

AANPAK GEZONDHEIDSKLOOF EN ROL VAN SAMENLEVINGSOPBOUW

Gerard Hautekeur

Belgen onderaan de sociale ladder zijn meer ziek, ze hebben lagere overlevingskansen bij ernstige aandoeningen, ze hebben gedurende een langere periode af te rekenen met ernstige beperkingen en sterven jonger. Er is sprake van een sociale gradiënt want hoe hoger iemand zich op de sociale ladder bevindt, hoe hoger zijn/haar levensverwachting (Willems & Verlinde, 2011).

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

BASISPRINCIPES

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

1. Participatieve aanpak

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

„Community based“

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

Doen in plaats van overtuigen

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

Sociale steun

In je eentje is het haast onmogelijk om je gedrag te veranderen en vol te houden. Vandaar het belang van de groep. Bij projecten rond gezondheidsbevordering is het belangrijk een verbinding te maken tussen voeding, onderwijs, opvoeding en recreatie. In het inloophuis 'Huis der gezinnen' van Kind & Gezin in Kuregem komen jonge moeders samen om er te koken, maar tegelijk om er steun te vinden bij de opvoeding van hun kinderen.

„Kleine“ stappen

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

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

2. Focus op primaire preventie

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

Vanuit het oogpunt van primaire preventie is de strijd tegen vochtige, slecht geïsoleerde woningen, milieuvervuiling en geluidsoverlast van cruciaal belang. De geneeskunde is echter vooral bezig met secundaire preventie (Wolffers, 2011). Bij de eerste tekenen dat er iets mis gaat, grijpt de medische wereld in met medicatie, zoals bij te hoge bloeddruk of cholesterol. Momenteel lijden in België en Nederland bijna 1 op de 10 mensen aan diabetes. Volgens het Amerikaanse Center for Disease Control zou tegen 2050 één derde van de Amerikaanse bevolking diabetes hebben. Dit zijn alarmerende cijfers als je weet dat Amerika vaak op de ontwikkelingen in Europa voorop loopt. Diabetes kan goedkoop, veilig en effectief worden behandeld met verandering van leefstijl. Toch wordt de aandacht vooral gericht op medicijnen en veel minder op de andere leefstijl, zoals gezond eten én bewegen (Wolffers, 2011).

Voor de overheid loont het nochtans de moeite om te investeren in de primaire preventie omdat je als samenleving die uitgaven terug verdient. Lieven Annemans (U.Gent) heeft berekend dat de ziekteverzekering voor iedere diabetespatiënt jaarlijks 1.262 euro uitgeeft. Voor de ruim 1 miljoen Belgen met een te hoge bloedsuikerwaarde die in aanmerking komen voor behandeling van diabetes komt dit neer op uitgave van € 1,62 miljard op jaarbasis!

3. Focus op determinanten van gezondheidsongelijkheid

Het recht op gezondheid staat in de Belgische Grondwet, maar wie een hogere positie heeft op de maatschappelijke ladder leeft langer en gezonder. Bij de laagste groepen is er sprake van stilstand of zelfs achteruitgang (TAHIB-onderzoek, 2010). Uit die studie blijkt dat de laaggeschoolde gemiddeld 7,5 jaar vroeger sterft dan de hoogst geschoolde. De

ongelijkheid in gezonde levensverwachting is echter nog groter. Wie enkel lager onderwijs volgde, leeft 11 jaar minder in goede gezondheid, en wie geen onderwijs genoot leeft 18 jaar minder in goede gezondheid.

De achterstelling inzake gezondheid manifesteert zich sterker in bepaalde wijken, gemeenten of regio's. We nemen het Brussels Gewest als illustratie. Het Huis voor Gezondheid in Brussel wijst op de kloof tussen rijkere en armere gemeenten (Verlinde & Vermeulen, 2011). Van bij de geboorte is de levensverwachting drie jaar hoger in de rijkste gemeenten dan in de armere gemeenten van Brussel, 28 procent van de kinderen zijn geboren in een gezin zonder werk, waarvan 17 procent bij een alleenstaande moeder. Specifiek voor Brussel is de overconsumptie van specialistische zorg: 40 % van de problemen die zich aandienen in specialistische polikliniek, kunnen beter door huisarts worden behandeld, en ongeveer 50 % van spoedgevallen in ziekenhuis zijn eigenlijk taken voor de huisarts (Verlinde & Vermeulen, 2011).

4. Focus op specifieke doelgroepen

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

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

Tot slot, een goed gezondheidsbeleid richt zich op de verbetering van de gezondheid van de hele bevolking, maar houdt nadrukkelijk rekening met de gezondheidskloof en de diversiteit van doelgroepen. Het is een én-én-verhaal, dat weerspiegeld is in de benadering van het gezondheidsbeleid op school. Er is de algemene aanpak met voldoende ruimte voor scholen om het gezondheidsbeleid af te stemmen op de eigen schoolpopulatie. Hiervoor zijn methoden ontwikkeld met de steun van VIGeZ en de LOGO's.

HEFBOMEN

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

1. Stem geven aan maatschappelijk kwetsbare groepen

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

In de sector zijn er verschillende goede voorbeelden inzake participatie van de doelgroep bij het uitstippelen van een gezondheidsbeleid. Zo nam Samenlevingsopbouw Antwerpen provincie samen met de armenvereniging Ons Gedacht in Lier het brede thema gezondheid onder de loep. Het was een vast agendapunt op hun bijeenkomsten. Daarnaast gaf Samenlevingsopbouw ook een stem aan mensen die in armoede leven, maar geen deel uitmaken van een vereniging. Met dit doel bezocht men een aantal organisaties die met deze mensen in contact komen, zoals de sociale kruidenier en het lokaal dienstencentrum van het OCMW. In totaal werden 77 gezondheidsbabbels gehouden. Het project resulteerde in een Liers Actieplan Geestelijke Gezondheid en de oprichting van een wijkgezondheidscentrum in Lier.

2. Financiële drempels verlagen

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

In de strijd tegen armoede en gezondheidskloof vragen de sector Samenlevingsopbouw en het Netwerk tegen Armoede voor een gerichtere informatie en ruimere bekendmaking van de derdebetalersregeling en het OMNIO-statuuat. De derdebetalersregeling houdt in dat de patiënt enkel het remgeld voor de consultatie betaalt, terwijl de arts de voorziene tegemoetkoming van de sociale zekerheid rechtstreeks int bij het ziekenfonds. Het OMNIO-statuuat is een maatregel waarbij gezinnen met een laag inkomen aanspraak kunnen maken op een verhoogde tussenkomst in hun medische kosten. Aangezien veel potentiële rechthebbenden hiervan niet op de hoogte zijn wordt gepleit voor een proactieve aanpak om rechthebbenden op te sporen en toe te leiden (Memorandum Steunpunt Armoedebestrijding, 2012).

Daarnaast bepleiten Samenlevingsopbouw en het Netwerk tegen Armoede de oprichting van Wijkgezondheidscentra (WGC) en de invoering van het systeem van forfaitaire geneeskunde. Per ingeschreven patiënt ontvangt het WGC een forfaitair bedrag van het RIZIV, een bijdrage die gebaseerd is op het gemiddeld bedrag dat de ziekteverzekering uitkeert per patiënt. De ingeschreven patiënt hoeft in een aantal WGC helemaal niets te betalen of betaalt slechts een symbolisch bedrag per jaar en hij kan daarvoor een beroep doen op het totaalpakket van zorg (dat verschillend is van het ene tot het andere WGC). Het is echter zo dat enkel kinesitherapie, de huisarts en de verpleegkunde in het forfaitair systeem zit. Andere disciplines moeten het WGC uit eigen middelen financieren. De patiënt hoeft niets te betalen voor een consultatie of huisbezoek.

3. Wijkgerichte aanpak

1. Drie domeinen

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

- a) In de eerstelijnsgezondheidszorg is de medische benadering dominant. De eerstelijnszorg kiest de wijkaanpak omwille van de toegang en bereikbaarheid van voorzieningen. Het breed pallet van zorg en welzijn in de fysieke nabijheid van mensen moet een antwoord bieden op de complexere problemen waarbij verschillende disciplines kunnen samenwerken.
- b) In de gezondheidsbevordering staat de leefstijlbenadering centraal. Daarbij ligt de focus op leefstijl en gezonde voeding. De gezondheidsbevordering is niet iets dat zich alleen afspeelt in de contacten met de huisarts, de kinesist, de maatschappelijk werker en de verpleegkundige, maar is een domein waar men gemeenschappelijke projecten kan opzetten en wijkbewoners zelf initiatieven kunnen nemen.
- c) De sociale omgevingsbenadering van gezondheid en de wijk als „community“ zijn kenmerkend voor het sociaal werk en het opbouwwerk. In deze wijkaanpak is gezondheid een van de thema's in de context van de sociale omgevingsbenadering.

Bij de programma's gezondheidsbevordering ligt de focus allereerst op het gedrag of leefstijl en is de wijk een nieuw aanknopingspunt. In het sociaal werk (en de sociale omgevingsanalyse) is de wijk als community een vertrouwd aanknopingspunt, maar is gezondheid géén expliciet thema.

2. Wijkgezondheidscentra (WGC)

Het WGC biedt een meerwaarde omwille van de aanwezigheid van het multidisciplinaire team, de goed uitgebouwde gezondheids promotie en ziektepreventie, en de financiële toegankelijkheid. Eigen aan het WGC is ook de samenwerking tussen partners van welzijn en gezondheid en de signaalfunctie door het detecteren en signaleren van gemeenschappelijke gezondheidsbehoeften en het zoeken naar gezamenlijke oplossingen. Menig centrum is ingebed in het stedelijk gezondheidsbeleid.

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

Men moet er zich, aldus Sara Willems (U. Gent), voor hoeden om niet alle taken of opdrachten voor toegankelijker gezondheidszorg te leggen bij de wijkgezondheidscentra. Daarnaast zijn er immers diverse kleine en grote groepspraktijken die interdisciplinair en wijkgericht werken. Ze zijn ook pleitbezorgers van een versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg en aangepaste werkvormen om maatschappelijk

kwetsbare doelgroepen te bereiken. Zie verder in dit themanummer het artikel over het Huis voor Gezondheid in Brussel en het pleidooi voor een buurtgerichte aanpak.

3. Gezonde Wijk

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

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

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

liggen hoog: door 10 jaar structureel samen te werken wil het experiment Gezonde Stad dat de gezondheid van bewoners van de achterstandswijken in de buurt komt van het stedelijke gemiddelde (Gezonde wijk in de praktijk, 2012). Inspirerend voor de Brusselse praktijk is het brede partnership, het perspectief op langere termijn, en vooral de integrale en intersectorale samenwerking.

4. Gezondheidspromotie en ziektepreventie

Op het Vlaamse beleidsniveau staat de gezondheidspromotie en ziektepreventie hoog op de agenda. In het kader van preventie hecht men veel belang aan een gezonde leefstijl, in het bijzonder aan bewegen en gezonde voeding. Projecten rond bewegen kunnen een verschil maken voor de doelgroep van maatschappelijk kwetsbare groepen, maar het gaat om veel meer dan bewegen. Ook Samenlevingsopbouw zet hierop in. Samenlevingsopbouw Gent heeft samen met buurtsportwerkers beweeglessen ontwikkeld op maat van de 1ste generatie allochtone vrouwen. Hierna gaan we in op het project Bewegen op Voorschrift (BOV) dat de rol van het opbouwwerk en buurtwerk in de verf zet. Het Wijkgezondheidscentrum De Ridderbuurt (WGC) en RISO Vlaams-Brabant sloegen in 2009 de handen in elkaar om het BOV-project te realiseren.

Eenvoudig protocol „Bewegen Op Voorschrift“

Mensen met een hoog gezondheidsrisico of met een zittende leefstijl krijgen van de huisarts een voorschrift om te bewegen. De directe toeleiders in het project zijn huisartsen. Ook eerstelijns welzijnswerkers kunnen mensen aanraden om een voorschrift te vragen aan hun huisarts, zij zijn de indirecte toeleiders. De beweegcoach stelt een beweegplan op dat rekening houdt met de individuele conditie, zoekt naar een aangepast beweegaanbod in de buurt of de gemeente, en biedt de

mogelijkheid om bij een groep aan te sluiten. De persoonlijke benadering van de deelnemer staat centraal: veel aandacht gaat dan ook naar zijn ervaringen, opmerkingen en suggesties. Het belangrijkste is dat mensen plezier beleven aan bewegen want dit verhoogt de kans dat ze volhouden en doorstromen naar het reguliere aanbod.

Uit het tussentijds rapport van een eerste BOV-jaar blijkt dat het BOV-project een significante gezondheidswinst oplevert: deelnemers met de laagste basisconditie krijgen een betere uithouding, lichamelijke klachten verminderen en er is een opvallende verbetering van de mentale gezondheid. Dit laatste uit zich in een grotere vitaliteit, minder stress en depressie. In het rapport benadrukken de doorverwijzende artsen dat ze met BOV over een positief instrument beschikken om met kwetsbare mensen preventief te werken.

Community based en sector-overschrijdend

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

Het opbouwwerk betreft zoveel mogelijk partners die het project lokaal kunnen schragen en een draagvlak vormen zodat het kan worden verzelfstandigd en voortgezet in het reguliere aanbod. Op termijn moet daaruit een lokaal netwerk van actoren ontstaan dat met het thema gezondheid bezig is en vanuit verschillende disciplines de ongelijke toegang tot voorzieningen bestrijdt.

BOV is daartoe een handige tool om een eerste stap te zetten want voor de betrokken partners en actoren is het effect van de concrete werking onmiddellijk zichtbaar en meetbaar.

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

Verwijzigingen

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

Derluyn, I., Lorant, V., Dauvrin, M., Verrept, H., en Coune, I., Gezondheidszorg voor migranten en etnisch-culturele minderheden, in *TerZake Cahier*, november 2011, p. 58-63.

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

Gezondheidsportret Brabantwijk beweegt!, 2008, Samenlevingsopbouw Brussel.

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

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

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

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

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

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

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

Steunpunt Armoedebestrijding, Memorandum gemeenteraadsverkiezingen 2012.

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

Vlaamse Diabetesvereniging, www.diabetes-vdv.be

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

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

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