Pickert), gaan een groot aantal samenlevingsproblemen niet zozeer samen met de welvaart in absolute termen dan wel met de mate van sociale ongelijkheid.

Zelfs een beperkte vooruitgang in termen van sociale gelijkheid heeft meer invloed op tal van samenlevingsproblemen dan een stijging van het globale welvaartspeil op zich en van dergelijke evolutie profiteren alle lagen van de bevolking.

De verklaring zou hierbij vooral kunnen liggen in de sociale aard van de mensen en in de sociale structuur waarin zij leven.

Verminderen van sociale ongelijkheid brengt de mensen hoger op de sociale ladder, waarbij de omgeving hen meer kansen lijkt te bieden om twijfels weg te nemen over de eigen kansen tot groei.

Dit en nog veel meer heeft de voorbereiding op dit symposium ons geleerd.

Wat deskundigen ter zake ons wisten te brengen heeft ons gesterkt in onze idee dat een symposium over “Armoede en gezondheidszorg in Vlaanderen” meer dan op tijd kwam.

Nu in meerdere Vlaamse gemeenten de inwijking van migranten meer dan 10 % bedraagt, en in onze hoofdstad dit percentage nog veel hoger is, zijn wij er ons als Vlaamse artsverenigingen van bewust dat de grote risicogroepen onder meer bij deze inwoners zitten.

Hoog tijd dus dat Vlaanderen hier een eigen beleid kan uitstippelen en ook in de eigen hoofdstad deze problematiek mee kan aansturen

Chris Geens

DE MEEDOGENLOZE CYCLI VAN SOCIALE ACHTERSTAND (Dr. Luc Bonneux)

Luc Bonneux is arts en epidemioloog.

Hij is werkzaam in het Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut in Den Haag.



Armoede, verdwenen en weer geïmporteerd

In tegenstelling tot wat vele mensen denken, neemt de wereldgezondheid snel toe. De levensverwachting stijgt, en voor zover daar gegevens over bekend zijn, ook de levensverwachting in goede functionele gezondheid, vrij van beperkingen. Er is geen twijfel aan dat toenemende welvaart een drijvende factor is in de steeds toenemende wereldgezondheid. Absolute armoede is na analfabetisme de grootste oorzaak van ongezondheid in de wereld. Armoede is volgens de definitie van de Verenigde Naties het niet kunnen voorzien in de eerste levensbehoeften. Mensen zijn arm als ze over onvoldoende middelen beschikken om in de primaire levensbehoeften te kunnen voorzien: schoon en drinkbaar water, voedsel, kleding, huisvesting en gezondheidszorg. Zij gelden als noodzakelijk om een menswaardig leven te kunnen leiden. Er zijn geschat een 1,7 miljard mensen die leven in stuitende armoede, waarvan de meerderheid woont in Afrika bezuiden de Sahara en in Indië. Millenniumdoel nummer één is dan ook de halvering van de fractie van mensen met een inkomen van minder dan 1 \$ en het halveren van de fractie van mensen die honger lijden.

Technisch is armoede uitgeroeid in de Lage Landen, een grote verwezenlijking van de welvaartstaat. Het is daarvoor ook een marginaal gezondheidsprobleem geworden. Momenteel vinden we enkel nog armoede bij marginalen en gemarginaliseerden: chronisch geesteszieken, verslaafden of mensen die anderszins tussen de maatschappelijke mazen van het net vallen. Dit zijn in toenemende mate mensen zonder wettige verblijfsvergunning. Door de nabijheid van Afrika, de Belgische koloniale geschiedenis en de Franse taal komen veel vluchtelingen in de Vlaamse hoofdstad, Brussel, terecht, daarbij nog aangemoedigd door een bepaald doodziek migratiebeleid dat werkt als een magneet. Zonder papieren komen ze in de "informele sector" terecht (nieuwspraak voor zwartwerk), waar ze weerloos zijn overgeleverd aan de goodwill van hun baas (die door het aanbieden van zwart werk aan lage lonen al toont van sociaal gedrag geen prioriteit te maken). Verhalen van uitbuiting en loondiefstal zijn schering en inslag. Het is welbekend dat velen van de illegale immigranten dakloos op straat belanden, terwijl nog meer het slachtoffer worden van huisjesmelkers. Onze zeer toegankelijke gezondheidszorg vangt de meeste gezondheidsproblemen redelijk goed op, maar door hun illegale status durven illegalen soms gewoon niet naar het ziekenhuis gaan bij gezondheidsproblemen. Tuberculose, besmetting met HIV en zware mentale problematiek zijn standaard. Op dit congres over "Armoede in Vlaanderen" werd deze werkelijke armoedeproblematiek genegeerd, mogelijk omdat het geen eigen volk was, mogelijk omdat een bepaald soort Vlaanderen het moeilijke multiculturele Brussel heel graag kwijt wil.* Wat zich in Brussel afspeelt, speelt zich overigens ook af, zij het in mindere mate, in de grotere Vlaamse steden en overall elders waar zwart werk aan lage lonen welkom is.

* Hierin vergist de auteur zich: zie p. 3-4, 7-12, 31-36, 40-45, 46-47. (red.)

Sociale achterstand

Deelnemen aan het sociale leven, betaalde arbeid, degelijk onderwijs en ontspanning kunnen als secundaire levensbehoeften beschouwd worden. Dat is moeizamer te definiëren, de term "armoede" wordt hier feitelijk misbruikt. "Relatieve armoede" wordt in Europa gedefinieerd als 60% van het mediane inkomen (het mediane inkomen betekent dat de helft minder, en de helft meer verdient). Elders vinden we "de helft". Als maat van een distributie zegt het niets over de koopkracht, toch een essentieel begrip wanneer men het over armoede heeft. Zo heeft Vlaanderen officieel meer armen dan Marokko. Gezien alle distributies steeds voorkomen van 0 tot 100% wordt de strijd tegen de armoede eeuwigdurend, wat vermoedelijk ook de bedoeling is. Het is een perverse maat: als het gemiddelde inkomen hoog is maar het mediane inkomen laag (wat betekent dat de meerderheid arm is maar een minderheid erg rijk) is er weinig of geen "relatieve" armoede. Het hoge aantal "armen" in Vlaanderen betekent dat Vlamingen rijk zijn met een hoog mediaan inkomen. Het zegt niets over sociale uitsluiting en sociale achterstand, die beter direct worden beschreven in termen van toegang tot onderwijs, betaalde arbeid en betaalbare woningen.

Het onderscheid tussen armoede en sociale achterstand is heel belangrijk. Mensen worden ziek van armoede door materiële tekorten. Ze kunnen de verwarming niet betalen, gezonde groenten zijn duurder en minder voedzaam dan vette frieten, hun woning is ongezond als ze al niet dakloos zijn. Ze kunnen of durven niet naar een dokter of ziekenhuis gaan als ze ziek zijn. Deze mensen zijn bijzonder kwetsbaar, en verdienen onze grootste zorg, ook al zijn ze hier als ongenode gast. Ze lijden veel vaker aan ziekten zoals tuberculose en AIDS, die endemisch zijn waar ze vandaan komen. Vaak hebben ze zware mentale problematiek. Zelfs voor een Afrikaan met vast werk en een goed inkomen is het verblijf in onze sterk geïndividualiseerde samenleving geen lachertje. Mensen die in Vlaanderen "relatief" arm zijn, besteden twee keer meer aan hun auto dan aan hun gezondheid. De essentiële materiële behoeften zijn dus meer dan gedekt.

Sociale ongelijkheid veroorzaakt echter eveneens ongezondheid, maar op een heel andere manier dan materiële armoede. Het gebeurt door veel meedogenlozer mechanismen dan absolute armoede. Absolute armoede wordt opgelost door geld: daar kunnen we voor zorgen. Een duizend Euro per maand dekt alle primaire materiële behoeften. Sociale ongelijkheid zit echter in de aard van het beestje 'mens'. Wij zijn een erg sociale primaat, die leeft in hiërarchisch georganiseerde maatschappijen. Als de afstanden tussen rijk en arm groot zijn, schept dat ongezonde naijver en onvervulde verlangens. Er is heel wat bewijs dat democratieën met een geringere inkomensspreiding gezonder zijn en langer leven dan staten met grotere verschillen tussen arm en rijk. In de twintigste eeuw werd er steeds meer en beter herverdeeld tussen arm en rijk, tot verdriet van de rijken. Maar een democratie waar de inkomensverschillen tussen arm en rijk billijk

blijven, hoort zeker bij de belangrijke verklaringen van de hoge levensverwachting van het oude Europa (zonder de Oost-Europese staten, nog steeds zwaar geplaagd door de communistische erfenis en de sociale ontworteling van de daarop volgende liberalisering). Als in een zeer rijk land als de Verenigde Staten de levensverwachting achter blijft, vergeleken met de andere markteconomieën, is de belangrijkste verklaring de grote inkomensongelijkheid die maakt dat een grote onderklasse leeft in ongezonde omstandigheden.

Het is welbekend dat professionele sporters in overmaat in het begin van het jaar zijn geboren. Ze lijken wel onder een gunstig gesternte te zijn geboren. Waar geboortejaren worden gebruikt om jeugdcategoryën in te delen, is de helft in de eerste drie tot vier maanden van het jaar geboren. Zoiets arbitrair als de kalenderdag waarop een spermacel van je vader succesvol de eicel van je moeder penetreerde, bepaalt dus je kansen op een succesvolle sportcarrière. De reden is welbekend: succesvolle sportcarrières beginnen op jonge leeftijd. Op deze leeftijd is er nog een groot verschil in maturiteit tussen kinderen die een half jaar meer of minder oud zijn. Kinderen, geboren in het begin van het jaar, zijn groter, sterker en rijper. Zij krijgen meer kansen om te spelen en om ervaring op te doen. Na enige jaren is de achterstand van kinderen die geboren zijn later op het jaar onoverbrugbaar en haken ze af. Zo werkt sociale achterstand, maar dan nog veel sterker.

Kinderen geboren uit minder geschoolde ouders, groeien op in een milieu dat daar minder belang aan hecht. Ze vertrekken met een achterstand op kinderen uit hoger geschoolde ouders. Die laatste krijgen meer aandacht en meer kansen, waardoor ze kansen hebben op een hogere opleiding. Dit wordt nog versterkt bij kinderen uit een andere cultuur en met een andere taal: die lopen een dubbele achterstand op. Als sociale primaten klitten die bij elkaar: soort zoekt soort. De frustraties in deze groepen die feitelijk harde sociale klappen krijgen, leiden dan tot een minderheidscultuur, die neerkijkt op goede schoolprestaties. In zwarte gemeenschappen in de USA is een jongen die flink zijn best doet op school “blank aan het doen” (“going white”). Dat leidt tot een forse scholingsachterstand.

Het Vlaamse onderwijs slaagt er momenteel niet in om jongeren uit sociaal zwakke gezinnen bij te trekken. Zo wordt sociale achterstand een “overdraagbare” karakteristiek. In de tropengeneeskunde staat dat bekend als “waterdraagsters kweken waterdraagsters”. Meisjes die niet naar school zijn gegaan omdat ze moesten werken of helpen in het huishouden, kweken meisjes die niet naar school zullen gaan. In Brussel is dat “werklozen kweken werklozen”. Werkloze ouders kweken laag geschoolde kinderen, die het later moeilijk hebben om aan een job te geraken.

Hoe lager de scholing, hoe minder kans op een waardevolle baan. Vroeger konden “self made” mannen het nog maken tot voorzitter van de socialistische partij (waarvoor alle lof). Dat is echter een zeldzaam feit, en dat wordt nog zeldzamer. Mensen die onderaan de ladder staan, hebben

hun leven minder in handen dan succesvolle mensen bovenaan de ladder. Dat veroorzaakt ongenoegen en frustraties, en dat veroorzaakt ziekte. Werkloosheidsuitkeringen klinken goed: geld krijgen om niets te doen. Maar het ligt niet in onze sociale aard om enkel onze hand open te moeten houden. Werkloosheid is een vorm van sociale uitsluiting, en die uitsluiting is een reden om depressief en ziek te worden.

Hoe minder kans op een waardevolle baan, hoe lager het inkomen. Door minder kapitaalsopbouw kopen mensen minder luxegoederen, leven ze in minder goede en minder gezonde huizen. Ze zijn kwetsbaarder voor economische schokken, en lopen meer risico om zich in schulden te steken. Dat zijn weer oorzaken van stress en ongezondheid. Vergelijk de achterstand waarmee kinderen geboren worden uit werkloze ouders met een laag inkomen en een laag niveau van scholing, in een milieu waar werkloosheid en lage scholing de sociale norm is, met de achterstand in lichamelijke maturiteit waarmee een kind dat geboren is in november vergeleken met een kind dat geboren is in februari. Dan beseft je waarom de afgelopen vijftig jaar de ongezondheid door sociale achterstand relatief niet is afgenomen, of waarom deze achterstand in ongezondheid niet kleiner is in Zweden dan in Spanje, wel integendeel.



Sociale ongelijkheid is een deel van onze aard, en zal nooit verdwijnen. Er is echter geen twijfel over dat ons sociale rechtvaardigheidsgevoelen is ingebouwd. Meer nog, een gevoel voor rechtvaardigheid is een onderdeel van het samenleven van alle sociale apen. Laat twee apen samen trekken om een stuk komkommer te verwerven. Ze kunnen die lekkernij enkel verwerven door samen aan hetzelfde blok te trekken, en zullen dat heel gauw leren. Laat ze nu trekken voor iets dat nog veel lekkerder is: druiven. Dat gaat nog eens zo goed. Maar geef de ene een druif, en de andere komkommer, en het is oorlog. Hoewel hij een lekkere komkommer kan verdienen, vertikt die aap het om nog mee te werken. Als hij toch trekt, en hij ontdekt dat hij komkommer krijgt en de andere een druif, gooit hij die komkommer krijsend van woede weg. Wat een domme aap! Maar mensen doen niet anders, als hun gevoel voor sociale rechtvaardigheid is geschonden. Het is niet alleen belangrijk dat je genoeg hebt: je moet ook niet minder krijgen dan de ander voor hetzelfde werk.

Als de ene druiven en de andere komkommer krijgt voor hetzelfde werk, levert dat sociale onrust. We moeten ons geen illusies maken over de aard van de mens als jager en verzamelaar: het recht van de sterkste zal hebben gegolden. Maar stammen die nog de oude levenswijze van jagers en verzamelaars leidden, waren behoorlijk egalitair. Sterke stammen waren stammen waar er eerlijk werd verdeeld. Ons gevoel voor rechtvaardigheid is met andere woorden minstens gedeeltelijk genetisch “hardwired” door de noodzaak om sociaal stabiele samenlevingen uit te bouwen. Sociale ongelijkheid is onvermijdelijk, maar we hebben een hekel aan grote ongelijkheid: dat destabiliseert onze gemeenschap.

Tot slot

In Vlaanderen is er weinig sprake van gezondheidsproblematiek door materiële armoede, buiten de groeiende aantallen mensen zonder wettelijke verblijfsvergunning. Hier zal vooral een degelijk, menselijk maar ook correct migratiebeleid soelaas moeten bieden. Als “meritocratie” is het Vlaamse onderwijssysteem erg gevoelig voor sociale achterstand, die de kansen op onderwijs hypothekeert. Werklozen kweken werklozen, laag geschoolde ouders hinderen de scholing van hun kinderen. Dit wordt verergerd door de multiculturele samenlevingsproblematiek. Soort zoekt soort, jonge mannen leven in clanverband. De patser aan de discotheek wordt het rolmodel, de goed

lerende jongen “hoort er niet meer bij”. De jongens vallen uit het onderwijs, om dan te ontdekken dat ze geen werk en geen geschikte partner vinden. Een laag- of ongeschoolde bruid, die de taal niet machtig is, wordt geïmporteerd uit het thuisland. Hun kinderen zullen opnieuw geconfronteerd worden met een grote achterstand. Een goede gezondheid begint bij goed onderwijs, een geschikt diploma en een goede betrekking. Dat moet de hoogste prioriteit genieten in de strijd tegen de sociale achterstand.

Luc Bonneux

WAT LEERT ONS DE GROOTSTAD OVER ARMOEDE? (Prof. Dr. Jan Vranken)

Jan Vranken is emeritus gewoon hoogleraar sociologie aan de Universiteit Antwerpen. Hij is oprichter van het Centrum OASeS - Ongelijkheid, Armoede, Sociale Uitsluiting en de Stad. (www.oases.be)



Inleiding

In deze bijdrage vertrekken we van een driehoeksrelatie tussen armoede, stad en gezondheid met behulp van een aantal punten die daarbij vooral een socioloog opvallen. Eerst geef ik enkele recente cijfers & gekende feiten en interpretaties over de relatie tussen aan de ene kant mortaliteit en morbiditeit en aan de andere kant ongelijkheid & armoede en ik plaats deze vervolgens in de stedelijke context.

Gekende feiten en recente cijfers

De laatste decennia steeg de gemiddelde levensverwachting bij geboorte in België onafgebroken¹: van 77,35 jaar in 1995 naar 79,88 jaar in 2006. Een goede zaak voor iedereen, behoudens dat deze toename niet gelijk verdeeld is over de bevolking. Dat vrouwen nog altijd langer leven dan mannen, weten we al langer.

Demarest en Van Oyen (2009) stelden vast dat, zowel in 1991 (volkstelling 1991) als in 2001 (Socio-economische Enquête 2001), zowel de levensverwachting als de

levensverwachting in goede gezondheid gekenmerkt worden door een socio-economische ongelijkheid en dat deze over die tien jaar nauwelijks is gedaald. Hoogopgeleiden leven langer, langer zonder beperkingen, en minder jaren met beperkingen.

Gezondheid is één van de meest fundamentele levensdoelstellingen waar duidelijke socio-economische ongelijkheden en vormen van sociale uitsluiting voorkomen (Levecque & De Boyser, 2006). Wie onderaan de maatschappelijke ladder staat, heeft beduidend meer kans op een minder goede gezondheid. Mensen in armoede hebben een kleiner aantal ‘gezonde’ jaren en een verhoogde kans op vroegtijdige sterfte. Deze sociale uitsluiting in gezondheid vindt bovendien plaats doorheen de hele levensloop: de sterfte bij de geboorte en in het eerste levensjaar ligt hoger bij personen met een lagere socio-economische status.

Levensverwachting man van 25 (België)

Opleidingsniveau	Verwachting	+/- over 10 jaar
Hooggeschoold (HO)	80 jaar	+ 2,5 jaar
Middengespoold (HSO)	77,5 jaar	+ 2 jaar
Lagergespoold (LSO)	76 jaar	+ 1,5 jaar
Laaggeschoold (LO)	74 jaar	Onveranderd
Ongespoold (geen LO)	72,5 jaar	Onveranderd

¹ ADSEI, sterftetafels en levensverwachting, te raadplegen op http://statbel.fgov.be/nl/statistieken/cijfers/bevolking/sterfte_leven/tafels/index.jsp

Gezonde levensverwachting vrouw op 25 jaar (België)

Opleidingsniveau	Verwachting	Stijging achterstand op hogeschoolen
Hooggeschoold (HO)	47 jaar	Referentiegroep
Middengeschoold (HSO)	41 à 42 jaar	Van 1,5 à 3 naar 5 à 6 jaar
Lagergeschoold (LSO)	41 à 42 jaar	Van 1,5 à 3 naar 5 à 6 jaar
Laaggeschoold (LO)	36 jaar	Van 10 naar 11 jaar
Ongeschoold (geen LO)	29 jaar (Minder lang dan 10 jaar gele- den!)	Van 11,5 naar 18 jaar

De 'subjectieve gezondheid' meet de subjectieve appreciatie die mensen hebben over hun eigen gezondheidstoestand en kan gezien worden als een goede globale maatstaf voor zowel fysieke, psychische als sociale gezondheid². De indicator wordt gecreëerd op basis van de vraag naar wat personen zelf van hun gezondheidstoestand vinden. Het percentage personen dat de eigen gezondheid als redelijk tot zeer slecht beschouwd, daalt met de opleiding. Er is een verschil van 21,5% tussen de verschillende opleidingscategorieën qua percentage personen dat een slechte subjectieve gezondheid meldt. De kans dat iemand met een laag opleidingsniveau vindt dat hij in een redelijke tot slechte gezondheid verkeert, is 3,3 keer groter dan voor iemand met een hoog opleidingsniveau. Dit verschil kan zelfs nog onderschat zijn.

In 2008 meldde 27,6% van de bevolking de aanwezigheid van één of meerdere langdurige ziekten, langdurige aandoeningen of handicaps. De samenhang tussen opleidingsniveau en het rapporteren van een chronische ziekte is ook hier duidelijk. Bij de laagst geschoolden rapporteert 30,2% een chronische aandoening, ten opzichte van 20,7% van de hoger opgeleiden. Ook de parameters bevestigen de ongelijke verdeling van het hebben van een chronische ziekte. De Gini-coëfficiënt toont aan dat het percentage dat een chronische aandoening meldt, verschilt met 11% tussen de opleidingscategorieën. De kans op een chronische ziekte neemt significant toe, naarmate het opleidingsniveau afneemt.

De mentale gezondheid maakt integraal deel uit van de gezondheid in de ruime betekenis: ze is belangrijk voor de levenskwaliteit van mensen en kan een impact hebben op de fysieke en sociale gezondheid. Psychologische problemen verwijzen naar de vage aanwezigheid van angst en depressieve symptomen, erg intens of van voorbijgaande aard, niet overeenkomend met de diagnostische criteria en die een reactie kunnen zijn op vermoeiende situaties en op existentiële moeilijkheden, zoals stress, schuldgevoelens,

psychosomatische aandoeningen en professionele uitputting. Ook psychische problemen zijn niet helemaal gelijk verdeeld over de Belgische bevolking, alhoewel de verschillen in de recentste Gezondheidsenquête minder groot zijn dan in de vorige.

Mensen worden in de gezondheidsenquête als zwaarlijvig beschouwd, als hun BMI groter of gelijk is aan 30. Ook hier is duidelijk een sociale gradiënt aanwezig: van de personen met een diploma hoger onderwijs, kampt 8,1% met zwaarlijvigheid, terwijl 16,8% van de personen met geen of een diploma lager onderwijs zwaarlijvig is. Het percentage zwaarlijvige personen verschilt met 20% tussen de verschillende categorieën.

Het aantal mensen in België dat medische consumptie uitstelt, is de laatste vier jaar sterk gestegen (10,7% in 1997 tot 14,9% in 2008). In 1997 kende Vlaanderen nog een betere situatie dan België; in 2008 staan beide nagenoeg gelijk (van 5,6% in 1997 naar 12% in 2008). De ongelijkheid is niet significant veranderd.

Hypothesen

Om de relatie tussen armoede en gezondheid te verklaren bestaan twee grote hypothesen, naargelang van de richting van de causaliteit, de selectiehypothese en de causatiehypothese.

De selectiehypothese

De eerste stelt dat de sociaaleconomische gezondheidsverschillen ontstaan door selectie op gezondheid tijdens sociale mobiliteit. Sociale mobiliteit kan zich voordoen tussen generaties (intergenerationele mobiliteit) of binnen één generatie (intragenerationele mobiliteit) en de selectie kan direct zijn of indirect.

In het geval van *directe* selectie wordt sociale mobiliteit gezien als een direct gevolg van een goede of slechte gezondheidstoestand. Personen met een minder goede gezondheidstoestand dalen op de maatschappelijke ladder en een goede gezondheid draagt bij tot opwaartse sociale mobiliteit. Dit zorgt voor een concentratie in de laagste statuscategorieën van mensen met meer gezondheidsproblemen en een grotere kans op overlijden.

² Subjectieve gezondheid is opgenomen in de lijst van gezondheidsindicatoren en indicatoren over de kwaliteit van het leven in het kader van de Tweede Doelstelling van de "Gezondheid voor allen" van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WGO) en ook in het kader van de Europese Gezondheid.

Het mechanisme van de *indirecte selectie* houdt in dat dezelfde factoren die leiden tot op- of neerwaartse mobiliteit ook de gezondheidstoestand op lange termijn kunnen beïnvloeden. Deze factoren zijn dan de oorzaak voor zowel de neerwaartse sociale mobiliteit, als voor de ziekte op latere leeftijd. De 'toekomstgerichtheid' van een persoon is een voorbeeld van dergelijke factor. Deze oriëntatie kan zowel van invloed zijn om in een opleiding te investeren als bij de keuze voor gezondheidsbeïnvloedend gedrag. Ook de sociaaleconomische status van de ouders en de leefomstandigheden tijdens de jeugd, zoals economische deprivatie, kunnen een invloed uitoefenen op zowel de status die als volwassene wordt bereikt, als op de gezondheid op latere leeftijd.

Onderzoek toont aan dat neerwaartse sociale mobiliteit omwille van gezondheidsredenen wel degelijk bestaat, maar dat de impact gering is, zodat ze de geobserveerde verschillen in gezondheid niet kan verklaren. Ook voor het mechanisme van indirecte selectie wordt bevestiging gevonden, maar deze zou niet in staat zijn om de verschillen in sterfte en ziekte tussen de sociale groepen te verklaren. In de literatuur bestaat met andere woorden een duidelijke consensus dat de geobserveerde verschillen in gezondheid sterker worden bepaald door causatieprocessen dan door sociale selectieprocessen (Wilkinson, 1999; Goldman, 2001; Mackenbach, 2005; Muennig, 2008).

De causatiehypothese

Deze hypothese beklemtoont het belang van levensomstandigheden en het daarmee verbonden gedrag en levensstijl. Hoewel in de afgelopen decennia in de westerse wereld heel wat verbeterd is, worden personen met een lage sociaaleconomische status nog steeds relatief meer met ongezonde materiële en psychosociale leef-, woon- en arbeidsomstandigheden geconfronteerd dan personen met een hoge sociaaleconomische status. Een gebrek aan financiële middelen zorgt voor ongezonde woningen met minder leefruimte, in verkeersonveilige buurten, waar minder speelgelegenheden zijn voor de kinderen. Het verhindert de consumptie van gezonde voeding, bemoeilijkt de toegang tot allerlei ontspanningsmogelijkheden en belemmert het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen.

Zo rapporteren personen met een lage status vaker zware lichamelijke arbeid dan personen met een hoge sociale positie en worden ze op de werkplaats meer geconfronteerd met afvalstoffen, hinderlijke geluiden, rook, trilling, explosieven, stof en gevaarlijke situaties.

Ook de psychologische arbeidsomgeving is minder gunstig voor diegenen in laaggeschoolde beroepen. Ze hebben onder meer vaker te maken met monotone arbeid en een gebrek aan zeggenschap over de eigen werkhoud, wat op zijn beurt stress veroorzaakt. Zo is aangetoond dat hoe minder inspraak men heeft op het werk, hoe groter de kans op coronaire hartziekten. Op die manier zou het verband tussen sociaaleconomische status en coronaire hartziekten gedeeltelijk kunnen worden verklaard.

Ook andere niet-materiële levensomstandigheden beïnvloeden de gezondheid en zijn verschillend verdeeld over de sociale groepen. Er bestaat een uitgebreide literatuur over de impact van stressoren, zoals het overlijden van een partner, ontslag, echtscheiding en financiële problemen, op de fysieke en mentale gezondheid. Deze stress veroorzakende gebeurtenissen zijn negatief geassocieerd met de

sociale positie en kunnen een gedeelte van de sociaaleconomische verschillen in gezondheid en psychologisch welzijn verklaren.

Personen met een lage sociale status hebben bovendien een beperkter sociaal netwerk en kunnen minder een beroep doen op sociale steun. Dit zou invloed hebben op de gezondheid omdat het sociale netwerk en de sociale steun belangrijk zijn om met stressoren om te gaan.

Ook de levensomstandigheden waarin men opgroeide, hebben negatieve gevolgen voor de gezondheid op latere leeftijd.

Gedrag en levensstijl

Epidemiologisch onderzoek heeft overtuigend aangetoond dat individueel gedrag (roken, lichaamsbeweging, het gebruik van preventieve gezondheidszorg en voedingsgewoonten) in verband staat met gezondheid en ziekte. Ondanks dat bepaalde vormen van risicogedrag, zoals roken, geld kosten, komt dit toch frequenter voor bij lagere sociaaleconomische groepen – groepen met een lage scholingsgraad, een lage beroepsstatus of een laag inkomen. In vergelijking met hogergeschoolden eten ze minder groenten en fruit. Zwaarlijvigheid komt meer voor bij arbeiders dan bij bedienden. Overmatig alcoholgebruik wordt frequenter waargenomen bij de laagstgeschoolden. Jongeren uit gezinnen met een lage status gebruiken vaker dan jongeren uit gezinnen met een hoge status, geen of een onveilige methode van anticonceptie. Dit verhoogd risicogedrag van de lagere sociale groepen is de intermediaire variabele die een gedeelte van de sociaal-economische gezondheidsverschillen helpt verklaren.

Men gaat vaak uit van de veronderstelling dat gedrag een individuele keuze is. Het gedrag is echter ook de resultante van de (sociale) omgeving waarin iemand is opgegroeid en leeft. Gedragsverschillen zijn niet geheel toe te schrijven aan vrijwillig gemaakte keuzen, maar vinden hun oorsprong in deze omgeving. Nemen we als voorbeeld de voedingsgewoonten van een individu. Deze worden grotendeels ontwikkeld tijdens de kinder- en jeugd jaren. Wat iemand eet hangt niet alleen af van de kennis in verband met voedsel, maar ook van het eten dat in de bedrijfskantine verkrijgbaar is of van de financiële middelen om gezond voedsel te kopen.

Dit geldt voor de meeste andere aspecten van levensstijl. Het gebruik maken van preventieve gezondheidszorg of het aansluiten bij een sportclub kan worden belemmerd door financiële, maar meer nog door culturele drempels. Gedrag dat veeleer irrationeel lijkt, zoals roken, kan soms een middel zijn om de impact van de sociale omgeving te verzachten.

Preventiecampagnes richten zich meestal op kennis, attitudes, waarden en normen en hopen op die manier het gedrag te veranderen. Deze campagnes hebben echter minder of geen effect op laaggeschoolden, omdat ze vaak niet aangepast zijn aan hun onderwijsniveau en levensomstandigheden.

Ook persoonlijkheidskenmerken wortelen in de sociale structuur, de historische context en de cultuur waarin men is opgegroeid, werkt en leeft. Een 'gevoel van machteloosheid' ontstaat doordat men niet in staat is zijn doelstellingen te realiseren, door onvoldoende mogelijkheden en kansen, door jobs waarin men niet kan doen wat men wil en hoe men het wil.

Kennis en cultuur

Factoren als kennis, opvattingen, attitudes en waarden maken ook deel uit van de maatschappelijke context. Hun invloed kan onrechtstreeks gebeuren, via het gedrag; maar er kan ook een rechtstreeks effect zijn door een algemene invloed op gezondheid, onafhankelijk van gedrag. Bepaalde sociaal zwakkere groepen hebben bijvoorbeeld een onvoldoende of foute kennis wat betreft bescherming tegen huidkanker, samenstelling van een gezonde maaltijd, gevolgen van het roken, correct gebruik van anticonceptie, gevaar voor CO-vergiftiging en houden er in hun gedrag dan ook geen rekening mee. Het aannemen van een gezonde levensstijl veronderstelt dat men weet wat die gezonde levensstijl inhoudt.

Naast kennis staan ook attitudes, waarden en (sub)culturele normen in verband met gedrag. Als men geen of minder belang hecht aan gezondheid zal men ook minder snel geneigd zijn een gezonde levensstijl aan te nemen. Ook het 'gevoel van machteloosheid', de 'beheersingsoriëntatie' ('locus of control') bepalen hoe individuen omgaan met hun omgeving en op die manier met hun gezondheid. De beheersingsoriëntatie is de mate waarin individuen het gevoel hebben dat zij controle hebben over hun eigen leven. Iemand met een sterk gevoel van interne controle zal zich gemakkelijker aan probleemsituaties aanpassen en zo beter het hoofd kunnen bieden aan stressoren. Een gevoel van machteloosheid daarentegen vermindert de wil en de motivatie om aan problemen het hoofd te bieden, waardoor men er mee geconfronteerd blijft. Inkomen, beroepsstatus en onderwijs zijn positief geassocieerd met een sterk gevoel van interne controle en dit kan onder meer de verschillen in depressie tussen sociale klassen verklaren. De beheersingsoriëntatie heeft bovendien ook een invloed op het gezondheidsgedrag.

De rol van gezondheidszorgvoorzieningen

De toegang tot de gezondheidszorg wordt voor mensen met een lage SES bovendien versperd door financiële, institutionele en andere drempels. Een beroep doen op gezondheidszorg impliceert een bepaald gedrag, maar hangt ook af van structurele factoren zoals toegankelijkheid en kwaliteit van de voorzieningen.

Er is duidelijk een verband tussen het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen en sociaaleconomische status. Personen met een lage status maken over het algemeen kwantitatief meer gebruik van algemene gezondheidszorgvoorzieningen. De conclusie is echter minder eenduidig als er ook rekening wordt gehouden met de behoeften aan zorg die voortvloeien uit gezondheidsproblemen. Indien rekening wordt gehouden met de gezondheidstoestand, dan zijn personen met een lage status eerder geneigd om huisartsen te consulteren, terwijl personen met een hoge status meer contact hebben met de specialist.

Naast verschillen in kwantiteit, kunnen er ook verschillen optreden in de kwaliteit van de genoten verzorging. Zo werd vastgesteld dat huisartsen minder tijd spenderen aan patiënten met een lagere sociale status. We hebben eerder al vermeld dat personen met een lagere sociale status minder gebruik maken van preventieve gezondheidszorgvoorzieningen.

Er is nog niet veel geweten over de mate waarin het (niet-) gebruik van gezondheidszorg een deel van de sociaaleconomische verschillen in ziekte en sterfte kan verklaren.

Gorey en collega's (2000) stelden vast dat het verband tussen sociaaleconomische status en de overlevingskansen bij kanker sterker is in de Verenigde Staten dan in Canada; ze schrijven dit toe aan de betere toegankelijkheid van de curatieve en de preventieve zorg in Canada.

Een hypothese: het Mattheüseffect

Met de term 'Mattheüseffect' wilde Deleek, in navolging van R.K. Merton, aanduiden dat er in de maatschappelijke werkelijkheid mechanismen werkzaam zijn waardoor aan hen die bezitten wordt gegeven, terwijl aan de anderen soms nog wordt ontnomen. De opkomst van de verzorgingsstaat en zijn herverdelende intenties heeft daaraan niet zoveel verholpen als verwacht, soms zelfs het tegendeel.

De meeste collectieve voorzieningen hebben een bestedings- en een inkomenscomponent. Doordat de prijs die men per consumptie van een publiek goed betaalt steeds lager ligt dan de kostprijs van het goed, kan het gebruiken van collectieve voorzieningen als een inkomen worden beschouwd dat wordt gefinancierd uit belastingen. Sommige huishoudens nemen méér waarde aan collectieve goederen op, dan ze aan belastingen betalen. In tegenstelling tot wat meestal gedacht werd, zijn dit niet de laagste inkomenscategorieën, maar de middelste en hoogste inkomens. Het is zelfs zo dat de hoogste inkomensgroepen (die nochtans de hoogste belastingen betalen) hun geld gemakkelijk terugverdienen omdat ze beduidend méér van onderwijs, gezondheidszorg, sport, cultuur en andere publieke voorzieningen gebruik maken dan de lage inkomensstrekkers en belastingbetalers. Deze vaststelling dat de voordelen van het sociaal beleid tendentieel en verhoudingsgewijs meer naar de hogere sociale lagen dan naar de lagere sociale lagen toevloeien, wordt het 'Mattheüseffect' genoemd (Deleek e.a., 1983), naar Mattheüs, 13,2 'Want aan wie heeft, zal gegeven worden, en hij zal overvloed hebben; maar van wie niet heeft, zal ook ontnomen worden wat hij bezit.' Dit fenomeen is voor België bestudeerd voor onderwijsvoorzieningen, sociale huisvesting, cultuur en gezondheidszorg.

Armoede is méér dan ongelijkheid

Vrijwel sinds het begin van onze reeks Jaarboeken hantieren we volgende definitie van armoede, een definitie die onder meer door de Vlaamse overheid werd overgenomen: "een netwerk van sociale uitsluitingen dat zich uitstrekt

over meerdere gebieden van het individuele en collectieve bestaan. Het scheidt de armen van de algemeen aanvaarde leefpatronen van de samenleving. Deze kloof kunnen ze niet op eigen kracht overbruggen."

(Vranken e.a., Armoede en Sociale Uitsluiting. Jaarboek 1994-2010)



Belangrijk is dat deze definitie wordt geplaatst binnen de vier dimensies van armoede. De tijdsdimensie verwijst in de eerste plaats naar het dynamische karakter en de reproductie van de armoede: intergenerationale bestending, sociale overerving, in- en uitstroom; in ruimer perspectief natuurlijk naar de historische bepaaldheid van toestanden en percepties van armoede. De tweede dimensie – de hoogte – verbinden we met de omvang van de armoede. Hoeveel mensen zitten in armoede en andere vormen van uitsluiting? De derde dimensie – de breedte – reserveren we voor het multiaspectuele (of veelvoudig) karakter van de armoede: op hoeveel verschillende gebieden (aspecten, vlakken, domeinen, terreinen) vinden we uitsluiting, deprivaties of ongelijkheden? Daarbij maakt juist de cumulatie en verwevenheid van die ongelijkheden en uitsluitingen de eigenheid van armoede uit. De diepte vormt de vierde dimensie. Kwantitatief gaat het over de armoedekloof; het bedrag dat – of ruimer, de maatschappelijke inspanning die – nodig is om de kloof met de rest van de samenleving te overbruggen. Dat mensen in armoede dat niet op eigen kracht kunnen, staat hier centraal. Ze hebben daartoe hulp nodig: van de overheid, van de welzijnssector en van het middenveld. De meer emancipatorische weg is die van de zelforganisatie, de meest structurele is die waarbij de samenleving zo geordend wordt dat de kloven verdwijnen of zo klein worden dat je er op eigen kracht overheen kan geraken.

De indruk kan worden gewekt dat iedereen het eens is over definitie en oorzaken van armoede. Neen dus. We hebben zes grote benaderingen van armoede en andere vormen van sociale uitsluiting geïdentificeerd: het individuele schuldmodel, het individuele ongevalmodel, het institutionele ongevalmodel en het institutionele schuldmodel, het maatschappelijke ongevalmodel (of conjuncturele model) en het maatschappelijke schuldmodel (of structurele model)³. De context van onze analyse is structureel van aard, wat niet betekent dat de andere terzijde kunnen worden geschoven. Ze krijgen evenwel alleen verklarende kracht wanneer ze geplaatst worden binnen een structurele invalshoek. Natuurlijk moeten samenlevingsstructuren grondig veranderen om armoede ten gronde te bestrijden, maar zoiets is onmogelijk van de ene dag op de andere en evenmin op alle domeinen tegelijk. Er moet een hele weg worden afgelegd en die bestaat uit vele kleine, enkele minder kleine en af en toe grotere stappen op velerlei gebieden.

Is het anders in de stad?

De specificiteit van de relatie tussen gezondheid en stedelijke omgeving wordt onderstreept door het bestaan van een internationaal netwerk voor Urban Health; daarin staat de relatie tussen concentraties van armoede in de stad en gezondheid centraal. Stadslucht maakt dan wel vrij, maar maakt stadslucht ook gezond?

Bioloog Ian Barnes van de University of London en zijn collega's publiceerden eerder dit jaar een studie (*Ancient urbanisation predicts genetic resistance to tuberculosis*) waaruit blijkt dat steden van oudsher bijdroegen tot het verspreiden van ziektes, doordat ze mensen dicht bij elkaar brachten. Daardoor konden ze elkaar gemakkelijker besmetten. Maar 'elk nadeel heft zijn voordeel', om het met Johan Cruyff te zeggen. Doordat de stadsbewoners

vatbaarder werden voor ziektes, vergrootte het stedelijke samenleven ook de kans dat, doorheen de tijd, de afstammelingen van de overlevenden beter gewapend waren tegen infecties...

Een complex geheel van factoren

Een complex geheel van factoren zorgt ervoor dat er meer (gezondheids)risico's worden gemeten in de stad. De belangrijkste directe gezondheidsrisico's worden veroorzaakt door verontreiniging, lawaai en de densiteit van het samenleven. Evenwel leiden een aantal sociale omgevingsfactoren evenzeer tot gezondheidsrisico's: het hoger werkloosheidsrisico voor lagergeschoolden (een gevolg van de zogenaamde stedelijke werkgelegenheidsparadox: lage vraag naar hogeschoolden, hoog aanbod van lagergeschoolden), de ondermaatse huisvesting die vooral de secundaire private huurmarkt kenmerkt, een hoger onveiligheidsgevoelen en meer kans op sociaal isolement.

Deze hogere incidentie van risico's kan samenhangen met de specifieke samenstelling van de bevolking; er is een hogere concentratie van groepen of mensen in de marge in de stad en daardoor komen er meer situaties van sociale uitsluiting voor. Vandaag, zoals voorheen, is de stad een toevluchtsoord wegens haar anonimiteit, de veelheid aan (losse, niet noodzakelijk ondersteunende) netwerken. Het betreft groepen zoals mensen zonder papieren, thuislozen, minimuminkomens, zorgzoekers. Diversiteit wordt ervaren als bedreiging, vooral bij lagergeschoolden. Er wordt een groeiende polarisatie vastgesteld, waarbij de sociale en de ruimtelijke dimensie samenvallen; een tendens naar een duale stad met verschillende kwaliteit van leven in de twee delen.

Voor een stuk wordt dit bevorderd door de hogere concentratie van ruimere, meer gedifferentieerde en gespecialiseerde dienstverlening en gezondheidszorg: trekt mensen aan en helpt hen ook beter. Het gaat daarbij over zowel publieke als semipublieke dienstverlening (OCMW, mutualiteiten, groepspraktijken). Ook hier spelen verschillen in gebruik van zorgen: het beruchte Mattheüseffect.

De ruimtelijke differentiatie speelt zelfs mee binnen de stedelijke omgeving: deelname aan screeningsacties lijkt systematisch lager te liggen in typische probleemwijken die onder meer worden gekenmerkt door een aanzienlijke leegstand en een hoog percentage bijstandstrekkers.

Naar een vorm van 'Urban Health Governance'?

De complexiteit van het fenomeen maakt dat er meer nodig is dan het klassieke stedelijke beleid ('government') om het hoofd te bieden aan de driehoek stad-armoede-gezondheid; de weg die dient bewandeld te worden gaat in de richting van een 'governance'-aanpak.

Een eenvoudige definitie van governance is dat het gaat over een of andere vorm van partnerschap tussen actoren (publieke, particuliere winstgerichte en NGO's), domeinen (arbeidsmarkt, onderwijs, wonen, gezondheidszorg – maar ook institutioneel, binnen de publieke administratie, departementen) en niveaus: 'multilevel governance' tussen EU, federaal, regionaal, provinciaal en lokaal. Maar het gaat ook (en misschien vooral) om een andere beleids- en bestuurscultuur, waarbij participatie van de 'cliënten' of 'patiënten' een sleutelrol moet spelen. Participatie betreft dan wel meer dan het loutere informeren van de betrokkenen.

³ Voor meer details verwijzen we naar het Jaarboek of naar onze (vernieuwde) website www.oases.be.

De vraag rijst natuurlijk of de stedelijke invalshoek - op zich terecht - niet tot te grote verwachtingen leidt? Hoe groot zijn de mogelijkheden om op stedelijk vlak de resultaten van uitsluitingsprocessen uit het economisch systeem op te vangen en tegen te gaan? Kan een stedelijk armoedebeleid niet dan pas kan slagen wanneer het wordt ondersteund door een adequaat algemeen beleid op de belangrijke domeinen van ruimtelijke ordening, arbeidsmarkt, onderwijs en gezondheid? Een structureel armoedebeleid vereist meer dan alleen een, op zich terecht, stedelijke invalshoek. Sociale bescherming via een stelsel van sociale zekerheid, arbeidsherverdeling, democratisering van het onderwijs, verbetering van de welzijnszorg: het zijn allemaal elementen van een beleid tegen vormen van sociale uitsluiting die niet kunnen worden herleid tot de territoriale invalshoek. Ze vormen tegelijkertijd ook voorwaarden om de polariseringsprocessen in de steden stil te leggen en om te keren.

Een raamwerk voor zo'n beleid wordt aangereikt door de relatief recente strategie van 'actieve insluiting', gelanceerd door de Europese Commissie in een Aanbeveling van oktober 2008, ondersteund door de Raad in haar besluiten van 17.12.2008 en nogmaals bevestigd door een resolutie van het Europese Parlement in een resolutie van 06.09.2009. Nadat jarenlang een vrij beperkte interpretatie van activering het forum van het EU-beleid en dat van haar lidstaten domineerde - activering naar de reguliere arbeidsmarkt toe - ziet het er nu naar uit dat daarin verandering komt. De drie lijnen die hier worden uitgezet bestrijken vrijwel het hele veld van armoede en sociale uitsluiting. Er wordt tegelijkertijd gepleit voor voldoende inkomenssteun, inclusieve arbeidsmarkten en toegang tot kwaliteitsvolle dienstverlening. Eén, de Lidstaten moeten het recht van individuen op voldoende middelen en sociale bijstand erkennen en toepassen als onderdeel van hun

consistente en alomvattende inspanningen om sociale uitsluiting te bestrijden. Twee, de Lidstaten moeten wie kan werken, (opnieuw) aan werk helpen dat best past bij hun arbeidsmogelijkheden of helpen om dat werk te houden. Drie, de Lidstaten moeten ervoor zorgen dat gepaste sociale steun verleend wordt aan wie dat nodig heeft, om zo hun sociale en economische insluiting te bevorderen.

Daarenboven wordt duidelijk gemaakt dat deze drie lijnen niet los van elkaar staan, maar in een strategie moeten worden gecombineerd en dat de uitvoering ervan op een geïntegreerde manier moet gebeuren. Daarmee wordt de eerste dimensie van wat we een governancemodel van armoede en sociale uitsluiting kunnen noemen, op papier gezet: tegelijk en in samenhang op verschillende domeinen werken. Meer nog, ook de twee andere dimensies van zo'n model worden uitdrukkelijk vermeld: dat de verschillende betrokken besluitvormingsniveaus - lokaal, regionaal, nationaal en Europees - moeten samenwerken (de 'multi-level-governance dimensie) en dat alle relevante actoren moeten worden betrokken bij de ontwikkeling, uitvoering en evaluatie van de strategie (de actordimensie).

Er staan overigens nog enkele mooie dingen in deze aanbeveling, zowel van eerder inhoudelijke aard als van meer formele aard. Tot de eerste soort behoort dat het inclusiebeleid moet bijdragen tot het voorkomen van de intergenerationele overdracht van armoede. Tot de tweede soort, dat informatie over rechten en maatregelen wijd verspreid moet worden, dat administratieve procedures moeten worden vereenvoudigd en ook dat de toegang tot beroepsprocedures moet worden vergemakkelijkt.

Jan Vranken

BELEIDSOPTIES EN –ERVARINGEN IN ARMOEDE EN GEZONDHEIDSZORG (Minister Jo Vandeurzen en Dr. Dirk Dewolf)

Jo Vandeurzen is Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Dirk Dewolf is arts en adjunct-kabinetchef Volksgezondheid en Ouderenbeleid.

De bezorgdheid vanuit het beleid voor mensen in armoede steunt op verschillende overwegingen. De op het eerste gezicht uitstekende toegankelijkheid van het Belgische zorgsysteem - België behaalde de hoogste score in de Euro Health Consumer Index 2008 - heeft te maken met een veralgemeende verplichte ziekteverzekering (95% van de bevolking). Daarnaast speelt een sterk kwantitatief en gedifferentieerd uitgebouwd aanbod van diensten, mankracht, instellingen, apparatuur en geneesmiddelen een belangrijke rol. De Algemene Pharmaceutische Bond signaleerde dat 1 op de 3 apothekers klanten heeft met betaalproblemen en dat almaar meer mensen zelfs het remgeld niet kunnen betalen. De huisartsenvereniging Domus Medica meldde dat minstens 10% van de Vlaamse patiënten moeite heeft om de huisarts te betalen, wat in

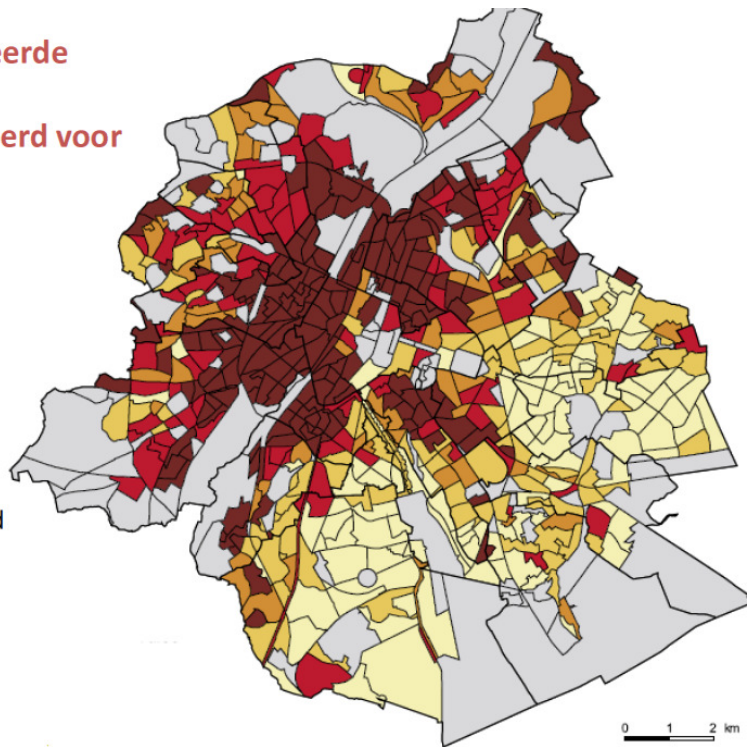
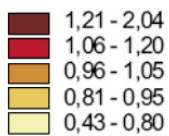
achtergestelde buurten tot 25% kan stijgen. Het moeilijk tot onmogelijk kunnen inpassen van gezondheidsuitgaven in het budget, komt in Vlaanderen het meest voor bij inkomensarmen (56%), werklozen (41%), zieken of invaliden (63%), eenoudergezinnen (35%), alleenstaanden (26%) en alloctonen (45%).

Dit is een dia die de zelfgerapporteerde gezondheid weergeeft in deze stad. Gestandaardiseerd voor leeftijd. Hoe armer de buurt, hoe minder gezond mensen zich voelen (fig. 1).



**Zelf gerapporteerde
gezondheid –
gestandaardiseerd voor
leeftijd**

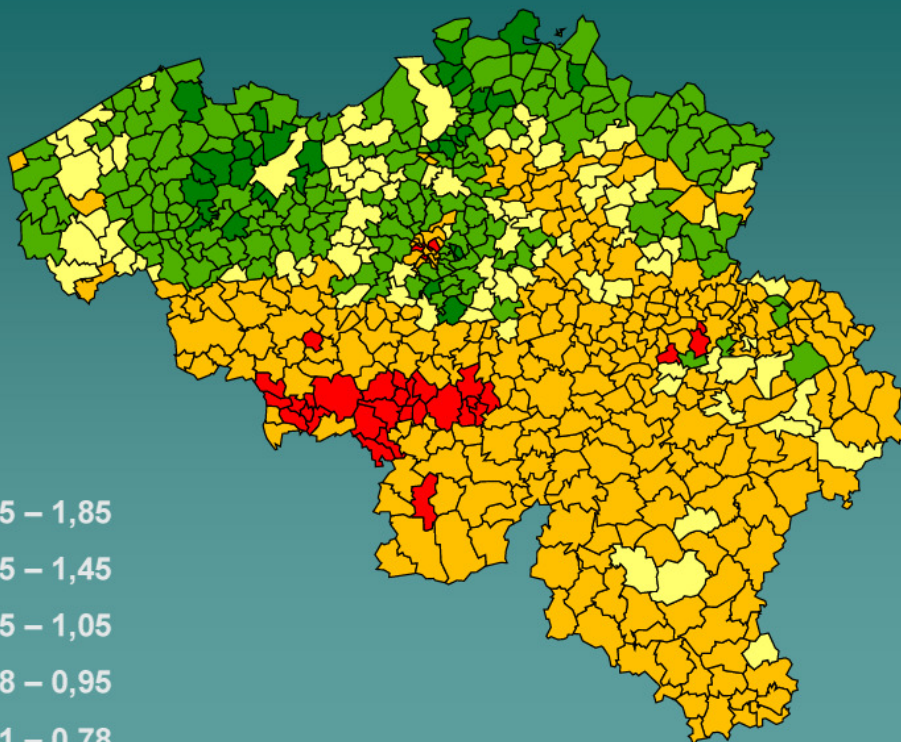
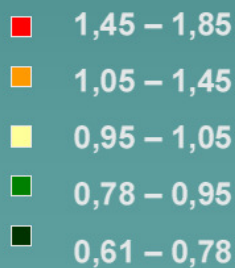
Gestandaardiseerd
Brussel = 1,00



Bron: NIS – algemene socio-economische enquête

En dit is de situatie in dit koninkrijk. Een gelijkaardig beeld dringt zich op (fig. 2).

Subjectieve gezondheidsservaring Gestandaardiseerde index (België=1)



Bron: Patrick Deboosere, VUB

Studies die gedaan werden door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid samen met Prof Patrick Deboosere van de VUB, TAHIB 'tackling the health inequalities in Belgium' 2004, tonen aan dat de levensverwachting in goede gezondheid van mannen zonder diploma 47.56 is en deze met een hoger diploma 55.03 jaar.

Zowel op basis van de kenmerken van de omgeving waar men woont als op basis van de scholingsgraad kan dus een verband worden vastgesteld met de zelfgerapporteerde gezondheid en de gezonde levensverwachting.

De EU en Vlaanderen

De Europese Unie heeft 2010 uitgeroepen tot het **Euro-pees Jaar van de bestrijding van armoede en sociale uitsluiting**. De campagne moet de inzet van de EU om een beslissende rol te spelen bij de uitbanning van armoede in 2010 kracht bijzetten. Dit kadert ook in het bredere globale beeld van de Millenniumdoelstellingen van de Verenigde Naties.

Zoals alle andere regio's in Europa en de EU zelf, houdt Vlaanderen ook de stelling aan dat armoede en exclusie niet alleen het welzijn van het individu raakt en mensen ongelukkig maakt en zijn of haar mogelijkheden om actief deel te nemen aan het maatschappelijk leven belemmert, maar dat **armoede ook een belemmering is van de economische ontwikkeling**. Niet alleen omdat het een druk legt op onze sociale zekerheid maar ook omdat vaak arbeidspotentieel verloren gaat.

Europa benadert het armoedebeeld via verschillende kanalen om aan te tonen welke sectoren, actoren en beleidsdomeinen zeker werk moeten maken van de strijd tegen armoede.

Het hoogste goed voor iedere burger is een goede gezondheid.

De Eurobarometer 'Social Reality Survey' van 2006¹ toont dit aan: een **goed leven begint met een goede gezondheid** en op de tweede plaats komt een goed familieleven.

De stelling 'arm maakt ongezond en ongezond maakt arm' zet ons aan om verder op **doeltreffende en wetenschappelijk onderbouwde wijze** mee te werken aan het uitsluiten van armoede.

Meer dan één op tien mensen in Vlaanderen wordt geconfronteerd met een inkomens-armoederisico. Armoede is niet alleen een inkomensprobleem, het is **een netwerk van sociale uitsluiting op verschillende levensdomeinen**: onderwijs, werk, wonen, gezondheid, vrijetijdsbesteding, ...

Dit Europees Jaar 2010 tegen armoede en voor sociale inclusie bepaalt factoren voor het succes van een goed armoedebeleid:

- decentralisatie naar lokale en regionale overheden en coördinatie,
- responsabilisering van betrokken overheden op alle niveaus,
- multidisciplinaire en multi-sectoriële samenwerking en
- de mensen die in armoede leven mee te betrekken.

Vanuit deze benadering opteert de Vlaamse overheid ervoor om een toekomstgericht kader uit te bouwen tot bestrijding van armoede.

Vlaams beleid inzake armoedebestrijding

Het regeerakkoord "Een daadkrachtig Vlaanderen in beslissende tijden" vermeldt dat intensieve **armoedebestrijding een topprioriteit** is van de Vlaamse Regering, die wil inzetten op een duurzaam en warm Vlaanderen. De

Vlaamse samenleving moet een solidaire samenleving zijn, ook wanneer de budgettaire middelen schaars zijn.

Vlaanderen wil op het vlak van armoedebestrijding een voorbeeldregio worden. Om die ambitie te kunnen realiseren, is een daadkrachtige aanpak nodig.

Maar eerlijkheid en politieke realiteitszin doet ons ook zeggen dat Vlaanderen voor tal van beleidsdomeinen waarvoor het bevoegd is, deze bevoegdheid moet delen met de federale overheid (gezondheidszorg en sociale zekerheid blijven tot dusver grotendeels, respectievelijk volledig, federale bevoegdheden).

Het Vlaamse decreet van 21 maart 2003 betreffende de armoedebestrijding stelt dat **alle entiteiten van de Vlaamse overheid het armoedebestrijdingsbeleid moeten voorbereiden, uitvoeren en evalueren**.



Dit decreet verplicht de Vlaamse Regering een **Vlaams Actieplan Armoedebestrijding (VAPA)** op te stellen dat over een periode van vijf jaar loopt. Dit recent goedgekeurd actieplan (juli 2010) komt tot stand in samenwerking met de vertegenwoordigers (aandachtsambtenaren) van alle beleidsdomeinen, binnen het permanent armoede-overleg van de Vlaamse overheid, met participatie van de doelgroepen in partnerschap met het Vlaams Netwerk van verenigingen waar armen het woord nemen en verschillende stakeholders.

In het Vlaams Actieplan 2009-2014 wordt per doelgroep en met gerichte thema's aandacht besteed aan kwetsbare groepen en armen. Inzake **welzijn en gezondheid** worden de acties gepland rond 6 assen:

- De **toegang** van mensen in armoede **tot een gepast en toereikend aanbod van preventie, hulp en zorg** wordt bevorderd (laagdrempelige geestelijke gezondheidszorg, welzijnsvoorzieningen CAW, OCMW's).
- De **deelname** van mensen in armoede aan de systematische preventieve opsporingsonderzoeken met het oog op **ziektepreventie** is tegen het einde van de legislatuur gestegen met minstens 20% (screening hoge bloeddruk, roken, alcohol, drugs, borstkanker...). Het gratis vaccinatieaanbod voor jonge kinderen en schoolgaande jongeren (sinds dit najaar ook voor residenten in woonzorgcentra) blijft een speerpunt van het Vlaams preventief gezondheidsbeleid dat drempelverlagend werkt.

¹ Special EUROBAROMETER 273 "European Social Reality" Report – February 2007

- **Participatieve campagnes en lokale acties voor gezond leven** (voeding, beweging, geestelijke gezondheidsbevordering) zijn op maat gemaakt van en uitgevoerd met mensen in armoede. Te veel methodieken inzake gezondheidsbevordering zijn afgestemd op de middenklasse. Mensen in armoede zijn experts die moeten beluisterd worden wanneer het gaat om de verbetering van hun leefstijl. Goede praktijken moeten worden verspreid.
- Mensen in armoede hebben ook het recht om in **een gezonde omgeving** te leven. (selectie van gebieden voor humane biomonitoring, blootstelling aan polluenten, terugdringen in vervuilde gebieden, kwaliteit van wonen, verantwoordelijkheid van lokale besturen inzake ruimtelijke ordening en stadsontwikkeling).
- **Thuisloosheid** wordt meer voorkomen en bestreden.
- **Het aanbod aan woonzorgvoorzieningen bereikt ook ouderen** in (stille) armoede. Het basisdecreet Vlaamse sociale bescherming moet de betaalbaarheid van het aanbod aan woonzorg meer haalbaar maken:
 - Het principe van inkomensgerelateerde bijdrage wordt toegepast voor de diensten gezinszorg en aanvullende thuiszorg.
 - De zorgverzekering wordt geconsolideerd.
 - De maximumfactuur wordt ingevoerd in de thuiszorg.
 - Er is een begrenzing van de kosten in de residentiële ouderenzorg.
 - Een hospitalisatieverzekering voor opname in tweepersoonskamer in het bereik brengen van iedereen.

Samenwerken met partnerorganisaties: het Vlaams Netwerk van Verenigingen waar armen het woord nemen en de ervaringsdeskundigen

De Europese Unie wenst met dit 2010 Europees Jaar het belang te bevestigen van collectieve verantwoordelijkheid in de strijd tegen armoede en gaat er van uit dat dit beslissingsmakers betreft maar ook de openbare en private dienstverleners, en de betrokken personen zelf. Maar het Europees jaar wil vooral zelf een stem geven aan hen die dagelijks armoede en sociale exclusie ervaren.

Vlaanderen werkt al geruime tijd met ervaringsdeskundigen en met de lokale structuren om beter de behoeften aan de basis aan te pakken.

De ervaring leert ons dat hun inbreng een meerwaarde betekent om concrete acties te ondernemen en om bij te sturen indien nodig.

U weet dat de Vlaamse overheid werkt met gezondheidsdoelstellingen om accenten te leggen binnen het preventieve gezondheidsbeleid. Dat zijn specifieke, meetbare en algemeen aanvaarde doelstellingen die binnen een bepaalde periode gerealiseerd moeten worden. Ik geef graag twee voorbeelden van de inpassing van de aandacht voor de benadering van mensen in armoede inzake preventie.

Om de doelstelling te realiseren naar gezondheidswinst op bevolkingsniveau tegen het jaar 2015 door het gebruik van tabak, alcohol en illegale drugs terug te dringen zijn sinds de gezondheidsconferentie van eind 2006 verschillende

implementatieprojecten gefinancierd met de bedoeling om specifieke groepen beter te bereiken.

Meer bepaald m.b.t. mensen in armoede, hebben de Wijkgezondheidscentra van Sint-Niklaas een rookstopproject uitgevoerd voor mensen in armoede en zwangere vrouwen, en de Centra voor Algemeen Welzijn (CAW) de Terp in Antwerpen hebben de doelgroep laten deelnemen aan aangepaste rookstopbegeleidingen.

Ook het project '24u niet roken', uitgevoerd door het ViGeZ en de Logo's van Antwerpen en Limburg, past in die context.

Mensen in armoede ertoe brengen om te stoppen met roken blijkt niet eenvoudig, daarover moeten we ons geen illusies maken. Maar het is ook niet onmogelijk, en het is belangrijk dat we inzetten op de meest effectieve aanpak. Momenteel bekijken ViGeZ en de Logo's welke lessen kunnen worden getrokken uit de projecten rond tabakspreventie bij mensen in armoede alvorens nieuwe projecten op te starten.

Een ander voorbeeld betreft de gezondheidsdoelstelling ter preventie van depressie en suïcide. Eén van de actiedomeinen binnen het actieplan betreft geestelijke gezondheidsbevordering. De webondersteunde campagne 'Fit In Je Hoofd' is gericht op de doelstelling tot bevordering van de geestelijke gezondheid en zelfeducatie over problemen met de geestelijke gezondheid. In de eerste drie maanden van die campagne in 2009 bezochten 125.000 mensen de website van 'Fit In Je Hoofd'. Het effect hiervan wordt nog dit jaar onderzocht.

Naar analogie met deze campagne wordt 'Fit In Je Hoofd' uitgebreid met een versie die is gericht op mensen die leven in kansarmoede: 'De Goed-Gevoel-Stoel'. Het project is een unieke samenwerking tussen ervaringsdeskundigen, veldwerkers en experts.

De 'Goed-Gevoel-Stoel' laat maatschappelijk kwetsbare mensen samenwerken aan hun geestelijke gezondheid. 1 op de 7 inwoners van ons land moet vechten om te overleven. Ze hebben problemen met geld, gezondheid, erbij horen, werk vinden en goed wonen. Onderzoek toont aan dat bij kansengroepen psychische problemen vaker voorkomen dan bij de gemiddelde Vlaamse bevolking.

De 'Goed-Gevoel-Stoel' is een manier om in groep te werken aan geestelijke gezondheid. Er zijn drie praatsessies met nadien een pak tips om goed-gevoel-acties te doen met de groep. En er zijn ook goed-gevoel-acties gewoon voor jezelf, voor je persoonlijk leven.

De 'Goed-Gevoel-Stoel' is een idee, een symbool: "Geef je goed gevoel een stevige stoel!". Een stevige goed-gevoel-stoel in je binnenkant zorgt ervoor dat je goed gevoel steeds vaker en langer bij jou kan blijven. De stoel heeft dan wel vier stevige poten, want anders valt het goed gevoel er toch snel weer af:

- hulp en steun zoeken,
- jezelf beschermen,
- jezelf goed doen,
- jezelf graag zien.

De 'Goed-Gevoel-Stoel' is uitgewerkt door ViGeZ vzw (Vlaams Instituut voor Gezondheids promotie en Ziektepreventie) in samenwerking met CEDES vzw (beweging voor integrale armoedebestrijding), met de financiële steun van de Vlaamse Overheid.

De conferentie eerstelijnsgezondheidszorg

Vlaanderen ontwikkelt een visie die het toekomstige Vlaams beleid in de eerstelijnsgezondheidszorg van de 21ste eeuw zal vormen. Dat is ook opgenomen in het regeerakkoord. Werkgroepen zijn opgestart waarin de Vlaamse overheid, de organisaties van zorgverstrekkers en de vertegenwoordigers van de patiënten met elkaar in dialoog gaan.

Die deelrapporten van de verschillende werkgroepen worden verwerkt in een syntheserapport dat op 11 december 2010 in Antwerpen tijdens de conferentie eerstelijnsgezondheidszorg wordt voorgesteld, waarna de minister enkele beleidsoriëntaties zal aangeven. In de voorbereidende werkgroepen zetelden belanghebbende organisaties waaronder het Vlaams Netwerk van Verenigingen waar armen het woord nemen, CAWs, OCMW's en het Vlaams Patiëntenplatform.

Hierbij stelt de conferentie eerstelijnsgezondheidszorg 2 doelstellingen voorop:

- de kwaliteit van de eerstelijnsgezondheidszorg verbeteren voor de patiënten door een betere en meer professionele samenwerking tussen de verschillende zorgverstrekkers;
- de kwaliteit van leven en werken van de zorgverleners beter garanderen door de samenwerking te ondersteunen en te faciliteren, en ze zo te organiseren dat de administratieve lasten voor alle betrokkenen worden verlaagd.

Tijdens de voorbereidende werkzaamheden kwam ook de veralgemening van het derde betalersysteem (ofschoon een

federale bevoegdheid) ter tafel. De reacties van het werkveld worden thans verwerkt. Aan de deelnemers werd gevraagd om vrijuit te denken over verbeteringsvoorstellen zonder rekening te houden met afbakening van bevoegdheden. De minister zal dan de zaken die aangenomen worden en niet tot zijn bevoegdheid horen bespreken met zijn federale collega en aanbrengen op de Interministeriële Conferentie van de ministers bevoegd voor Volksgezondheid.

Health in all policies

We zullen de andere beleidsmakers buiten het domein van gezondheid en welzijn moeten confronteren met de noodzaak om in te grijpen op sociale determinanten.

Het concept van 'health in all policies' of de bewustmaking dat het probleem van de grote en groeiende gezondheidsongelijkheid in onze maatschappij de verantwoordelijkheid is van alle beleidssectoren. Niet alleen van gezondheid en welzijn, maar evenzeer van economie, wonen, tewerkstelling, streekontwikkeling, financiën, enz.

Deze vraagstukken komen aan bod in een Vlaams – Internationale conferentie op 8 en 9 november in Genk. Het thema is "Gezondheidsongelijkheden vanuit een Regionaal Perspectief: Wat werkt, en wat niet?" en Vlaanderen zal zich buigen over een discussie om beleid te ontwikkelen om deze ongelijkheden te verminderen uitgaande van de bestaande samenwerking tussen de beleidsdomeinen.

Jo Vandeurzen en Dirk Dewolf

Werkgroep "Middelengebruik"

INLEIDING: SOCIALE (KANS) ARMOEDE EN VERSLAVINGSPROBLEMEN (Prof. Dr. Geert Dom)

Geert Dom is psychiater en gastprofessor in de afdeling Volwassenenpsychiatrie aan de Universiteit Antwerpen. Hij is eveneens actief in de "Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI) en in het Psychiatrisch Centrum van de Broeders Alexianen te Boechout.

Adres: geert.dom@ua.ac.be

1. Inleiding

Verslavingen behoren tot de meest voorkomende (psychiatrische) ziekten. Ongeveer 6 % van onze volwassen bevolking beantwoordt op elk moment ("puntprevalentie") aan de criteria van misbruik of afhankelijkheid van alcohol. Voor illegale drugs ligt dit rond de 1 %. In de loop van het leven kennen 13,5 % en 6 % van de volwassen bevolking alcohol- respectievelijk drugproblemen ("lifetime prevalentie") (Dom & Verspreet, 2009). Verslavingsproblemen zijn verantwoordelijk voor een belangrijk deel van de morbiditeit, het ziekteverzuim en de mortaliteit van de bevolking. In Europa en de VS nemen stoornissen in het gebruik van alcohol de vijfde plaats in als het gaat om het verlies van het aantal – voor kwaliteit gecorrigeerde – levensjaren, daarbij in Europa slechts voorafgegaan door ischemische hartziekten, cerebrovasculaire aandoeningen, depressie en dementie. Tegelijkertijd is roken in Nederland en Vlaanderen de belangrijkste oorzaak van voortijdige sterfte. In 2001 overleden in Nederland ruim 20.000 mensen aan de directe gevolgen van roken. Dat is ongeveer 14 % van alle sterfgevallen in Nederland. Opvallend blijft hier het geslachtsverschil. Zo was roken, in 2003 in Vlaanderen, verantwoordelijk voor 25 % van de sterfge-

vallen bij mannen en voor slechts 4,5 % bij de vrouwen. De laatste jaren merken we echter een dalende trend bij mannen, maar, ongelukkig, een licht stijgende trend bij vrouwen. Het aantal drugsverslaafden, en de gevolgen van deze aandoeningen voor de gezondheidstoestand van Nederland en Vlaanderen, is veel kleiner. Daar staat echter tegenover dat het individuele lijden van deze groep patiënten tenminste even groot is als van verslaafden aan legale drugs zoals tabak en alcohol, terwijl de maatschappelijke overlast – mede ten gevolge van de illegale status van deze middelen – aanzienlijk is (van den Brink & Dom, 2009). Opvallend is dat een groot deel van de bevolking relatief probleemloos kan omgaan met middelen en dat maar een beperkt deel een verslavingsprobleem ontwikkelt. Het meest opvallende is dit in het geval van alcohol. Ongeveer 80 – 90% van de volwassen bevolking gebruikt alcohol, maar slechts 10-20% hiervan ontwikkeld alcoholproblemen. Dit wil zeggen dat enkel het gebruik van een potentieel verslavende substantie een onvoldoende factor is voor verslaving. Inderdaad, meer en meer wordt duidelijk dat of iemand al dan niet een verslaving ontwikkelt, afhankelijk is van vele factoren. Op neurobiologisch niveau staan hier



vooral genetische factoren en geslachtsverschillen op de voorgrond. Maar ook psychosociale factoren spelen een belangrijke rol. Zo blijken stress, leermodellen en opgebouwde verwachtingspatronen naar alcohol toe, gebruiksgewoontes binnen de leefomgeving, belangrijke factoren bij de transitie van gebruik naar meer verslaafd gebruik van middelen (van den Brink & Dom, 2009).

2. Epidemiologie

Een van de factoren die mogelijk een negatieve rol spelen bij het ontwikkelen van verslavingsproblemen is opgroeien en leven in kansarme omstandigheden. Verschillende studies lijken deze hypothese te bevestigen.

2.1. Alcohol: Hoewel mensen uit lagere inkomensgroepen minder geneigd zijn om alcohol te gebruiken dan mensen uit hogere inkomensgroepen, blijken mensen met lagere inkomens meer problematische of schadelijke gebruikspatronen te ontwikkelen. Deze relatie vindt men terug in landen met verschillende culturele achtergronden (Anderson, 2006; Huckle et al., 2010). Zo hebben in Engeland mensen uit de groep met de laagste Sociaal Economische Status (SES) in de leeftijdscategorie 25-69 jaar een 15 maal hoger risico op alcoholgerelateerde sterfte dan mensen uit de categorie met de hoogste SES (Harrison & Gardiner, 1999). Maar ook lichamelijke gevolgen van overmatig alcoholgebruik zoals hypertensie en bepaalde vormen van kanker vertonen eenzelfde sociale distributie.

2.2. Drugs: grootstedelijke (kans)armoede blijkt over de hele wereld geassocieerd met een verhoogd risico op druggebruik en verslaving (Anderson, 2006). Toch blijkt de relatie niet altijd eenduidig. In een recente studie toonden Daniel et al. (2009) wel een verband tussen een lage SES op jonge leeftijd en het later ontwikkelen van cannabisproblemen, maar niet met alcohol of andere illegale drugs.

2.3. Tabak: in de meeste, rijke, West-Europese landen is tabaksafhankelijkheid hoger in het lage SES deel van de bevolking. Hierbij aansluitend blijkt ook, zowel in rijke als armere landen, dat de prevalentie van roken geassocieerd is met een lage scholingsgraad (Anderson, 2006).

Een specifieke populatie vormen daklozen. Zij kenmerken zich vaak door een extreme vorm van armoede, ondergebruik van de maatschappelijke diensten, isolatie van steunnetwerken zoals familie en vrienden, veelvuldige juridische en gezondheidsproblemen. Het is opvallend dat, in vergelijking met de algemene bevolking, alcohol, drug en/of andere psychiatrische stoornissen veel meer bij daklozen voorkomen (Fischer & Breakey, 1991).

Samenvattend kunnen we besluiten dat vele studies een verband tonen met opgroeien en leven in een kansarme situatie. Toch zijn de resultaten niet altijd consistent. Methodologische aspecten en het gebruik van andere definities verklaren dit voor een deel, maar toch wijzen verschillende auteurs erop dat de relatie erg complex en zeker niet eenduidig is (Huckle et al., 2010; Keyes & Hasin, 2008; Wiles et al., 2007).

3. Enkele verklaringmodellen

Verschillende factoren kunnen worden aangehaald die de verhoogde associatie tussen verslavingsproblemen en kansarmoede zouden kunnen verklaren. Interpretatie blijft echter moeilijk. Belangrijk hierbij is te onthouden dat het

vaak erg complexe relaties betreft waar meestal meerdere factoren, in interactie, een rol spelen. Dit maakt het moeilijk de echt causale factoren “zuiver” te vinden. Daarnaast moet men extreem voorzichtig zijn wat betreft de richting van de causaliteit. Inderdaad, vaak is er sprake van beïnvloeding in de twee richtingen.

Toch is een beter begrip van de causaliteit erg belangrijk. Als deprivatie vroeg in het leven een belangrijke oorzaak is van (latere) drugproblemen, dan moeten interventies gericht op het verminderen van de kansarmoede een integraal deel uitmaken van strategieën ter beheersing van de drugproblematiek. (Daniel et al., 2009).

Volgende factoren zouden een rol kunnen spelen:

3.1 Stress en belasting:

Er is een overweldigende hoeveelheid onderzoek die aantoont dat stress en dan vooral chronische stress een belangrijke rol speelt bij zowel de initiatie als het ontstaan en continueren van verslavingsproblemen. Dit blijkt zowel uit dierenexperimenteel onderzoek als uit humaan onderzoek.

Stress kan op verschillende manieren een effect hebben op verslavingsgedrag.

Allereerst is er een *direct verband*. Bij patiënten met verslavingsproblemen blijkt het ervaren van stress sterk geassocieerd met het risico op herval in gebruik. Mensen die leven in kansarmoede hebben gemiddeld meer te kampen met potentieel stressvolle situaties. Dit zou mogelijk een grotere kwetsbaarheid kunnen betekenen met relatie tot middelengebruik (Mulia, N. et al., 2008). Een andere, minder onderzochte piste is de relatie met vroegkinderlijk trauma en de daaraan gebonden verhoging van het risico op het ontwikkelen van posttraumatische stressstoornis. Mensen die traumatische ervaringen hebben doorgemaakt hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van verslavingsproblemen (Dom et al., 2007).

Meer en meer wordt duidelijk dat het ontstaan van psychiatrische stoornissen voor een belangrijk deel terug te brengen is tot een genetische kwetsbaarheid. Echter, het hebben van een kwetsbaarheidvariant van een bepaald gen is meestal onvoldoende en het is vaak de *interactie tussen de omgevingsomstandigheden en de genetische kwetsbaarheid* die zal bepalen of iemand een bepaalde aandoening zal ontwikkelen. Opgroeien in een vroegkinderlijke omgeving van stress of deprivatie is een van die factoren die een belangrijke impact heeft op de genetische expressie (Caspi et al., 2010). Recent onderzoek toont dat dit bij kinderen met een genetische kwetsbaarheid het risico op het ontwikkelen van ernstige gedragsstoornissen (Conduct Disorder) beduidend kan verhogen. Belangrijk hierbij is dat dit op zich een significante risico factor vormt bij het ontstaan van (vroeg) alcohol en drugproblemen. Op dit moment is het nog een brug te ver hiermee te beweren dat opgroeien in een lage SES omgeving betekent dat er ook verwaarlozing mee in het spel is. Toch kan dit niet uitgesloten worden en is verder onderzoek noodzakelijk

3.2 Gezinsstructuur:

Vroeg en problematisch druggebruik tijdens de adolescentie blijkt meer voor te komen bij jonge mensen die opgroeien in situaties van extreme kansarmoede, in eenoudergezinnen of in gezinnen waar andere leden ook drugs gebruiken. Ook ouderlijk conflict, beperkt toezicht en discipline dragen bij.

3.3 Maatschappelijke positie:

Vanuit neurobiologisch oogpunt is een van de meest consistente kwetsbaarheidfactoren voor het ontwikkelen van verslavingsproblemen een lage D2 Dopamine receptor densiteit in het hersenbeloningssysteem (ventrale striatum). In een opvallend dierenexperiment toonden Morgan et al. (2002) een relatie tussen de plaats in de groep die de individuele dieren (apen) innamen en hun D2DA receptor densiteit. Dieren die een hoge hiërarchische positie innamen hadden een hoge receptor densiteit, dieren die laag zaten een heel lage dopaminerge activiteit. Het was opvallend dat dit gebeurde onafhankelijk van de activiteit vooraf. Deze bevindingen suggereren dat het innemen van een hiërarchische plaats in een groep op zich veranderingen te weeg brengt op neuronaal niveau. Belangrijke veranderingen, want een hoge dopaminerge activiteit ter hoogte van het hersenbeloningssysteem gaat gepaard, ook bij mensen, met zich goed te voelen. Opvallend ook, in dit onderzoek, was het feit dat dieren die hoog in de groep stonden nauwelijks te bewegen waren om drugs te nemen terwijl dieren in de lage hiërarchie zeer gemakkelijk cocaïne namen en snel een verslavingsgedrag ontwikkelden. Deze bevindingen lopen parallel met humaan onderzoek waar ook aangetoond werd dat een hoge dopaminerge activiteit een beschermende factor vormt tegen het ontwikkelen van verslavingsproblemen.

3.4 Beschikbaarheid van middelen:

Ook de beschikbaarheid van middelen binnen een maatschappij is een belangrijke risicofactor bij de initiatie en progressie van gebruiksgedrag. Inderdaad, mensen hebben de neiging het gedrag aan te nemen zoals dat voorkomt in hun directe omgeving (en/of de beeldvorming hieromtrent). Er is een lineaire relatie tussen de per hoofd geconsumeerde hoeveelheid alcohol in de bevolking en het aantal mensen dat problematisch drinkt, het aantal overlijdens tengevolge van levercirrose en suïcide, beide direct alcohol gebonden.

3.5 Transgeneratieel:

Een voorbeeld van een bezorgdheid hierover is de volgende, hypothetische, redenering. Als we weten dat roken meer voorkomt bij mensen uit een lagere sociale SES groep en als we weten dat van alle zwangere vrouwen ongeveer 10% blijft roken tijdens de zwangerschap en als we weten dat roken tijdens de zwangerschap de kans op ADHD en gedragsstoornissen bij kinderen en adolescenten sterk verhoogt en als we weten dat deze stoornissen bij jongeren sterk het risico op verslavingsgedrag doen toenemen. Kunnen we dan concluderen dat een lage SES een risico in zich draagt voor het over de generaties heen doortrekken van verslavingsgedrag? De aangegeven verbanden zijn inderdaad wetenschappelijk onderbouwd. Echter, de laatste stap in de redenering vraagt veel meer voorzichtigheid.

3.6 Drugs als een carrière keuze:

In vele landen biedt dit een reële vorm van carrière en levensonderhoud. Dealen leidt echter vaak tot eigen gebruik.

3.7 Beter behandelbereik en -resultaat:

De relatie tussen behandelresultaat (voor verslavingsproblemen) en sociale (kans) armoede is niet eenduidig. Enerzijds geven verschillende studies aan dat er geen groot verschil in outcome is (Littlejohn, 2006; Parran et al., 2010). Dit is in contrast met studies die tonen dat patiënten die nog goed gekaderd (vooral familiaal) zijn en minder stress te verwerken hebben het mogelijk beter zouden doen na behandeling.

Mogelijk ligt het probleem op het niveau van aanhaken in behandeling. De financiële en maatschappelijke drempels naar de hulpverlening zijn vaak erg hoog. Hospitalisatieverzekeringen, die op zich al erg psychiatrie onvriendelijk zijn, beperken zich meestal tot de hogere (werkende) bevolkingsgroep. Toch is er nog maar weinig geweten over de factoren die een rol spelen bij het bepalen of een behandeling uiteindelijk succesvol of niet zal verlopen.



3.8 Alles bij elkaar:

Gezondheidsproblemen en sociale problemen hebben de neiging om samen voor te komen. Een jonge roker bijvoorbeeld heeft meer risico om ook zwaar te drinken, cannabis te gebruiken, seksueel risicogedrag aan te gaan en een meer antisociaal gekleurd gedragspatroon op te nemen. Mislukking op school en aansluiten bij gelijklopende peergroep continueren het proces (Anderson, 2006). Het is dus meer dan waarschijnlijk dat niet een, maar een combinatie van bovenbeschreven risicofactoren een rol spelen bij het, mogelijke, verhoogde risico op verslavings- (en andere psychiatrische) problemen binnen de context van (kans) armoede.

4. Besluit

Samenvattend kunnen we concluderen dat er, mogelijk, een relatie bestaat tussen opgroeien en leven in een kansarme omgeving en een verhoogd risico op verslavingsproblemen. De evidentie daarvoor is echter niet uitgesproken en de verschillende tegenstrijdige onderzoeken maken op zijn minst duidelijk dat de relatie complex is en dat verder onderzoek aangewezen is. Verschillende factoren kunnen worden naar voren geschoven die, althans, partieel deze relatie zouden kunnen verklaren. Er kan echter niet voldoende worden benadrukt dat er momenteel te weinig systematisch onderzoek is dat toelaat om deze hypothesen ten gronde te bevestigen. Voorzichtigheid is dus geboden bij de interpretatie en dus ook bij beleidsconclusies in deze materie.

Tot slot blijft het onduidelijk of het nu het “reële “ niveau van (kans) armoede betreft of vooral de inkomensongelijkheid binnen de maatschappij die de nadelige effecten creëert. Wilkinson en Pickett (2009) wijzen erop dat er vooral een relatie bestaat tussen psychiatrische stoornissen zoals verslaving met betrekking tot de inkomensongelijkheid binnen een land, niet zozeer met de levensstandaard zelf.

Misschien is leven in een ondergeschikte positie binnen de mensengroep wel hetgeen de gezondheid essentieel schaadt.

Geert Dom

Literatuur

- Anderson, P. (2006). Global use of alcohol, drugs and tobacco. *Drug and Alcohol Review* 25, 489-502.
- Caspi, A., Hariri, A.R., Holmes, A., Uher, R., Moffitt, T.E. Genetic sensitivity to the environment: the case of the serotonin transporter gene and its implications for studying complex diseases and traits. *Am J Psychiatry* 167(5):509-27.
- Daniel, J.Z., Hickman, M., Macleod, J., et al. (2009). Is socioeconomic status in early life associated with drug use? A systematic review of the evidence. *Drug and Alcohol Review* 28, 142-153.
- Dom, G., De Wilde, B., Hulstijn, W., Sabbe, B. (2007). Traumatic experiences and posttraumatic stress disorders: differences between treatment-seeking early- and late-onset alcoholics. *Comprehensive Psychiatry* 48 (2), p. 178-185.
- Dom, G., Verspreet, S. (2009). Alcohol en Alcohol misbruik. In van Royen e.a. (red.) *Welzijnsgids*. Kluwer.

- Fischer, P.J., Breakey, W.R. (1991). The epidemiology of alcohol, drug, and mental disorders among homeless persons. *American Psychologist*, 1115-1128.
- Harrison, L., Gardiner, E. (1999). Do the rich really die young? Alcohol-related mortality and social class in Great Britain, 1988-1994. *Addiction* 94, 1871-1880.
- Huckle, T., You, R.Q., Casswell, S. (2010). Socio-economic status predicts drinking patterns but not alcohol-related consequences independently. *Addiction* 105, 1192-1202.
- Keyes, K.M., Hasin, D.S. (2008). Socio-economic status and problem alcohol use: the positive relationship between income and the DSM-IV alcohol abuse diagnosis. *Addiction* 103, 1120-1130.
- Littlejohn, C. (2006). Does socio-economic status influence the acceptability of, attendance for, and outcome of, screening and brief interventions for alcohol misuse: a review. *Alcohol Alcohol* 41(5):540-5.
- Morgan, D., Grant, K.A., Gage, H.D., et al. (2002). Social dominance in monkeys: dopamine D2 receptors and cocaine self-administration. *Nature Neuroscience* 5 (2), 169-174.
- Mulia, N., Schmidt, L., Bond, J., et al. (2008). Stress, social support and problem drinking among women in poverty. *Addiction* 103(8), 1283-1293.
- Parran, T.V., Adelman, C.A., Merkin, B., Pagano, M.E., Defranco, R., Ionescu, R.A., Mace, A.G. (2010). Long-term outcomes of office-based buprenorphine/naloxone maintenance therapy. *Drug Alcohol Depend.* 2010 Jan 1;106(1):56-60.
- Van den Brink, W., Dom, G. (2009). Stoornissen in het gebruik van middelen. In Hengeveld & van Balkom (red.), *Leerboek Psychiatrie*. Tijdstroom uitgeverij BV p. 457-479.
- Wiles, N.J., Lingford-Hughes, A., Daniel, J., et al. (2007). Socio-economic status in childhood and later alcohol use: a systematic review. *Addiction* 102, 1546-1563.
- Wilkinson, R., Pickett, K. (2009). *The spirit level. Why equality is better for everyone*. Penguin Books.

DISCUSSIEVERSLAG WERKGROEP: “MIDDELENGEBRUIK” (Dr. Geert Debruyne en Dr. Bart Garmyn)

Piet Jongbloet was moderator van de sessie. **Geert Debruyne** was verslaggever van de voormiddagsessie.

Na de uiteenzetting van Prof. Dom ontwikkelde zich volgende discussie.

Dr. *Lieve Van Ermen* is cardioloog. Zij heeft net een reis gemaakt naar Denemarken en stelt vast dat er in dat land sprake is van een belangrijke verslavingsproblematiek. Toch is de sociale gelijkheid in de Scandinavische landen traditioneel hoog. Ze vraagt zich af of er misschien een genetische voorbeschikking bestaat die de Denen aanzet tot alcoholisme.

Volgens Piet Jongbloet zijn er inderdaad genetische afwijkingen voor alcoholisme niet enkel in Scandinavische landen maar ook in Rusland.

Prof. *Geert Dom* denkt dat je een onderscheid moet maken tussen wat je als toerist merkt op straat, wat de mythes zijn en wat de echte cijfers zijn over alcoholafhankelijkheid en misbruik. Die cijfers zijn voor wat betreft de Scandinavische landen niet zo verschillend van onze cijfers. Het tegendeel is waar. Scandinavische mensen vertonen wel duidelijk een voorkeur voor “binge drinking”. Dit valt op als alcohol volgens hun normen goedkoop en vlot ter beschikking is zoals bij voorbeeld op de ferryboten. De cijfers leren ons dat de echte problemen van alcoholverslaving en -misbruik, zoals gedefinieerd volgens DSM, in Scandinavië even groot of zelfs iets minder groot zijn dan in Vlaanderen. Wat betreft de genetische kwetsbaarheid van de Scandinavische bevolking, het gedrag van de bevolking wordt voornamelijk door cultuurverschillen verklaard en niet door genetische verschillen. Het drinken op straat in Kopenhagen is “Done”. In andere landen is dit “Not Done”.

Dr. *Louis Ide* zou willen aansluiten bij de studie van Wilkinson. Verslaving is duidelijk iets multifactorieels en het heeft volgens hem geen zin om een discussie te willen voeren over genotype en fenotype. In zijn doortocht door Afrika heeft hij vastgesteld dat verslaving een typisch menselijk gedrag is dat bepaald wordt

door tal van factoren zoals ondermeer de beschikbaarheid. Tijdens een hongersnood kan men geen alcohol meer stoken en waren er ook geen alcoholproblemen in het ziekenhuis. Hij stelde echter vast dat, vanaf het ogenblik dat er via noodhulp opnieuw graan ter beschikking was, men opnieuw begon met stoken waardoor je de verslaafden weer zag opduiken in de zorg. Het is een beetje karikaturaal gesteld maar toont aan dat elke factor belangrijk is. Daarom dat hij het interessant vindt om te spreken over evenwichten en het zoeken naar evenwichten. Dit is ook het verhaal van ongelijkheden in de maatschappij.

Dr *Louis Ide* maakt in de discussie de switch naar de stressproblematiek in onze samenleving. Er is niet alleen de stress rond armoede, maar ook de stress op de werkplek en de stress die mensen ondergaan om hun financiële verplichtingen na te komen. In hoeverre is deze stress factor een element dat kan leiden tot verslaving? Hij gaat uit van de hypothese dat stress ook leidt tot een onevenwicht dat zich kan uiten in verslaving. Hoe die verslaving zich dan uit is minder relevant. Dit kan een verhoging zijn van tabaksgebruik, alcoholgebruik of het gebruik van andere middelen.

Dr *De Vis*, chirurg, wil hier op ingaan. Hij werkt in een aantal poliklinieken in de armere buurten van Brussel. Wat hem opvalt is dat “status” erg belangrijk is voor jongeren die bekend staan als vermoedelijke drugdealers. Het geld dat zij verdienen gaat naar een grote BMW, een gouden horloge enz. Ze geven ook wel geld aan de familie maar ook dit geld wordt vooral gebruikt voor statussymbolen en veel minder voor zaken die nodig zijn in de strijd tegen armoede. Dr De Vis ziet ouders, broers en zussen van dergelijke drugdealers op consultatie. Ze zijn zeer armoedig gekleed, ze hebben zagezegd geen geld voor eenvoudige medicatie zoals paracetamol. Ze lopen wel rond met een hele dure GSM



die ze van hun zoon of broer gekregen hebben. Dr De Vis is er dus van overtuigd dat de sociale verschillen tussen verschillende klassen “rijk” en “arm” een belangrijker factor is dan het echte armoede fenomeen.

Dr. *Lieve Van Ermen* maakt in dat kader de opmerking dat de gevangenis niet ideaal is om drugdealers te straffen. Het is beter om alle statussymbolen weg te nemen. Dat doet veel meer pijn dan hen in de gevangenis te zetten.

Dr. *Louis Ide* wil even inpikken op het aspect statussymbolen. In een vorig leven heeft hij ook nog huisartsen vervangen in de Westhoek. Het viel hem ook op dat je bij armere gezinnen kwam waar de laatste hoogtechnologische snufjes aanwezig waren maar waar stromend water niet evident was. Dat heeft volgens hem te maken met de keuzes die mensen maken in hun leven. Deze keuzes worden volgens hem mee bepaald door de opvoeding en de opleiding. Niet iedereen kan hoog zijn opgeleid maar iedereen heeft recht op een goede opvoeding. Een goede algemene basisopleiding is volgens hem erg belangrijk.

Erik Prims is maatschappelijk werker, socioloog. Hij werkt in een OCMW en wil een kleine aanvulling geven of eerder bewaken dat de verschillen niet “relatiever” worden.

Armoede zal wel voor een stuk relatief zijn en het klopt ook dat de verschillen en de spreiding belangrijk zijn. Maar toch bestaat er volgens hem zo iets als absolute armoede. Het is belangrijk dat mensen geld hebben om hun huishuur te kunnen betalen en om eten te kunnen kopen en dat is niet relatief, het gaat over concrete feiten waar het beleid op kan ingrijpen. Het gaat om niveaus van minimumpensioenen, leefloon enz. Het is natuurlijk essentieel ook voldoende begeleiding en ondersteuning te bieden en cultuur om die middelen dan te gebruiken waar ze in feite beleidsmatig voor dienen. Toch moeten mensen genoeg hebben elke maand opnieuw om eten, huisvesting en medicatie te kunnen betalen.

Dr. *Christiaan Van Goethem*, kinderarts, heeft een vraag in verband met invloed van geloof op alcoholgebruik. Hij vraagt zich af of moslims zich wel houden aan het alcoholverbod. Hij is met Artsen zonder Grenzen 6 maanden naar Tsjaad geweest in de Sahara. Daar waren christenen en die dronken alcohol. Er waren ook moslims en die dronken zagezegd geen alcohol. Als die mensen op consultatie kwamen, dan roken ze echter naar alcohol. Ze beweerden dat ze niet dronken om de goede reden dat ze daar zagezegd geen alcohol konden kopen maar alcohol was wel op de zwarte markt beschikbaar. In België maken vele allochtonen of migranten uit moslimlanden deel uit van de groep sociaal achtergestelden. Hij vraagt aan collega's die professioneel in aanraking komen met mensen met alcoholproblemen of zij in hun populatie ook moslims met alcoholproblemen tegenkomen? Niemand heeft echter een antwoord op deze vraag.

Dr. *Louis Ide* is ook in Tsjaad geweest, eerder in het zuiden en dat loopt verder in Soedan waar een christelijke animistische bevolking leeft. Hoe noordelijker je gaat hoe meer je in moslimgebied komt. De Koran wordt daar volgens hem met een korrel zout genomen naargelang het goed uitkomt. Hij denkt niet dat je de situatie daar kan transponeren naar andere moslimlanden of naar onze streken. De cultuur in Tsjaad is eerder: wij zijn moslim, maar vrij laks in de leer.

Prof. *Geert Dom* wil daar twee dingen op zeggen. Hij is geen expert in deze materie, maar hij is er van overtuigd dat er niet zo iets bestaat als “De Moslim”. Het is zoals bij de christenen. Je hebt daar duizenden al dan niet tolerantere varianten in het geloof. Hij weet dus niet wat dat ter zake doet wat het onderwerp betreft, namelijk de relatie tussen kansarmoede en verslavingsproblematiek.

Prof. *Dom* is wel een expert in verslaving. Het verband tussen migratie en verslavingen is volgens hem nog niet onderzocht. Er is wel een verband aangetoond tussen migratie en een aantal andere psychiatrische aandoeningen zoals schizofrenie. In

Nederland werd de prevalentie van schizofrenie onderzocht en werd er een duidelijk verband aangetoond tussen deze aandoening en de migratieproblematiek. Het risico op schizofrenie bij mensen die naar de stad verhuizen ligt veel hoger bij allochtonen dan bij autochtonen. Dit zie je zowel bij migranten van Surinaamse als van Marokkaanse afkomst. Heel interessant is dat het risico op schizofrenie opnieuw verlaagt als je migranten van dezelfde cultuur opnieuw samen brengt in bepaalde stadsdelen. Dit zegt opnieuw iets over het belang van homogene structuren. Te grote verschillen in culturen zou een te groot verschil kunnen geven in je directe maatschappelijke omgeving en dus te veel stress. Het is reeds langer gekend dat er een verband bestaat tussen stress en spanning en het ontstaan van schizofrenie. Het lijkt er dus sterk op dat het leven in een meer coherente cultuur een beschermende factor is voor schizofrenie. Het is trouwens ook goed gekend dat cannabisgebruik een belangrijke factor is in het ontstaan van schizofrenie.

Dr. *Louis Ide* vindt de vraag van de collega toch wel interessant. Het gaat dieper. Uiteindelijk bepaalt het antwoord op dergelijke vraag of je al dan niet aan een doelgroepenbeleid moet doen. Stel, je wil iets doen aan het tabaksgebruik. Moet je dan moslimmannen apart gaan benaderen? Het rookgedrag is immers ingebed in hun sociale context. Moet je een algemene campagne voeren tegen tabaksgebruik? Dat is een heel andere opzet dan doelgroep gericht te werken.

Iemand antwoordt dat een algemene campagne waarschijnlijk enkel de autochtonen gaat bereiken. Als je allochtone bevolkingsgroepen wil bereiken moet je wel doelgericht per groep werken. Om een simpel voorbeeld te geven: Turkse allochtonen gaan al helemaal anders reageren dan Marokkanen. Ook qua godsdienst. De Turken zijn veel minder strikt in de leer dan de Marokkanen.

Prof. *Geert Dom* geeft een insteek op beide. Hij denkt dat preventiecampagnes inderdaad per doelgroep uitgewerkt moeten worden. Hij denkt hierbij aan het voorbeeld van een goed bedoelde preventiecampagne van de Vlaamse overheid om rookcampagnes te voeren bij zwangere vrouwen. Een van de meest efficiënte campagnes bij kansarme drugverslaafden is “contingency management” wat wil zeggen dat men niet te veel aan zware therapie gaat doen maar mensen wel gaat betalen om “clean” te blijven. Het effect is hoog significant. Er is een hoge “level of evidence” dat dit werkt. Hij vraagt zich af of dit niet een veel efficiëntere strategie is naar kansarme vrouwen die nog roken dan het terugbetalen van rookstoptherapie? Geef ze liever materiële steun of vouchers waar ze zichzelf of hun omgeving mee kunnen helpen. Het blijkt te werken bij de meest intensief verslaafden die aan de onderrand van de samenleving leven.

Louis Ide vraagt zich af hoe lang je dat dan moet volhouden?

Prof. *Geert Dom* vindt dit een belangrijke vraag en de ellende van wetenschappelijk onderzoek is dat je als onderzoeker vaak enkel geld krijgt voor projecten van één of twee jaar. Als je dan na 10 jaar nog eens wil onderzoeken wat de effecten zijn op langere termijn, krijg je vaak geen geld meer om dit te onderzoeken. De studies die daarover gebeurd zijn, zijn echter behoorlijk lange termijnstudies. Dat wil zeggen dat er toch een duidelijke effectiviteit blijft na 6 maanden en na 12 maanden follow-up. Of dit ook 5 jaar blijft of langer, daar moeten we extreem voorzichtig in zijn. Tijdens de periode van follow-up geeft het echter duidelijke meerwaarde vergeleken met andere verslavingsbehandelingen.

Dr. *Erik Tack* is huisarts te Ronse. Hij stelt vast dat er een gradiënt is tussen rijk en arm die determinerend zou zijn in de verslavingsproblematiek. Hij vraagt zich af hoe dit vroeger was in de communistische landen, waar je er van kan uitgaan dat er veel meer gelijkheid was tussen de bevolkingsgroepen. Was er daar dan ook minder alcoholisme?

Prof. *Geert Dom* weet niet of dit klopt. Hij heeft dit gebruikt als een discussiestelling. Wat hij wel weet in verband met de communistische landen is dat je een enorm verschil ziet in Rusland in de tijd vóór en na Gorbatsjov. Deze president heeft een enorme inspanning gedaan om het drankgebruik te beperken. Er was een enorme vermindering van alcoholgebruik tijdens zijn beleid en ook een sterke vermindering in overlijden door levercirrose en suïcide welke rechtstreeks gekoppeld zijn aan alcoholgebruik. Dit heeft niets met ongelijkheid te maken maar met andere factoren zoals beschikbaarheid in een maatschappij.

Dr. *Louis Ide* bezocht Rusland tijdens het Sovjetregime. De grote beschikbaarheid van goedkope wodka was volgens hem het handelsmerk van de USSR. Zelfs de grootste apparatjiks wilden hier niet aan raken omdat dat een verworven recht was in Rusland. De grauwhed van het bestaan was daar zo indrukwekkend dat het ook niet te verwonderen valt dat grote groepen van de bevolking terug vielen op legale of illegale genotmiddelen.

Dr. *Erik Tack* heeft een tweede bemerking bij de gradiënt rijk arm. Als deze gradiënt zou kloppen dan zouden in een minder egalitaire samenleving, met grote verschillen tussen rijk en arm, de arme mensen veel meer alcohol moeten drinken dan de rijkere mensen. Hij denkt dat dit helemaal niet waar is. Hij is er van overtuigd dat er evenveel gedronken wordt bij rijkere mensen. Hij vraagt zich af of de uitzichtloosheid waarin bepaalde mensen zich bevinden geen relevantere determinant is. Er zijn immers ook veel rijkere mensen die geen uitzicht meer hebben, geen doel, geen uitdaging. Volgens Dr. Tack is dit gegeven belangrijker om te begrijpen waarom mensen naar alcohol grijpen dan de louter socio-economische context.

Prof. *Geert Dom* zegt niet dat dit niet waar is. Er zijn immers veel meer factoren die een rol spelen dan enkel die socio-economische gradiënt.

Bart Garmyn is verslaggever van de namiddagssessie.

Dr. *Van Den Bossche* is huisarts te Deurne. Hij stelt vast dat er in de presentatie van Prof. Dom een verband is tussen het verschil in inkomen en het gebruik van drugs en alcohol. Hoe groter het verschil, hoe groter het gebruik bij de armere groep in de samenleving. Hij vraagt zich af of dit ook geldt voor de Scandinavische landen Zweden en Noorwegen. De inkomensverschillen zijn er kleiner. Is er daar ook minder druggebruik?

Prof. *Geert Dom* verwijst naar de cijfers van Wilkinson en stelt dat dit verschil daar minder groot is. Als je de nationale cijfers gaat vergelijken tussen Denemarken en België zal er erg weinig verschil zijn. Vergelijkingen met landen waar er wel een grote split is tussen rijk en arm tonen wel een groot verschil.

Dr. *Piet Jongbloet* ziet in dit gegeven ook een bevestiging van de factor "stress". Grotere ongelijkheid in inkomen zorgt volgens hem voor meer stress. Het laatste beeld zou je dus even goed kunnen plaatsen onder verschillen in stress.

Dr. *Elke Sleurs*, gynaecoloog, vraagt zich af in hoeverre we ons zorgen moeten maken over het gebruik van cannabis. Als arts en gynaecoloog staat zij daar weinig bij stil, ook bij zwangeren. In hoeverre is dit gebruik in Vlaanderen ingeburgerd? Is er een sterk veralgemeend gebruik bij de jongere generatie? Als zorgverlener hou je minder rekening met deze risicofactor. Misschien iets meer bij mensen uit een kansarm milieu maar zeker niet bij hoger opgeleide mensen. Het gebruik van cannabis kan echter wel een invloed uitoefenen bij de zwangere en de ontwikkeling van het ongeboren kind.

Prof. *Geert Dom* zegt dat er goede studies bestaan die het effect aantonen van cannabisgebruik op de ongeboren foetus. Deze effecten zijn sterk vergelijkbaar met de effecten van nicotine. Het gebruik van cannabis is ook geen marginaal gegeven: er is een

aanzienlijk gebruik. Als je het "ooit" gebruik gaat bekijken in de populatie zou hij dit inschatten op 30 tot 40% van de bevolking. Wat belangrijker is, is het regelmatig gebruik en dat gaat in een dalende curve met de leeftijd. Er is een leeftijd waarop jongeren vooral gaan experimenteren. Wat betreft cannabis is het zo dat de overgrote meerderheid van de jongeren daar na een paar jaar mee stopt. De objectieve cijfers tonen aan dat er zowel in de USA, in Nederland als in de rest van West-Europa een lichte daling is van het regelmatig cannabisgebruik. Dit staat los van het blijvend aantal mensen dat hierdoor in de problemen komt. Dat zijn twee dingen die naast elkaar bestaan. Cannabis is overigens potentieel een gevaarlijk product met een echt verslavingsrisico. Cannabis verhoogt beperkt maar toch substantieel het risico op het ontwikkelen van een schizofrenie. Het is dus zeker geen onschuldig product. Onze jeugd lijkt daar op dit moment zeker niet in te ontspreken alsof iedereen dat dagelijks gaat gebruiken. Prof. Dom is trouwens op dit ogenblik minstens zo bezorgd over het fenomeen "binge drinking" bij jongeren als over het cannabisgebruik.

Dr. *Bart Garmyn* is bedrijfsarts. Hij geeft aan dat cijfers over middelengebruik bij jongeren beschikbaar zijn bij de VAD. Deze vereniging verzamelt informatie over cannabisgebruik bij jongeren op de scholen. Dat is natuurlijk "self report", maar de aangegeven trend is wel betrouwbaar omdat men al verschillende jaren dezelfde methodiek volgt in de manier van bevragen. Om de verandering in prevalentie van gebruik in te schatten zijn de cijfers dus zeker betrouwbaar.

Prof. *Geert Dom* bevestigt dat VAD deze cijfers regelmatig publiceert. Dat zijn goede cijfers met een goede follow-up en één van de interessante dingen die je daar ziet is trouwens dat er veel meer gebruik is in scholen met een lagere scholingsgraad. In technische scholen en beroepsopleiding zie je veel meer gebruik dan in ASO.

Iemand stelt de vraag of er tegenwoordig niet zeer veel cocaïne op de markt wordt gegooid. Vroeger was cocaïne een verslavingsproduct van de hogere klasse omdat het zo veel kostte. De prijs is echter erg gedaald zodat er misschien veel cannabisjongeren naar cocaïne overschakelen.

Dr. *Bart Garmyn* antwoordt dat dit een onderdeel is van de "Stepping Stone" theorie. Een van de factoren die werd aangehaald in de presentatie van Prof. Dom is de beschikbaarheid van middelen. Hoe goedkoper het middel is, hoe makkelijker het beschikbaar is. Elke verslaving is so wie so een dure hobby. Volgens Dr. Garmyn is het niet wetenschappelijk onderbouwd dat je een bepaald straffer middel zou gaan gebruiken omdat je al gewoon was een ander middel te gebruiken.

Prof. *Geert Dom* zegt hetzelfde over de klassieke "Stepping Stone" theorie. Hij maakt echter een uitzondering voor nicotine. Nicotine blijkt bijna voor iedereen die later een verslavingsprobleem ontwikkelt, de "First Step" te zijn. Elke verslaving begint dus blijkbaar met sigaretten roken. Maar voor de rest van de "Stepping Stone" theorie is daar inderdaad wat te weinig evidentie om dat te ondersteunen. Of cocaïne een invloed heeft weet Prof. Dom niet. Klinisch heeft hij niet de indruk dat al die cannabisgebruikers naar cocaïne overstappen. Cocaïne is wel een belangrijk primair probleem aan het worden net zoals polygebruik een belangrijke trend is. Dit betekent gebruik van 2 tot 3 producten tegelijk in combinatie met alcohol. Dat blijkt ook uit Europese cijfers. Als er iets stijgt in drugpatronen is dat het polygebruik. Al de rest blijft vrijwel stabiel.

Of de prijs zo belangrijk is weet Prof. Dom ook niet. Hij vraagt dat altijd aan zijn patiënten sinds 20 jaar en hij heeft de indruk dat de prijs van cocaïne vrij stabiel is gebleven tenzij misschien in de groothandel. Wat de prijs betreft is hij eerder bezorgd over het aanbod van amfetamines. Die zijn immers spotgoedkoop en



kunnen jongeren vlotjes vanuit hun zakgeld betalen. Dit is ook een zeer gevaarlijk product.

Dr. *Bart Garmyn* is op dit moment actief in de bedrijfsgezondheidszorg als manager van Securex Externe preventiedienst. In een vorig leven was hij bij Domus Medica betrokken bij projecten rond vroegdetectie en interventie rond risicovol alcoholgebruik. Wat hem betreft blijft alcohol het belangrijkste product in onze samenleving voor misbruik en verslavingsproblematiek. Hij heeft zelf ervaring met de introductie van programma's rond "brief interventions" in de huisartsensetting en de arbeidsgeneeskunde. Hij vraagt Prof. Dom of hij iets meer weet over de effectiviteit van "brief interventions" in de doelgroep van kansarmen. Vele "randomised controlled trials" hebben aangetoond dat "brief interventions" een impact kunnen hebben op het gebruik. Dr. Garmyn vraagt zich af of die "brief interventions" bij alle mensen even goed werken. Wat is daar de relatie met kansarmoede? Zijn mensen die in kansarmoede leven even gevoelig voor een "brief intervention" of heeft dit bij hen beduidend minder effect? In de wetenschappelijke literatuur kan je daar tot op heden niets van terug vinden.

Prof. *Geert Dom* bevestigt dat daar heel weinig over gepubliceerd is. Hij kan alleen beamen dat het hoog tijd is dat dit wordt onderzocht. Hij verwijst naar het voorbeeld van vanmorgen over het motiveren van zwangere vrouwen om te stoppen met roken. Blijkbaar werkt de traditionele aanpak bij kansarmen daar minder efficiënt. Er moet dus meer onderzoek zijn naar de effectiviteit van onze aanpak. De vraag is dus terecht over het effect van "brief interventions" die trouwens traditioneel ontwikkeld zijn voor de "white collar" middenklasse.

Dr. *Van Den Bossche* stelt zich de vraag of de legalisering van softdrugs geen daling van de prijs veroorzaakt en dus een groter gebruik. Als je marihuana vrijlaat, is dat volgens hem een opstap naar het gebruik van cocaïne en heroïne.

Dr. *Piet Jongbloet* verwijst naar het Nederlandse voorbeeld waar men vroeger veel toleranter was en reeds lang een gedoogbeleid gevoerd heeft. Volgens hem is het tegendeel waar en zou het gebruik van harddrugs juist lager zijn. Dit argument wordt door de voorstanders van een gedoogbeleid trouwens gebruikt ter verdediging van dit gedoogbeleid.

Prof. *Geert Dom* wil vanuit wetenschappelijke hoek antwoorden dat de politieke regimes relatief weinig effect hebben op de prevalentie van cannabisgebruik door de bevolking. De cijfers in de USA zijn exact dezelfde als de cijfers in Nederland of België. Als je kijkt naar de tendens in het gebruik gaat cannabis licht achteruit. Wat dit betreft is er dus geen sprake van een koppeling tussen gedoogbeleid, prijsdaling en meergebruik. Hij wil zich als wetenschapper echter niet uitspreken of dit dan een argument is pro legalisering. Er zijn een aantal hypothesen die wetenschappelijke ondersteuning vinden en die uitgaan van de stelling dat alle drugs opnieuw vrij beschikbaar zouden zijn. Dit was de situatie voor de grote drugswetten van 1915. Toen waren cocaïne en opiaten in morfinevorm en opiumvorm vrij beschikbaar. In deze situatie zal je hypothetisch ongeveer hetzelfde zien met deze producten als bij alcoholgebruik. Ongeveer 10% van de bevolking zal echt in de problemen komen. Het gebruik van een substantie op zich en de kenmerken van een

substantie zijn zelf maar een heel beperkte factor in het ontstaan van problematisch gebruik en afhankelijkheid. Dezelfde factoren gelden voor de meeste psychoactieve middelen. Er zijn vele genetische en sociale factoren die een rol spelen. De substantie op zich is minder relevant. Die 10% is exact wat je ziet met alcohol. 10% van de gebruikers komen echt zwaar in de problemen.



Dr. *Bart Garmyn* stelt vast dat heel wat probleemgebruikers ook aan het werk zijn. Het verliezen van het werk zou nefaste gevolgen hebben. Dat is ook één van de redenen dat bedrijven via CAO 100 worden aangespoord om een alcoholbeleid te voeren. Een van de pijlers in dit beleid is hulpverlening inschakelen. Er blijft echter een probleem voor het betalen van deze hulpverlening. Vele mensen zijn via sociale zekerheid en hospitalisatieverzekering verzekerd voor de kosten van een opname bij een medische aandoening. Mensen in de kansarmoede hebben echter meestal geen hospitalisatieverzekering. Bovendien zijn er problemen voor de terugbetaling van psychiatrische zorg. Dr. Garmyn vraagt zich af in hoeverre een gebrek aan financiële middelen een belangrijke hinderpaal is om een behandeling voor een verslaving te kunnen betalen. Dit geldt ook voor het organiseren van de continuïteit in de zorg en de investeringen in hervulpreventie.

Prof. *Geert Dom* ziet dit inderdaad als een belangrijk pijnpunt. Hij geeft het voorbeeld van een dame uit een één-ouder-gezin met kinderen. Deze dame heeft nood aan een detoxificatie maar zegt dat ze dit niet kan betalen. Bovendien vreest zij in voorkomend geval dat haar ex-partner dit voor de rechtbank kan gebruiken als argument in de strijd om het hoederecht over de kinderen. Er zijn dus verschillende drempels maar de financiële is er zeker één van. Eén van de blijvende wantoestanden is inderdaad dat hospitalisatieverzekeringen nog altijd systematisch verslavingsproblemen uitsluiten. We lopen wat dat betreft in België op dit moment zelfs achter op de USA. In de USA zal met de nieuwe wetgeving onder Obama "Mental Health" geen exclusie meer mogen zijn voor eender welke verzekering. In de USA moet een behandeling voor "Mental Health" of voor verslaving verplicht verzekerd zijn. In België staan we wat dat betreft nog nergens.

Dr. *Bart Garmyn* stelt voor om dit als een belangrijk beleidsvoorstel te formuleren op een dag over kansarmoede en gezondheid. Het is belangrijk mentale zorg betaalbaar te maken.

INLEIDING: MEDICATIEGEBRUIK - Voorschrijven, afleveren, omgaan met geneesmiddelen (Apr. Johan Van Calster, Apr. Frie Niesten, Ann Eeckhout)

Johan Van Calster is apotheker en voorzitter van Farmaleuven, vereniging van de apothekers alumni van de K.U.Leuven; hij is bovendien werkzaam in CLIVAN bvba. Voorheen was hij directeur-generaal FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.



J. Van Calster

Frie Niesten is apotheker en lid van de medische directie van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten.

- *In de Standaard van 15-07-2010 kan je lezen dat 14% van de Belgen gezondheidszorg uitstellen omdat de kosten te hoog liggen. In Brussel geldt dit voor een kwart van de bevolking. De Belgische gezondheidsenquête 2008 werd afgenomen bij 11.254 Belgen. Daar in zeiden zij dat ze onder andere al of niet voorgeschreven geneesmiddelen niet konden betalen!*
- *Op 23/06/2008 stond er: Geneesmiddelen almaar vaker op krediet gekocht: 29 % van de Belgische apothekers zeggen dat ze vaak tot zeer vaak patiënten over de vloer krijgen die het remgeld op hun voorgeschreven medicatie moeilijk kunnen betalen. In Wallonië is dat tot 45 %. De meest noodzakelijke geneesmiddelen worden in de eerste helft van de maand gekocht...*

1. Mechanismen in sociale zekerheid met impact op kosten voor de patiënt:

- Vooraf:
 - De sociale zekerheid komt slechts tussen
 - in terugbetaalde medicatie
 - die voorgeschreven werd
 - voor rechthebbenden.
 - Voorschriftplicht of geen voorschriftplicht heeft niets te maken met al of niet terugbetaling.
- Categorieën van farmaceutische specialiteiten: categorie A, B en C worden beschouwd als "noodzakelijke" geneesmiddelen en zij worden onderling gerangschikt in functie van het medisch-therapeutisch belang van elke specialiteit.
 - Categorie A bevat levensnoodzakelijke specialiteiten, dit zijn bijvoorbeeld geneesmiddelen voor de behandeling van diabetes (suikerziekte) of kanker.
 - In categorie B worden therapeutisch belangrijke farmaceutische specialiteiten ondergebracht, dit zijn bijvoorbeeld de antibiotica.
 - De geneesmiddelen bestemd voor symptomatische behandeling zitten in categorie C, dit zijn bijvoor-

beeld slijmverdünnende middelen voor behandeling van chronische bronchitis. De restgroep van geneesmiddelen die niet behoren tot de categorieën A, B of C wordt gemakshalve categorie D genoemd. Het zijn geneesmiddelen waarvoor geen terugbetaling voorzien is, zoals kalmeer- of slaapmiddelen.

➤ Remgeld gekoppeld aan categorie geneesmiddel

- A = geen
 - B = 25 %
 - C = 60 %
 - D = volledig te betalen (niet terugbetaald)
- Cave: referentiesysteem (zie verder)

Remgeld gekoppeld aan status patiënt

- Gewoon tarief
- Voorkeurtarief en Omnio

Wat is Omnio?

Het gaat om een beschermingsmaatregel die het recht op het voorkeurtarief voor geneeskundige verzorging uitbreidt naar de verzekerden uit gezinnen met een laag inkomen.

Omnio geeft recht op een betere terugbetaling van geneeskundige verzorging zoals raadplegingen, geneesmiddelen, hospitalisatiekosten.

Dit statuut kan toegekend worden aan gezinnen waarvan het jaarlijks bruto belastbaar inkomen (beroepsinkomen, roerende en onroerende inkomsten, uitkeringen, pensioenen...) van alle gezinsleden voor het jaar vóór de aanvraag lager is dan een bepaald maximumbedrag.

Dat maximumbedrag wordt vermeerderd met een (ander) bedrag per gezinslid anders dan de aanvrager.

Grensbedragen van inkomens

Grensbedragen van inkomens - Bedragen in euro		
Jaar van de aanvraag	inkomsten aanvrager voorgaande jaar	inkomsten bijkomende gezinsleden voorgaande jaar
2010	14.778,26	2.735,85
2009	14.339,94	2.654,70
2008	13.543,71	2.507,30
2007	13.312,80	2.464,56

Het gezin dat in aanmerking komt omvat alle personen die officieel op hetzelfde adres wonen op 1 januari van het jaar van de aanvraag van het Omnio-statuut.

Referentiet terugbetaling en remgeldbeperking

Bij het berekenen van de referentieprijzen past men een vast percentage van 30% toe op de prijs van de originele specialiteit (vanaf april 2010 geldt een grotere prijsvermindering voor geneesmiddelen die al meer dan 2 of 4 jaar in het RPS zitten). Deze zogenaamde 'veiligheidsmarge' heeft tot doel alle geneesmiddelen waarvoor het referentiesupplement meer dan 25% van de vergoedingsbasis bedraagt (met een maximum van €10,80) van de vergoedingslijst te schrappen. De veiligheidsmarge is bedoeld om farmaceutische bedrijven te stimuleren om hun prijzen te laten dalen en om patiënten extra financiële bescherming te bieden.

- Modaliteiten van 'Goedkoop voorschrijven': Artsen kunnen zoals blijkt met hun voorschrift de kosten voor medicatie voor de gemeenschap en voor de patiënt beïnvloeden. Zij kunnen 'goedkoop' voorschrijven
 - Als er keuze is tussen meerdere geneesmiddelen met ongeveer dezelfde werking,
 - Als hetzelfde geneesmiddel bestaat onder verschillende merknamen: VOS-voorschriften (Voorschrijven Op Stofnamen),
 - Soms magistrale bereiding mogelijk.

➤ Maximumfactuur (MAF)

De MAF biedt elk gezin de garantie dat het niet meer moet uitgeven aan kosten voor geneeskundige verzorging dan een bepaald maximumbedrag (plafond). Als medische kosten in de loop van het jaar dat maximumbedrag bereiken, worden de overige medische kosten volledig terugbetaald.

De volgende kosten komen in aanmerking:

Remgeld voor verstrekkingen van artsen, tandartsen, kinesitherapeuten, verpleegkundigen en andere zorgverleners:

- remgeld voor geneesmiddelen uit categorie A, B en C en voor magistrale bereidingen (geneesmiddelen die de apotheker zelf maakt)

•

Inkomens MAF

Voor **gezinnen** met hoge ziektekosten is de MAF inkomens-maximumfactuur een bescherming. Al naargelang het netto belastbaar netto-inkomen worden kosten boven een bepaald plafond volledig terugbetaald.

Sociale MAF

Voor **personen** die de verhoogde tegemoetkoming of het Omnio-statuut genieten is er een bijkomende bescherming: de sociale maximumfactuur. Het remgeld dat voor hen de € 450 overschrijdt wordt terugbetaald terwijl voor het hele gezin de inkomens-maximumfactuur van toepassing blijft.

Opmerkingen Armoedebeweging:

- Het OMNIO-statuut is onvoldoende gekend en te weinig mensen hebben het aangevraagd; het zou automatisch moeten toegekend worden!
- Het remgeld is voor mensen in armoede op zich al een probleem
 - zij kennen de hoogte ervan niet op voorhand,
 - zij hebben het geld niet ter beschikking,
 - zij moeten het betalen.
- Mensen die in armoede leven vanaf de kinderleeftijd hebben dikwijls niet geleerd om met beginnend ziek zijn om te gaan (rusten, eenvoudige remedies, oorzaken uitsluiten, voeding, symptoomgeneesmiddelen, ...) of hoe zij best voor zichzelf zorgen. Soms zijn deze mensen echter hoog opgeleid en waren zij vroeger welstellend.
- OCMW: tussenkomst voor geneesmiddelen
 - Iedere gemeente heeft zijn eigen regels en past andere formules toe
 - 50 tot 100 % terugbetaling
 - Niet alle geneesmiddelen
 - Niet alle artsen mogen voorschrijven
 - GMD of niet; alleen terugbetaalde medicatie, soms ook andere

Dit kan meer onderbouwd worden en meer effectief gemaakt worden.



2. Gezondheidsenquête 2008

- "Er zijn belangrijke sociale verschillen in het gebruik van geneesmiddelen."
 1. Het gebruik van sommige specifieke geneesmiddelen, vooral geneesmiddelen tegen suikerziekte, sommige middelen tegen hoge bloeddruk en geneesmiddelen tegen astma en chronische bronchitis, ligt hoger in de lage opleidingsgroepen, wat wellicht te maken heeft met het feit dat aandoeningen zoals diabetes, hoge bloeddruk en chronische bronchitis er ook vaker voorkomen.
 2. Het hoger gebruik van pijnstillers, anxiolytica (kalmeermiddelen) en hypnotica (slaapmiddelen) bij laaggeschoolden lijkt

moeilijker te verklaren op basis van gezondheidsverschillen alleen.

3. Niet-voorgescreven geneesmiddelen worden vaker gebruikt door hooggeschoolden dan door laaggeschoolden. Hooggeschoolden zetten allicht makkelijker de stap naar het gebruik van geneesmiddelen zonder advies van een arts, maar wellicht is dit verschil ook te verklaren door de hoge prijs van de niet-voorgescreven (en dus niet- terugbetaalde) geneesmiddelen.
- Analyse volgens socio-economische variabelen:
 - Het gebruik van voorgeschreven geneesmiddelen varieert na correctie voor leeftijd en geslacht niet volgens het opleidingsniveau. Echter neemt het gebruik van niet-voorgescreven geneesmiddelen toe naarmate het opleidingsniveau stijgt.
 - Het gebruik van geneesmiddelen neemt sterk toe naarmate het opleidingsniveau daalt. Ook na correctie voor leeftijd en geslacht zijn de verschillen groot.
 1. Zo gebruiken 65-plussers met een diploma hoger onderwijs gemiddeld 2,8 geneesmiddelen per dag, terwijl dit cijfer voor hun leeftijdsgenoten met hoogstens een diploma lager onderwijs 4,1 bedraagt.
 2. Gebruik van 5 geneesmiddelen of meer per dag komt voor bij 24% van de hooggeschoolde en 39% van de laaggeschoolde 65-plussers.
- Analyse volgens opleidingsniveau:

Na correctie voor leeftijd en geslacht blijkt voor geen enkele van deze groepen geneesmiddelen een hoger gebruik bij hoog opgeleiden. Bij lager opgeleiden vindt men een significant hoger gebruik van middelen tegen diabetes, diuretica, bèta-blokkers, pijnstillers, psychotrope geneesmiddelen en geneesmiddelen voor astma en chronische bronchitis.
- ➔ Voor deze laatste twee ziekten wordt soms aangehaald dat deze groep meer rookt maar hier spelen ook de woonomstandigheden een belangrijke rol!

3. *KCE rapport 126 A.: Zwakkere groepen betalen iets minder referentiesupplementen*

- Uit de KCE-studie blijkt dat de minst bevoorrechte Belgen en patiënten die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming (gehandicapten, bepaalde gepensioneerden, ...) iets vaker dergelijke producten kopen, waardoor ze dus minder referentiesupplementen betalen. Dit is een bemoedigend resultaat voor de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Ook patiënten van een wijkgezondheidscentrum (WGC) (lagere drempel, meer toegankelijke eerste lijn) of met een globaal medisch dossier (GMD) gebruiken meer goedkopere geneesmiddelen. De oudere patiënten echter ge-

bruiken iets minder vaak het goedkopere alternatief.

- Een GMD hebben betekent ook een vastere relatie met de huisarts.

Wat is een GMD?
Het Globaal Medisch Dossier (GMD) bevat alle medische gegevens (operaties, chronische ziekten, lopende behandelingen...). Het maakt een betere individuele begeleiding en een beter overleg tussen de artsen mogelijk.

Wat zijn de voordelen van een GMD?
Patiënten die een GMD aanvragen bij hun huisarts, krijgen tot 30% meer terugbetaald voor een raadpleging van hun huisarts in zijn kabinet of voor een huisbezoek.
- ➔ Mensen die in armoede leven geven aan dat ze die vaste relatie belangrijk vinden maar in de praktijk zien we dat juist zij minder GMD's afsluiten. Oorzaak zou kunnen zijn dat zij eerder wantrouwig staan ten opzichte van zorgverleners.
- ➔ Wat betreft de huisarts en geneesmiddelen:
 - Uit onderzoek blijkt dat artsen minder tijd voorzien voor mensen die in armoede leven waardoor er minder kans is om vragen te stellen aan de arts ook over geneesmiddelen.
 - Ze kiezen al minder snel een huisarts; als die dan weinig tijd voor hen heeft, bemoeilijkt dat de relatie nog meer.
 - Doordat zij weinig geld hebben moeten mensen die in armoede leven de keuze maken om: of naar de arts te gaan of om zelfzorggeneesmiddelen te kopen. Zij kiezen eerder voor het laatste...
 - Het lijkt dus wat kort door de bocht om hen de verantwoordelijkheid te geven voor gezondheidsproblematiek allerhande; je moet het maar doen om je arts ook dan vragen te stellen en hem de tijd te doen nemen...

4. *Initiatieven rond ter beschikking stellen van geneesmiddelen*

- Het Koraalhuis in Mechelen is een initiatief dat, als bijkomend initiatief bij de spirituele ondersteuning van mensen, ook tracht medicatie te betalen voor armen. Zij worden gesteund vanuit de kerkelijke overheid in Mechelen.
- De Stichting Medicijnpot in Amsterdam werd opgericht op 18 maart 2010 ten behoeve van mensen die geen of te weinig geld hebben voor medicijnen. Het is een samenwerking tussen verschillende actoren (Kerken, Voedselbank, Kruispost van de gemeenschap Oudezijds 100 en medische hulppost stichting 'De Voetzolen'). De stichting is er voor medicijnen die niet in het basispakket vergoed worden maar niet voor slaapmiddelen of benzodiazepinen (andere regeling dan in ons land).
- ➔ Zulke initiatieven zijn waardevol maar voor mensen van de armoedebeweging zijn ze slechts symptoombestrijding. Ook hier speelt voor hen opvoeding en aanreiking van gezond-

heidszorg op maat een veel belangrijker rol. Dit is nochtans een moeilijke opdracht!

- Preventie op maat zoals die onder andere in de WGC aangeboden wordt werkt beter. Zij noemen dit ‘aanklampend’ werken.
- Belangrijk is om mensen ‘niet te leren niet betalen’...

5. Vaststelling Koning Boudewijn Stichting

In een rondetafel voor apothekers, georganiseerd door de Koning Boudewijn Stichting:

- was één van de bevindingen dat “mensen het minder goed hebben dan vroeger”. Diezelfde apothekers zeggen dat een gemiddeld voorschrift nu al makkelijk goed is voor 50-75 €, terwijl artsen volgens hen op een redelijke manier voorschrijven en de voorschriften korter zijn dan vroeger. Zij besluiten dat geneesmiddelen onbetaalbaar geworden zijn. Daarom maken mensen tegen het einde van de maand een keuze uit hun dokters-

voorschriften en ze kopen enkel die geneesmiddelen die ze noodzakelijk achten.

- Als mensen al een voorschrift hebben staan ze al ver; het eigenlijke probleem ligt vroeger: Dikwijls kiezen ze tussen een arts raadplegen OF zelfzorgmedicatie opstarten en niet naar de arts gaan (diagnose uitstellen...)
- De deelnemers gaven ook aan dat het algemeen welzijn van de mensen erop achteruit gaat. Dat de verkoop van antidepressiva zo hoog is, is voor hen een teken dat mensen zich niet goed voelen of dat ze het leed niet meer aan kunnen.
- Kritiek was er ook op de medicalisering van sommige problemen en op reclame voor geneesmiddelen die maakt dat sommige mensen de medicatie van TV opeisen zonder zich bewust te zijn van bv. contra-indicaties in hun geval.
- Bij reclame vermelden mensen die in armoede leven ook het onderscheid niet te kunnen maken tussen wat geneesmiddel is en wat niet (zie: ‘Benecol’)

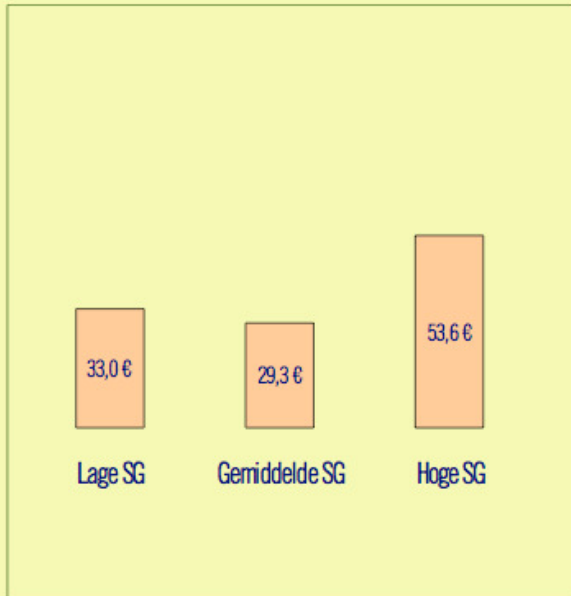
6. OIVO: Consumenten met een bescheiden inkomen en geneesmiddelen

Methodologie

- Analyse van de houdingen en van het consumentengedrag in de lage sociale groepen, opgetekend tijdens kwantitatieve studies die door het OIVO werden uitgevoerd in de voorbije 3 jaar, met behulp van 180 indicators in verband met houdingen en gedragspatronen.
- Deze sociale groepen omvatten **niet** de consumenten die uit de consumptiewereld uitgesloten zijn, noch de arme gezinnen, noch de rijken, maar **omvatten wel de consumenten met een bescheiden inkomen** (al dan niet werkend) die behoren tot de lage sociale groepen (25% van de consumenten – 1^{ste} statistische kwartiel).
- De methode van de sociale groepen, die ontwikkeld werd door ESOMAR (www.esomar.org socio-economic groups) en gebruikt wordt door het CIM (www.cim.be) maakt het mogelijk om de populatie in klassen in te delen zonder subjectieve gegevens te gebruiken en daarbij lacunes te vermijden die te wijten zijn aan onbeantwoorde vragen over de inkomens.
- Berekeningswijze: er wordt een evenredige verhouding (= ratio) berekend op basis van het beroep en van het opleidingsniveau van de grootste verdiener in het gezin. Dankzij de gebruikte bakens kunnen acht sociale groepen van quasi gelijke effectieven worden samengesteld. De groepen 1 en 2 met de hoogste waarden komen overeen met de hoge sociale groepen (HSG), de groepen 3 tot 6 (gemiddelde waarden) komen overeen met de gemiddelde sociale groepen (GSG) en de groepen 7 en 8 (lage waarden) komen overeen met de lage sociale groepen (LSG).

4

Geneesmiddelen kopen



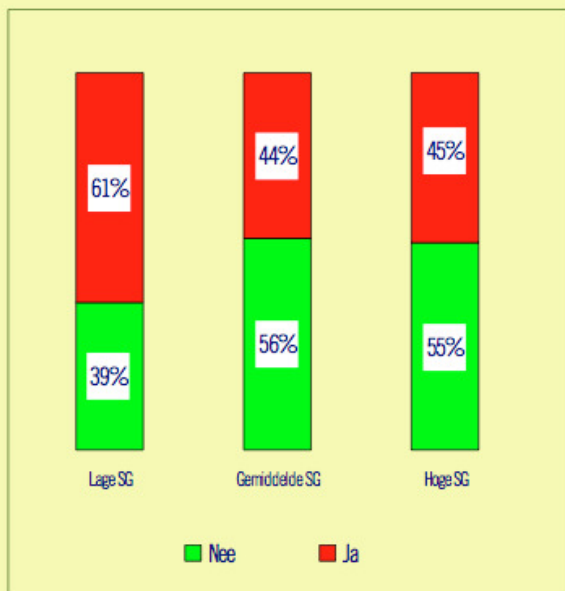
➤ Hoeveel geeft u per maand uit voor de aankoop van geneesmiddelen?

- Mensen in de lage sociale groepen geven per maand meer dan 33 € uit voor geneesmiddelen (remgeld) en dit ondanks de bestaande terugbetalingen.
- Het is wel zo dat ze vaker een minder goede gezondheid hebben.
- Bij de gemiddelde sociale groepen is dat bedrag iets lager en bij de hoge sociale groepen loopt het op tot 53,60 € per maand.

Basis: vergelijking tussen de verschillende sociale groepen(n=645)

63

Geneesmiddelen gebruiken



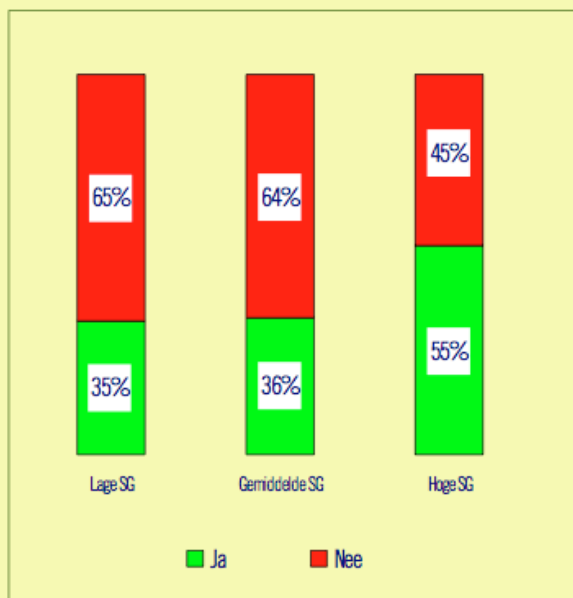
➤ Gebruikt u persoonlijk geneesmiddelen?

- De consumenten met een bescheiden inkomen zeggen dat ze vaker geneesmiddelen gebruiken (quasi 2 op de 3) dan de andere consumenten.
- Van wie geneesmiddelen gebruiken zijn er maar 35% meer die generieke geneesmiddelen nemen, tegenover respectievelijk 52% en 51% in de hogere sociale groepen.

Basis: vergelijking tussen de verschillende sociale groepen(n=645)

65

De generieke geneesmiddelen



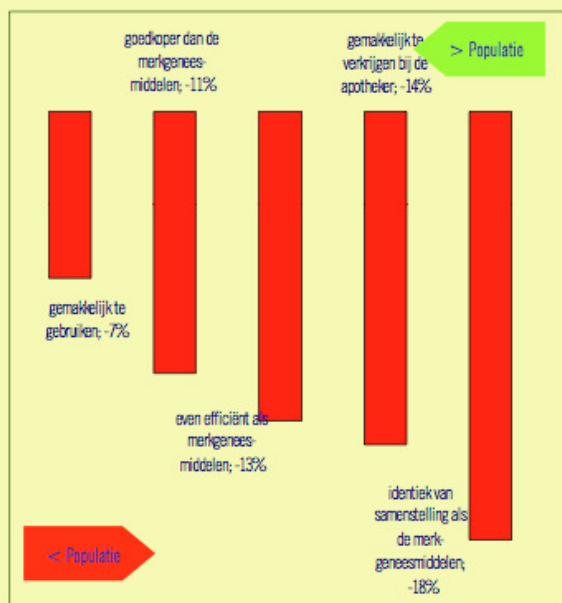
➤ Weet u wat generieke geneesmiddelen zijn?

- De consumenten in de lage en gemiddelde sociale groepen verklaren minder vaak dat ze weten wat generieke geneesmiddelen zijn, in tegenstelling tot de hoge sociale groepen.

Basis: vergelijking tussen de verschillende sociale groepen (n = 645)

66

De generieke geneesmiddelen



➤ Generieke geneesmiddelen zijn...

- Over het algemeen hebben de consumenten in de lage sociale groepen een meer negatieve perceptie van de generieke geneesmiddelen dan de globale populatie. Ze twijfelen aan de efficiëntie, de prijs, de samenstelling en aan hoe gemakkelijk het is om ze te verkrijgen en te gebruiken.
- Die globale verwerping kan verklaard worden door slechte kennis van de producten en het feit dat er geloof wordt gehecht aan de geruchten over de efficiëntie van de generieke geneesmiddelen, die de ronde doen.

Basis: populatie en vergelijking met de lage SG (n = 645)

67

7. De Armoede bewegingen vragen:

- Eerste lijngezondheidszorg meer toegankelijk maken
- Meer WGC (wijkgezondheidscentra)
- Meer mogelijkheden tot derde betalende bij de artsen
- Artsen en gezondheidswerkers moeten in hun opleiding zicht krijgen op de leefwereld van mensen in armoede
- Taalgebruik moet afgestemd worden op de doelgroep
- Hebben van een vaste huisarts moet op een slimme manier gestimuleerd worden
- Statuten moeten automatisch toegekend worden (bvb. Omnio)
- Statuten mogen niet uitgaan van voorfinanciering door de genietter ervan
- Meer inkomen en betere woningen
- ...

8. Aanzet tot gesprek:

- Belangrijk is de vraag hoe we als zorgverlener zicht kunnen krijgen of iemand financiële problemen heeft of in armoede leeft en daardoor geneesmiddelen niet kan betalen?
- Even belangrijk is de vraag na deze vaststelling:
 - Wat nu?
 - Wat doen wij ermee?
 - Wat kunnen mogelijke structurele oplossingen zijn?

DISCUSSIEVERSLAG WERKGROEP: "MEDICATIEGEBRUIK" (Apr. Johan Van Calster, Apr. Frie Niesten, Ann Eeckhout)

Vaststellingen

- Tot op vandaag heel weinig wetenschappelijk onderzoek aangaande armoede en medicatiegebruik. Gebruikte bronnen zijn bijvoorbeeld:
 - Berichten in de pers.
 - Gezondheidsenquête 2008 – impact van de sociale verschillen en opleidingsniveau.
 - KCE rapport over zwakkere groepen en referentiesupplementen.
 - Getuigenissen van armoedebewegingen.
- Rol en mechanismen van de sociale zekerheid en de beperkingen ervan:
 - Beperkt tot terugbetaalde geneesmiddelen = op medisch voorschrift.
 - Arts is sturende factor in remgeld voor de patiënt: keuze origineel versus "goedkope" producten (generische) en/of magistrale bereidingen.
 - OMNIO-statuut wordt tot nog toe niet automatisch toegekend.
 - MAF of verhoogde tegemoetkoming met link naar gezinsinkomen.
- Initiatieven rond het **ter beschikking stellen van een geneesmiddel**
- Vaststelling van de Koning Boudewijn Stichting – **ronde tafel** voor apothekers
- OIVO: **onderzoek** "bescheiden inkomen en geneesmiddelen"
 - ➔
 - Symptoombestrijding
 - Minder goed dan vroeger
 - Problemen met reclame die verleidt
 - Moeilijk onderscheid tussen:
 - Echte geneesmiddelen en voedingsupplementen en voedingsmiddelen
 - Originele versus "generische" geneesmiddelen
 - Ook aan armen aangepaste gezondheidszorg ontwikkelen
- Beperkingen:
 - Verschillende OCMW's met verschillen in beleid:
 - inzake terugbetaling van geneesmiddelen
 - inzake voorwaarden tot tussenkomst, vb. ja of neen GMD
- Paradox in invloed opleidingsniveau en geneesmiddelengebruik voor sommige geneesmiddelen:
 - Bepaalde farmacotherapeutische klassen
 - Voorschriftplicht versus vrij van medisch voorschrift
- Sneller kiezen voor zelfzorgeneesmiddelen dan voor consultatie

Discussie

Hoe kan de **zorgverlener** zicht krijgen of iemand financiële problemen heeft of in armoede leeft en daardoor geneesmiddelen niet kan betalen?

- Nadeel – minder rechtstreeks contact:
 - Huisbezoeken
 - Automatische terugbetalingssystemen van de verzekeringsinstellingen (minder persoonsgericht contact)
- Signalen herkennen: tanden – nagels
- Selectie door de patiënt van geneesmiddelen opvolgen → aanschaffen en gebruik

Rondvraag – discussiepunt

- Rol huisarts:

Drempel verlagen

- In gebied met hoge werkdruk
- Meer en meer op afspraak wat de bereikbaarheid bemoeilijkt
- Apothekers meer en gemakkelijker bereikbaar
- Meer tijd
- Meer vertrouwen

VERSUS

Drempel al veel te laag

- Shopping-gedrag “armen” – verschillende artsen en apothekers
- Armen minder GMD
- Niets is gratis
 - Eerder sturend – belang consultatie en GOED geneesmiddelengebruik
 - Omschrijven wat essentiële geneesmiddelen zijn
 - Grootte en adequaatheid van de verpakkingen aanpassen
 - Dosis en aantal pillen zelf bepalen meer aangepast op de aandoening (VOS is mogelijk)



Wat nu? - Wat doen wij ermee? - Wat kunnen mogelijke structurele oplossingen zijn?

- **Medisch-farmaceutisch overleg** als middel voor identificatie en betere begeleiding van patiënten
- **Elektronisch medisch dossier** en **datasharing** met toegang tot gegevens onder bepaalde voorwaarden (“Summary of common health reports”)
 - Totaalzicht
- Mogelijkheid dat **verzekeringsinstellingen informatie aan de huisarts** bezorgen voor GMD
 - Feedback aan voorschrijvers voor totaalzicht
- Mogelijkheid dat **verzekeringsinstellingen** ook informatie krijgen over **gebruik niet-terugbetaalde voorschriftplichtige geneesmiddelen**
- **GMD** niet enkel op initiatief patiënt
 - Vaste huisarts
 - De vraag stelt zich: ook evolueren naar vaste apotheker?
- **OMNIO-statuut** automatisch toekennen
- Hoofdstuk IV-reglementering: blijft rol **adviserend geneesheer** nodig?
 - Evolueren naar meenemen van de kosten voor gemeenschap in ieder voorschrift
 - ⇒ Kosten/baten-analyse geneesmiddelen is essentieel
- **Eerste lijnsgezondheidszorg** speelt cruciale rol
 - Meer toegankelijk maken
 - Moet patiënt inzicht verschaffen in:
 - MAF - meer promoten – patiënten meer inzicht geven in waar dit voor staat
 - Statuut geneesmiddelen (voorschriftplicht / origineel versus “goedkope” geneesmiddelen)
 - Verschil geneesmiddel, voedingsupplement, voedingsmiddel
 - Samenwerking van artsen en apothekers aangaande therapietrouw en verspilling van geneesmiddelen
 - Opvolgen reële consumptie van geneesmiddelen – o.a. consultatie nog beschikbare geneesmiddelen en via georganiseerde ophaling
 - Consultatie buiten openingsuren van de apotheek versus de bereikbaarheid apotheek van wacht
 - Goedkoop voorschrijven
 - ⇒ hen vormen en permanent stimuleren daartoe
- **Sensibiliseren** en **informer** over de ganse schakel
- **Seamless care** bij ziekenhuisopname versus **ziekenhuisformularium**

INLEIDING: “Basisgezondheidszorg voor armen” (Dr. Caroline Verlinde en Dr. Leen Vermeulen)

Caroline Verlinde is arts en directeur van het “Huis voor Gezondheid” te Brussel.
Leen Vermeulen is arts en werkzaam in de Renfort Praktijk Molenbeek te Brussel.



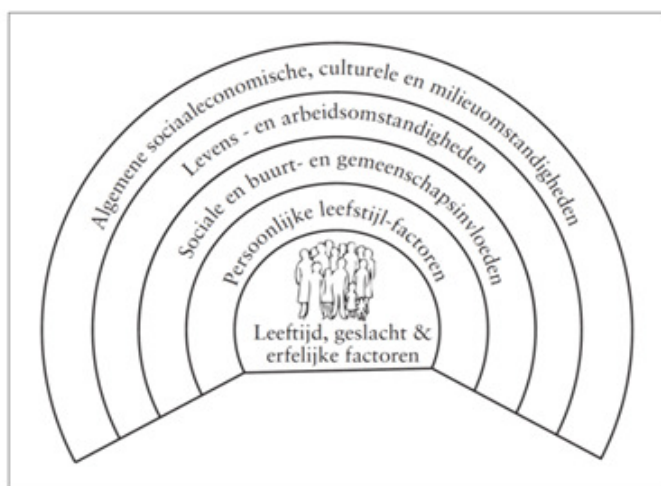
INLEIDING

Gezondheid hangt af van verschillende sociaal-economische determinanten. Deze hebben veel meer invloed op ziekte en sterfte dan de geneeskunde en haar medisch technische vooruitgang.

Ongelijkheden op vlak van gezondheid hebben verschillende oorzaken die soms ver verwijderd lijken van het domein gezondheid. Het gaat bijvoorbeeld over onderwijs, toegang tot tewerkstelling, arbeidsvoorwaarden, huisvestingsbeleid, toegang en kost van verzorging, ... Al deze factoren hebben een **cumulatieve invloed** op de gezondheid en mortaliteit. Deze negatieve factoren zijn ook onderling nauw met elkaar verbonden waardoor ze elkaar versterken. Zo kan jobverlies bijvoorbeeld leiden tot depressie, waardoor niet alleen de kansen om opnieuw werk te vinden dalen, maar men ook ongezonder zal beginnen leven waardoor de gezondheidstoestand verslechtert.

SOCIAAL ECONOMISCHE DETERMINANTEN VAN GEZONDHEID

De Britse onderzoekster **Margaret Whitehead** heeft de determinanten die iemands gezondheid bepalen, voorgesteld in een schema. Deze determinanten zijn tevens de hefboomen die men kan hanteren om de sociaal-economisch bepaalde gezondheidsverschillen aan te pakken. (fig. 1)



Figuur 1: Schema van Whitehead: gezondheid beïnvloedende factoren, weergegeven in concentrische lagen, vertrekkend vanuit het individu, uitbreidend naar de maatschappij

De laag van leefstijl en levensgewoonten wordt vaak gezien als “individuele” gedragingen. Toch worden deze grotendeels bepaald door de ruimere omgeving: het gezin, de leefomgeving, de samenleving in het algemeen (met andere woorden, door de bovenliggende lagen). De sociale omgeving, de buurt en de gemeenschap waarin men leeft, beïnvloeden dus in grote mate de persoonlijk levensstijl.

Dit is een belangrijke vaststelling voor curatie maar zeker ook voor preventie in de gezondheidszorg:

- Persoonlijke gedragingen die de gezondheid in gevaar brengen, kunnen een poging tot antwoord op andere problemen zijn. Zo kan roken bijvoorbeeld een manier zijn om om te gaan met stress als gevolg van een bestaansonzekere situatie.
- Goede gezondheidspreventie en -promotie dient rekening te houden met de omgeving waarin de persoon leeft en de waarden en normen die er gelden. Preventiecampagnes moeten met andere woorden verschillend aangepakt worden in functie van de doelgroep die men beoogt.
- Het verbeteren van bestaansonzekerheid, sociaal isolement, toegang tot onderwijs en werk, ... heeft belangrijke gezondheid bevorderende effecten.

Op het derde niveau, dat van de levens- en arbeidsomstandigheden, stellen we vast dat mensen in de lagere sociaal-economische categorieën minder sociale netwerken en ondersteuningssystemen kennen. Gezonde huisvesting, kwalitatieve gezondheidsdiensten en (hoger)onderwijs kosten geld, wat maakt dat de toegankelijkheid ervan beperkter is voor mensen met een lager inkomen. Werkomstandigheden van diegenen die weinig verdienen zijn vaak ongezonder en gevaarlijker dan die van mensen met een hoger inkomen. Hierdoor ontstaat er een ongelijke spreiding van gezondheidsrisico's tussen de verschillende sociaal-economische klassen waardoor de gezondheidsverschillen toenemen.

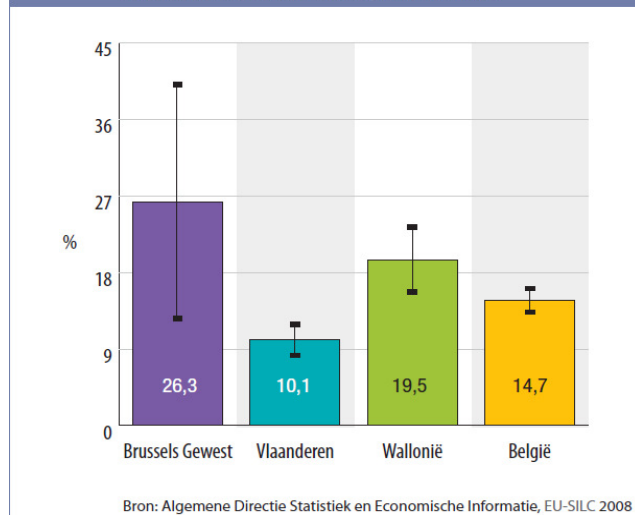
De cirkels van Whitehead tonen duidelijk aan dat indien het gezondheidsbeleid en het beleid in alle andere domeinen een gunstig klimaat creëert voor de volksgezondheid, dit een effect heeft op de individuele gezondheid van elke burger. (Bijvoorbeeld scholen of openbare plaatsen zonder tabak, een toegankelijk aanbod van gezonde voeding, een openbare ruimte die lichaamsbeweging stimuleert, verbetering van de werkomstandigheden, laagdrempelige toegang tot onderwijs en werk ...)

ARMOEDE EN GEZONDHEID

De meest gebruikte **armoede-indicator** op internationaal niveau is het aandeel van de bevolking dat moet rondkomen met een inkomen onder de **armoederisicogrens**. In België komt de armoederisicogrens in 2008 (inkomens 2007) voor een alleenstaande overeen met een inkomen van € 899 per maand (voor een koppel met 2 kinderen is dit 1888 €). Als we de 3 gewesten vergelijken, valt op dat **Brussel** het gewest is met het hoogste percentage van de

bevolking dat onder de armoederisicogrens leeft. Het cijfer van **26%** is significant hoger dan dat van Vlaanderen (10%) en Wallonië (19%). (fig. 2) Daarom willen we **inzoomen op de Brusselse situatie** en bekijken welke invloed de Brusselse basisgezondheidszorg heeft op de gezondheid van de kansarmen in onze maatschappij.

Figuur 5: Bevolking onder de armoederisicogrens per gewest, aandeel met betrouwbaarheidsinterval, inkomens 2007



Figuur 2: aandeel van de bevolking met een inkomen onder de armoederisicogrens

Bij deze cijfers dient opgemerkt te worden dat het gaat over cijfers die betrekking hebben op inkomens van 2007. Dit betekent dat de impact van de financiële en economische crisis dus nog niet zichtbaar is in deze indicator.

SUBJECTIEVE EN OBJECTIEVE GEZONDHEID: CIJFERS VOOR BRUSSEL

Brussel is een stad met tal van contrasten. Financiële districten wisselen af met verpauperde buurten, prachtige bossen en statige lanen met de industriële kanaalzone. Op het vlak van inkomen is er eveneens grote verscheidenheid binnen het gewest. De grote variatie in inkomen weerspiegelt zich in sociale ongelijkheden onder andere op het vlak van gezondheid.



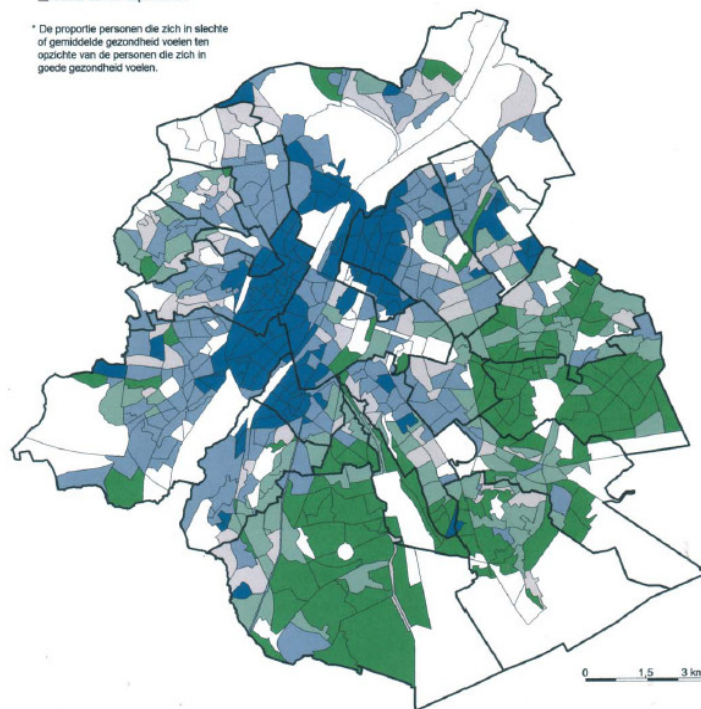
Subjectieve gezondheid

In de tweejaarlijkse bevraging van de bevolking voor de gezondheidsenquête stelt men onder andere de vraag hoe men zijn eigen gezondheidstoestand inschat. Uit onderstaande kaart blijkt dat deze subjectieve gezondheid erg varieert van wijk tot wijk (groen staat voor positieve perceptie van eigen gezondheidstoestand, hoe blauwer, hoe slechter men zijn eigen gezondheid percipieert). (fig. 3)

Gestaandaardiseerde index (België=1)

- 1,40 - 2,04
- 1,05 - 1,39
- 0,95 - 1,04
- 0,80 - 0,94
- 0,39 - 0,79
- minder dan 50 respondenten

* De proportie personen die zich in slechte of gemiddelde gezondheid voelen ten opzichte van de personen die zich in goede gezondheid voelen.



Cartografie in het kader van het programma Atlas van de POD Wetenschapsbeleid, Monografie nr. 11, Gezondheid en Mantelzorg, Vincent Lorient (UCL), Patrick Deboosere (VUB), Pieter-Jan Miermans, Stefaan Demarets, Herman Van Oyen (WIV)

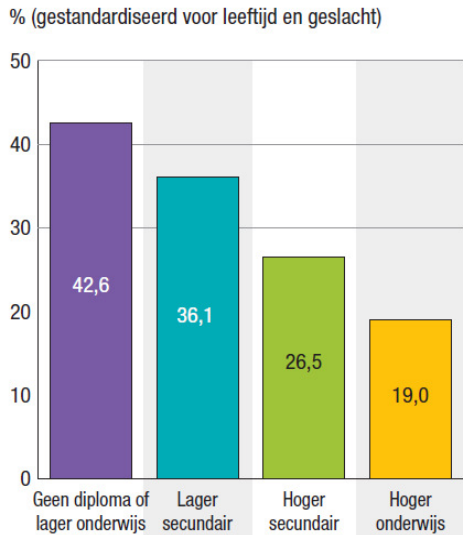
Figuur 3: Brusselaars met subjectieve slechte gezondheid: ongelijke geografische spreiding

Opleiding en subjectieve gezondheid.

De cijfers uit de gezondheidsenquête bevatten tevens verschillende variabelen die een indicator zijn voor de sociale status: inkomen van het gezin, beroepsstatus, hoogste opleidingsniveau in het gezin of opleidingsniveau van elke individu.

Uit verscheidene studies blijkt dat het **individuele opleidingsniveau** een goede indicator vormt voor de sociale status omdat het een grote invloed heeft op de positie op de arbeidsmarkt en de levensomstandigheden van het gezin. Via het opleidingsniveau worden socio-culturele aspecten van sociale status weerspiegeld: toegang tot informatie, de mogelijkheid bezitten de informatie te begrijpen en zich eigen te maken. Dit alles is onafhankelijk van het inkomensniveau, maar is wel afhankelijk van de opleiding. Uit figuur 4 blijkt de link tussen opleidingsniveau en subjectieve gezondheid: hoe lager het opleidingsniveau is, hoe slechter men zijn gezondheidstoestand percipieert.

Figuur 36: Aandeel Brusselaars van 15 jaar en ouder (%) die aangeven in slechte gezondheid te verkeren, naar opleidingsniveau, Brussel, 2008



Bron: WIV, Gezondheidsenquête 2008

Figuur 4: Brusselaars met subjectieve slechte gezondheid: ongelijkheid naar opleiding

De leeftijd werd uitgevlakt (via logistische regressie) omdat hoe jonger men is hoe hoger het opleidingsniveau is: hierdoor vergelijkt men opleiding bij gelijke leeftijd.

Objectieve gezondheidstoestand

Ook als we kijken naar de objectieve gezondheidstoestand van de Brusselse bevolking komen we tot onthutsende vaststellingen:

Reeds **van bij de geboorte** ligt de levensverwachting meer dan 3 jaar hoger in de rijkste gemeenten in vergelijking met de armste.

In Brussel wordt 28% van de kinderen geboren in een gezin zonder inkomen uit werk, 17% bij een alleenstaande moeder. Deze kinderen hebben dubbel zoveel kans om dood geboren te worden of te sterven in hun eerste levensmaand dan kinderen geboren in een huishouden met 2 inkomens.

Opleiding en objectieve gezondheid

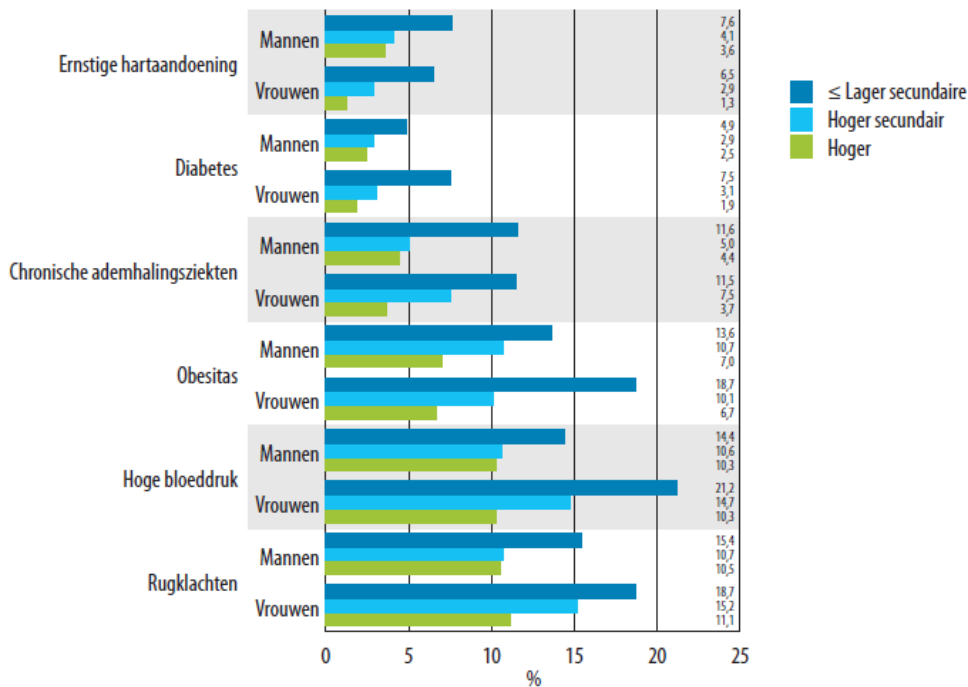
Zoals bij gepercipieerde gezondheid, zien we bij objectieve aandoeningen en ziekten, duidelijke linken tussen gezondheid en opleidingsniveau: de prevalentie van chronische aandoeningen zowel van somatische als psychische aard liggen veel hoger bij lagere opleidingsniveaus (figuren 5 en 6 illustreren de link tussen opleidingsniveau en hartaandoeningen, diabetes, chronische ademhalingsziekten, obesitas, hoge bloeddruk, rugklachten, het gebruik van psychotrope geneesmiddelen en psychologische problemen).

Iemand die geen middelbaar onderwijs heeft genoten vertoont gemiddeld vanaf 50 jaar chronische gezondheidsproblemen, terwijl iemand die hoger opgeleid is hier pas 15 jaar later mee zal geconfronteerd worden.

Enkele Brusselse cijfers:

De prevalentie van diabetes is 3 tot 5 keer hoger in de lage sociaaleconomische klassen, overgewicht komt tot 6 keer meer voor. 27% van de Brusselse jonge mannen rapporteert een ‘psychisch onwelbevinden’. Depressie heeft in Brussel een prevalentie van 10% ten opzichte van 7% in Vlaanderen.

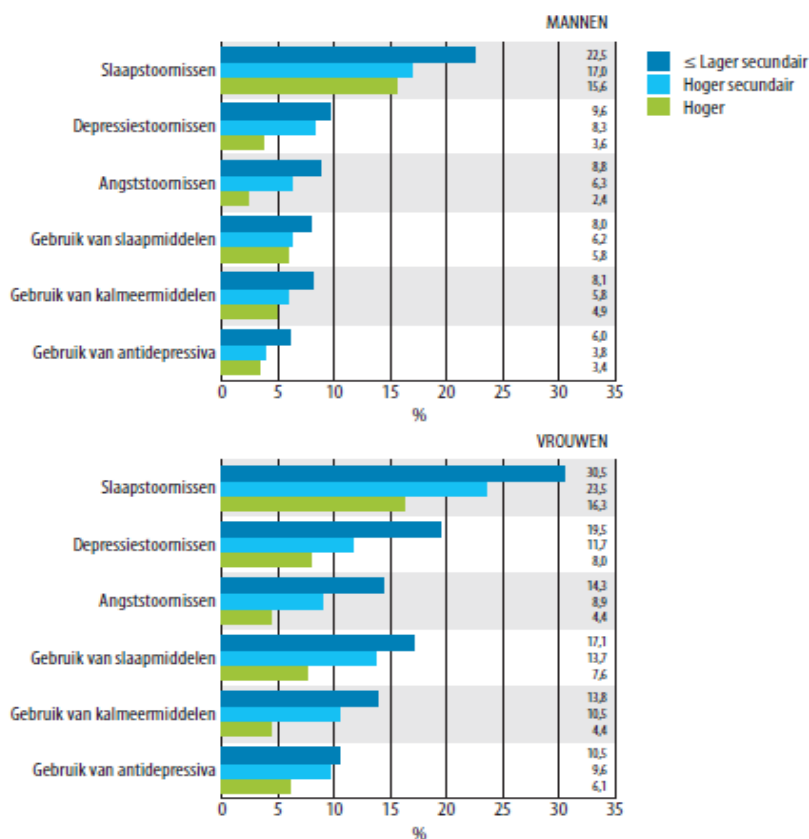
Figuur 3-38 Prevalentie van verschillende chronische aandoeningen naar geslacht en opleidingsniveau, Brussel, 2004



Bron: WIV, Gezondheidsenquêtes 1997-2001-2004

Figuur 3-40

Psychologische problemen (2001-2004) en gebruik van psychotrope geneesmiddelen naar geslacht en opleidingsniveau (1997-2001-2004), Brussel



Bron: Gezondheidsenquête 1997-2001-2004

UITSTEL VAN GEZONDHEIDSZORGEN OM FINANCIËLE REDENEN

Voldoende toegang tot gezondheidszorg blijft moeilijk voor heel wat Brusselse huishoudens. In 2008 verklaarde **1 op 4 Brusselaars** gezondheidszorgen uit te stellen omwille van financiële redenen. Andere basisbehoeften zoals voeding en huisvesting krijgen voorrang op gezondheid. Het aandeel van de bevolking dat gezondheidszorg om financiële redenen uitstelt, neemt sterk toe wanneer men afdaalt op de maatschappelijke ladder. Bij gelijk inkomen of diploma **stellen Brusselaars vaker gezondheidszorg uit** om financiële redenen in vergelijking met de rest van het land. Vooral vrouwen, **eenoudergezinnen en laaggeschoolden** stellen zorg uit om financiële redenen. (fig. 7)

	Brussel	België
Geslacht		
Man	19.9	9.7
Vrouw	31.8	21.5
Opleiding		
Geen of lager onderwijs	34.9	23.9
Lager secundair	37.3	20.2
Hoger secundair	25.9	13.6
Hoger onderwijs	16.8	9.3

	Brussel	België
Huishoudtype		
Alleenstaand	23.3	17.1
Eenoudergezin	41.0	23.2
Koppel zonder kinderen	22.1	8.2
Koppel met kinderen	25.6	11.5
Totaal		
2008	26.3	14.9

Figuur 7: percentage van de totale bevolking in Brussel en België dat gezondheidszorgen uitstelt om financiële redenen: differentiatie naar geslacht, opleiding en huishoudtype

DE ROL VAN DE EERSTELIJSGEZONDHEIDSZORG

De Wereldgezondheidsorganisatie bracht in 2008 haar jaarrapport uit onder de titel: 'Eerstelijnsgezondheidszorg. Nu meer dan ooit'. De baseline van het rapport was dat in landen waar eerstelijns geneeskunde centraal staat, kwaliteit, toegankelijkheid, patiënttevredenheid en kosteneffectiviteit in de gezondheidszorg het hoogst scoren. De troeven van de eerstelijnszorg zijn bovendien dat eerstelijns werkers zicht hebben en impact kunnen hebben op de talrijke factoren die de gezondheid van iemand beïnvloeden:

- **informerende en gezondheid stimulerende rol van de eerste lijn:** de patiënt bewust maken van gezondheidsdeterminanten kan symptoomverlichtend werken en overbodige technische onderzoeken en 'doctorshopping' verminderen (Bijvoorbeeld: een

moeder met 5 kinderen klaagt van aanhoudende hoofdpijn. Ze leeft met haar kinderen in een piepklein appartement van 70 m². Uit het verhaal van de vrouw blijkt duidelijk dat de hoofdpijn gelinkt is aan de drukte op het appartement, zij maakt zich echter zorgen over een tumor. De huisarts kan haar uitlegen waar de hoofdpijn vandaan komt en duidelijk maken dat er geen sprake is van een tumor en verdere specialistische consulten en onderzoeken vermijden).

- de basisgezondheidswerkers kunnen patiënten motiveren om hun eigen gezondheid in handen te nemen door hun **zelfvertrouwen te stimuleren** en de patiënten aan te spreken op hun individuele sterkte en kracht, door te detecteren waar de patiënt echt nood aan heeft (bijvoorbeeld opvang voor de kinderen voorstellen zodat het wat rustiger is thuis, het versterken van het sociaal netwerk zodat men zijn hart kan luchten bij mensen in gelijkaardige situaties, ...).
- de eerste lijn kan **de buurt en de gemeenschap beïnvloeden** door buurtwerking te stimuleren, door in dialoog te gaan met het gemeentebestuur om huisvesting, openbare ruimten, ... te verbeteren, ...
- de eerste lijn bezit het potentieel de individuele strijd voor gezondheid te koppelen aan een **collectieve strijd ter verbetering van de gezondheid van velen** (bijvoorbeeld bij de vaststelling van meer luchtwegproblemen veroorzaakt door ongezonde huisvesting, de bewoners mobiliseren om collectief de huisvestingsmaatschappij te wijzen op haar verantwoordelijkheden).

Nog te weinig frequent echter wordt dit potentieel aangeboord. Onze eerstelijnszorg werkt nog te weinig preventief en wijk- en gemeenschapsgericht. De overheid voorziet ook onvoldoende stimuli voor de eerste lijn om die rol ten volle te kunnen opnemen.

Zeker in Brussel waar een hoog percentage van kansarmoede gepaard gaat met onderconsumptie van de eerste lijn en overconsumptie van specialistische zorg, is er dringend nood aan een erkenning van en resolute keuze voor de eerstelijnsgezondheidszorg vanwege het beleid.

- 40% van de problemen die zich aandienen in een specialistische polikliniek kunnen even goed of zelfs beter aangepakt worden door de huisarts.
- Een groot deel van de patiënten die op de spoedgevallendienst van een ziekenhuis terecht kunnen beter behandeld worden door de huisarts (men hoort hier cijfers van 50%).

De specifieke grootstadproblematiek (dure huisvesting, veiligheid, mobiliteit, ...) zorgt er echter voor dat onvoldoende eerstelijnszorgverleners Brussel aantrekkelijk vinden om er zich te vestigen.

In deze context menen wij dat een maximale toegankelijkheid van de eerste lijn moet gegarandeerd worden via verschillende stimuli en dat het beleid initiatieven dient te nemen om de eerste lijn te promoten. Onze voorstellen hiervoor waarover wij met het publiek in debat gingen waren de volgende:

1. **Verplichting van een vaste huisarts (GMD)**
2. **Verplichte echelonnering**
3. **Gratis eerste lijn**
4. **Meer budget naar de eerste lijn**
5. **Multidisciplinair werken in de eerste lijn stimuleren**
6. **Specifieke financiering voor preventie, gezondheidsvoorlichting en opvoeding.**

Bronnen: Welzijnsbarometer 2010, Welzijns- en gezondheidsatlas 2006, Gezondheidsindicatoren van het Brussels Gewest 2010 uitgegeven door het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel.

Dr. Caroline Verlinde en Dr. Leen Vermeulen

DISCUSSIEVERSLAG WERKGROEP "BASISGEZONDHEIDSZORG VOOR ARMEN"

Stelling 1: Elke burger dient verplicht te worden een vaste huisarts te kiezen

Wat dient bewaakt te worden, is dat men nog voldoende keuzevrijheid en mogelijkheid tot veranderen van huisarts moet kunnen behouden. Indien dit gewaarborgd is, ziet men enkel **voordelen** bij deze stelling. Een vaste huisarts betekent een betere begeleiding van de patiënt want de huisarts kan zijn verantwoordelijkheid opnemen voor zijn patiënt en voor zijn patiëntengroep. De patiënt heeft één gecentraliseerd dossier waarmee hij levenslang opgevolgd wordt. Dankzij de inschrijving in een huisartsenpraktijk heeft de huisarts een beter zicht op zijn patiëntenpopulatie en kan hij zijn patiënten oproepen voor bepaalde preventieve acties (vaccinatie, screening, voorlichting rond bepaalde gezondheidsthema's al dan niet in groep, ...).

Sommigen deelnemers aan de workshop hadden er hun bedenkingen over of dit op een even groot enthousiasme zou onthaald worden in Wallonië, aangezien daar momenteel veel minder globaal medische dossiers zijn onderschreven dan in Vlaanderen.

Stelling 2: Verplichte echelonnering

Indien elke burger een vaste huisarts heeft, kan hij ook via deze huisarts doorverwezen worden naar de specialist. Stelling 1 is dus een voorwaarde voor stelling 2.

Ook hier konden de deelnemers, inclusief specialisten zich vinden in deze stelling. Men merkte echter wel op dat dit niet van de ene dag op de andere kan doorgevoerd worden, maar dat een

doordachte 'manpower planning' hiervoor noodzakelijk zal zijn. Men was van mening dat er niet meer artsen nodig zijn maar dat deze herverdeeld dienen te worden tussen huisartsen en



specialisten enerzijds en onder de verschillende specialisten anderzijds. Ook de opleiding aan de universiteiten dienen voldoende aandacht en waardering te schenken aan het huisartsenberoep. Men heeft de indruk dat de opleiding tot arts nog teveel vanuit specialistisch perspectief wordt gegeven.

Een andere noodzakelijke voorwaarde is een **betere communicatie** van specialist naar huisarts, maar ook omgekeerd. Dit vergt een mentaliteitswijziging en een doorgedreven elektronische communicatie zou dit moeten kunnen faciliteren.

Op deze manier kan de eerste lijn haar **zorgcoördinerende functie** ten volle waarmaken. Patiënten zullen beter geïnformeerd starten aan een behandeling of ingreep en overbodige zorg en technische onderzoeken kunnen vermeden worden. Juiste zorg op het juiste niveau betekent **meer kwalitatieve zorg voor gelijke middelen**.

Stelling 3: Gratis eerstelijnszorg

Meer toegankelijke zorg betekent financiële drempels tot de zorg verlagen. Eigenlijk zouden er geen financiële drempels mogen zijn tot basisgezondheidszorg. Om dit te realiseren kunnen we de eerstelijnszorg volledig gratis toegankelijk maken. Deze stelling gaf veel stof tot discussie: welk effect zou dit hebben op de **kwaliteitsperceptie**? Leidt dit niet tot **overconsumptie**? Dienen we de patiënt niet eerder te responsabiliseren in plaats van hem ongelimiteerde toegang tot gratis zorg te verschaffen? Bovendien dient iedereen, zorgverleners maar vooral ook patiënten, te beseffen dat gratis ook niet écht gratis is, want het ziekenfonds of OCMW en dus de maatschappij komt tussen. Hoe kan dit bewaakt worden? Gratis zorg kan op verschillende manieren ingevuld worden: via de regeling derde betaler, al dan niet met remgeld, rechtstreeks betaald aan de arts, of via forfait.

Stelling 4: Er dient meer budget naar de eerste lijn te gaan

Indien we resoluut de kaart van de eerste lijn willen trekken, zal er ook meer in geïnvesteerd moeten worden. Gezien elke euro maar éénmaal kan uitgegeven worden, is een herverdeling van de gelden nodig en zal er op andere domeinen gesnoeid moeten worden.

De deelnemers bleken het redelijk eens over deze stelling maar stelden zich vragen over waar deze extra gelden vandaan konden komen. Als voorbeelden werden het Kiwi-model voor geneesmiddelen en een structurele vermindering van het overaanbod aan hospitaalzorg aangehaald, waardoor geld zou kunnen vrijge maakt en overgeheveld worden naar de eerste lijn.

Stelling 5: Multidisciplinair werken in de eerste lijn stimuleren

Het zich organiseren in groepspraktijken en samenwerking met verpleegkundigen, praktijkassistenten, sociaal assistenten en waar nodig ook interculturele bemiddelaars, ... zou moeten vergemakkelijkt worden. Dit waarborgt een **betere omkadering van de huisarts** en een structurele **inbedding van de huisartsgeneeskunde in de gemeenschap**. Hierdoor krijgt de huisarts meer tijd om zich op zijn kerntaken te focussen en ook zijn 'sociale stethoscoop' boven te halen.

Moeten we dan allen in groepspraktijken gaan werken? Neen: werken in groepsverband faciliteert het werken met mensen in armoede maar het is geen conditio sine qua non: in groepsverband kan je makkelijker tijd vrijmaken om zaken op een hoger niveau te tillen (bijvoorbeeld afspraken maken met het OCMW voor alle ingeschreven patiënten). Gezien dit extra tijd en moeite vergt, dreigt dit voor solopraktijken een schier onmogelijke opdracht te worden. In groep kan men taken verdelen en vind je steun bij elkaar want werken met mensen in armoede is soms emotioneel zwaar. Anderzijds krijgt je er ook enorm veel voor terug en schenkt het dus veel voldoening.

Stelling 6: Specifieke financiering voor preventie, gezondheidsvoorlichting en -opvoeding

Gezondheids promotie betekent zelfredzaamheid bevorderen en participatie stimuleren. Dit moet echter op maat van de patiënt kunnen gebeuren. Niet iedereen heeft baat bij dezelfde informatie en niet in elke regio is dezelfde gezondheidsvoorlichting noodzakelijk.

Ook werd het 'ander zorgzoekend gedrag' van migranten aangehaald. Hierbij wordt gezien dat de gewoonten in het thuisland en de vaak schaarse voorzieningen ervoor zorgen dat preventie een ongekend fenomeen is en er vaak onmiddellijk naar het ziekenhuis gestapt wordt. De rol van de huisarts is vaak gewoonweg niet gekend. Hierin ligt nog een grote uitdaging voor Brussel en andere grote steden met veel migranten.

Verslag door **Dr. C. Verlinde**

Werkgroep "Media over armoede"

INLEIDING TOT DISCUSSIE OVER MEDIA EN ARMOEDE (Guy Tegenbos)

Guy Tegenbos is journalist bij De Standaard.

Ik zie deze werkgroep als een actieve werkgroep die een zoektocht onderneemt naar suggesties en goede initiatieven in/van/voor de media. De inleider speelt klankbord voor deze suggesties.

Ik weet niet of er best 'practices' zijn. Ik weet niet of er 'evidence' is. Er is daarover m.i. nauwelijks onderzoek.

Ik formuleer zeven voorafgaande bedenkingen over ongelijkheid in gezondheid en over de media.

- 1) Armoede en gezondheid: ongezondheid is een gradiënt. Het probleem zit dus niet alleen bij de armen.
- 2) 'Ongelijkheid in gezondheid' wordt doorgaans herleid tot het curatieve. Terugbetalingstarieven en toegankelijkheid zijn dan haast de enige hefboomen. Onterecht.

- 3) Ongelijkheid in ongezondheid ligt niet aan één ding. Alleen holistische en integrale aanpak werkt. Milieu is determinerend. Armenmilieu aanpassen (wonen, werken, ...) en gezondheidszorg en preventie aanpassen aan (inpassen in) armenmilieu. 'Impulso' voor verpleegkundigen e.a. in marginale wijken. Artsen wonen daar niet behalve 'Geneeskunde voor het Volk'. Wijkgezondheidscentra. Rekruteren voor gezondheidsbetrokken beroepen in die wijken.
- 4) Media niet zoveel gebruikt door armen. Digitale en informatiekloof.
- 5) Spreek niet over 'de media'; er zijn veel media en ze zijn zeer verscheiden. Ze worden ook zeer verscheiden gebruikt. En generaties gebruiken dezelfde media ook verschillend. En niet iedereen die in de media werkt, is journalist (vb. tv).



- 6) Soorten: dagbladen, algemene weekbladen, gespecialiseerde publicaties (onderwerpen, doelgroepen, generaties), bewegingsbladen, radio, tv, regionale tv, internet, facebook,
- 7) Opvoedende rol is grotendeels verleden tijd. Media zijn overwegend commerciële producten en zelfs als ze het niet zijn, worden ze zo gebruikt.

Ze hebben vandaag een informerende rol (informatie, duiding, service) en een ontspannende rol. Spanningsveld belangrijk-belangwekkend. ‘Opvoedende rol’ is soms nog in te roepen. Service ook nog.

Guy Tegenbos

DISCUSSIEVERSLAG: WERKGROEP “MEDIA OVER ARMOEDE”

Moderator: Eric Ponette
Verslaggever: **Jan Van Meirhaeghe**

Voormiddagssessie

Na de inleiding zegt de inleider *Guy Tegenbos* dat het motto van deze werkgroep is:

“Laat u maar eens goed gaan. De media zitten hier in de beklagenbank. Zeg eens wat de media verkeerd doen, of wat ze zouden moeten doen.

De media wordt verweten “hypes” te creëren, maar dat is eigenlijk ook positief voor de gezondheid, denk maar aan de bewegingshype, alles over de voeding, gezond koken, enz.”

Dr. Marc Bosquet (orthopedie Brussel): Na W.O. II werd in onze Sociale Zekerheid gekozen voor “betutteling”. Wij zorgen voor de mensen, wij regelen alles, ...

Zo creëerde men generatieziekten en generatie-armoede, door een systeem dat er eigenlijk niet voor bedoeld was. In andere woorden uitgedrukt: geen betutteling, maar reponsabilisering van deze armengroep is nodig.

Guy Tegenbos: Het probleem is de domper van machteloosheid die op deze armengroep rust. Ze hebben inderdaad een gevoel van machteloosheid en die mensen laten het allemaal maar over zich komen.

Dr. Marc Bosquet: Niet akkoord. Het is moeilijk, maar we moeten die groep toch reponsabiliseren.

Dr. Pieter Van Den Bossche (huisarts Deurne): Reponsabiliseren is inderdaad nodig.

Eigenlijk zouden ze enkel een uitkering mogen krijgen als ze ook een – weze het kleine – prestatie in de plaats leveren. Bijvoorbeeld de straat vegen. Anders zitten ze thuis toch maar te zappen voor TV.

Guy Tegenbos: Inderdaad. We moeten wel beseffen dat dit een maatschappelijke ommekeer vergt. Eigenlijk is die ommekeer reeds aan de gang in de werkloosheidsuitkering. Die mensen worden nu onmiddellijk geactiveerd. Toch is die ommekeer in het maatschappelijk denken nodig. Eenzelfde richting zou men moeten uitgaan in de gezondheidszorg. Iemand die invalide is hoeft dat niet per se zijn ganse leven te zijn. Deze evolutie verloopt moeilijk omdat men aan de andere kant van de taalgrens niet op dezelfde manier denkt. *Guy Tegenbos* haalt een citaat aan van *Josse Van Steenberge*: “Niemand kan niets. Iedereen kan iets.”

Dr. Jan Bosmans (radioloog UZ Gent; oud-journalist) Hij is blij met het voorbeeld van ‘Geneeskunde voor het Volk’ in de inleiding van *Guy Tegenbos*. De meeste klassieke huisartspraktijken zijn vrij beperkt in hun aanpak. ‘Geneeskunde voor het Volk’ kijkt ook uit naar huisvesting, milieu, enz.

Guy Tegenbos: Zij hebben inderdaad reeds navolging in de vele wijkgezondheidscentra. Deze evolutie komt misschien te weinig onder de aandacht van de media. Alleen Prof. Jan De Maeseneer van de UGent komt daar af en toe mee naar buiten en in de media.



Dr. Marc Bosquet: Akkoord met de positieve evolutie van wijkgezondheidscentra, maar niet akkoord met de ideologische inprenting die de groep ‘Geneeskunde voor het Volk’ wenst mee te geven. Dit is achterhaald.

Dr. Tony Swinnen (huisarts): beklemtoont de nood aan meer gesprek, meer anamnese en meer ondervraging en minder technische onderzoeken in de patiëntencontacten en de patiëntenrelatie. Maar ook het verwachtingspatroon van de patiënt is hier fout. Veel patiënten vragen zelf naar technische onderzoeken, scans, enz.

Hier hebben de media een functie. Ze zouden dit herstel van het persoonlijk contact in de arts-patiëntenrelatie moeten ondersteunen.

Guy Tegenbos: Dr. Swinnen heeft gelijk.

Myriam Seutens (vereniging wijkgezondheidscentra): De wijkgezondheidscentra hebben een aantal evoluties in gang gezet, zo is er voor een aantal zaken de forfaitaire betaling, de integratie van preventie en zorg en zij doen ook beroep op diverse en meerdere gezondheidswerkers en breiden zodoende de klassieke artsennpraktijk uit. Zij komen in de media inderdaad vaak negatief aan bod en worden inderdaad vaak in de ideologische hoek geduwd. De wijkgezondheidscentra kunnen inspirerend werken naar het beleid toe, zeker wat het gebruik van de diverse gezondheidswerkers betreft.

Dr. Marc Bosquet: heeft last met ‘Geneeskunde voor het Volk’ waar ze politieke ideologie verspreiden. Hij staat wel achter de hulp die wijkgezondheidscentra leveren voor culturele integratie, bijvoorbeeld hier in Anderlecht, waar ze meehelpten bij taallessen.

Myriam Seutens: In tegenstelling tot ‘Geneeskunde voor het Volk’ zijn de wijkgezondheidscentra niet politiek gekleurd.

Prof. Dr. Eric Ponette (VGV): Na deze inleiding gaan we over naar de problematiek van media en armoede. Besteden ze genoeg aandacht aan de relatie armoede-gezondheid? Wat zouden de media meer moeten doen?

Dr. Dirk Ossieur (revalidatiearts, Brugge): Het is inderdaad niet de bedoeling dat de media aan volksopvoeding gaan doen. Daarnaast stelt hij in De Standaard van de laatste werkweken vast dat de “armoede” voorgesteld wordt als een heilige koe. Blijkbaar is de term “kansarmen” verlaten.

Armoede wordt nu voorgesteld als wanneer iemand minder dan 60 % van het mediaan inkomen heeft. Vanwaar komt dit cijfer? Is er vanuit De Standaard toch geen eenzijdige benadering van het begrip “armoede”.

Guy Tegenbos: De term “kansarmen” is inderdaad wat uit de mode. Waarom 60 % als cijfer? Politicus Frank Vandebroucke heeft dit meegebracht uit het buitenland. Het betreft 60 % van het

“mediaan inkomen” als men daaronder zit leeft men in armoede. Wat betreft eenzijdige berichtgeving: De Standaard heeft de ongelijkheid in gezondheid wel in het licht gesteld. De Vlaamse media zetten deze problematiek in het licht vóór ze in het maatschappelijk debat aan bod komt. De Franstalige media doen dat nooit en altijd alleen achteraf.

Dr. Tony Swinnen (huisarts): gelooft niet in artikels die specifiek over gezondheid gaan, wel dat in artikels over actualiteit de link gelegd wordt naar gezondheid. En gezondheid ook in bredere context. Hij haalt het voorbeeld aan van mensen die omwille van drugsdelicten in de gevangenis terechtkwamen. Als ze uit de gevangenis komen staan ze in hun blootje, worden ze gestigmatiseerd, hebben ze geen werk. Kunnen de media hier helpen om uiteindelijk voor de globale gezondheid van deze mensen te zorgen?

Dr. Jan Bosmans: Theoretische verhalen stimuleren niet echt. Persoonlijke verhalen gaan vaak over hopeloze gevallen, waarvan men alleen kan zuchten. Waarom nooit een verhaal van iemand die uit de armoede geraakt is en nadien een positieve wending nam?

Guy Tegenbos: Akkoord. Wij brengen inderdaad zelden positieve verhalen. Anderzijds zijn theoretische artikels over ziekten en aandoeningen toch stilaan verleden tijd.

Prof. Dr. Eric Ponette: verdedigt de stelling dat gezond voedsel niet noodzakelijk duur is. Sinds hij gepensioneerd is gaat hij samen met zijn vrouw naar de markt. De prijs van gerookte haring is € 1,5 euro. Worstjes hebben een gelijkaardige verkoopswaarde. Kunnen we aan de media niet vragen om die boodschap te brengen in soaps, kookprogramma's, ... Ook bijvoorbeeld in de gratis krant Metro.

Guy Tegenbos: Als men aan het publiek wil leren over gezondheid en armoede dan moet dit inderdaad aan bod komen in de media die door de doelgroep bekeken of gelezen wordt.

Dr. Tony Swinnen: zou media willen uitbreiden tot reclamebladen. Die worden door zeer velen gelezen. Dit is een perfect medium om gezondheidsinformatie te verspreiden.

Guy Tegenbos: Het komt erop aan de media te “verleiden”. Wil men gezondheidsinformatie overbrengen dan moet men ervoor zorgen dat de media het interessant vinden. Dan kan het inderdaad aan bod komen in kookprogramma's en dergelijke. Maar welke rol spelen ziekenfondsen hierin?

Jürgen Constandt (voorzitter Vlaams en Neutraal Ziekenfonds): Uiteraard komt dit allemaal aan bod in publicaties van de ziekenfondsen. De ziekenfondsen geven brochures uit en behandelen de thematiek in diverse publicaties en ledenbladen. Maar ook in het onderwijs moet gezondheidsopvoeding aan bod komen.

Guy Tegenbos: Gezondheids promotie gebeurt inderdaad in het onderwijs en in de media en op nog andere gebieden, maar wij hebben geen cijfers, geen metingen, of het resultaat daarvan “evidence based” is. McDonald's doet wel onderzoek om na te gaan hoe hun producten aanslaan.

Dr. Pieter Van Den Bossche: Het is gekend hoe armer, hoe dikker, hoe meer tabak en alcohol. Als het onderwijs hierop inspeelt kunnen kinderen hun ouders mee helpen opvoeden!

Guy Tegenbos: Eens te meer, werd dit ooit onderzocht? Levert gezondheids promotie in het onderwijs iets op? Is dit “evidence based”?

Namiddagssessie

Guy Tegenbos geeft dezelfde inleiding als in de voormiddag.

Dr. Luc Bonneux: Er is verwarring tussen armoede en sociale ongelijkheid. Het gaat vooral om het tweede. Het gaat om diploma's en jobs. In de hele discussie mis ik ook de plaats van de allochtonen, de “sans-papiers”.

Guy Tegenbos: Inderdaad armoede is niet het juiste woord. Dit dekt niet de hele werkelijkheid. In de krant gebruiken we de definitie van 60% van het mediaan inkomen als armoedegrens.

Dr. Myriam Azou (kinderarts, Oostende): betwist dat de opvoedkundige taak van de media voorbij is. Waarom zou men via de media niet verspreiden dat cannabisgebruik tot psychose kan leiden?

Dr. Lieve Van Ermen (cardioloog, ex-senator lijst Dedecker): heeft in 1976 in Kinsjasa gewerkt. Toen moesten ook de jonge meisjes overtuigd worden om verpleegster te worden. Hier in Antwerpen moeten we ook aan de jonge allochtone meisjes vragen om in dat beroep te stappen. De hulp van de media is daarbij nodig.

Guy Tegenbos: Denkend aan 1976 in Congo deden de toenmalige missies wat ‘Geneeskunde voor het Volk’ en wijkgezondheidscentra momenteel doen. Zij probeerden in die wijken een “sociaal kapitaal” binnen te brengen. Zij spoorden mensen aan om verpleegster te worden. Ze spoorden gezondheidswerkers aan om zich daar te vestigen. Enz.

Machteld Wauters (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid): De Vlaamse minister heeft een actieplan opgesteld om het probleem van de tekorten in de zorg op te vangen, zowel naar artsen en verpleegkundigen, als naar andere gezondheidswerkers toe. In die campagne probeert men inderdaad om allochtonen te laten doorstromen tot deze zorgberoepen. Daarbij zijn er drie doelstellingen:

- de tekorten in de zorg opvangen,
- de allochtonen meer betrekken,
- het multicultureel aspect van de zorg invullen (oudere allochtonen vragen vaak een andere benadering dan de ouderen bij ons).

Dr. Robrecht Vermeulen (cardioloog, VGV): Als de media geen educatieve rol meer hebben wat kunnen ze dan doen met betrekking tot armoede en gezondheidszorg?

Guy Tegenbos: De media zijn inderdaad vragende partij om te weten wat ze verkeerd doen of tekort doen. Anderzijds zijn de media meer en meer commercieel. Artsen, zorgverstrekkers, organisaties in de gezondheidszorg zullen aan de media duidelijk moeten maken dat hun boodschappen in verband met ziekte, gezondheid en armoede inderdaad relevant zijn en er moeten opportuniteiten gezocht worden om het aan bod brengen van deze thema's te correleren met de commerciële oogpunten van de diverse media.

Hoe zullen de media brood zien in de boodschap dat de mensen gezonder moeten eten, meer moeten sporten, enz.?

Dr. Myriam Azou: Deze week zagen we goed hoe media een rol kunnen spelen in preventieve gezondheidszorg.

Er was een artikel over meningokokkensepsis bij een student in Diepenbeek. De media hebben dit uitgebreid aan bod laten komen en tegelijk gewezen op symptomen van die aandoening. Zo zouden zij vaak elementen van preventieve gezondheidszorg moeten benadrukken, bijvoorbeeld roken tijdens de zwangerschap.

Guy Tegenbos: Roken tijdens de zwangerschap is ongezond. De krant kan dit enkele keren aanhalen in eerder theoretische artikels, maar na 4 à 5 keer komt de boodschap niet meer over. Dan moeten er nieuwe en andere vormen gevonden worden om de boodschap te herformuleren. Kranten zijn een nieuwsmiddeel.

Na drie keer is het geen nieuws meer. Dan moet de boodschap anders verpakt worden.

Een tweede probleem is: Hoe kan men gedragsverandering teweeg brengen? Soms is louter informeren voldoende, maar voor sommige doelgroepen is meer dramatiek nodig.

Dr. Kaat Derveaux (vasculair chirurg, Gent): Anderzijds mag men die dramatiek toch niet overdrijven. Recent was er het incident in verband met een vrouw die borstvoeding gaf op een spoedopname. Zij werd door de spoedarts uit de wachtzaal gezet en in de kranten en de media werd dit met veel dramatiek aangehaald en kreeg de spoedarts meteen de zwarte piet. Daar zijn toch opportuniteiten gemist om gezondheidswerkers in het correcte daglicht te zetten. De arts in kwestie had effectief redenen om deze dame terecht te wijzen, maar dit kwam niet meer aan bod.

Guy Tegenbos: Nieuws is inderdaad vaak negatief en eens een bepaalde zaak in het nieuws kwam, is het soms moeilijk om daar een andere wending aan te geven. De krant of de media hadden inderdaad een debat over borstvoeding kunnen voeren, maar hier werd inderdaad meer het negatieve belicht.

Dr. Kaat Derveaux: Dus wie het hardst roept heeft gelijk.

Guy Tegenbos: Nuanceren was inderdaad niet meer mogelijk. De toon was gezet en veel kon daar niet meer aan veranderen.

Dr. Moeremans (Syndicaat Vlaamse Huisartsen): Hebben de media een opvoedende rol? De media hebben inderdaad een rol in het aanbieden van informatie. Moeten de media inderdaad niet vaker deze opvoedkundige rol aannemen? Vele artsen stellen vast dat patiënten steeds vragen naar technische investigaties, scans, enz. Kunnen de media dit niet helpen omkeren?

Guy Tegenbos: De rol van de media is niet opvoedend.

Dr. Moeremans: Maar is de rol dan niet om de informeren en te duiden?

Guy Tegenbos: We mogen niet de indruk geven dat de mensen betutteld worden. Dat wil het publiek niet meer. Als krant levert De Standaard wel jaarlijks een bijdrage "te gek" over de geestelijke gezondheidszorg. Ergens spelen we dan toch nog onze opvoedende rol.

Dr. Benoit Mores (Nationaal Kanker Instituut): De media hebben een positieve rol naar sociaal zwakkeren toe. De pers wordt dan de boodschapper voor de medische wereld. Hij haalt het voorbeeld aan van de Mayo Clinic in Amerika die dagelijks op TV komt met boodschappen zowel over medische technologie als over sociale verwezenlijkingen. Via het medium TV wekt die kliniek op die manier een positieve filantropie op bij het publiek en doet ze aan "fundraising". Hij pleit ervoor om niet alle problemen aan te kaarten, maar steeds een positieve boodschap te brengen.

Guy Tegenbos: Dit is inderdaad een fundamentele discussie over de rol van de media. Hier wordt het concept van "civic journalism" aangehaald. Media en journalistiek zijn elementen van "samenlevingsopbouw". Dit is enigszins vergelijkbaar met de zuilenjournalistiek in ons land 50 jaar geleden.

Dr. Benoit Mores: Recent was er een problematiek in verband met percutane hartkleppen in het UZ Antwerpen. Deze werden niet terugbetaald en artsen zorgden zelf voor de nodige fondsen. Dit moet in de pers beklemtoond worden.



Guy Tegenbos: Dit kwam inderdaad in De Standaard ruimschoots aan bod. Zowel het aspect van artsen die zelf voor fondsen moesten zorgen, als het strikt medische aspect van de techniek.

Pascal Selleslagh (hoofdredacteur Artsenkrant): keert terug op het borstincident. Het is allemaal een kwestie van perceptie. Wie eerst zijn verhaal in de media kan brengen krijgt de meeste aandacht. Achteraf een andere versie verkopen of aan bod laten komen is al veel moeilijker. Hij benadrukt dat de media een "medium" blijven om boodschappen over te brengen. De ontvanger (het publiek, de politiek) moet deze boodschap nog verwerken en verbruiken.

Bea Paternot (Adj. Diensthoofd Sociale Projecten, stad Halle): Haar organisatie heeft de ervaring dat, naar de doelgroep van mensen in armoede toe, zelfs interessante voordrachten door experts onvoldoende resultaat opleveren. Zij haalt bijvoorbeeld voordrachten aan door Peter Adriaenssens die maar weinig mensen konden aanspreken. Wat wel werkt is de "super-nanny". Dit is iets wat de mensen herkennen. Zij voelen hun situatie aan en krijgen op die manier wel de boodschap mee. Hetzelfde geldt voor voedingspatronen.

Eerst moet men het voedingspatroon van de doelgroep onderzoeken en van daaruit gerichte verbeteringen en informatie geven.

Zuster Simone Sergeant (vrijwilliger armoedebestrijding, Brussel): behartigt de problematiek van wat ze noemt "niet-welgekomen" vreemdelingen in Brussel. Blijkbaar werken vele soaps op televisie met adviseurs in verband met mode, maatschappelijke tendensen, enz. Zij refereert naar Thuis, Familie, Witse, Man bijt hond. Waarom kunnen diezelfde programma's geen gezondheidsadviseurs in dienst nemen om in die programma's kleine tips mee te geven. Dit blijft langer hangen dat een uitvoerig betoog in krant of tijdschrift. Zij haalt bijvoorbeeld de reactie van staatssecretaris Schouppe aan in verband met het niet dragen van veiligheidsgordel door Witse.

Guy Tegenbos: herhaalt nogmaals dat de media moeten verleid worden tot dergelijke ingrepen.

Dr. Lieve Van Ermen: is globaal toch ontgoocheld in de media. Journalisten geven veel hun eigen versie weer en te weinig wat het volk en de kiezer meent.

Dr. Moeremans: komt terug op de Amerikaanse pers en de "fundraising". Dit slaat niet aan bij de Vlaamse bevolking.

Guy Tegenbos: Soms wel. Denk bijvoorbeeld aan 12-12 voor Palestina. Journalisten maken programma's of schrijven artikels, die het publiek moeten aanzetten tot solidariteit.

Yvo Nuyens is emeritus professor in gezondheidssociologie aan de KU Leuven en de Universiteit Antwerpen.

Hij was jarenlang programmadirecteur bij de Wereldgezondheidsorganisatie en actief in medische ontwikkelingsamenwerking.



Inleiding

Drie inleidende beschouwingen als aanzet voor een analyse van het centrale congresstema *armoede en gezondheidszorg in Vlaanderen*:

1) In de relatie tussen armoede en gezondheid gaat het duidelijk om een tweerichtingsverkeer. Zoals armoede ongezondheid als onbedoeld nevenproduct kan opleveren, leidt ongezondheid in een groot aantal gevallen ook tot verarming.

2) Armoede verwijst slechts naar het topje van de ijsberg wanneer we over ongezondheid en meer in het bijzonder over sociale ongelijkheid in gezondheid en gezondheidszorg spreken. Dat armoede het risico op minder gezondheid en gezondheidszorg significant verhoogt mag de aandacht niet afleiden van de vaststelling dat dit risico zich over de volledige sociale ladder uitstrekt (sociale gradient), m.a.w. armoedekloof en sociale gezondheidskloof verwijzen niet naar dezelfde realiteit.

3) De vaststelling dat zowel armoede als de daarmee samenhangende sociale ongelijkheid in gezondheid en gezondheidszorg bepaald worden door een reeks sociale, niet-medische determinanten, maakt het duidelijk dat geneeskunde en gezondheidszorg hier slechts een bescheiden bijdrage kunnen bieden. De sleutel ligt veeleer bij een sociaal facettenbeleid (o.m. werkomgeving, opleiding, woonmilieu, voeding, mobiliteit) waarbinnen geneeskunde en gezondheidszorg weliswaar een rol kunnen (en dienen te) spelen.

1. Wat zeggen de feiten?

1.1 Armoede becijferd

Een analyse door de FOD Economie (22/03/2010) leverde voor 2008 het volgende profiel op:

- 14.7 % van de Belgische bevolking of ongeveer 1 op 7 heeft een verhoogd armoederisico;
- vrouwen, 65-plussers, alleenstaanden en alleenstaande ouders vertonen een hoger risico;
- het armoederisico van personen zonder diploma of met diploma LO ligt twee maal hoger dan bij personen met secundair onderwijs;
- in 2008 hadden 44% van de Belgen last om de eindjes financieel aan elkaar te knopen.

Een vergelijking van de Belgische cijfers met de Europese cijfers (Eurostat 2005) geeft aan dat de Belgische cijfers voor de leeftijdsgroepen onder de 65 jaar onder het Europese gemiddelde blijven maar duidelijk hoger liggen voor de 65 plussers, en dit zowel voor mannen als vrouwen. Voor deze laatste groep scoort België bijvoorbeeld significant hoger dan landen zoals Nederland, Frankrijk en Denemarken.

Heeft armoede ook een sekse?

Op de Vrouwenagora over “Vrouwen in armoede” (october 2010) werd onderlijnd dat op wereldvlak 70% van de armen vrouwen zijn, dat in België het armoederisico bij mannen op 13,5% en bij vrouwen op 15,8% ligt en dat bovendien de gemiddelde uitkering van werkloze vrouwen 71% bedraagt van de uitkering voor mannelijke werklozen.

Tenslotte het gehandicapt zijn als armoederisico.

Volgens een recente studie over “Handicap, inkomen en toegang tot gezondheidszorg” (G.Vanhal, 2010) situeren 25% van de gehandicapten zich onder de armoedegrens en hangt een lagere categorie van zelfredzaamheid samen met een lager inkomen, een hogere zelfredzaamheid met hoger inkomen.

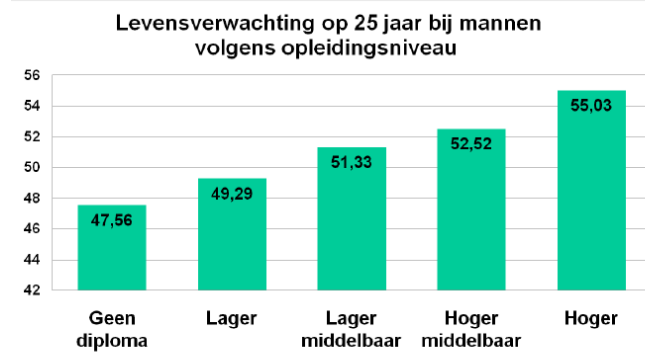
Besluit: leeftijd, opleiding, geslacht, gezinssamenstelling en niveau van zelfredzaamheid (handicap) fungeren als belangrijke determinerende factoren voor armoede.

1.2 Armoede en ongezondheid: quid?

Welke effecten armoede heeft op (on)gezondheid kan afgemeten worden o.m. aan volgende parameters: mortaliteit, morbiditeit, preterme geboorten, subjectieve fysieke gezondheid en subjectieve mentale gezondheid. Gegeven de consensus om opleidingsniveau als meest relevante indicator voor sociale positie en plaats op de inkomensladder te hanteren, worden deze parameters nu in een reeks tabellen gerelateerd aan de variabele opleidingsniveaus. Op deze manier wordt de relatie van armoede (opleiding=inkomen) gerelateerd aan diverse dimensies van (on)gezondheid.

1.2.1 Mortaliteit

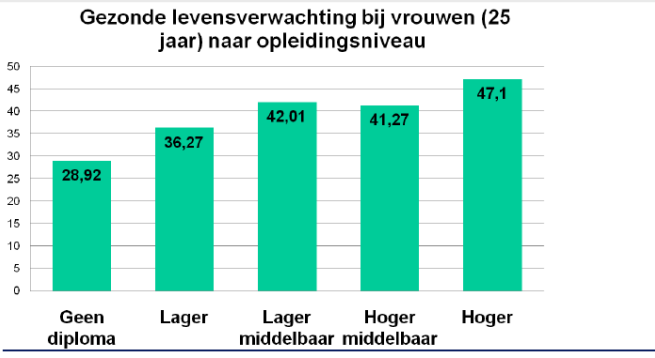
Sociale verschillen in mortaliteit



Bron: Van Oyen, Deboosere, Lorant e.a., 2010.

1.2.2 Morbiditeit

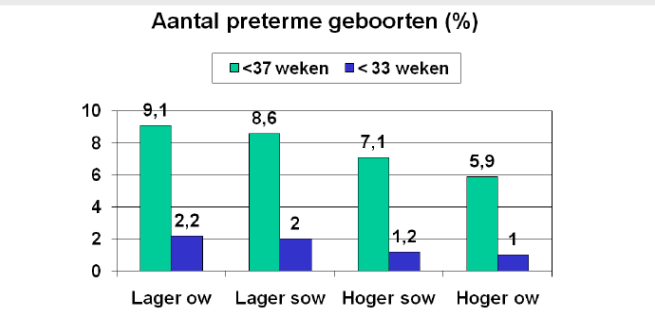
Sociale verschillen in morbiditeit



Bron: Van Oyen, Deboosere, Lorant e.a., 2010

1.2.3 Preterm geboorte

Iedereen gelijk geboren?



Bron: Studiecentrum Perinatale Epidemiologie, 2000.

1.2.4 Fysieke gezondheid

Fysieke gezondheid: Gerapporteerd voorkomen chronische aandoeningen naar opleidingsniveau

	Chronisch longlijden	Lage rugprobleem	Hoge bloeddruk	Diabetes	Letsel door ongeval
Lager/geen diploma	6.2%	14.4%	3.8%	3%	4.4%
Lager secundair	4.6%	12.4%	3.9%	2%	6.0%
Hoger secundair	3.6%	9.8%	3.7%	1.6%	4.2%
Hoger onderwijs	1.7%	8.3%	2.6%	1.1%	2.6%

Bron: Van der Heyden, Gisle, Demarest, e.a, 2010

1.2.5 Mentale gezondheid

Mentale Gezondheid: Sociale verschillen in aspecten van mentale gezondheid, na controle voor leeftijd en geslacht

	Gevoelens van onwelbevinden	Somatische problemen	Angstproblemen	Slaapproblemen	Depressieve problemen	Gebruik psychotrope geneesmiddelen	Suïcidepoging
Hoger opgeleiden	25%	4%	5%	16%	14%	10%	4%
Lager opgeleiden	29%	14%	10%	31%	6%	28%	6%

Bron: Willems, S., Sociale verschillen in gezondheid, Gent, 2010

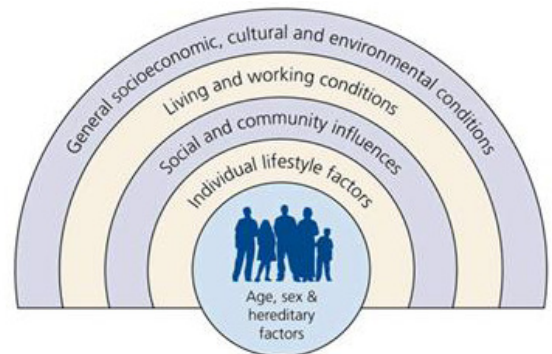
Wat kan uit voorgaande tabellen geconcludeerd worden? Of het nu om mortaliteit, morbiditeit, preterm geboorte, fysieke of mentale gezondheid gaat: telkens laat zich een (statistisch) significante relatie vaststellen tussen diverse dimensies van (on)gezondheid en de sociale (inkomens) positie van het individu: hoe lager die positie, des te hoger de mortaliteit en des te lager de gezonde levensverwachting, des te meer kansen op een preterm geboorte, des te meer gerapporteerde zowel fysieke aandoeningen als mentale gezondheidsproblemen.

Er bestaat dus voldoende statistische evidentie om te besluiten dat armoede niet alleen een belangrijke determinant is van (on)gezondheid maar bovendien, omwille van haar toenemende prevalentie, (opnieuw) één van de belangrijkste uitdagingen voor de volksgezondheid uitmaakt.

Een volgende vraag luidt dan: hoe laat deze relatie tussen armoede en (on)gezondheid zich verklaren?

1.3 Armoede en ongezondheid: diverse verklaringsmodellen

Dahlgren en Whitehead hebben reeds in 1993 de invloed van sociale determinanten op gezondheid, waaronder armoede, gesystematiseerd in volgend schema:



Twintig jaar later biedt ditzelfde schema nog altijd voldoende relevantie en actualiteitswaarde om mogelijke verklaringen op het spoor te komen over de wijze waarop armoede een negatieve invloed uitoefent op gezondheid. In het juni- en decembernummer 2009 van Periodiek namen Tegenbos, Annemans en Jongbloet reeds een aantal van deze factoren zoals individuele levensstijl, woon- en werkomstandigheden, sociaal kapitaal tot en met de mogelijke rol van constitutionele factoren onder de loupe wat de auteur van deze bijdrage tot een wederwoord bracht onder de titel "Ongelijkheid in gezondheid: van stamelen naar beleidstaal" (Periodiek, maart 2010).

Ter illustratie van de wijze waarop armoede de individuele en maatschappelijke kansen op gezondheid bepaalt, licht deze bijdrage één van de elkaar aanvullende verklaringsmodellen nader toe, met name de rol van leefstijlfactoren. Volgende tabel maakt duidelijk hoe riskante leefstijlfactoren ongelijk verspreid liggen over verschillende sociaal-economische groepen en dus de ongelijke gezondheidskansen mede helpen verklaren:

Tabel: Leefstijlriscico's (18-65 jaar/Vlaanderen 2001-2004)

	Sedentair (fys. activiteit)		Overgewicht		Dagelijks roker		Frequent overmatig alcoholgebruik	
	%	Sign.	%	Sign.	%	Sign.	%	Sign.
Inkomensarmoede								
Inkomensarm	27.43	*	44.14	#	34.69	**	3.05	n.s.
Niet-inkomensarm	21.21		39.17		26.02		3.02	
Activiteitsstatus								
Werkzaam	21.46	***	39.64	***	27.18	***	3.17	#
Werkloos	19.57		39.96		33.28		4.84	
Gepensioneerd	15.66		55.78		17.00		3.33	
Ziekte of invalide	50.15		51.36		49.97		4.78	
Overige inactief	25.30		43.96		19.17		1.18	
Huishoudtype								
Alleenstaande	24.41	n.s.	40.32	***	38.98	***	5.30	#
Eenoudergezin	23.07		24.65		43.86		3.11	
Koppel zonder kinderen	20.62		47.63		22.78		2.81	
Koppel met kinderen	20.54		36.35		24.20		2.82	
Ander huishoudtype	23.57		38.36		25.56		2.92	
Woonstatus								
Eigenaar	20.01	***	40.38	n.s.	22.42	***	2.52	***
Huurder	27.05		38.46		40.33		5.34	
Nationaliteit								
Belg	21.49	n.s.	40.01	n.s.	26.36	n.s.	3.15	n.s.
EU-burger	21.06		41.48		29.05		4.79	
Niet-EU-burger	25.06		39.86		24.45		0.00	

Bron: HIS 2001-2004 – eigen berekeningen.
 # p < 0.05 * p < 0.01 ** p < 0.001 *** p < 0.0001 n.s. = niet significant

Voorgaande tabel illustreert duidelijk hoe inkomensarmoede op significante wijze samenhangt met minder lichaamsbeweging, meer obesitas, meer roken en meer frekwent overmatig alcoholgebruik ofschoon deze laatste relatie geen statistische significantie vertoont. Ook de variabelen activiteitsstatus, huishoudtype, woonstatus en nationaliteit bieden verdere, ofschoon niet volledig eenduidige, evidentie over de relatie armoede en riskante leefgewoonten en dus verhoogde kansen op ongezondheid.

1.4 Ongezondheid en armoede

Niet alleen de vraag of armoede al dan niet tot ongezondheid en ziekte kan leiden is belangrijk. Voor het beleid betekent het antwoord op de vraag of en in welke mate ongezondheid en ziekte ook armoede of verarming kan veroorzaken een minstens even belangrijke uitdaging en opgave.

Een aantal cijfergegevens helpen het antwoord op deze vraag formuleren.

1.4.1 Gemiddelde uitgaven voor gezondheidszorg

Volgens het Huishoudbudgetonderzoek 2008 van de FOD Economie, gepubliceerd in 2010, bedragen de gemiddelde uitgaven voor gezondheidszorg voor het Vlaamse Gewest 655 euros per jaar. Voor het hoogste inkomenskwartiel (KW4) lag dit bedrag op 551 euros en voor het laagste inkomenskwartiel (KW1) op 828 euros. Voor cultuur, ontspanning en onderwijs liggen de cijfers daarentegen precies omgekeerd: 1.252 euros voor de hoogste en 871 euros voor de laagste inkomenscategorie. Vanuit de vaststelling dat de laagste inkomenscategorie (met een hogere kansarmoede) meer uitgeven voor gezondheidszorg zou men kunnen besluiten dat deze meeruitgaven verwijzen naar meer ziekte waardoor mensen verarmen en in de laagste categorie terecht komen. Men kan daarentegen ook argumenteren dat het behoren tot deze inkomenscategorie de oorzaak is van meer ziekte en dus ook meer gezond-

heidsuitgaven voor gevolg heeft. Geen ondubbelzinnige conclusie dus.

1.4.2 Impact van chronische ziekte op de financiële situatie van de huishoudens

Vooral bij aanwezigheid van een chronische ziekte, die meestal gepaard gaat met een aanzienlijke verhoging van uitgaven voor gezondheidszorg, zal het impact van ziekte op de financiële situatie van de betrokkene beter zichtbaar worden en tot de conclusie kunnen leiden in welke mate ziekte een verhoogd armoederisico met zich meebrengt.

De studiedienst van de Christelijke Mutualiteit heeft hierover in 2009 een onderzoek opgezet met onder meer volgende in het oog springende resultaten:

- het mediaan beschikbaar maandelijks gezinsinkomen bedreog voor gezinnen die af te rekenen hadden met chronische ziekte en financiële moeilijkheden hierdoor 1.625 euros en voor gezinnen zonder chronische ziekte 2.750 euros;
- voor de categorie met een beschikbaar maandelijks gezinsinkomen <1.000 euros meldt 12% chronische ziekte en financiële moeilijkheden hierdoor, terwijl ditzelfde cijfer voor de categorie >3.000 euros slechts 7.2% bedraagt;
- de situatie van chronische ziekte maar zonder financiële moeilijkheden hierdoor scoort 4,1% voor de categorie <1.000 euros tegenover 26,5% voor de categorie >3.000 euros.

Ook dit onderzoek levert onvoldoende evidentie om het bestaan van een direct causaal verband tussen ziekte en armoede te bevestigen. Men kan desalniettemin besluiten dat ziekte, en in het bijzonder dan chronische ziekte, significante effecten heeft op de financiële situatie van de betrokkene(n) en de drempel naar kansarmoede verlaagt, alle sociale vangnetten en steunmaatregelen ten spijt.

Twee resultaten (1.4.3 & 1.4.4) uit de meest recente nationale Gezondheidsenquête (2008) die respectievelijk de moeilijkheden om gezondheidsuitgaven in het huishou-

delijk budget in te passen en het uitstellen van medische zorg omwille van financiële redenen in kaart brengen, wijzen overigens in dezelfde richting:

1.4.3 Moelijkheden om gezondheidsuitgaven in te passen in gezinsbudget

Inkomen	1997	2001	2004	2008
<750 Euro	43%	42%	55%	72%
>2500 Euro	10%	11%	10%	3%
Totaal	33%	30%	31%	35%

1.4.4 Uitstel van medische zorg omwille van financiële redenen .

Inkomen	1997	2001	2004	2008
<750 Euro	21%	23%	18%	32%
>2500 Euro	4%	3%	3%	4%
Totaal	7%	11%	10%	14%

Beide tabellen bevestigen de hoger geformuleerde conclusie dat ziekte met de daaraan gekoppelde gezondheidsuitgaven zwaar weegt op budgetten van individuen en huishoudens. De vaststelling dat deze tendens met de jaren toeneemt suggereert bovendien dat ziekte een steeds sterker risico-factor voor armoede wordt.

2. Verhalen: wat zegt men hierover?

De problematiek van armoede en gezondheidszorg kan momenteel rekenen op een ruime en groeiende belangstelling van een reeks beleidsinstanties, en dit zowel internationaal als nationaal. Dit weerspiegelt zich in een snel aanwassende stroom van beleidsverklaringen, actieprogramma's en dito conferenties. Een korte bloemlezing ter illustratie.

2.1 Internationaal

2.1.1 Wereldgezondheidsorganisatie

Reeds in 2002 keurde de World Health Assembly een resolutie goed waarin onder meer volgende aanbevelingen naar de lidstaten toe worden geformuleerd:

“Actions to combat harmful effects of poverty on health; “Minimum guaranteed package of free medical services for the poor”.

Een aantal jaren later noteert de organisatie in haar werkprogramma voor 2008-2013 “...policies and programmes that enhance health equity and integrate pro-poor approaches...”.

2.1.2 Raad van de Europese Unie

In zijn Verslag over sociale bescherming en sociale inclusie (2009) beveelt de Raad onder meer aan “...gezondheidongelijkheid verminderen door meer aandacht voor eerstelijnszorg, preventie, gezondheidsbevordering en een betere coordinatie...”.

De ontwerp conclusie “Solidariteit in de gezondheidszorg” (2010) dringt aan op “...het verminderen van ongelijkheden op gezondheidsgebied, informatie over sociale gezondheidsdeterminanten, evaluatie van maatregelen met gezondheidsimpact...”.

2.1.3 Recente Europese ontwikkelingen

Tijdens het Europese Jaar van de bestrijding van armoede en sociale uitsluiting (2010) lanceerde de Europese Raad zijn nieuwe strategie voor *smart, sustainable and inclusive growth*, waarin de problematiek van armoede en gezondheid een belangrijke aandacht krijgt.

Dit vindt ondermeer een illustratie in de Europese Ronde Tafel tegen armoede en sociale uitsluiting (October 2010), waar ondermeer een Europees platform tegen armoede en het terugdringen van armoede met 20 miljoen in 2020 werden geagendeerd.

2.2 Nationaal

2.2.1 Vlaams Actieplan voor Armoedebestrijding (2010-2014)

Sectie 9 van dit plan over “gezondheid en welzijn” stelt “...het terugdringen van sociaal-economische ongelijkheid in gezondheidszorg is één van de belangrijkste uitdagingen voor het gezondheidsbeleid”. Dit vertaalt zich in volgende concrete actiepunten:

- toegang tot het zorgaanbod verhogen
- deelname aan preventie-initiatieven doen stijgen met 20%
- lokale acties voor gezond leven op maat van mensen in armoede
- gezonde omgeving realiseren voor mensen in armoede
- thuisloosheid voorkomen
- woonzorgvoorzieningen ook voor ouderen in (stille) armoede.



2.2.2 Beleidsnota Vlaams Minister van Welzijn en Volksgezondheid (2009-2014)

Minister Vandeuren geeft op verschillende plaatsen in zijn beleidsnota aandacht aan de problematiek van armoede en gezondheid via een aantal specifieke maatregelen en acties. Onder meer de volgende:

- “extra inspanningen leveren naar mensen in armoede en naar kwetsbare allochtone gezinnen. In overleg met de middenveldorganisaties willen we ons toelagen op *preventieve* maatregelen die, vanuit hun specifieke noden, gezond leven in een gezonde omgeving bewerkstelligen;
- Stimuleren van de *sensibilisering en vorming* van hulp- en dienstverleners rond de armoedeproblematiek en de tewerkstelling van ervaringsdeskundigen in de welzijns- en gezondheidssector;
- basisdecreet inzake Vlaamse sociale bescherming: *begrenzing van de kosten in de residentiële ouderen-*

- *voorzieningen* die tot gevolg heeft dat de kostprijs voor de resident het inkomen niet overschrijdt;
- rekening houden met de indicatoren die bepaald zijn in de *armoedebarmeter*, meer bepaald de toegang tot de gezondheidszorg en de subjectieve gezondheidssituatie;
- meewerken aan een nieuw *plan armoedebestrijding*, gecoördineerd door de Vlaamse minister bevoegd voor het coördinerend armoedebeleid.”

2.2.3 Beleidsnota Vlaams Minister belast met de armoedebestrijding

Minister Lieten, verantwoordelijk in de Vlaamse regering voor de coordinatie van de armoedebestrijding, formuleerde vier centrale hefbomen voor haar beleid:

- de overheid kiest expliciet voor een *samenhangende strategie* van armoede op lange termijn (met bijzondere aandacht voor *ouderen en stille armoede*)
- *kennis* over armoede moet blijvend verzameld
- diverse actoren vormen *beleidsnetwerken*
- *kennis* over armoede moet breed *verspreid*.

2.3 Conclusie

Deze korte bloemlezing van internationale en nationale beleidsverklaringen en actieprogramma's laat toe te besluiten dat de problematiek van armoede en gezondheid zich niet langer in een politieke schemerzone bevindt maar daarentegen expliciet tot de politieke *fashion* van het ogenblik behoort.

De hamvraag luidt evenwel welke acties op korte termijn een verschil kunnen maken binnen de context van de Vlaamse Gemeenschap.

3. Actie: wat kunnen we doen?

Het is evident dat de *beleidsverklaringen* en daaraan gerelateerde *beleidsplannen* van de betrokken ministers binnen de Vlaamse regering een aantal concrete acties bevatten die voornamelijk dan op middellange en lange termijn de vicieuze cirkel tussen armoede en gezondheid kunnen helpen openbreken.



Daarnaast kan ook gewezen worden op de beleidsaanbevelingen die de TAHIB (Tackling Health Inequalities in Belgium)-onderzoekers en de werkgroep ongelijkheid en gezondheid van de *Koning Boudewijnstichting* in een gezamenlijke nota zeer recentelijk hebben voorgesteld (October 2010). Hierin worden 15 concrete actiesporen voorgesteld, met name:

1. Inkomensverdeling en onderwijsdemocratisering op de politieke agenda plaatsen
2. Economische precariteit van wijken aanpakken
3. Verbeteren van inkomenspositie van chronische zieken, plus reïntegratie in het arbeidsproces

4. Veralgemening van de derdebetalersregeling, zeker voor Omnio-gerechtigden
5. Eerstelijnszorg beter uitbouwen
6. Uitbreiden van Impulseo-strategie naar andere zorgverstrekkers
7. Kinderen uit kansarme buurten aansporen te kiezen voor medische of paramedische beroepen
8. Voorzien in openbare ruimten die geschikt zijn voor beweging en spel
9. Verbetering van het milieu in de omgeving van scholen
10. Onderzoek door gewesten en gemeenten naar de gezondheidseffecten van milieufactoren
11. Initiatieven in verband met roken, obesitas en bewegingsgebrek
12. “Good practices” ontwikkelen in verband met zorgpad/zorgtraject
13. “Empowering” van organisaties van chronische patienten
14. Ondersteuning van verenigingen van allochtonen en verenigingen waar armen het woord nemen
15. Maatregelen ter bevordering van de gezondheid van kinderen.

Daarnaast onderlijnt de werkgroep dat de uitwerking van deze actiesporen een strategie vereist, die “de neuzen in dezelfde richting zet”, waarvoor structuren nodig zijn om het proces aan te sturen en deze actiesporen dienen tenslotte gezien te worden als “een voorafname op het verder uit te werken totaalbeleid”.

Ter afsluiting zes concrete aanbevelingen die aansluiten op de politieke actualiteit en waarvan de realisatie op relatief korte termijn haalbaar is.

3.1 Zichtbaarheid verhogen

De Vlaamse regering werkt momenteel met zes gezondheidsdoelstellingen rond

- voeding en beweging
- tabak, alcohol en drugs
- zelfdoding
- borstkankeronderzoek
- ongevallen in de privé-sfeer
- infectieziekten.

Men zou zichtbaarheid en politieke prioriteit van armoede en gezondheid kunnen verhogen door ofwel van sociale ongelijkheid in gezondheid een zevende gezondheidsdoelstelling te maken ofwel door sociale ongelijkheid als expliciete parameter in de bestaande gezondheidsdoelstellingen op te nemen. Dit zou zelfs geen vijf minuten politieke moed vereisen gegeven de maatschappelijke consensus over de prioriteit hiervan.

3.2 Financiële drempels wegwerken

Bestaande instrumenten en regelgevingen zoals Omnio-statuut, maximumfactuur en systeem van derdebetaler verlagen effectief de financiële drempels voor de zorg maar werken niet optimaal en vereisen aanpassingen. In het licht daarvan kan gepleit worden zowel voor een automatische toekenning van voorgaande en aanverwante statuten aan wie er recht op heeft als voor een veralgemeende toepassing van het systeem van derde betaler voor de eerstelijnszorg (cfr. het wetsvoorstel Marleen Temmerman).

Ook hier zou de bestaande consensus bij de meeste Vlaamse politieke partijen (Sp.a, CD&V, NV-A en Groen!) tot een snelle doorbraak kunnen leiden.

3.3 Focus op sociale determinanten van ongelijkheid

Het decreet van 21 maart 2003 betreffende de armoedebestrijding stelt dat alle entiteiten van de Vlaamse overheid het armoedebestrijdingsbeleid binnen hun entiteit moeten voorbereiden, uitvoeren en evalueren. Bovendien bevat het advies van de SERV "Vlaams Hervormingsprogramma Europa 2020 strategie" (september 2010) een aantal concrete maatregelen die rechtstreeks op sociale determinanten van ongelijkheid inspelen.

De Vlaamse overheid zou derhalve haar multifacettenbeleid inzake volksgezondheid tot 2020 dienen bij te sturen ondermeer door hierin voorstellen te integreren zoals:

- het halveren van het aantal kinderen in armoede geboren
- het beperken van laaggeletterdheid tot 3%
- substantiele verhoging van de woonkwaliteit (bouw van 43.000 woningen).

3.4 Evaluatie en onderzoek stimuleren

Onderzoeksinstellingen zoals het Federaal Kenniscentrum en het Steunpunt WVG geven in hun onderzoeksportefolio nauwelijks aandacht aan sociale ongelijkheid, armoede of de sociale gradient. Het gevolg hiervan is dat empirische evidentie over wat werkt en wat niet werkt in het doorbreken van de vicieuze cirkel armoede-ongezondheid-armoede ontbreekt in Vlaanderen.

Op de onlangs gehouden wetenschapsdag van Domus Medica werd een pleidooi gehouden voor het opzetten van een breedchalig en multidisciplinair stimuleringsprogramma voor R&D in de eerstelijns. Deze idee verscheen trouwens ook in één van de deelrapporten ter voorbereiding van de eerstelijnsconferentie. Een dergelijk onderzoeksprogramma zou een bijzonder geschikt en relevant kader bieden om de genoemde *evidence-gap* te helpen opvullen.

3.5 Het belang van lokale acties

Verschillende recente initiatieven (o.m. Cities against poverty and exclusion, Closing the Gap, SONG/KBS) hebben belang en doeltreffendheid van lokale acties inzake armoede en sociale ongelijkheid bevestigd.

Zowel op het lokale als op het vlak van de gezondheidsregio's zijn momenteel een aantal actoren zoals huisartsenkringen, Logo's, SEL's, diensten van mutualiteiten, Kind en Gezin individueel aan de slag met programma's die rechtstreeks of onrechtstreeks inspelen op de problematiek van armoede, sociale ongelijkheid en gezondheid. Samenwerking en overleg zouden evenwel de effectiviteit van deze programma's en initiatieven kunnen verhogen. Instanties zoals de Koning Boudewijnstichting en het Verbond van Belgische Steden en Gemeenten (VBSG) zouden het opstarten van een aantal lokale of regionale proeftuinen voor dergelijke samenwerking kunnen ondersteunen, begeleiden en evalueren teneinde een aantal *best practices* van acties op lokaal vlak te ontwikkelen.

3.6 Eerstelijnszorg als invalspoort

Het Vlaams Actieplan ter bestrijding van armoede verwijst expliciet naar de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorgconferentie in het najaar van 2010 en verwacht van deze conferentie concrete beleidsaanbevelingen, meer in het bijzonder inzake toegankelijkheid van de eerstelijnsgezondheidszorg voor mensen in armoede.

Momenteel finaliseren zes werkgroepen (positionering, samenwerking, preventie, geestelijke gezondheidszorg, zorg om talent en ICT) hun eindrapport voor deze conferentie. Dit symposium zou een oproep kunnen richten zowel aan de organisatoren van deze conferentie als aan de auteurs van de diverse rapporten om aan sociale ongelijkheid, armoede en gezondheid een centrale plaats te geven en een aantal concrete aanbevelingen te formuleren hoe een toekomstige eerstelijnszorg hier een belangrijk kantelmoment zou kunnen bieden.

BESLUIT

Feiten, verhalen en acties suggereren een onvoltooide symfonie over armoede en gezondheid.

Dit symposium heeft een aantal belangrijke nieuwe noten aangedragen om deze symfonie verder te voltooien. Het zou derhalve een goede zaak zijn indien de organisatoren van dit symposium een bijzondere inspanning zouden kunnen leveren om de bereikte conclusies op een actieve wijze te verspreiden bij alle instanties die een rol kunnen spelen in dit proces.

Yvo Nuyens

Jan Dockx is huisarts en voorzitter van het Vlaams Geneeskundigenverbond.

Dames en Heren,

Het is een zekere vorm van zelffortuur om na de schitterende uiteenzetting van Prof. Nuyens het woord te nemen. Ik zal dan ook deze pijniging in tijd beperken.

Armoede in Vlaanderen. Tot voor kort klonk dat vreemd over een economische topregio met “de beste gezondheidszorg ter wereld” en een zeer hoge levensverwachting. De werkelijkheid is onthutsend: onze gezondheidszorg die traditioneel toegankelijk is voor iedereen, sluit op het terrein mensen met armoede en sociale ongelijkheid uit waardoor we meer en meer evolueren naar het vaak als onmenselijk bestempelde systeem in Amerika.

Midden 2009 stelden Prof. Eric Ponette en Prof. Chris Geens het onderwerp voorop “Armoede en gezondheidszorg in Vlaanderen” voor ons traditioneel twejaarlijks symposium. Toen waren we nog onwetend dat 2010 door Europa zou uitgeroepen worden als het jaar van de armoede en sociale uitsluiting. Dank zij de prestigieuze Pirynsprijs, toegekend aan Dr. Robrecht Vermeulen en genereus door hem ter beschikking gesteld, werd het symposium materieel een feit.

We zijn vandaag tot verontrustende vaststellingen gekomen.

1. In Vlaanderen leeft 12 procent van de bevolking in armoede oplopend in Brussel tot 23 procent. Het gaat niet enkel om zichtbare maar ook over verborgen en verdoken armoede. De drie meest kwetsbare groepen zijn:
 - laag opgeleiden (autochtonen en allochtonen), alleenstaanden en éénoudergezinnen
 - bejaarden
 - gehandicapten.
2. De bestrijding van armoede is tot nog toe beperkt gebleven tot financiële ingrepen op de gevolgen ervan, maar is niet gefocust op de oorzaken: de sociale ongelijkheid en de gezondheidstoestand.
3. Het sociale huisvestingsbeleid in Brussel is rampzalig met een wachtlijst van 37.000 aanvragen.



4. De financiering van onze gezondheidszorg kost 32 miljard euro zijnde 10 procent van het bruto binnenlands product met een jaarlijkse stijging van 1,44 miljard bovenop de economische groei. Toch scoort België vrij middelmatig in de Euro Health Consumer Index.

Welke aanbevelingen kunnen we vandaag formuleren naar de overheid toe?

1. Onderwijs en talenkennis leiden tot een hogere werkzaamheidsgraad.

Een grondige talenkennis vanaf het niveau van de kleuterschool en een strikte naleving van de leerplicht zijn de eerste vereisten. De tweede taal moet verplicht de tweede landstaal zijn met voldoende noties over de derde zodat tewerkstelling over de taalgrenzen heen mogelijk wordt. Meertaligheid verhoogt immers de arbeidskansen. De democratisering van het onderwijs moet meer gelijke onderwijskansen creëren. Er moet een echte sociale mix komen zodat sociale segregatie vermeden wordt door nauwkeurig toe te zien op het inschrijvingsbeleid van de scholen en het afdwingen van het inschrijvingsrecht van de leerling.

In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest moet een enorme inspanning geleverd worden om de kwaliteit van het onderwijs te verhogen maar vooral om te investeren in talenkennis voor de nieuwkomers. Dat impliceert dat er een intensieve campagne moet gevoerd worden vooral bij de allochtone ouders om hun kinderen vanaf de eerste kleuterklas naar school te sturen: taalachterstand in het lager onderwijs wordt immers nog moeilijk ingehaald. Het Franstalig onderwijs, waar het nochtans wettelijk verplicht is de tweede landstaal te onderwijzen, draagt door de systematische verwaarlozing ervan een verpletterende verantwoordelijkheid voor het dramatisch hoge aantal werklozen en armen in Brussel. Vlaanderen moet nog meer investeren in kwalitatief hoogstaand Nederlandstalig onderwijs in Brussel.

2. Verhoging van de beschikbare financiële middelen.

Deze financiële middelen kunnen verhogen door enerzijds het aantal rechthebbenden in de sociale zekerheid, die er niet thuis horen, te verkleinen en door anderzijds te besparen in de uitgaven voor de gezondheidszorg door peperdure innovaties en voorzieningen beter af te stemmen op de reële behoeften.

3. De uitvoering van VAPA en het Actieplan Brussel.

De uitvoering van het Vlaams Actieplan Armoedebestrijding en het Actieplan Brussel waarbij de doelstellingen lopen over alle bevoegdheidsdomeinen. Er moet nog gesleuteld worden aan een effectief toezicht op de resultaten.

4. Actieve opsporing van armoede

Armoede moet actief opgespoord worden onder alle burgers op gemeentelijk niveau. Discrete meldpunten bij de OCMW's en ziekenfondsen zijn noodzakelijk.

5. Gratis toegang tot de gezondheidszorg

Beneden een bepaald inkomensniveau moet de toegang tot de gezondheidszorg gratis zijn onder de vorm van een forfaitaire geneeskunde in gemengde praktijken. De impact van het remgeld is nog te groot voor de minstbe-deelden.

6. Kredietinstellingen

Bij schuldbeheer en schuldbemiddeling moeten malafide kredietinstellingen het recht op intresten verliezen. Het is schandelijk dat sommige instellingen technieken gebruiken die leiden tot steeds nieuwe leningen die het schuldprobleem steeds verder vergroten. Vanaf 1 december heeft minister Van Quickenborne een strenger toezicht op kredietverlening afgekondigd met gevangenisstraf en boetes tot 100.000 euro wanneer blijkt dat een lening toegekend werd als vooraf duidelijk was dat problemen zouden opduiken. Een efficiënt wapen dat de OCMW's maximaal moeten benutten.

7. De sociale ongelijkheid in gezondheidszorg bestrijden.

De sociale ongelijkheid in gezondheid kan bestreden worden door:

- gezondheidsinformatie en promotie aan te passen aan het opleidingsniveau: hierin kunnen de media een belangrijke positieve rol spelen,
- versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg,
- het aanreiken van zorg op maat door gebruik te maken van zorgbehoeftemetingen op het terrein,
- meer inspanningen voor opleiding, werk, huisvesting enz. naar mensen in armoede.

Vlaanderen moet de bevoegdheden, die het nu reeds heeft inzake gezondheidszorg en de bevoegdheden die het weldra zal verwerven, maximaal gebruiken om goede gezondheidszorg voor iedereen, ook voor de armen, beschikbaar te maken in Vlaanderen en ook in Brussel.

Samenvattend kan men vooropstellen dat niet alleen de gevolgen van de armoede en sociale ongelijkheid belangrijk zijn maar dat vooral de oorzaken ervan moeten bestreden worden. En laat ons geen tien jaar wachten op een nieuw symposium over dit onderwerp maar elk jaar uitroepen in het teken van de strijd tegen de armoede.

Het spreekt vanzelf dat u allen een verslagboek zal ontvangen met de weergave van de referaten en de verslagen van de werkgroepen.

Tenslotte wens ik zeer bijzonder de sprekers te danken maar ook de talloze vrijwilligers en uiteraard ook de aanwezigen. Daarom nodig ik u uit, namens de drie verenigingen, om als sociaal gelijken te verbroederen tijdens het aperitief.

Jan Dockx



DEELNEMERS

<i>Titel</i>	<i>Voornaam</i>	<i>Naam</i>	<i>Functie</i>
Dr.	Reinhilde	Anciaux	
De Heer	Kurt	Annendijck	Medewerker Vlaams volksvertegenwoordiger Mia De Vits
Dr.	Myriam	Azou	
Prof. Dr.	Albert	Baert	VGV
Dr.	Dorothee	Berben	
Dr.	J.A.	Berben	
De Heer	Benny	Biets	Medewerker van minister Ingrid Lieten
Dr.	Luc	Bonneux	Epidemioloog Den Haag
De Heer	Hans	Bonte	Kamerlid
Dr.	Jan ML	Bosmans	Radioloog
Dr.	Marc	Bosquet	VGV
Dr.	Michel	Boute	
Mevrouw	Griet	Briels	
Dr.	Luc	Broeckaert	VGV
Dr.	Rudi	Bruyninckx	
Dr.	Gui	Celen	VGV
Mevrouw	Mieke	Claus-Verbist	
De Heer	Jürgen	Constandt	Algemeen directeur V&NZ
Prof. Dr.	Bart	Criel	Medisch Tropisch Instituut
De Heer	Adriaan	Daniels	
Mevrouw	Lynn	De Baets	VGV
Mevrouw	Mieke	De Bats	V&NZ
Dr.	Regine	De Mol	
Dr.	Edward	De Sutter	VGV
Dr.	Geert	Debruyne	Penningmeester VGV
Mevrouw		Debruyne	VGV
Mevrouw	Yvonne	Denier	Verbond van Verzorgingsinstellingen
Dr.	Katelijne	Derveaux	
Dr.	Alexander	De Vis	
Dr.	Dirk	Dewolf	Adjunct-kabinetschef bij min. Jo Vandeurzen
Dr.	Veronique	Deyaert	
De Heer	Rik	Dhoest	V&NZ
Dr.	Koen	Dillen	
Dr.	Jan	Dockx	Voorzitter VGV
Prof. Dr.	Geert	Dom	Universiteit Antwerpen
Mevrouw	Ann	Eeckhout	
Mevrouw	Annie	Fally-De Bats	
Dr.	Bart	Garmyn	Secretaris VGV
Prof. Dr.	Chris	Geens	Voorzitter VVMV; VGV
Dr.	Jan	Ghesquiere	
Dr.	Marc	Ghesquiere	
Dr.	Luc	Goovaerts	
De Heer	Marc	Hendrickx	Vlaams volksvertegenwoordiger
Dr.	Pol	Herman	VGV
Dr.	Rudy	Heymans	VGV
Dr.	Louis	Ide	VGV en senator
Mevrouw	Lies	Jans	Vlaams volksvertegenwoordiger
Dr.	Piet	Jongbloet	VGV
Mevrouw	Gyp	Jongbloet - Van Houtte	VGV
Mevrouw	Lieve	Jorens	Attaché Nationaal Kankerplan
Mevrouw	Monique	Lauwers	VGV
Dr.	Alfons	Lemmens	VGV
Dr.	Gilbert	Leuckx	VGV
Dr.	Ignas	Lindemans	VGV
Dr.	Guy Alouis	Magnus	Society for Research and Prevention on environment and health
Dr.	Jan	Matthys	
De Heer	Manu	Meers	UZ Brussel
Dr.	Herman	Moeremans	Voorzitter SVH
De Heer	Guido	Moons	VVB
Dr.	Benoit	Mores	Expert Kanker Centrum
Mevrouw	Marleen	Moyson	V&NZ
De Heer	Gunther	Naets	
Apr.	Frie	Niesten	CM
Prof.	Ivo	Nuyens	K.U.Leuven en UA
Dr.	Diederik	Ossieur	VGV
Mevrouw	Bea	Paternot	Adjunct-diensthoofd Sociale projecten Halle
Prof. Dr.	Eric	Ponette	VGV
De Heer	Erik	Prims	OCMW-secretaris Lint
Mevrouw	Francine	Proot	
De Heer	Marcel	Quintelier	VGV
Mevrouw	Reinhilde	Raspoet	V&NZ
Mevrouw	Ingeborg	Scheiris	Tolk
Dr.	Greet	Schelfaut	
De Heer	Pascal	Selleslagh	Artsenkrant
Zuster	Simone	Sergeant	Vrijwilliger armoedebestrijding Brussel
Mevrouw	Myriam	Seutens	Stafmedewerker Vereniging van Wijkgezondheidscentra
Dr.	Caroline	Simons	
Dr.	Elke	Sleurs	VGV

De Heer	Eddy	Smits	Secretaris Sociaal Huis Malle
Mevrouw	Helga	Stevens	Vlaams volksvertegenwoordiger
De Heer	Erik	Stoffelen	Commercieel directeur V&NZ
Dr.	Sarah	Swannet	
Dr.	Tony	Swinnen	
Dr.	Erik	Tack	VGV en Vlaams volksvertegenwoordiger
De Heer	Guy	Tegenbos	Journalist De Standaard
Dr.	Ay Lan	The	
Dr.	Benny	Van Bruwaene	VGV
Apr.	Johan	Van Calster	Voorzitter Farmaleuven, clivan bvba
Dr.	Dirk	Van de Voorde	VGV
Mevrouw	Hilde	Van de Voorde-Claerhout	Apotheker
Dr.	Saskia	Van den Bogaert	Verantwoordelijke Cel Nationaal Kankerplan
Dr.	Pieter	Van Den Bossche	
Mevrouw	Cilia	Van der Spurt	Forum Vlaamse Vrouwen
Dr.	Lieve	Van Ermen	VGV
Dr.	Christiaan	Van Goethem	Kinderarts
Mevrouw	Patricia	Van Haevendonck	
Dr.	Greet	Van Kersschaever	Wijkgezondheidscentrum
Dr.	Jan	Van Meirhaeghe	VGV
Mevrouw	Marina	Van Oirschot	VGV
Dr.	Noel	Van Strijthem	VGV
Mevrouw	Karine	Van Zele	LOGO Brussel
Mevrouw	Eveline	Vanacker	Preventiewerker Sociaal Huis Welwel
Minister	Jo	Vandeurzen	Vlaams minister Volksgezondheid
Dr.	Koen	Vandewalle	VGV
Mevrouw	Ria	Vanschoenwinkel	UZ Brussel
Dr.	Kristiaan	Verhaegen	Huisarts
Mevrouw	Katja	Verhelst	Directeur Humane Diensten-Vlaanderen / Rode Kruis - Vlaanderen
Dr.	Caroline	Verlinde	Directeur Huis voor Gezondheid Brussel
Dr.	Robrecht	Vermeulen	Ondervoorzitter VGV
Dr.	Leen	Vermeulen	Renford Praktijk Molenbeek
Dr.	Christine	Verwimp	VGV
Prof. Dr.	Jan	Vranken	Universiteit Antwerpen
Mevrouw	Machteld	Wauters	Coördinator internationale relaties Vlaams Agentschap zorg en gezondheid

VERONTSCHULDIGDEN

<i>Titel</i>	<i>Voornaam</i>	<i>Naam</i>	<i>Functie</i>
Dr.	Vic	Anciaux	VGV
Dr.	Rufy	Baeke	Ondervoorzitter SVH
De Heer	Wouter	Beke	Voorzitter CD&V
De Heer	Frank	Bogaerts	Senator
Prof.	Eva	Brems	U Gent, Kamerlid
Mevrouw	Karin	Brouwers	Vlaams Volksvertegenwoordiger
De Heer	Koen	Bultinck	Ere-Volksvertegenwoordiger
Prof. Dr.	Minne	Casteels	Vicerector Biomedische Wetenschappen K.U.Leuven
Mevrouw	Hilde	Crevits	Vlaams minister van Openbare Werken en Mobiliteit
De Heer	Jef	Croonenberghs	
Mevrouw	Ellen	Daly	Coördinator Logo Mechelen
Dr.	Maggie	De Block	Kamerlid
De Heer	Stefaan	De Clerck	Minister van Justitie
Mevrouw	Catherine	De Coninck	
De Heer	Alexander	De Croo	Voorzitter Open Vld
De Heer	Jean-Jacques	De Gucht	Vlaams Volksvertegenwoordiger
Prof. Dr.	Jan	De Lepeleire	VGV
Prof. Dr.	Luc	De Schepper	Rector Universiteit Hasselt
De Heer	Bart	De Wever	Voorzitter N-VA
Mevrouw	Lucile	Deghust	
De Heer	Carl	Devlies	Staatssecretaris voor de coördinatie van de fraudebestrijding
Dr.	Harrie	Dewitte	GVHV
De Heer	Matthias	Diependaele	Vlaams volksvertegenwoordiger
Prof. Dr.	Roger	Dillemans	Ere-rector K.U.Leuven
De Heer	Edgard	Eeckman	
De Heer	Sven	Gatz	Vlaams Volksvertegenwoordiger
Dr.	Astrid	Ghyselinck	Huisarts Opwijk
Dr.	Jan	Gielen	VGV
Mevrouw	Brigitte	Grouwels	Minister Openbare werken, Vervoer, Haven van Brussel en Informaticabeleid
De Heer	Tuur	Hendrickx	
Dr.	Kristof	Hillemans	Commissie Psycho Sociaal Onderzoek
Prof. Dr.	Bernard	Himpens	Decaan Faculteit Geneeskunde K.U.Leuven
Prof. Dr.	Michel	Hoogmartens	VGV
De Heer	Marino	Keulen	Vlaams Volksvertegenwoordiger
De Heer	Geert	Lambert	
De Heer	Raoul	Lamens	
Mevrouw	Greet	Lauwers	
De Heer	Yves	Leterme	Eerste Minister
Mevrouw	Ingrid	Lieten	Viceminister-president van de Vlaamse regering
De Heer	Peter	Logghe	Kamerlid
De Heer		Messiaen	Studiedienst - Landsbond van Liberale Mutualiteiten
Mevrouw	Fientje	Moereman	Vlaams Volksvertegenwoordiger
Dr.	Jan	Morlion	VGV

Prof. Dr.	Eric	Mortier	Decaan Faculteit Geneeskunde U Gent
De Heer	Philippe	Muyters	Vlaams minister van Financiën, Begroting, Werk, Ruimtelijke Ordening en Sport
De Heer	Henri	Otte	
De Heer	Kris	Peeters	Minister-president
De Heer	Jef	Peeters	Afgevaardigd bestuurder UZ Gent
Prof. Dr.	Renaat	Peleman	
De Heer	Danny	Pieters	Voorzitter Senaat
Mevrouw	Sabine	Poleyn	Vlaams Volksvertegenwoordiger
Mevrouw	Tinne	Rombouts	Vlaams Volksvertegenwoordiger
De Heer	Jan	Rottiers	
Dr.	Robert	Rutsaert	ASGB
Mevrouw	Joke	Schauvliege	Vlaams minister van Leefmilieu, Natuur en Cultuur
Prof.	Paul	Schotsmans	Vicedecaan Faculteit Geneeskunde K.U.Leuven
Dr.	Marc	Speeckaert	VGv
Mevrouw	Berthe	Taes	
Mevrouw	Annemie	Turtelboom	Minister van Binnenlandse Zaken
Prof. Dr.	Paul	Van Cauwenberge	Rector U Gent
Dr.	Bart	Van Daele	
Mevrouw	Freya	Van den Bossche	Vlaams minister van Energie, Wonen, Stedenbeleid en Sociale Economie
Mevrouw	Vera	Van der Borgh	Vlaams Volksvertegenwoordiger
Dr.	Dirk	Van Duppen	
De Heer	Erik	Van Hove	
Mevrouw	Leen	Van Zele	Gezondheidsdienst - Departement Milieu, Groen en Gezondheid - Stad Gent
De Heer	Steven	Vanackere	Vice eerste minister
De Heer	Ludwig	Vandenhove	Burgemeester Sint-Truiden
Mevrouw	Nele	Vanderheyden	Medewerker zorg en dienstverlening
Mevrouw	Marleen	Vanderpoorten	Vlaams Volksvertegenwoordiger
De Heer	Guy	Vanhengel	Vice eerste minister/Minister van Begroting
Mevrouw	Gerda	Vanmarcke	
Dr.	Hendrik	Verbrugge	VGv
De Heer	Stefaan	Vercamer	Kamerlid
Dr.	Jan	Verhaeghe	
De Heer	Geert	Versnick	Voorzitter OCMW
Mevrouw	Inge	Vervotte	Minister van Ambtenarenzaken en Overheidsbedrijven

Vlaams & Neutraal Ziekenfonds Verrassend voordelig !

Naast de klassieke ziekenfondsvoordelen, zoals o.m. hulp in het buitenland, jeugdvakanties en ziekenvervoer, komen wij ook tussen in de volgende gevallen:

Ongeacht uw leeftijd !

**Brillen en lenzen tot 80 euro
Alle vaccinaties tot 75 euro
Lidgeld sport- of fitnessclub tot 30 euro**

Specifieke troeven !

**Geboortevoordelen tot 888 euro,
waaronder ook terugbetaling van lulers
Orthodontie: terugbetalingen tot 750 euro
Lasertherapie van de ogen tot 250 euro
Kampvergoedingen tot 30 euro
Voetverzorging tot 25 euro**

☆☆☆ Nieuw ☆☆☆

**Terugbetaling voor tandimplantaten
of stifttanden tot 500 euro**

Ontdek nog meer voordelen in ons ziekenfondspakket: www.vnz.be of vraag vandaag een infopakket of vrijblijvend huisbezoek aan via **0800-179 75**. Veranderen van ziekenfonds is heel eenvoudig. Bel ons gratis nummer of surf naar onze webstek en wij doen graag de rest.

Het Vlaams & Neutraal Ziekenfonds heeft kantoren over gans Vlaanderen



Vlaams & Neutraal Ziekenfonds

UW VRIJHEID, UW ZEKERHEID

www.vnz.be met online kantoor

MET DANK AAN

◦ onze sponsors

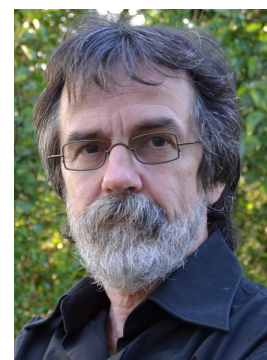


Dr. Robrecht Vermeulen – Remi Piryns prijs 2009

◦ *Mevrouw Marina Van Oirschot, onze VGV-secretaresse, en haar vrijwilligersploeg.*



◦ *De Heer Marcel Quintelier, die zorgde voor de foto's in "De Schelp"*



◦ *Mevrouw Natalie Devriendt, die de opmaak van het verslagboek verzorgde*



Bescherming op elke leeftijd



Het enige Europese bedrijf
dat zich uitsluitend toelegt op vaccins


sanofi pasteur MSD
v a c c i n e s f o r l i f e

www.spmsd.com