



Hoe de socio-economische gezondheidskloof dichten? Het “proportioneel universalisme” als strategie voor de aanpak van de toenemende gezondheidsongelijkheid.

Visie van de Vereniging van Wijkgezondheidscentra, het Netwerk tegen Armoede en het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie.

“Focusing solely on the most disadvantaged will not reduce health inequalities sufficiently. To reduce the steepness of the social gradient in health, actions must be universal, but with a scale and intensity that is proportionate to the level of disadvantage. We call this proportionate universalism” (1).

Samenvatting:

De Vereniging van Wijkgezondheidscentra kreeg in het Ministerieel Besluit van 10 juni 2013 als opdracht: "een verslaggeving van het overleg met VIGeZ en het Netwerk tegen Armoede evenals een beleidsmemorandum over de initiatieven voor groepen met een lagere socio-economische status".

Deze opdracht vertrekt vanuit de strategische keuze voor een categoriale aanpak voor mensen met een lagere socio-economische status. De VWGC, Het Netwerk tegen Armoede en VIGeZ stellen daartegenover in dit memorandum het “proportioneel universalisme” als alternatieve strategie voor. We bepleiten universele en structurele maatregelen om op een efficiënte wijze de gezondheidsongelijkheid aan te pakken en daarbij de categoriale benadering te verlaten. Recente inzichten en onderzoeksresultaten tonen immers aan dat een categoriale benadering ontoereikend is en dat preventieve maatregelen die niet ingebed zijn in een ruimere strategie, dreigen te falen. Om de socio-economische gezondheidsongelijkheid te verminderen moeten de interventies universeel zijn, maar met een schaal en intensiteit aangepast aan het niveau van de achterstelling.

I Probleemstelling

De sociale ongelijkheid in gezondheid

Ondanks de grote welvaart in ons land, blijft er een manifeste sociale ongelijkheid in gezondheid bestaan. Enkele cijfers uit de recente gezondheidsenquête(2) van het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid documenteren dit: 47,2% mannen met een lagere opleiding heeft een slechte gezondheidstoestand, tegenover 20,4% mannen met een hogere opleiding, mannen met een lagere opleiding hebben twee keer zoveel chronische aandoeningen als mannen met een hogere opleiding en dubbel zoveel vrouwen met alleen een lagere schoolopleiding hebben af te rekenen met pijnproblemen, in vergelijking met hoger opgeleide vrouwen. In België leeft 15% van de bevolking momenteel onder de armoededrempel, in Brussel 33%.

De gezondheidsongelijkheid is niet enkel het probleem van de armsten of laagst geschoolden in een samenleving, maar treft iedereen, waarbij gezondheid gradueel afneemt naarmate men zich lager op de sociale ladder bevindt.

De huidige financiële en economische crisis versterkt de sociale ongelijkheid op het vlak van gezondheid. In Europa is de dramatische achteruitgang van de Griekse volksgezondheid hiervan een pijnlijk voorbeeld.

Dat de grootste sociale ongelijkheid met betrekking tot gezondheidsgedrag zich voordoet in landen met een grote inkomensongelijkheid, werd eerder al door Wilkinson and Pickett aangetoond in "The spirit level"(3), en wordt bevestigd door recent onderzoek gepubliceerd in The Lancet(4).

De recepten van de voorbije jaren volstaan niet

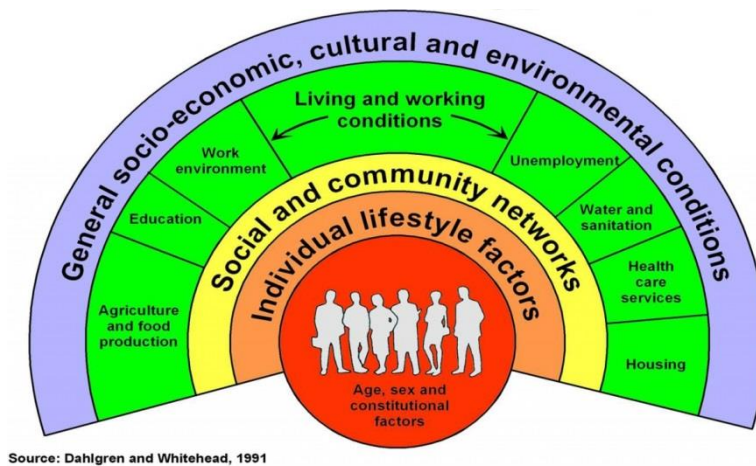
Naast de vaststelling van een stijgende sociale ongelijkheid, wordt het ook steeds duidelijker dat de aanpak die de voorbije jaren werd gehanteerd inzake preventie en gezondheidsbevordering, niet tot het gewenste effect geleid heeft. Het hierboven geciteerde artikel in The Lancet illustreert hoe de gezondheidsongelijkheid tussen 2002 en 2010 bij jongeren is toegenomen. In 34 landen, waaronder België, zijn tieners uit de lagere sociale klassen in die periode ongezonder geworden dan jongeren uit meer gegoede milieus. Zowel voor wat betreft fysieke activiteit, BMI als mentale en fysieke problemen is de ongelijkheid gegroeid. En dit ondanks de grote inspanningen die in het voorbije decennium gebeurden o.a in scholen en door gezondheidswerkers.

Preventie riskeert een paradoxaal effect te hebben waarbij bepaalde campagnes de kloof eerder doen verbreden dan doen afnemen. Jongeren uit meer gegoede milieus, die al gezonder waren, worden nog gezonder, kwetsbare jongeren nog ongezonder.

Dit wordt ook vastgesteld bij o.a. baarmoederhalscreening(5), waarbij armere en oudere vrouwen te weinig gescreend worden, terwijl net zij meer risico lopen om baarmoederhalskanker te ontwikkelen. Ook de individuele aanpak van cardiovasculaire risicofactoren laat de gezondheidsongelijkheid toenemen(6). Dit fenomeen wordt de "inverse care law"(7) genoemd, en houdt in dat zij die het meest behoefte aan gezondheidszorg hebben, het minst genieten van de bestaande zorg.

De oorzaken van ongelijkheid in gezondheid

De oorzaken van deze ongelijkheid zijn veelvoudig en bevinden zich op verschillende domeinen. Dit maakt volgende figuur van Dahlgren en Whitehead, met determinanten van gezondheid in verschillende niveaus, in een oogopslag duidelijk:



Binnenin situëren zich persoonlijke, niet beïnvloedbare factoren als leeftijd, geslacht en genetica. De buitenste lagen hebben een grote impact, omdat hun effect versterkt wordt door hun impact op de onderliggende niveaus. Zo leidt een ongunstig economisch klimaat tot meer werkloosheid, waardoor zij die erdoor getroffen worden meer kans hebben op een lager gevoel van zelfwaarde, minder sociale contacten (of vooral contacten met mensen in zelfde situatie), minder structuur in de dag en een lager inkomen tot gevolg. Dit leidt dan weer toenemende stress, het uitstellen van gezondheidszorgen omwille van financiële redenen,....

Algemene maatregelen die impact hebben op de buitenste schillen zijn per definitie universele maatregelen en zullen het meest impact hebben.

Het voorbeeld van Griekenland toont aan wat de invloed van een aanhoudende economische en financiële crisis is op de gezondheid. Het percentage mensen met onbeantwoorde medische behoeften is bijna verdubbeld: van 5,4% in 2008 tot 9% in 2014. Tussen 2008 en 2011 nam het aantal ernstige depressies met factor 2,5 toe. In diezelfde periode verdubbelde het aantal HIV-diagnoses. De OESO becijferde dat tussen 2008 en 2011 het aantal baby's met een laag geboortegewicht steeg met 16%. Het aantal doodgeboortes nam toe met 32% (8).

Een ander voorbeeld is het verband tussen werkloosheid en zelfdoding. Onderzoekers uit de universiteit van Zurich vonden dat werkloosheid jaarlijks aan de basis ligt van zo'n 45.000 zelfdodingen in 63 verschillende landen (9).

In "Reducing health inequalities"(10) onderscheidt de National Health Service van Schotland drie steeds dieperliggende niveaus van determinanten die de ongelijkheid verklaren. Van individuele ervaring over bredere omgevingsfactoren tot fundamentele oorzaken.

Acties om gezondheidsongelijkheid te verkleinen zullen meer effect hebben als op alle drie de niveaus verbeteringen kunnen gerealiseerd worden. De NHS stelt vast dat nog te dikwijls enkel aan de effecten van gezondheidsongelijkheid wordt gewerkt, en nog te weinig op de fundamentele oorzaken wordt gefocust.

Geen homogene groep

De omschrijving “mensen met lage socio-economische status” kan abusievelijk de indruk wekken dat het gaat om een groep met vergelijkbare kenmerken waarvoor gelijkaardige maatregelen kunnen aangewend worden.

Verschillende factoren kunnen echter aan de basis liggen van een lagere socio-economische status: inkomen, opleidingsniveau, handicap, taalbarrières, laaggeletterdheid, culturele achtergrond, ...

Zo blijken de drempels voor deelname aan borstkankeronderzoek verschillend te zijn voor de eerste en voor de tweede generatie vrouwen van Marokkaans origine, waardoor ook de sensibilisering anders dient aangepakt¹.

Tot slot leiden deze factoren vaak, maar niet noodzakelijk altijd tot een slechtere gezondheid. Zo kan een migratie-achtergrond of het behoren tot een bepaalde etnische groep in sommige gevallen nadelig, maar in andere juist beschermend zijn. Zo roken West-Afrikanen (bijna) niet (11). Uit analyses van de Belgische gezondheidsenquête blijken grote verschillen te bestaan in gezond gedrag naargelang de etniciteit. Zo benadert de groente- en fruitconsumptie bij Vlamingen met een mediterrane afkomst veel dichter de gezondheidsaanbevelingen dan die van de autochtone Vlaming. Een eenzijdige focus op de factor ‘culturele achtergrond’ zou niet alleen stigmatiserend zijn, maar doet ook onrecht aan de positieve gezondheidseffecten.

Uit bovenstaande blijkt dat:

1. Om de gezondheidsongelijkheid te doen dalen moet worden ingezet op het verkleinen van de sociale ongelijkheid. Dit veronderstelt een aantal ingrijpende keuzen door beleidsmakers: in de eerste plaats het reduceren van de inkomensongelijkheid en universele maatregelen, over de verschillende beleidsdomeinen en bestuursniveaus heen (cfr. Health in all policies).
2. De gezondheidssector speelt een belangrijke rol door toegankelijke en kwaliteitsvolle zorg aan te bieden. Maar de determinanten van (on)gezondheid situeren zich op vele andere maatschappelijke domeinen waarop de (curatieve) gezondheidssector op zich maar een heel beperkte impact heeft (onderwijs, tewerkstelling, huisvesting,...).
3. De gezondheidsongelijkheid vertoont zich als een gradiënt, wat betekent dat het niet zinvol is om uitsluitend te focussen op de categorie van mensen met lagere socio-economische status (SES). Bepaalde groepen tot “doelgroepen” maken, houdt een dubbel risico in: een “horizontaal risico” en een “verticaal risico”. Onder het horizontaal risico wordt verstaan dat mensen die dezelfde mate van kwetsbaarheid vertonen, maar met een andere problematiek dan de “geselecteerde doelgroep” (b.v. mensen met psychiatrische stoornissen), uit de boot vallen. Dit probleem wordt ook “inequity by disease” genoemd. Het verwijst naar het fenomeen waarbij patiënten op basis van hun diagnostisch label toegang krijgen tot zorg, die minder of niet toegankelijk is voor patiënten met dezelfde functionele status (gelijke nood aan gezondheidszorg) maar met een andere diagnose. Kortom, wie niet de 'juiste' ziekte of aandoening heeft, heeft geen of minder toegang tot zorg.... Het “verticaal risico” houdt in dat men alle middelen inzet op de zeer kwetsbare groep, en diegenen die het net iets beter hebben, uit het oog verliest, zodat ze er uiteindelijk slechter aan toe zijn dan de “geselecteerde doelgroep”. Bovendien wordt op die manier het draagvlak voor solidariteit ondermijnd.

¹ Buytaert B, Lokaal en radicaal, aanbevelingen voor het verkleinen van de sociale gradiënt in Gezondheid. VIGeZ, 2014

4. Geïsoleerde acties van preventie en gezondheidsbevordering kunnen geen vruchtbare bodem vinden, zeker niet indien ze eenzijdig focussen op sensibilisering en gedragsverandering. Dat betekent niet dat ze zinloos zijn, maar wel dat ze complementair moeten zijn aan een meer algemeen en omvattend beleid gericht op het verbeteren van de leefomstandigheden van mensen. Op die manier vermijdt men ook het "blaming the victim"-effect (waarbij mensen uit de beoogde groep worden verantwoordelijk gesteld voor het onvoldoende vertonen/stellen van gezond gedrag). Samenwerking tussen actoren van gezondheid(sbevordering) en actoren in andere beleidsdomeinen, is daarom noodzakelijk.
5. Daarnaast is de groep van mensen met een lagere SES (super-) divers, wat betekent dat indien bijzondere maatregelen worden uitgewerkt, met deze verschillen rekening moet gehouden worden.

II Het “proportioneel universalisme” als strategie voor de aanpak van de toenemende gezondheidsongelijkheid.

Definitie

Het concept van “proportionate universalism” werd uitgewerkt in the Marmot-review “Fair society healthy lives”(1):

“Focusing solely on the most disadvantaged will not reduce health inequalities sufficiently. To reduce the steepness of the social gradient in health, actions must be universal, but with a scale and intensity that is proportionate to the level of disadvantage. We call this proportionate universalism”.

Hieronder een aantal praktijkvoorbeelden die dit concept illustreren:

1. Universele en structurele beleidsmaatregelen

Succesvolle voorbeelden van dergelijke maatregelen met belangrijke resultaten voor de gezondheid vinden we in binnen- en buitenland.

- Eind negentiende en begin twintigste eeuw waren maatregelen ter bestrijding van armoede, een betere voeding, betere huisvesting,... van doorslaggevend belang in het **terugdringen van tuberculose** in West Europa.
- In de Canadese provincie Manitoba werd in de jaren 70 geëxperimenteerd met de **effecten van het toekennen van een basisinkomen**, in het “Mincome”-project(12). Het doel was om na te gaan of een gegarandeerd, onvoorwaardelijk jaarlijks basisinkomen de deelnemers zou ontraden om te werken, en zo ja hoe groot dit ontradingseffect zou zijn.

Uit de resultaten bleek dat alleen jonge moeders en jongeren substantieel minder werkten. Moeders met baby's stopten met werken omdat ze meer tijd met hun kind wilden doorbrengen, jongeren werkten minder omdat ze niet onder druk stonden om hun familie te onderhouden, met als resultaat dat meer jongeren afstudeerden. Diegenen die bleven werken hadden meer kansen om te kiezen welk soort werk ze wilden doen.

Ziekenhuisbezoeken namen in de periode van het experiment af met 8.5%, er deden zich minder werkgerelateerde ongelukken voor en minder bezoeken aan spoeddiensten omwille van auto-ongelukken en misbruik in huiselijke sfeer. Bovendien werd een daling vastgesteld

in psychiatrische ziekenhuisopnames en in het aantal consultaties voor aandoeningen geestelijke gezondheid.

- Van meer recente datum is het **rookverbod in de horeca** in België, dat leidde tot een afname van het risico op vroeggeboorten. Dat blijkt uit onderzoek onder leiding van prof. dr. Tim Nawrot, milieu-epidemioloog aan de Universiteit Hasselt. Na de invoering van het rookverbod in restaurants (2007) daalde het risico met 3,13%. Het risico op vroeggeboorten nam verder af met 2,65% na het rookverbod in cafés met eetgelegenheden (2010). De resultaten werden gepubliceerd in de *British Medical Journal*(13). Vermits groepen met lagere SES meer roken, levert een universele maatregel als rookverbod in restaurants relatief meer resultaat op voor deze groepen.
- Uit recent wereldwijd onderzoek blijkt dat **overgewicht en obesitas** kunnen worden aangepakt door omgevingen te creëren waar winkels en andere voorzieningen makkelijk bereikbaar zijn, waar het veilig is om zich te voet of met de fiets te verplaatsen, en mensen het gevoel hebben weinig risico te lopen op misdaad. Dat blijkt uit grootschalig internationaal onderzoek dat het verband tussen woonomgeving en overgewicht bij volwassenen naging, en waaraan ook 1.200 Vlamingen deelnamen(14). Ook van een universele infrastructuurverbetering plukken vooral lagere sociale klassen de vruchten. De inrichting van de publieke ruimte blijkt een impact te hebben op verschillende gezondheidsthema's: van beweging en gezonde voeding over tabaksgebruik tot sociale en geestelijke gezondheid(15).
- Dit voorbeeld illustreert tevens de belangrijke **rol die lokale besturen** kunnen opnemen. Lokale besturen hebben een enorm potentieel om deze samenwerking tussen burgers, professionals en beleidsmaker op te zetten zodat een brede aanpak van de sociale determinanten van gezondheid kan ontwikkeld worden (16). Het model van Community Oriented Primary Care kan hierbij zeer waardevol zijn. Het gaat om een vorm van needs assessment, waarbij de gezondheidsnoden van een gemeenschap in kaart worden gebracht en in overleg met de bevolking worden aangepakt. De methodiek werd ontwikkeld in Zuid Afrika en in een aantal Vlaamse wijkgezondheidscentra worden (elementen ervan) als inspiratiebron gebruikt voor het bepalen van de noden van de buurt. In Vlaanderen gaat het project Gezonde Gemeente (waaraan meer dan 8 op 10 lokale besturen deelnemen) van deze filosofie uit. Door burgerparticipatie en samenwerking tussen verschillende beleidsdomeinen en lokale levensnabije partners (facetbeleid, health in all policies) is maatwerk mogelijk dat meer impact heeft op structurele omgevingsfactoren.

2. Een universele maatregel binnen de gezondheidszorg: universeel toegankelijke eerstelijnsgezondheidszorg

Landen met een goed uitgebouwde en toegankelijke eerstelijnsgezondheidszorg hebben een betere gezondheid.

“Evidence of the health-promoting influence of primary care has been accumulating ever since researchers have been able to distinguish primary care from other aspects of the health services delivery system. This evidence shows that primary care helps prevent illness and death, regardless of whether the care is characterized by supply of primary care physicians, a relationship with a source of primary care, or the receipt of important features of primary care. The evidence also shows that primary care (in contrast to specialty care) is associated with a

more equitable distribution of health in populations, a finding that holds in both cross-national and within-national studies. The means by which primary care improves health have been identified, thus suggesting ways to improve overall health and reduce differences in health across major population subgroups”(17).

Het automatisch toekennen van rechten is een structurele maatregel met een belangrijke preventieve meerwaarde, die op verschillende (beleids-)domeinen (gezondheid, infrastructuur, arbeid, ...) kan worden toegepast om aldus het beschikbare gezinsinkomen te corrigeren. Zo kan een maatregel als de verhoogde tegemoetkoming bijdragen aan een grotere toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Aangezien echter op dit moment dit statuut voor een grote groep rechthebbenden niet automatisch wordt toegekend, kunnen velen die minder geïnformeerd of laaggeletterd zijn deze maatregel onvoldoende benutten. Gezondheidswerkers kunnen dan een belangrijke rol spelen, door in afwachting van een automatische toekenning pro-actief na te gaan waar mensen recht op hebben, en aldus de non-take up aanzienlijk verminderen.

In Vlaanderen zijn de wijkgezondheidscentra sprekende praktijkvoorbeelden van universeel toegankelijke eerstelijnsgezondheidszorg.

Wijkgezondheidscentra bieden laagdrempelige en kwaliteitsvolle eerstelijnszorg. Naast de toegankelijkheid (financieel, door de toepassing van het forfaitair betalingssysteem, maar ook socio-cultureel, fysiek,...) zijn de interdisciplinaire samenwerking, de integrale benadering, de inbedding in de wijk en de samenwerking met lokale overheden en partners uit zorg en welzijn, belangrijke uitgangspunten².

Wijkgezondheidscentra wensen bij te dragen aan meer sociale rechtvaardigheid en staan voor een toegankelijke gezondheidszorg voor iedereen.

Het model biedt een mooie illustratie van het principe van proportioneel universalisme:

De wijkgezondheidscentra hebben immers een duidelijk afgebakend werkingsgebied en iedereen die daar woont kan zich inschrijven. Dat is belangrijk omdat het betekent dat risicoselectie wordt uitgesloten. Het betekent ook dat wijkgezondheidscentra geen categoriale voorzieningen zijn die zich uitsluitend richten op de meest kwetsbaren.

De wijkgezondheidscentra zijn geen voorstander van het organiseren van een apart gezondheidszorgcircuit voor wie het niet kan betalen, of om een andere reden zijn weg niet vindt. Het is stigmatiserend voor de patiënten in kwestie, het ondermijnt het solidariteitsprincipe en vanuit maatschappelijk oogpunt is het niet wenselijk: gezondheidszorg is een basisrecht dat op een gelijke manier moet gegarandeerd zijn voor iedereen. Bovendien is het niet duurzaam.

Een wijkgezondheidscentrum is universeel toegankelijk voor alle inwoners van het werkingsgebied en alle patiënten krijgen kwaliteitsvolle zorgen. Om dit waar te maken dienen echter bijkomende gerichte inspanningen te gebeuren voor groepen die te kampen hebben met achterstellingsfactoren. Er dient intensiever en meer zorg geboden te worden naargelang de mate van achterstelling. Dit gebeurt o.a. door te werken met intercultureel bemiddelaars en tolken, het inzetten van maatschappelijk werkers om patiënten te helpen bij papierwerk en bij het benutten van hun sociale rechten, intensief netwerkoverleg, ...

² In bijlage bij dit memorandum ter illustratie de “Signalenbundel” 2014 van het lokaal welzijnsbeleid in Gent, waar o.a de Gentse wijkgezondheidscentra aan meewerken.

3. Interventies van bij aanvang zo universeel mogelijk maken

Omdat universele en algemene maatregelen het meest effect hebben en de negatieve effecten van een doelgroepspecifieke aanpak vermijden, is het ook belangrijk om ze reeds van bij de start ook universeel aan te bieden of te realiseren.

Ook hier twee voorbeelden uit de wijkgezondheidscentra. Wijkgezondheidscentra beschikken, door hun laagdrempelige werking, over heel wat informatie over oorzaken van gezondheidsongelijkheid en drempels in de toegang tot zorg. Ze kunnen hierover signaleren en/of (samen)werken aan het ontwikkelen van interventies die deze belemmerende factoren wegnemen.

1/ In wijkgezondheidscentrum Ridderbuurt werd het project Bewegen Op Voorschrift uitgewerkt (BOV)³. De huisarts maakt voor iedere patiënt die daar baat bij zou hebben, een “voorschrift” op om beweging te stimuleren en aldus meer gezondheid en welbevinden te realiseren. Het project richt zich tot alle patiënten. Indien echter de fysieke, sociale of andere drempels voor de patiënt te hoog zijn om dit op eigen houtje, of in een sportclub te gaan doen, wordt een zeer laagdrempelig aanbod voorgesteld met een daartoe opgeleide beweegcoach. Die ondersteunt en werkt op maat van elke deelnemer. Daarnaast wordt intersectoraal overlegd en gewerkt aan het toegankelijker maken van het (reguliere) sport- en beweegaanbod (omgevingsinterventie). Door deze extra inspanningen wordt dan een universeel beschikbaar beweegaanbod van in het begin toegankelijk voor mensen met een socio-economische achterstelling.

2/ Uit een analyse van de studiedienst van de Vereniging van Wijkgezondheidscentra over GMD+ (preventiemodule) blijkt dat bij patiënten uit de wijkgezondheidscentra de aanbevolen preventie uit het GMD+ in een zelfde mate uitgevoerd wordt, ongeacht de sociale status van de patiënt (voorkeurtarief of niet). De wijze waarop wijkgezondheidscentra hun preventieve zorg aanbieden (toegankelijk, laagdrempelig, aangepast aan de noden van de patiënt) zorgt ervoor dat het klassiek beschreven fenomeen waarbij armere personen minder preventie krijgen, hier niet terug te vinden valt. Er wordt op adequate wijze tegengewicht geboden aan de ‘inverse care law’. Dit positieve effect wordt aangetoond voor alle preventieve interventies waarbij het de wijkgezondheidscentrum enige of de belangrijkste aanbieder is.

Andere voorbeelden:

De communicatiemiddelen die ingezet worden om gezondheidsboodschappen te verspreiden zijn van zeer groot belang. Zowel het communicatiekanaal, als de vorm en de inhoud van de boodschap dienen afgestemd te zijn op de groepen die men wenst te bereiken en het effect dat men beoogt. De voorkeur gaat daarbij uit naar een aanpak waarbij in een eerste beweging al zoveel mogelijk mensen worden bereikt.

Een mooi voorbeeld is de “Health Communicator” die gebruikt wordt door Gezondheidscentrum Banne Buiksloot in Amsterdam. Een computer met touchscreen en spraakondersteuning legt patiënten in hun eigen taal en in eenvoudige woorden uit wat ze later op het consult kunnen verwachten. Patiënten hebben ook de mogelijkheid om het consult goed voor te bereiden aan de hand van digitale vragenlijsten. De Health Communicator is makkelijk te bedienen en vormt een handig hulpmiddel om het gesprek met de huisarts of praktijkondersteuner zo soepel mogelijk te laten verlopen (18).

³ geïnspireerd op het Nederlandse “Bewegen Op Recept”

https://www.youtube.com/watch?v=EdmDCAaofU&feature=player_embedded

Ook vanuit de overheid kunnen op dit gebied initiatieven worden genomen. Zo is het filmpje dat de Vlaamse overheid maakte naar aanleiding van het bevolkingsonderzoek naar dikke darmkanker, alleen in het Nederlands beschikbaar (19). Door dit ook aan te bieden in een aantal veel voorkomende talen kan meteen een veel grotere groep mensen bereikt worden.

Daarnaast is het belangrijk om ook inhoud af te stemmen op ervaren/gekende drempels. Wanneer enkel de taalbarrière wordt geslecht of visuele hulpmiddelen voor grotere begrijpbaarheid worden ingezet, kan een interventie nog doel missen indien de boodschap onvoldoende of niet aanslaat.

In het algemeen is het essentieel, in het geval informatie via websites wordt aangeboden, na te gaan of en hoe diverse groepen in de samenleving gebruik maken van dit medium.

4. Aandachtspunten bij “doelgroepspecifieke” maatregelen.

Omdat sociale ongelijkheid in welzijn en gezondheid een gradiënt vertoont, vormt een universele benadering zoals gezegd het uitgangspunt. Een louter universeel beleid heeft echter niet hetzelfde effect bij iedereen in de samenleving. Daarom moeten universele maatregelen ook een complementaire of selectieve vleugel kunnen hebben die varieert naargelang de behoefte. Deze selectieve maatregelen kunnen dus alleen maar “bovenop” een universele maatregel in het leven geroepen worden, en moeten in verhouding zijn met het niveau van ongelijkheid.

Wanneer zulke bijkomende inspanningen nodig zijn worden strategiekeuze en ontwikkeling van interventies best onderbouwd met een doelgroepanalyse. Participatie van de beoogde populatie is daarbij noodzakelijk en houdt in dat de doelgroep op gepaste wijze wordt betrokken van bij de eerste conceptualisering van het project en verder door heel de ontwikkeling. Zo vergroot men de kans om de drempels voor gezond gedrag te kennen en te kunnen inspelen op aanwezige krachten en motivatie.

Een geslaagd voorbeeld daarvan is het project Ratatouille van het "Huis der Gezinnen" in Brussel. Er wordt ingespeeld op de sterke motivatie van jonge moeders van alle etniciteiten om hun kinderen maximale kansen te geven. De groep zoekt in een project waar voeding en opvoeding samen komen uit, hoe gerechten uit de eigen cultuur op een gezonde wijze haalbaar zijn in het gezin.

Bekende valkuilen bij een doelgroepspecifieke aanpak zijn een stigmatiserend effect en “blaming the victim”. Om dit te vermijden is een gepaste basishouding bij het uitdenken en opzetten van maatregelen noodzakelijk.

5. Werken aan de basisattitude van beleidsmakers, zorgverstrekkers en gezondheidswerkers

Om gezondheid en welzijn van een aantal groepen in de samenleving te verbeteren zullen dus meer inspanningen nodig zijn om hen dezelfde kansen op gezond leven in een gezonde omgeving en toegang tot gezondheidszorg te geven. Dit moet zich vertalen in proportioneel meer middelen, tijd, creativiteit en inventiviteit die moet geïnvesteerd worden. In de eerste plaats echter zijn een kennis over oorzaken en gewenste aanpak van ongelijkheid noodzakelijk,

en een basishouding waarin respect voor de patiënt en rekening houden met zijn/haar context, bewustzijn van het gehanteerde referentiekader en een divers-sensitieve benadering centraal staan.

De wijkgezondheidscentra vullen dit als volgt in: Om divers-sensitief te kunnen werken is kennis van de ander noodzakelijk, maar onvoldoende (20, 21)(20, 21)(19, 20)(18, 19). De zorgverstreker moet zich als persoon goed bewust zijn van zijn of haar eigen waarden en normen ("reflective practitioner"). Werken in een sociaal-cultureel diverse omgeving betekent immers dat je wordt geconfronteerd met referentiekaders die kunnen verschillen van het eigen referentiekader. Divers-sensitieve zorg aanbieden vertrekt van wederzijds begrip, waarbij patiënt en zorgverlener elkaar beter leren begrijpen aan de hand van een open interculturele dialoog die bijdraagt aan het overbruggen van culturele verschillen.

Het ervaren van culturele verschillen kan bijvoorbeeld tot uiting komen onder de vorm van taal- en communicatieproblemen. Dit vormt niet alleen een belangrijke remmende factor voor de toegankelijkheid van preventie en zorg, maar ook voor de kwaliteit ervan. Vanzelfsprekend bemoeilijken taalbarrières het ontstaan van een wederkerige en gelijkwaardige zorgrelatie, maar ze houden ook risico's in naar kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid, omdat ze een voedingsbodem kunnen zijn voor misverstanden. Hulpmiddelen bij het omgaan met taal- en cultuurbarrières zijn bijvoorbeeld de tolkentelefoon, videotolken en het inzetten van interculturele bemiddelaars, Ook voor preventiematerialen en -projecten zijn inspanningen op dit vlak noodzakelijk.

Sociale en culturele verschillen kunnen een invloed hebben op de gezondheidsvaardigheden van het individu. 'Health illiteracy' is een belangrijke belemmerende factor in de toegang tot gezondheidszorg en slaat op het gebrek aan cognitieve en sociale capaciteiten die de motivatie en mogelijkheden van individuen bepalen om toegang tot, het begrijpen van en het gebruiken van informatie over het promoten en behouden van een goede gezondheid. Een wijkgezondheidscentrum probeert om deze health illiteracy op te sporen en om te buigen zodat er met de patiënt op een gelijkwaardige manier in dialoog kan worden gegaan. Het herkennen en inzetten van de vaardigheden waarover de patiënt wel beschikt, behoort evenzeer tot de opdracht van de gezondheidswerkers.

Ook hier kunnen vanuit de overheid stimuli worden gegeven: zo is het integreren van programma's van "health literacy" vanaf de kleuterklas een voorbeeld van een universele strategie.

6. Besluit

De Vereniging van Wijkgezondheidscentra, het Vlaams Instituut voor Gezondheids promotie en Ziektepreventie en het Netwerk tegen Armoede, pleiten voor de strategie van het proportioneel universalisme om ongelijkheid in gezondheid aan te pakken. Een categoriale benadering is ontoereikend en leidt in sommige gevallen tot meer ongelijkheid. We bepleiten een aanpak die universeel is, met waar nodig een complementaire vleugel in verhouding met het niveau en de aard van de achterstelling.

Brussel 30 september 2015

Vereniging van Wijkgezondheidscentra
Vlaams Instituut voor Gezondheids promotie en Ziektepreventie

1. Marmot M, Allen J, Goldblatt P, Boyce T, McNeish D, Grady M, et al. Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review. Executive Summary. Institute of Health equity, 2010.
2. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. HISIA : Belgian Health Interview Survey – Interactive Analysis HISIA : Belgian Health Interview Survey – Interactive Analysis : Data [30/09/2015]. Beschikbaar via: <https://hisia.wiv-isp.be/SitePages/Data.aspx>
3. Wilkinson R, Pickett K. The spirit level: why more equal societies almost always do better. London: Allen Lane; 2009. 331 p.
4. Elgar FJ, Pfortner TK, Moor I, De Clercq B, Stevens GW, Currie C. Socioeconomic inequalities in adolescent health 2002-2010: a time-series analysis of 34 countries participating in the Health Behaviour in School-aged Children study. Lancet. 2015;385(9982):2088-95.
5. Lorant V, Boland B, Humblet P, Deliege D. Equity in prevention and health care. Journal of epidemiology and community health. 2002;56(7):510-6.
6. Capewell S, Graham H. Will cardiovascular disease prevention widen health inequalities? PLoS Med. 2010;7(8):e1000320.
7. Hart JT. The inverse care law. Lancet. 1971;1(7696):405-12.
8. Roland M, Annemans L, Englert Y, Beuken G, Coppieters Y, Criel B, et al. Ziek zijn in tijden van crisis De Standaard. 2015 17/07/2015.
9. Nordt C, Warnke I, Seifritz E, Kawohl W. Modelling suicide and unemployment: a longitudinal analysis covering 63 countries, 2000-11. Lancet Psychiatry. 2015;2(3):239-45.
10. Scotland NH. Reducing health inequalities. What NHS Non-Executive Directors can do to make a difference. 2014.
11. World Health Organisation. Prevalence of tobacco use among adults and adolescents 2015 [30/09/2015]. Beschikbaar via: http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/tobacco/use/atlas.html.
12. Forget EL. New questions, new data, old interventions: the health effects of a guaranteed annual income. Prev Med. 2013;57(6):925-8.
13. Cox B, Martens E, Nemery B, Vangronsveld J, Nawrot TS. Impact of a stepwise introduction of smoke-free legislation on the rate of preterm births: analysis of routinely collected birth data. BMJ (Clinical research ed). 2013;346:f441.
14. De Bourdeaudhuij I, Van Dyck D, Salvo D, Davey R, Reis RS, Schofield G, et al. International study of perceived neighbourhood environmental attributes and Body Mass Index: IPEN Adult study in 12 countries. Int J Behav Nutr Phys Act. 2015;12:62.
15. Croucher K, Myers L, Jones R, Elleaway A. Health and the Physical Characteristics of Urban Neighbourhoods: a Critical Literature Review. Final Report. Healthy urban planning 2007.
16. Grady M, Goldblatt Pe. Addressing the social determinants of health: the urban dimension and the role of local government. WHO Regional Office for Europe, 2011.
17. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q. 2005;83(3):457-502.
18. ncoene. De Health Communicator 2014 [30/09/2015]. Beschikbaar via: <http://www.gzc-bannebuikslot.nl/de-health-communicator-2/>.
19. Gezondheid VAZe. Bevolkingsonderzoek dikkedarmkanker [30/09/2015]. Beschikbaar via: <https://www.bevolkingsonderzoek.be/dikkedarmkanker>.
20. Taspinar B, Vandepierre E. Levensbeschouwing en etnisch-culturele diversiteit. De impact op de hulpverlening. Alert – voor sociaal werk en politiek. 2013;39(3):25-31.
21. Van Braeckel L. Ziek is in elke taal ziek. Weliswaar. 2014:27.