



Memorandum

Horizon 2030

De prioriteiten van de Onafhankelijke Ziekenfondsen
voor Brussel

 onafhankelijke
ziekenfondsen

HORIZON 2030

De prioriteiten van de Onafhankelijke Ziekenfondsen voor Brussel

WIE ZIJN WE?

Als grootste verzekeringsinstelling van Brussel in aantal leden, werken de Onafhankelijke Ziekenfondsen aan een solidair, duurzaam en verantwoordelijk verzekeringssysteem met het oog op een betere levenskwaliteit van de burgers-patiënten. De Onafhankelijke Ziekenfondsen zijn ook volledig politiek neutraal. Wij geloven in een transparant, innovatief en toegankelijk gezondheidssysteem dat de burger-patiënt centraal stelt in zijn ambities.



Horizon 2030

De prioriteiten van de Onafhankelijke Ziekenfondsen voor Brussel

Voorwoord	4
De voorstellen van de Onafhankelijke Ziekenfondsen in een paar kernboodschappen	6
Meer preventie voor minder gezondheidsongelijkheid onder de Brusselaars	7
Gezondheid en leefmilieu bovenaan de politieke agenda van Brussel	10
Een gemonitord, georganiseerd en gecoördineerd gezondheidsaanbod	13
Toegankelijke en kwalitatief hoogstaande vervoersdiensten	15
Een heel leven lang een goede geestelijke gezondheid	16
Een evolutieve en kwalitatief hoogstaande ondersteuning van de vergrijzing	18
Beter beantwoorden aan de behoeften van de mantelzorgers	21
Meer politieke coherentie op het vlak van gezondheid en welzijn	23
Bibliografie	25

Voorwoord

De (gezondheids)ongelijkheid onder de Brusselaars wordt groter

De Brusselse bevolking, die jonger en internationaler is dan in de andere gewesten, telt ook een grote concentratie van sociaal-economisch kwetsbaardere mensen en dus vaak in een slechtere gezondheid verkeren dan in de andere gewesten:

- ✓ een kwart van de Brusselse bevolking heeft een inkomen dat onder de armoederisicogrens ligt
- ✓ een vijfde van de actieve bevolking (18-64 jaar) krijgt een sociale uitkering of een vervangingsinkomen.

In Brussel zijn er bijna drie keer meer 65-plussers die de inkomensgarantie voor ouderen (IGO) ontvangen (13%) dan in Vlaanderen (4%) en Wallonië (5%).

Daarnaast stellen wij grote territoriale verschillen op het vlak van kwetsbaarheid vast. Globaal genomen heeft een op de drie Brusselaars het VT-statuu¹, terwijl dit aandeel in Sint-Joost-ten-Node 50% bedraagt en in Sint-Pieters-Woluwe nauwelijks 12%. Deze verschillen zijn ook zichtbaar in het lagere gebruik van

preventieve gezondheidszorg (screening, mondzorg enz.). Ook is er een sterke concentratie van kwetsbare doelgroepen in de armste wijken die soms onder de radar van het gezondheidssysteem blijven zoals daklozen of personen zonder papieren².

De recente opeenvolgende crisissen (COVID-19, prijsstijgingen vanwege de oorlog in Oekraïne) hebben deze sociaal-economische kloven tussen de Brusselaars verder uitgediept. Wij zien bovendien dat zorg wordt uitgesteld of niet wordt opgenomen omwille van financiële redenen (38% tegenover 4% voor diegenen die aangeven geen financiële moeilijkheden te hebben). Eveneens verslechtert de geestelijke gezondheid van de Brusselaars, vooral bij sociaal-economisch kwetsbare personen zoals vrouwen van buitenlandse oorsprong, eenoudergezinnen, maar ook bij jongeren.

Culturele of educatieve obstakels kunnen personen belemmeren om beslissingen te nemen die kunnen bijdragen aan hun gezondheid. Zo kunnen de deelname aan kankerscreenings of de opname in een woonzorgcentrum soms nog een taboe betekenen voor sommige kwetsbaardere Brusselaars. Deze bevolkingsgroepen

moeten benaderd worden ('outreach') in hun leefomgeving en er moet meer ingezet worden op projecten die al succesvol zijn gebleken, zoals de Community Health Workers (CHW) en gezondheidsadviseurs van de ziekenfondsen. Een globale strategie voor preventie en gezondheidspromotie kan inspelen op de specifieke behoeften van kwetsbare bevolkingsgroepen.

De sterke stijging van het aantal Brusselaars in preciaire omstandigheden heeft daarnaast ook een impact gehad op de werklast van de gezondheidsdiensten en sociale diensten, waaronder de ziekenfondsen, die te maken krijgen met steeds meer en complexere ondersteuningsbehoeften.

De begrotingssituatie van het Gewest is de laatste jaren verslechterd om deze vele uitdagingen het hoofd te kunnen bieden. Volgens het Instituut voor de Nationale Rekeningen bedroeg de Brusselse schuld 9,5 miljard euro in 2021. De oorzaak is de groeiende kloof tussen de uitgaven en de inkomsten, maar ook de vrijgemaakte budgetten naar aanleiding van de laatste crisissen spelen hier een rol in.

Een institutioneel kluwen als belemmering voor een globale visie op gezondheid

In Brussel zijn drie communautaire instanties bevoegd³ voor gezondheid en sociale zaken: de 'Commission communautaire française' (COCOF) langs Franstalige kant, de Vlaamse Gemeenschap door de Vlaamse Gemeenschapscommissie (VGC) aan de Nederlandstalige kant en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC) als derde, tweetalige instantie, die de meerderheid van de materies concentreert die zijn overgedragen aan het Brussels Hoofdstedelijk Gewest na de zesde staatshervorming. Er is geen exclusieve bevoegdheid van de ene gemeenschap ten opzichte van een andere, wat het vaak moeilijk maakt om de verdeling van bevoegdheden onder de gemeenschappen te begrijpen. De drie instanties kunnen bijvoorbeeld sociale diensten en thuishulpdiensten subsidiëren.

De Franstalige institutionele complexiteit heeft de uitvoering van de zesde staatshervorming bijzonder moeilijk gemaakt in Brussel. De twee universitaire ziekenhuizen, bijvoorbeeld, vallen nu onder de bevoegdheid van de Federatie Wallonië-Brussel (FWB) voor bepaalde aspecten (bijvoorbeeld zware medische apparatuur), terwijl de financiering van de ziekenhuizen grotendeels federaal blijft en de andere Brusselse ziekenhuizen aan

de normen van de GGC of van de Vlaamse Gemeenschap moeten voldoen.

Deze institutionele architectuur vormt een bijkomende uitdaging voor de overheden ten aanzien van de vele gezondheidsuitdagingen in de regio.

Gecoördineerde doelstellingen voor een betere gezondheid van de Brusselaars

De gezondheids crisis heeft heel duidelijk de nood aan een vorm van samenwerkingsfederalisme aangetoond. Hoewel ze onderbenut worden, bestaan er al instrumenten die gebruikt kunnen worden om tot een gecoördineerd gezondheidsbeleid te komen. Laat ons beter gebruikmaken van deze middelen en samen werken aan een geïntegreerd gezondheidssysteem voor alle Belgen. Om de doelstellingen van de 'Quintuple Aim'⁴ te bereiken, moeten de verschillende onderdelen van het gezondheidssysteem optimaal samenwerken. Het systeem moet geïntegreerd zijn en een holistische visie op gezondheid hanteren, rekening houdend met de behoeften van de burger-patiënt. Dit betekent dat de Brusselse, regionale en federale regeringen moeten samenwerken, met voldoende coördinatie tussen de verschillende beleidslijnen op elk bevoegdheidsniveau ('health in all policies').

Aangestuurd door de 'Quintuple Aim' en de behoeften van de burgers en patiënten, zouden er algemene gezondheids(zorg) doelstellingen, opgevolgd en geëvalueerd met behulp van indicatoren, vastgelegd moeten worden op interfederaal niveau. De deelstaten en de federale regering moeten deze doelstellingen vertalen in hun eigen bevoegdheden. Concrete maatregelen om deze doelstellingen te bereiken moeten ook worden gecoördineerd in interfederale plannen, zoals geïntegreerde zorg en preventieve gezondheidszorg. Omdat de bevoegdheden en politieke instrumenten op het vlak van gezondheid versnipperd zijn tussen de verschillende regeringen, is samenwerking essentieel om een reële impact te hebben. Deze filosofie moet de rode draad vormen in het Brusselse Geïntegreerd welzijns- en gezondheidsplan 2.0, en meer bepaald voor de territoriale organisatie van de ambulante diensten in Brussel, die aan het einde van deze legislatuur nog steeds een werf in uitvoering blijft.



Xavier Brenez
CEO Onafhankelijke Ziekenfondsen

De voorstellen van de Onafhankelijke Ziekenfondsen in een paar kernboodschappen

Een regionaal volksgezondheidsprogramma en gezondheidsdoelstellingen vastleggen op basis van de behoeften van burgers

- Gezondheidsdoelstellingen vastleggen die zijn overeengekomen tussen het federale niveau en de gewesten, vertaald in gecoördineerde acties tussen de verschillende bevoegdheidsniveaus in Brussel (COCOF, GGC, Vlaamse Gemeenschap).
- Gezondheidsgegevens gebruiken om de gezondheidsdoelstellingen van het gewest aan te vullen en te monitoren in de paritaire en adviesorganen.
- Een meerjaarlijks en dynamisch budgettair kader vastleggen om de regionale gezondheidsdoelstellingen te ondersteunen.

De Brusselaars de middelen geven om een keuze te maken in overeenstemming met hun gezondheidsbehoeften

- Pluralisme, kwaliteit van de dienstverlening en transparantie van de prijzen waarborgen, zodat de burger een vrije en goed geïnformeerde keuze kan maken.
- Neem het aspect van een 'gezondheidsvaardige organisatie' op in de kwaliteitsindicatoren van gezondheids(zorg)organisaties en -verleners en werk met name samen met ziekenfondsen om de gezondheidsvaardigheden van burgers te vergroten.

- Investeren in betaalbare alternatieven voor residentiële geestelijke gezondheidszorg en ouderenzorg via onder meer een gewaarborgd kwaliteitskader.

Inzetten op preventie volgens het principe 'health in all policies'

- Maak optimaal gebruik van gegevens en op feiten gebaseerde systemen (met name ziekenfondsen) om initiatieven binnen preventieve gezondheidszorg en gezondheidsbevordering, zoals bijvoorbeeld inzake vaccinatie, screening en milieugezondheid.
- De gezondheidsbehoeften van mantelzorgers onderzoeken, evalueren en ondersteunende maatregelen uitbreiden.
- Indicatoren voor preventie en gezondheidspromotie in woonzorgcentra en hun alternatieven ontwikkelen zoals inzake geestelijke gezondheid en mondhygiëne.

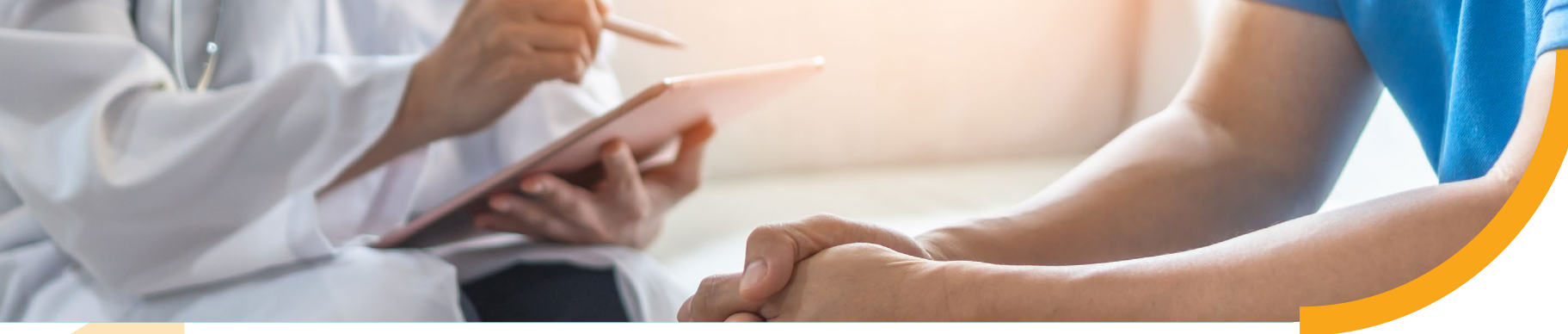
Het Brusselse institutionele apparaat vereenvoudigen voor een geïntegreerd gezondheidsbeleid

- De Franstalige bevoegdheden (COCOF/FWB) naar aanleiding van de zesde staatshervorming samenbrengen onder de GGC (handicap, ambulante geestelijke gezondheidszorg, thuishulp, gezondheidspromotie).

- De twee GGC-administraties integreren en daarbij een onderscheid maken tussen paritair en soeverein beheer.
- De samenhang tussen gezondheid en leefmilieu versterken door deze domeinen toe te kennen aan dezelfde minister.

Digitaliseren zonder de digitale kloof te verbreden

- Investeren in de digitalisering van de ambulante diensten, met name via het Brussels Gezondheidsnetwerk.
- Tot de ontwikkeling van één patiëntendossier komen op basis van interoperabele tools tussen de verschillende bevoegdheidsniveaus en de noodzakelijke communicatie tussen de hulp- en zorgverleners waarborgen.
- De burgers begeleiden doorheen de digitale transformatie door hen te helpen de nodige vaardigheden te ontwikkelen, met name via de bestaande systemen van de ziekenfondsen (Community Health Workers, gezondheidsadviseurs, fysieke loketten).



Meer preventie voor minder gezondheidsongelijkheid onder de Brusselaars

Context

Preventie en gezondheidspromotie zijn bevoegdheden die verdeeld zijn tussen de COCOF, de GGC en de Vlaamse Gemeenschap, en zijn nog steeds ondergefinancierd (amper 1,4% van het budget voor gezondheid en welzijn), terwijl dit een belangrijke hefboom is om de sociale gezondheidsongelijkheden onder de Brusselaars te verminderen. Daarnaast is een gezonde levensstijl van essentieel belang om het relatief groot aantal chronisch zieken in Brussel (1 op 3) terug te brengen.

In vergelijking met de twee andere gewesten toont de laatste gezondheidsenquête dat de grootste uitdagingen inzake overmatig alcoholgebruik zich in Brussel bevinden.

De vaccinatiegraad van kinderen tegen het papillomavirus blijft problematisch (47,6%), net als het aantal vrouwen dat gevaccineerd is tegen kinkhoest en de griep (respectievelijk 37,2% en 18,6%).

Ook het aantal Brusselaars dat deelneemt aan screeningprogramma's voor borst- en dikkedarmkanker is zorgwekkend (minder dan 10%), terwijl andere screeningspistes voor borstkanker zoals de individuele mammografie bijna 50% van het doelpubliek bereiken. In tegenstelling tot Vlaanderen bestaat er voor Brussel nog geen georganiseerde screening naar baarmoederhalskanker. 45% van de Brusselaars ondergingen in 2021 een cytologisch onderzoek, waarbij we een stagnatie observeren sinds 2018.

Studies tonen aan dat 38% van de Brusselse bevolking een laag niveau van gezondheidsvaardigheden heeft, wat betekent dat ze niet over voldoende vaardigheden beschikken om geïnformeerde beslissingen over hun gezondheid te nemen. Er is een correlatie tussen sociaal-economische status en een lager niveau van gezondheidsvaardigheden⁵, wat ook geassocieerd wordt met een lagere kwaliteit

van gezondheid en leven, een hogere prevalentie van chronische ziekten en minder gebruik van preventieve maatregelen en screening.

Zwakkere gezondheidsvaardigheden kunnen nog worden verergerd door de kwetsbaarheid voor de digitalisering van de samenleving en de moeilijkheid om online gezondheidsinformatie te begrijpen, wat ertoe kan bijdragen dat de meest kwetsbare personen, zoals ouderen en mensen met een lagere sociaal-economische status, hun gezondheid minder in eigen handen kunnen nemen.

Doelstellingen en acties

Tegen 2030 minstens 3% van het Brusselse budget voor gezondheid en welzijn besteden aan preventie en gezondheidspromotie (1,4% in 2023)

- Investeren in preventie is rendabel. Elke euro die wordt geïnvesteerd in preventiemaatregelen brengt 14,3 euro op.

Een niveau van gezondheidsgeletterdheid van 75% bereiken voor de Brusselse bevolking tegen 2030 (63,2% in 2018)

- Investeren in de uitwerking en toepassing van een praktische richtlijn die de gezondheidsactoren in staat stelt hun beleid inzake gezondheidsgeletterdheid te verfijnen en te evalueren. De organisaties moeten in deze overgang ondersteund worden door expertisecentra en geresponsabiliseerd worden om hun individuele en collectieve communicatie begrijpelijk te maken.
- De systemen voor toenadering ('outreaching') tot de kwetsbare groepen versterken. Dit is een essentiële tool om de gezondheidsbehoeften van diverse doelgroepen te begrijpen, de communicatie te preciseren, de gezondheidsgeletterdheid te versterken, een gezonde levenswijze te promoten en de deelname aan georganiseerde screenings aan te moedigen. De ziekenfondsen kunnen

hun expertise aanwenden via de projecten die ze vandaag aansturen (gezondheidsadviseurs en Community Health Workers).

Het aandeel van Brusselaars met digitale basisvaardigheden tegen 2030 verhogen tot 70% (54,23% in 2021)

- De kennis van burgers op het gebied van digitale toepassingen in de gezondheidszorg en rechten in deze digitale omgeving versterken, zoals beschreven in het voorstel van de Europese verordening 'European Health Data Space'.
- De burgers sensibiliseren en informeren over de toegevoegde waarde van geïnformeerde toestemming voor het delen van gegevens en over het secundaire gebruik van gegevens (gebruik van gegevens voor onderzoek en innovatie) om het vertrouwen in de digitalisering van de gezondheidszorg te versterken.
- Toegang behouden tot niet-digitale dienstverlening voor de burgers die minder gemakkelijk hun weg vinden in de digitale wereld (onder meer via de telefoon).



Verdere inspanningen om de gezondheid te bevorderen door lichaamsbeweging en de strijd tegen roken

- Bewegen, op toegankelijke wijze en met begeleiding, bij bepaalde doelgroepen (chronisch zieken, personen met depressieve symptomen, enz.) stimuleren door zich te inspireren op het Vlaamse project 'Bewegen op Verwijzing'.
- Het terugbetaalde aanbod voor rokers uitbreiden en diversifiëren met behulp van bewezen methodes zoals groepsessies. Momenteel worden alleen individuele consultaties terugbetaald, terwijl het gebruik ervan voortdurend afneemt.
- De lijst van erkende tabakologen, het bestaande aanbod en de directe en indirecte voordelen van een rookvrije omgeving zichtbaarder maken.
- De financiële toegankelijkheid van verstrekkingen in het kader van tabaksontwenning verbeteren, door, zoals in Vlaanderen, het principe van de derde betaler toe te passen.

De deelname aan georganiseerde kankerscreenings verhogen met 10% (borstkankerscreening: 9,4% in 2022/ dikkedarmkankerscreening: 8,3% in 2022)

- De georganiseerde borstkankerscreening in Brussel meer promoten, omdat de deelname te laag blijft ten opzichte van de diagnostische mammografie.
- Een samenhangende en gecoördineerde sensibiliseringsstrategie voor het grote publiek ontwikkelen met bijzondere aandacht voor de kwetsbare bevolkingsgroepen.
- De ziekenfondsen betrekken als partners bij, bijvoorbeeld de verzending van herinneringen voor uitnodigingen voor screenings, of door informatie te versterken, door te werken aan de belemmeringen van de leden, voornamelijk via gezondheidsadviseurs. Drukbezochte plaatsen gebruiken voor acties voor preventie en gezondheidspromotie, zoals ziekenfondskantoren, door gebruik te maken van de goede praktijken uit COVID-projecten (bijv. vaccinatiecentra in ziekenfondsagentschappen).

- Met de betrokkenheid van het Intermutualistisch Agentschap (IMA) nauwlettend de deelnamegraad monitoren door de factoren te evalueren die de deelname aan officiële screenings bepalen.
- Bij de zorgverleners informatiecampagnes opzetten over goede praktijken inzake screening.
- Voor de consistentie en een grotere doeltreffendheid en begrijpelijkheid voor de burger, de methodes evalueren voor de toegankelijkheid tot de Colotest door de bevolking die beoogd wordt door dikkedarmkankerscreening (deze methodes zijn verschillend in de drie gewesten).

De strategie voor de uitroeiing van door het papillomavirus veroorzaakte kankers versterken (vaccinatie: 47,6% in 2019/screening: 44,9% in 2021)

- De vaccinatiegraad bij meisjes verhogen (minstens 90%) en ook bij jongens (aanzienlijke verhoging) door alle relevante actoren erbij te betrekken, met name in de schoolomgeving (CLB-diensten), maar ook de ziekenfondsen.

- De screening op baarmoederhalskanker in Brussel organiseren en de ontwikkeling van nieuwe screeningsmethodes, zoals zelftests, van nabij opvolgen en deze invoeren indien deze effectief blijken.

Tegen 2030 vaccineert één zwangere vrouw op twee zich tegen kinkhoest en griep (vaccinatie tegen de griep: 18,6% in 2019/vaccinatie tegen kinkhoest: 37,2% in 2019)

- Via het systeem van 'Born in Brussels' een consistente en gecoördineerde informatiestrategie voor het grote publiek ontwikkelen, met bijzondere aandacht voor de kwetsbare bevolkingsgroepen.
- Zowel burgers als zorgverleners toegang geven tot de vaccinatieregisters die geïntegreerd zijn in hun elektronisch dossier en ervoor zorgen dat die registers alle vaccinatiegegevens bevatten.



Gezondheid en leefmilieu bovenaan de politieke agenda van Brussel

Context

Gezondheid en leefmilieu zijn twee sectoren die op politiek niveau nog grotendeels losgekoppeld zijn tussen het gewestelijk bevoegdheidsniveau voor milieu en de drie autoriteiten die in Brussel bevoegd zijn voor gezondheid, terwijl het milieu een bepalende factor kan zijn in onze gezondheidsproblemen (kankers, ademhalingsaandoeningen, hart- en vaatziekten) en de huidige klimaatuitdagingen een rechtstreekse impact hebben op ons gezondheidssysteem (toenemend aantal hittegolven, luchtverontreiniging en een toename van ademhalingsaandoeningen).

98,6% van de Brusselse bevolking woont of werkt op een plaats waar de door de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) gedefinieerde luchtvervuilingsdrempel is overschreden. Zelfs de negatieve gevolgen

van de luchtvervuiling zijn ongelijk verdeeld: sociaal kwetsbare groepen worden meer blootgesteld en zijn er zich minder van bewust omwille van onder meer lagere gezondheidsvaardigheden.

De leefomgeving heeft een impact op de gezondheid en het algemene welzijn, en dan vooral het gebrek aan toegang tot groene ruimtes, wat zeer vaak voorkomt in de dichtbevolkte en kansarme wijken van het arme gedeelte van Brussel. In de wijken in het noordwesten ontbreekt het aan groene ruimtes, terwijl dit een zone is met een hoge concentratie van personen met het VT-statuuut en kleine woningen. De inwoners van het stadscentrum cumuleren het gebrek aan groene ruimtes met een hoge blootstelling aan fijn stof, terwijl het zuiden van Brussel minder blootgesteld is aan fijn stof en over talloze groene ruimtes beschikt.

Een Brusselaar op vier woont in een ongezonde woning met onder meer lekken in het dak, vochtige muren, vloeren of funderingen, rotte ramen of vloeren. Er bestaan nochtans Brusselse initiatieven die nog te weinig bekend zijn bij het grote publiek. Zo evalueert de Regionale Cel voor Interventie bij Binnenluchtvervuiling (RCIB) bijvoorbeeld gratis en op medisch voorschrift de impact van de luchtvervuiling binnen de woning op de gezondheid van zijn bewoners. Een ambitieus en gecoördineerd beleid op het vlak van gezondheid en leefmilieu is duidelijk een prioritair dossier voor de volgende Brusselse regering.

Doelstellingen en acties

Een geïntegreerd beleid voor milieugezondheid in Brussel ontwikkelen met de bevoegde autoriteiten

- ✓ Een gezamenlijk actieplan opstellen om aan de slag te gaan met de belangrijke bepalende factoren voor milieugezondheid (huisvesting, gezondheid, omgeving, werk, mobiliteit) en de relevante overheden en expertisecentra hierbij betrekken. Het actieplan tegen de hormoonverstoorders kan in dit opzicht uitgebreid worden.
- ✓ De samenhang tussen gezondheid en leefmilieu versterken door deze bevoegdheden toe te kennen aan dezelfde minister.

Van de klimaatuitdagingen een politieke prioriteit maken in de volgende legislatuur 2024-2029

- ✓ Deelnemen aan de tussentijdse evaluatie van het Nationaal Energie- en Klimaatplan 2021-2030 en het beleid bijsturen om de geformuleerde doelstellingen te realiseren tegen 2030. Indicatoren over milieuongelijkheden en hun impact op de gezondheid ontwikkelen en monitoren met de hulp van Brusselse expertisecentra zoals het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn moet een prioriteit zijn.

- ✓ Maatregelen treffen op Brussels niveau om het gezondheidssysteem aan te passen aan de klimaatverandering op basis van de aanbevelingen van het rapport van VITO, Sciensano en Möbius uit 2021. Bijzondere aandacht besteden aan een gecoördineerd risicobeheer in Brussel en prioritair investeren in duurzame infrastructuur in de gezondheidssector zoals ten aanzien van woonzorgcentra en centra voor geestelijke gezondheidszorg.

De luchtkwaliteit van de Brusselaars drastisch verbeteren tegen 2035

- ✓ De nieuwe richtlijnen van de WGO implementeren tegen 2035, met o.a. strengere normen voor stikstofdioxide (4 maal strenger) en fijn stof (2 maal strenger), ook indien bij de herziening van de Europese normen inzake luchtkwaliteit een latere deadline bepaald zou worden.
- ✓ Het netwerk voor de monitoring van vervuilende stoffen verbeteren en versterken, door er ook opkomende vervuilende stoffen in te integreren en mobiele stations, verkeersstations enz. toe te voegen om een exact beeld te krijgen van de vervuiling daar waar die het meest aanwezig is (stedelijke centra, street canyons enz.) en op te

treden via lokale actieplannen (beplanting van de openbare ruimte, mobiliteitsplan).

- ✓ De burgers bewust maken van de noodzaak om doeltreffende maatregelen (bijvoorbeeld het weren van vervuilende auto's uit steden helpt om de luchtkwaliteit te verbeteren en daarmee onze gezondheid te beschermen).
- ✓ De rol van de RCIB, die op medisch voorschrift vervuilende stoffen in woningen kan analyseren, versterken en zichtbaar maken bij de gezondheidsactoren en het grote publiek.
- ✓ De binnenluchtkwaliteit meer integreren in renovatieprojecten, met name in het Brusselse programma 'Renolution' door het gebruik van (biologische) gezonde producten en ademende thermische isolatie aan te moedigen.
- ✓ Gezinnen die brandstoffen gebruiken die bijzonder slecht zijn voor de binnenluchtkwaliteit (lampolie enz.) prioritair ondersteunen om hun woning energiezuiniger te maken.

De Brusselaars minder blootstellen aan gevaarlijke chemische stoffen

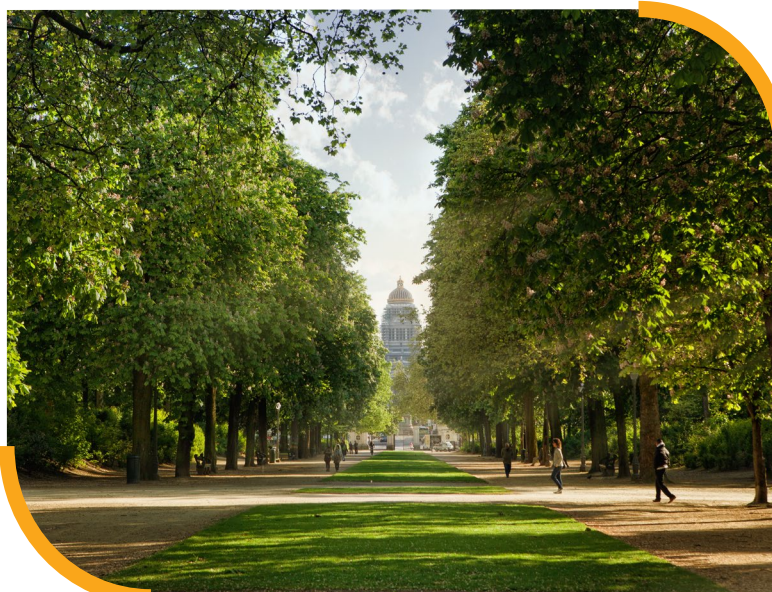
- ✓ Het gebruik van gevaarlijke chemische stoffen beperken of verbieden, ook wanneer er enkel een vermoeden van gevaar is (voorzorgsprincipe), zoals de actualiteit de afgelopen maanden heeft aangetoond en zoals onlangs door enkele lidstaten gevraagd werd voor PFAS (geperfluoreerde en polygefluoreerde alkyls, een groep van chemische stoffen).
- ✓ De noodzakelijke budgetten vrijmaken om de doelstellingen en acties zoals gedefinieerd in het nationale actieplan voor hormoonverstoorders uit te voeren, en een efficiënte en gecoördineerde monitoring van de uitvoering verzekeren.
- ✓ De bevolking op transparante wijze informeren over de risico's verbonden aan de blootstelling aan hormoonverstoorders en wat ze er zelf aan kan doen via kleine handelingen in het dagelijks leven, in samenwerking met de verschillende gezondheidsactoren, waaronder de ziekenfondsen.
- ✓ Specifieke strategieën ontwikkelen voor kwetsbare bevolkingsgroepen zoals kinderen en zwangere vrouwen: de bestaande actoren die in contact staan met deze groepen opleiden en gebruiken (ONE, Kind en Gezin, ziekenfondsen, schoolomgeving).

De natuur en groene ruimtes beschermen en bevorderen

- ✓ De steden en gemeenten ondersteunen om naar het 'Healthy city'-concept te streven, waarbij het wonen in steden gezonder wordt door een goede stedelijke planning met voldoende groen, een goed aanbod van openbaar vervoer en stadscentra met minder gemotoriseerd verkeer.
- ✓ Zorgen voor een gelijke en rechtvaardige verdeling van het groen in de gemeentes, volgens het 'Tree Equity'-concept. Groene ruimtes integreren in stedelijke omgevingen, bijvoorbeeld

door de 3-30-300-regel te gebruiken, die zegt dat elke burger minstens drie bomen moet kunnen zien vanuit zijn woning, een bosareaal van 30 % in zijn wijk heeft en niet meer dan 300 meter van het dichtstbijzijnde park of de dichtstbijzijnde groene ruimte woont.

- ✓ Zorginstellingen ondersteunen om groen in hun faciliteiten te integreren, bijvoorbeeld door buitenruimtes te creëren waar patiënten en personeel van kunnen genieten.





Een gemonitord, georganiseerd en gecoördineerd gezondheidsaanbod

Context

Vandaag heeft 64% van de Brusselaars een vaste huisarts, wat een aanzienlijke stijging is sinds 2016 (49%), maar lager blijft dan in Wallonië (70%) en Vlaanderen (86%).

Er zijn ook grote verschillen tussen de gemeenten wat betreft een beroep doen op huisartsen: 65% van de inwoners van Sint-Jans-Molenbeek heeft een vaste huisarts, tegenover 44% in Ukkel. Deze verschillen zijn onder meer verbonden aan de introductie van medische huizen in sommige armere gemeenten: 21 % van de inwoners van Sint-Joost-ten-Node is ingeschreven in een medisch huis, tegenover 2 % in Sint-Pieters-Woluwe.

Patiënten die geen vaste huisarts hebben, gaan ook vaker naar de spoed. Dit geldt in het bijzonder in Brussel voor jongeren onder 15 jaar en 65-plussers. Het toenemende aantal mensen in een preciaire situatie, de stijging van het aantal chronisch zieken en het niet op de hoogte zijn (gezondheidsgeletterdheid)

van de bestaande alternatieven, zoals huisartsen van wacht, kunnen dit fenomeen deels verklaren.

De toegang tot ambulante diensten is een belangrijk voorbeeld van de coördinatie die nodig is tussen de verschillende bevoegdheidsniveaus in België. De gewesten zijn, bijvoorbeeld, bevoegd voor de territoriale organisatie van gezondheids- en welzijnsdiensten en de financiering van een reeks hulpdiensten (sociale diensten, thuishulp, medische huizen), terwijl de federale regering grotendeels de individuele zorgverstrekkingen financiert (verpleegkundige verzorging, kinesithérapie, huisartsen enz.) en er een reeks hervormingen in uitvoering is (New Deal, Plan voor geïntegreerde zorg). Daarnaast hebben de afgelopen jaren aangetoond hoe belangrijk het is om de acties van verschillende bevoegdheidsniveaus te coördineren, tijdens en buiten een gezondheids crisis.

Door de institutionele complexiteit zien we ook verschillen in de financiering

van de diensten in functie van het bevoegdheidsniveau dat ze financiert (bv.: huishulpdiensten of sociale diensten). Deze diensten zien vanop de eerste lijn de gevolgen van de steeds precairdere situaties waarin de burgers zich bevinden, die resulteren in meer en complexere aanvragen.

Het Brussels Gezondheidsnetwerk (BGN) maakt de uitwisseling van medische gegevens mogelijk, die nog steeds beperkt is tot Brusselse ziekenhuizen en bepaalde zorgverleners (verpleegkundigen, kinesitherapeuten enz.). Het is een belangrijke hefboom om de continuïteit van de zorg te garanderen (vooral voor chronisch zieken) en voor een administratieve vereenvoudiging voor de patiënten en hun naasten (centralisering van medische onderzoeken). Volgens de laatste cijfers is bijna 89% van de Brusselaars al ingeschreven bij het Brussels Gezondheidsnetwerk.

De 'uittredende' regering heeft eind 2022 een territoriale organisatie van de ambulante gezondheids- en welzijnsdiensten in Brussel in 5 gezondheidszones en 47 groepen

Doelstellingen en acties

van wijken opgestart om het aanbod van verzorging en bijstand beter te structureren en zichtbaarder te maken, en de lokale samenwerking tussen gezondheidsactoren meer te versterken. Elke zone zal beoordelen of de aangeboden diensten overeenstemmen met de behoeften van zijn bevolking (diagnose). Daarna stelt hij zijn sociaal en gezondheidsactieplan op (lokaal sociaal en gezondheidscontract), dat gezamenlijk door de actoren op het terrein wordt uitgevoerd. Deze territoriale organisatie wordt prioritair uitgevoerd in de armste wijken, volgens het principe van proportioneel universalisme, en zal onder toezicht staan van het lokale OCMW.

De verzekeringsinstellingen spelen op verschillende manieren een actieve rol, via hun sociale dienstverlening en woningaanpassingsdiensten, maar ook via hun recente preventie-initiatieven in het veld, zoals de gezondheidsadviseurs en de Community Health Workers (CHW) met als doel erin bevolkingsgroepen te bereiken die verder verwijderd zijn van het gezondheidssysteem. Deze maatregelen moeten hun weerklink vinden in de hervormingen die momenteel worden doorgevoerd.

Tegen 2030 moet het Brussels Hoofdstedelijk Gewest georganiseerd zijn in lokale en supralokale zones die het aanbod van langdurige zorg en hulpverlening met elkaar verbinden en de regionale gezondheidsdoelstellingen operationaliseren in een aanpak voor preventie en gezondheidspromotie

- ✓ Een gemeenschappelijk programmatiekader van ambulante gezondheids- en welzijnsdiensten sociale gezondheidsdiensten vastleggen (sociale diensten, thuishulp, medische huizen) om een gepaste verdeling van de diensten te waarborgen met het oog op de gezondheidsbehoeften van de Brusselaars, los van het bevoegdheidsniveau dat bevoegd is voor de regio.
- ✓ De regionale gezondheidsdoelstellingen die vastgelegd zijn op federale basis, omzetten in gecoördineerde lokale actieplannen tussen de 5 Brusselse zones via een transparante governance en het gebruik van gemeenschappelijke methodologische tools (bv.: opvolgingsindicatoren). Pilootprojecten zoals lokale en sociale gezondheidscontracten⁶ herkaderen in dit perspectief, met name alvorens ze uit te breiden naar andere wijken.
- ✓ De lokale gezondheidsdiensten in kaart brengen en zichtbaar maken (aanbod, kosten) voor de burger, en het gebruik van eerstelijnsdiensten, zoals huisartsen van wacht, promoten.
- ✓ De ziekenfondsen gebruiken, vooral via hun wijkinitiatieven ('outreach'), om de Brusselaars bewust te maken van de troeven van het globaal medisch dossier (GMD) bij een huisarts (vermindering van het persoonlijk aandeel bij de huisarts enz.).
- ✓ De burger-patiënt meer empoweren via de systematisering van het individueel hulp- of zorgplan.
- ✓ De initiële opleiding van zorgverleners herzien om er de grote uitdagingen rond volksgezondheid in op te nemen en interdisciplinariteit aan te moedigen (preventie, buurtgezondheid, samenwerking met andere zorgverleners, gezondheidswijsheid, uitdagingen van de vergrijzing enz.).
- ✓ Meer systematisch de meerwaarde evalueren van bepaalde administratieve taken die worden uitgevoerd door zorgprofessionals (met name in termen van rapportage).
- ✓ Stimulansen voor de actoren op het terrein voorzien om lokaal overleg in de zones te stimuleren.

De integratie van nieuwe technologieën in hulp en zorg voor de burger vergemakkelijken

- ✓ Invoeren van de digitalisering van de dossiers van patiënten/rechthebbenden in verschillende eerstelijnssectoren, zoals thuishulpdiensten, en de uitwisseling via het BGN van administratieve, sociale en medische gegevens met beveiligde toegang en de toestemming van het individu.
- ✓ De digitale tools labelen om thuis blijven wonen te ondersteunen, en daarbij kwaliteit tegen een betaalbare prijs garanderen.

Toegankelijke en kwalitatief hoogstaande vervoersdiensten

Context

Personenvervoer is een complexe materie, op het kruispunt tussen de federale autoriteiten (dringend vervoer) en de regionale autoriteiten (niet-dringend vervoer)⁷. Vervoer om verzorgingsredenen blijft een belangrijke behoefte van de oudere Brusselaars, vooral wanneer informele hulp ontbreekt en de redelijk hoge kosten van het vervoer voor sommigen een drempel voor de toegang tot zorg vormen. Op reglementair vlak bestond er tot voor kort geen enkele wetgeving inzake niet-dringend vervoer in Brussel, met mogelijke afwijkingen in zowel de tarieven als de kwaliteit van de dienstverlening.

In de vorige legislatuur heeft de Brusselse regering een nooit eerder gezien wettelijk kader van gezamenlijke COCOF/GGC-erkenning voor vervoerders (ambulances en lichte medische voertuigen) gecreëerd en heeft het recentelijk concrete prijsplafonds vastgelegd (2024) voor het niet-dringend patiëntenvervoer.



Doelstellingen en acties

Alle oplossingen voor niet-dringend vervoer worden georganiseerd tegen een gereguleerde en transparante prijs, en beantwoorden aan consistente kwaliteitsnormen in het volledige Brusselse grondgebied en haar periferie

- ✓ Het nieuwe prijsbeleid monitoren, met aandacht voor de toegankelijkheid en de kwaliteit van de dienstverlening en consistentie met de interventies op federaal niveau
- ✓ De nieuwe regionale prijzen zichtbaar maken voor de burger en zijn omgeving (weergave van prijzen enz.), voornamelijk via intermediaire zorgorganisaties zoals verzekeringsinstellingen, maar ook woonzorgcentra en ziekenhuizen
- ✓ Opzetten van een beleid voor de regulering van professionele vervoerders, voornamelijk via de commissie voor permanent overleg⁸, die de bevoegdheid heeft over de toekenning en controle van de erkenning op basis van kwaliteitsdoelstellingen, ontwikkeling van een programmatie



Een heel leven lang een goede geestelijke gezondheid

Context

In Brussel zijn geestelijke gezondheidsproblemen en drugsgebruik veruit de grootste oorzaak van het verlies aan levensjaren in goede gezondheid en arbeidsongeschiktheid. We zien ook meer depressies, angststoornissen en suïcidale gedachten bij de Brusselse bevolking dan bij de Belgische bevolking: meer dan een op de tien Brusselaars heeft geestelijke gezondheidsproblemen.

De pandemie heeft tot een toename van het aantal geestelijke gezondheidsproblemen geleid, vooral bij jongeren. Een studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen heeft ook aangetoond dat het gebruik van antidepressiva vaak ongeschikt is voor jongeren zoals bijvoorbeeld de duur van de behandeling en dat hun gebruik toeneemt met de leeftijd, terwijl een meer persoonsgerichte aanpak zoals psychotherapie meer aangemoedigd zouden moeten worden. Er moet in het bijzonder een grote inspanning geleverd worden op

perinataal gebied, zowel wat preventie als zorg betreft, want de eerste 1.000 dagen (zwangerschap en de eerste twee levensjaren) zijn een belangrijke periode voor het psychologisch welzijn van ouders en kind. Ondanks de verhoging van de budgetten voor geestelijke gezondheidszorg in de afgelopen jaren, is het ambulante aanbod bijzonder verzadigd, voornamelijk door de grote moeilijkheden om psychiaters te rekruteren. Bijna één aanvraag op drie bij een dienst voor geestelijke gezondheidszorg wordt soms doorverwezen vanwege een gebrek aan beschikbaarheid van de diensten, en de wachttijd voor nieuwe zorg kan meerdere weken bedragen. De toegang tot zorg blijft moeilijk en willekeurig vanwege de complexiteit van het systeem, de ontoereikendheid van het aanbod en de toegangsdrempels, vooral voor complexe profielen.

Hoewel België als geheel één van de hoogste dekkingsgraden van psychiatrische bedden in Europa heeft, is Brussel duidelijk minder goed bedeed, ook al concentreert Brussel

een kwetsbaardere bevolking en wordt 30% van deze bedden bezet door niet-Brusselaars.

De psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT's) en initiatieven voor beschut wonen (IBW) zitten ook vol, voornamelijk door de moeilijkheden die gestabiliseerde patiënten hebben om huisvesting te vinden bij hun vertrek. Deze context heeft geleid tot de, nog steeds marginale, creatie van alternatieven voor het klassieke aanbod, zoals de laagdrempelige gemeenschappelijke ruimtes zoals 'verbindingsplaatsen'.

Tegelijkertijd heeft het RIZIV een proces opgestart voor de terugbetaling van psychologische verzorging via een specifieke overeenkomst, maar het psychologische eerstelijnsaanbod is nog ontoereikend en onbekend.

Doelstellingen en acties

Een geïntegreerd beleid voor geestelijke gezondheid ontwikkelen op basis van gemeenschappelijke indicatoren en de geestelijke gezondheidszorg ontwikkelen in alle beleidslijnen: streven naar samenwerking/een visie in alle domeinen en sectoren

- ✓ Een globale monitoring van de geestelijke gezondheidsbehoeften voor het volledige Brusselse grondgebied ontwikkelen, los van de bevoegde autoriteit (COCOF, GGC, Vlaamse Gemeenschap), met de steun van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn.
- ✓ De territoriale hervorming van de gezondheids- en welzijnsdiensten gebruiken om doelstellingen met betrekking tot de geestelijke gezondheid van de Brusselaars vast te leggen en te monitoren (vooral via de consumptie-indicatoren voor verzorging en diensten, wachtlijsten enz.).

Tegen 2030 een duidelijke neerwaartse trend in de last van psychische aandoeningen bereiken door de preventie-inspanningen op te voeren en de zorg voor de bevolking als geheel te optimaliseren

- ✓ De expertise in perinatale geestelijke gezondheid van hulp- en zorgverleners versterken, vooral door de ontwikkeling van 'Born in Belgium Professionals' op het Brussels grondgebied te ondersteunen en de aandacht te vestigen op de 'Born in Brussels'-communicatietools in samenwerking met de gezondheidsactoren.

- ✓ en brede strategie ontwikkelen, gericht op kinderen, jongeren, hun ouders en opvoedingsprofessionals, voor alle onderwijsniveaus, die enerzijds inzet op het versterken van het mentale welzijn van deze doelgroep (bv. door fysieke activiteiten, groene zones enz.), met bijzondere aandacht voor de preventie van pesten op school, en anderzijds op de ontwikkeling van de geestelijke gezondheidsgelletterdheid.
- ✓ Verbetering van de geestelijke gezondheidsgelletterdheid, via informatiecampaagnes voor het grote publiek en psycho-educatieacties naar verschillende doelgroepen zoals diensten in de thuiszorg.
- ✓ Meer woonoplossingen buiten het ziekenhuis bieden, zoals psychiatrische verzorgingstehuizen en initiatieven voor beschut wonen, en hun financiële toegankelijkheid voor de meest kwetsbare doelgroepen (jongeren, rechthebbenden op de VT) verbeteren en innoveren met nieuwe structuren zoals instellingen voor geestelijke gezondheidszorg met een versterkt medisch kader (PVT+).
- ✓ De rol van mantelzorgers waarderen door een duidelijk kader te creëren voor betaalde banen (vereiste kwalificaties, functieprofiel, passende beloning) in de reglementeringen van verschillende diensten (zoals GGZ, IBW's en PVT's).

- ✓ De versterking van het ambulante aanbod voortzetten, vooral door de integratie van het aanbod van eerstelijnspsychologen in de ambulante diensten voor geestelijke gezondheid, met bijzondere aandacht voor sociaal-economisch kwetsbare mensen.

Tegen 2030 het aantal zelfmoorden met 10% verminderen ten opzichte van het referentiejaar 2020 en het aantal pogingen tot zelfdoding aanzienlijk doen dalen

- ✓ Een kwalitatief hoogstaande registratie van zelfmoordpogingen instellen, op basis van het project in Vlaanderen dat ontwikkeld is door de eenheid voor zelfmoordonderzoek, te beginnen bij de hulpdiensten, om het zelfmoordpreventiebeleid beter te sturen, rekening houdend met regionale verschillen en specifieke doelgroepen. De bevoegde overheden moeten het kader voor deze registratie definiëren en financieren.



Een evolutieve en kwalitatief hoogstaande ondersteuning van de vergrijzing

Context

De meerderheid van de ouderen wil zo lang mogelijk thuis blijven wonen: op de Brusselse huishulpoplossingen wordt overigens voor het grootste deel een beroep gedaan door 65-plussers. We merken evenwel de (financiële en geografische) toegankelijkheidskloven op tussen deze diensten in functie van de bevoegde autoriteiten⁹.

Wanneer men niet meer thuis kan blijven wonen, wordt nog steeds het vaakst voor een woonzorgcentrum gekozen, bij gebrek aan een voldoende en toegankelijk aanbod van alternatieve woonvormen. Het imago van woonzorgcentra heeft een knauw gekregen door de sterke verspreiding van COVID-19, met als gevolg bezettingsgraden van minder dan 80% en nieuwe bewoners die in minder goede fysieke gezondheid verkeren wanneer ze naar het woonzorgcentrum gaan.

De COVID-19 gezondheidscrisis heeft bepaalde beperkingen van het huidige model

van woonzorgcentra aan het licht gebracht en ons ertoe aangezet na te denken over een woonomgeving die meer openstaat voor de buurt (netwerk van dienstverleners in de wijk, zoals de apotheker, het verenigingsleven en sociale cohesie) en die preventief werkt om de fysieke en geestelijke gezondheid van de bewoners te vrijwaren. Het gebruik van antidepressiva en antipsychotica neemt immers niet af in het woonzorgcentrum: sinds meer dan 10 jaar gebruikt bijna een op de twee bewoners antidepressiva. De bewoners genieten ook weinig preventieve mond- en tandverzorging: amper een op de tien bewoners heeft mond- en tandverzorging gekregen.

Ondanks deze context, worden de Brusselse ouderen nog altijd vaker geïnstitutionaliseerd dan in andere regio's (7,6% tegenover 5,3% in Vlaanderen en 6,1% in Wallonië). Deze keuze kan soms gemotiveerd worden door financiële kwesties, gezien de hoge prijs voor huisvesting in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, ook al hebben de woonzorgcentra hun prijzen fors verhoogd vanwege de opeenvolgende crisissen.

Het huidige financieringsmodel van woonzorgcentra berust uitsluitend op de afhankelijkheid van de bewoners: hoe meer zware profielen in het woonzorgcentrum zitten, hoe hoger zijn financiering. De financiering van woonzorgcentra moet herzien worden door ook stimulansen in te bouwen ter bevordering van de geestelijke en fysieke gezondheid van de bewoners en voor het behoud van hun autonomie. Het Tubbe-model¹⁰, dat nog niet veel getest is (10% van de Brusselse woonzorgcentra), kan inspiratie bieden in dit opzicht.

Vandaag ontbreekt er nog een betaalbaar tussenmodel tussen de eigen woning en het woonzorgcentrum, zoals groepshuisvesting en/of intergenerationele huisvesting of betaalbare serviceflats om een continue begeleiding te garanderen en te beantwoorden aan de veranderende behoeften. Deze sector is voorlopig nog redelijk onbekend, onderontwikkeld en ongereguleerd, en moet deel uitmaken van een logica van zorgcontinuüm, omdat hij niet aan alle behoeften van ouderen zal voldoen

Doelstellingen en acties

zoals bijvoorbeeld de mate van autonomie. Tegen 2030 moet men zich verwachten aan een stijging van het aantal Brusselse senioren, met onder hen een toename van kwetsbare personen die dus meer zorg nodig hebben. Er moet dus dringend nagedacht worden over ondersteuning voor de vele aspecten van de vergrijzing die tegemoetkomt aan de uiteenlopende en evoluerende behoeften van ouderen in de specifieke context van Brussel.



De Brusselse ouderen en hun naasten de middelen geven om keuzes over hun woonplaats te maken in functie van de evolutie van hun gezondheidsbehoeften

- ✓ Een transparant monitoringbeleid ontwikkelen voor de prijzen in woonzorgcentra (inclusief kortingen en supplementen). Dit moet een tool zijn die toegankelijk is voor ouderen, hun naasten en sociale diensten, en moet de overgang van thuis wonen naar de instelling vergemakkelijken.
- ✓ De financiering tussen de verschillende deelstaten in de thuishulpsector harmoniseren (met name het aandeel van de gebruiker) en de lokale samenwerking tussen de verschillende diensten voor thuiszorg stimuleren (COCOF, GGC, Vlaamse Gemeenschap) via de territoriale organisatie van de ambulante gezondheids- en welzijnsdiensten.
- ✓ In samenwerking met de residentiële en ambulante sector, betaalbare alternatieven ontwikkelen voor het woonzorgcentrum met een minimaal kwaliteitskader, zoals de minimale opleiding van het personeel en indicatoren voor kwaliteitscontrole, zoals doelstellingen voor preventie en promotie van een goede gezondheid (voeding, fysieke activiteit, activiteiten voor sociale cohesie) die meetbaar moeten zijn.
Deze alternatieve structuren moeten zoveel mogelijk ontwikkeld worden

in nauwe samenwerking met de bestaande structuren voor een continue ondersteuning zoals de band met woonzorgcentra of overeenkomst met erkende diensten voor thuiszorg, waarbij de vrijheid van keuze van de zorgverlener gegarandeerd wordt zoals bijvoorbeeld met betrekking tot thuishulp.

- ✓ Digitale tools toegankelijk en efficiënt maken voor onder meer het innemen van geneesmiddelen, opvolging van valpartijen en opvolging van medische parameters voor personen met verminderde autonomie, als aanvulling op de ondersteuning thuis.

Het werk in de hulp en zorg voor ouderen erkennen en valoriseren

- ✓ Sensibiliseringscampagnes organiseren om de blik op het verlies van autonomie, de vergrijzing en verbonden beroepen te veranderen.
- ✓ Prioritair een beleid voor welzijn op het werk voor het personeel van woonzorgcentra ontwikkelen, met name via de toepassing van de nieuwe normen die geïnspireerd zijn door de principes van Tubbe en Montessori (preventie van burn-out, absentisme enz.).
- ✓ De aantrekkelijkheid van beroepen voor hulp en zorg aan ouderen versterken, door continue opleiding, bruggen tussen beroepen, erkenning en gepaste verloning.

Het gebruik van psychotrope geneesmiddelen in woonzorgcentrum met 10% verminderen

- ✓ De participatiefilosofie (type Tubbe of Montessori) die het welzijn van de bewoners bevordert systematischer opnemen in de financieringsvoorwaarden van instellingen voor ouderen.
- ✓ Een structurelere samenwerking tussen de actoren van de geestelijke gezondheidszorg en de woonzorgcentra veralgemenen (mobiele teams van ziekenhuizen of beschutte woonplaatsen, ambulante diensten voor geestelijke gezondheidszorg) om taboes te doorbreken en het voor bewoners gemakkelijker te maken om zich uit te spreken, en deze praktijk reguleren.
- ✓ Zich inzetten voor een psychofarmaceutisch beleid in woonzorgcentra, gebaseerd op psycho-educatie voor bewoners, familieleden en professionals, de implementatie van bestaande richtlijnen zoals bijvoorbeeld een geschikte aanpak van gedragsproblemen bij dementie en interventies in de omgeving. Dit beleid moet uitgevoerd worden door een multidisciplinair team.

2 op de 3 bewoners krijgen preventieve mond- en tandverzorging

- ✓ Pilotprojecten opstarten, zoals mobiele tandartspraktijken in woonzorgcentra, door zich te baseren op goede praktijken in Vlaanderen en gebruik maken van het vrij recente beroep van mondhygiënist, dat door zijn profiel ideaal is om deel te nemen aan een preventiebeleid.





Beter beantwoorden aan de behoeften van de mantelzorgers

Context

Volgens de gezondheidsenquête van 2018 is 12% van de Belgische bevolking mantelzorger. Het percentage informele hulpverleners ligt hoger bij vrouwen (14,2%) en is het hoogst in de leeftijdsgroep van 55-64 jaar (21,9%).

De verkorting van ziekenhuisverblijven, het tekort aan zorgprofessionals, de ambulante projecten in het domein van de psychiatrie en gehandicapten, de wil om te de-institutionaliseren, de toename van het aantal chronisch zieken en de vergrijzing van de bevolking doen de druk op mantelzorgers nog meer toenemen. Ze lopen zelf vaker gezondheidsrisico's, zijn meer chronisch ziek en ze beschouwen hun gezondheid vaker als minder goed (58 % zegt in goede gezondheid te verkeren, tegenover 71 % voor de rest van de bevolking).

Gevraagd naar hun behoeften, noemen mantelzorgers het belang van thuishulp (gezins- of huishoudhulp) om hun last te verminderen. Er is echter een hoge mate van niet-gebruik van diensten (gezinshulp, respijtzorg, kortverblijf, ...) vanwege hun geografische en financiële ontoegankelijkheid, of door een gebrek aan kennis bij de mantelzorgers.

De federale erkenning van mantelzorgers is zeer weinig bekend en biedt geen significante meerwaarde voor de mantelzorgers: op 30 juni 2023 genoten meer dan 22.200 personen in België de erkenning, waarvan slechts 34 % een erkenning met sociale rechten kreeg.

Doelstellingen en acties

Nauwgezet de behoeften van mantelzorgers onderzoeken en evalueren

- ✓ Een interfederaal actieplan ontwikkelen om de levenskwaliteit van mantelzorgers te verbeteren, dat indicatoren integreert voor de opvolging van hun fysieke gezondheid (bv.: percentage chronisch zieken onder de mantelzorgers) en hun geestelijke gezondheid (consumptie van verzorging, arbeidsongeschiktheid vanwege geestelijke gezondheidsproblemen).

80% van de mantelzorgers is geïnformeerd over en wordt ondersteund bij hun toegang tot rechten

- ✓ Informatieacties en proactieve acties voor de rechten van mantelzorgers versterken in samenwerking met de ziekenfondsen, vooral voor 'risicodoelgroepen' en de meest kwetsbaren (jonge mantelzorgers, preciaire situaties, geholpen mensen met cognitieve stoornissen enz.).
- ✓ De actoren van de eerste lijn (huisartsen, verpleegkundigen, sociale diensten, ...) en de schoolomgeving (CLB) sensibiliseren om de mantelzorgers te oriënteren en te ondersteunen bij sleutelmomenten zoals de erkenning van een handicap of aankondiging van een diagnose.

- ✓ De ondersteunende missie van de sociale diensten die instaan voor de erkenning van het federaal statuut erkennen en financieren.

De mantelzorgers genieten ondersteuning voor respijtzorg, preventie, thuishulp, aangepast aan hun behoeften

- ✓ Een gezondheidspreventieplan ontwikkelen door de ontwikkeling van de vaardigheden van de mantelzorgers, bijvoorbeeld op het vlak van musculoskeletale aandoeningen, cardiovasculaire impact, of het beheer van stress, of psycho-educatie.
- ✓ De diensten voor ambulante en gespecialiseerde zorg stimuleren om de mantelzorgers te integreren als zorgpartners bij de hulp aan de geholpen naaste door hun vaardigheden te valoriseren.
- ✓ Het aanbod van respijtzorg versterken en diversifiëren, vooral voor ouders van kinderen met een handicap (residentieel of ambulant, formule met thuisbezoek).



Meer politieke coherentie op het vlak van gezondheid en welzijn

Context

De zesde staatshervorming heeft sterk aangetoond hoe moeilijk Brussel het heeft om nieuwe bevoegdheden op efficiënte en consistente wijze te absorberen, met name door een dubbele administratie op het niveau van de GGC (Iriscare en Vivalis) en geïsoleerde gezondheidsbevoegdheden op het niveau van de Fédération Wallonie-Bruxelles (universitaire ziekenhuizen), zonder voor het overige de uitgeoefende gezondheids- en sociale bevoegdheden mee te tellen langs de kant van de Franstalige Gemeenschap (COCOF) en de Vlaamse Gemeenschap op het Brussels grondgebied. Enkele vereenvoudigingen onder deze legislatuur moeten toegejuicht worden: het aantal ministers voor sociale en gezondheidsmateries is aanzienlijk verminderd ten opzichte van 2019, waardoor het gezondheidsbeleid in Brussel beter aangestuurd kon worden en er een zekere politieke en reglementaire coherentie tussen de COCOF en de GGC ontstond over enkele dossiers (territoriale organisatie van de eerste lijn, niet-dringend vervoer). Er is een 'overdracht' van enkele bevoegdheden van de COCOF naar de GGC ('de cocomisering') opgestart, zoals voor de integratiesteun in de sector van de personen met een handicap, om enkele bevoegdheden te centraliseren bij de GGC.

De Onafhankelijke Ziekenfondsen pleiten er evenwel voor om deze zoektocht naar coherentie voort te zetten in een duidelijk wettelijk en budgettair kader.



Doelstellingen en acties



Een meer vooruitziende en geïntegreerde sturing van het gezondheidsbeleid invoeren tussen de verschillende bevoegdheidsniveaus in Brussel zonder de staat te hervormen

- ┌ Eén minister voor sociale en gezondheidskwesties in ruime zin aanstellen (inclusief het beleid voor personen met een handicap) om de zoektocht naar coherentie verder te zetten die is aangevat onder deze legislatuur.
- ┌ De groeinorm van het gezondheidsbudget van de GGC moet correleren met relevante wetenschappelijke indicatoren voor de regionale bevoegdheden (evolutie van de behoeften in geestelijke gezondheid en vergrijzing van de bevolking).
- ┌ De bevoegdheden gezondheidszorg van de GGC centraliseren bij één administratie, met behoud van de pariteit en aanpassing van de adviesorganen.
- ┌ De sectoren gezondheidszorg en sociale zaken geleidelijk aan

overdragen van de COCOF naar de GGC, met een prioriteit voor de materies in verband met de zesde staatshervorming die al worden beheerd bij de GGC, zoals thuiszorg, geestelijke gezondheidszorg, ouderen en personen met een handicap en gezondheidspromotie, om de continue zorg en ondersteuning voor alle Brusselaars te versterken. In dat opzicht moet nauwkeurig worden toegezien op de budgettaire en taalkwesties.

- ┌ De bevoegdheid over de Franstalige universitaire ziekenhuizen integreren bij de GGC (ondanks het feit dat culturele bevoegdheden en het onderwijs bij de FWB blijven).
- ┌ De coördinerende rol van de GGC tussen de autoriteiten bevoegd voor sociale gezondheid in Brussel activeren en formaliseren (via artikel 136¹ van de Grondwet).

Bibliografie

Atlas AIM. s.d.

Braekman, E., & Fiers, S. (2022). Preventiebarometer: alcohol. Brussel: Sciensano.

BruPrev (2021). Borstkankeropsporing en Dikkedarmopsporing. Activiteitenverslag 2021.

Bruyneel, L., Kestens, W., Alberty, M., Karakaya, G., Van Woensel, R., Horemans, C., Trimpeneers, E., Vanpoucke, C., Fierens, F., Nawrot, T. S., & Cox, B. (2022). Short-Term exposure to ambient air pollution and onset of work incapacity related to mental health conditions. *Environment International*, 164. <https://doi.org/10.1016/j.envint.2022.107245>

Charafeddine, R., Demarest, S., & Berete, F. (2019). Gezondheidsenquête 2018: Gezondheidsvaardigheden. In Sciensano. <https://doi.org/D/2019/14.440.72>

Horemans, C., Huyghebaert, C., Macken, E., Peeters, M., Prade, A., Van Woensel, R., & Von Rauch, E. (2020). Hormoonverstoorders: Tijd om onze gezondheid te beschermen. Position paper van de Onafhankelijke Ziekenfondsen. www.mloz.be

Koning Boudewijnstichting (2022). Levenskeuzes op latere leeftijd bij niet hulpbehoevende personen.

Lauriks, F., Jacobs, D., & Meysman, F. (2022). CurieuzenAir: Data collection, data analysis and results. Universiteit Antwerpen.

Mistiaen P, Cornelis J, Detollenaere J, Devriese S, Ricour C. (2019). Organisation des soins de santé mentale pour les adultes en Belgique – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019. KCE Reports 318Bs. D/2019/10.273/49

M-POHL. (2021). International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19) of M-POHL. <https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/inline-files/HLS19%20International%20Report.pdf>

Onafhankelijke Ziekenfondsen (2021). Hulpafwijzend gedrag ten opzichte van de psychiater en psycholoog

Onafhankelijke Ziekenfondsen (2021). Focus sur les maisons de repos pendant la pandémie de Covid-19 (Frans).

Onafhankelijke Ziekenfondsen (2022). Geestelijk welzijn van Belgen in kaart.

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. (2021). Welzijnsbarometer.

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. (2022). Huisbezoeken en werklust: de ervaring van Brusselse huisartsen voor en tijdens de COVID-19-pandemie.

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad (2023). Ouderen in het Brussels Gewest: Overzicht van hun welzijns- en gezondheidstoestand en het opvang- en huisvestingsaanbod.

Sciensano. Belgian National Burden of Disease Study (BeBOD). <https://burden.sciensano.be/shiny/daly/>.

Sciensano (2023), BELHEALTH.

Sciensano (2018). Gezondheidsenquête.

Sciensano (2021). Jaarrapport VPD 2021: Vaccinatiegraad. Brussel.

Sciensano. Niet-Overdraagbare Aandoeningen: Diabetes, Health Status Report, 13 Juni 2023, Brussel, België, <https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/niet-overdraagbare-aandoeningen/diabetes>

Sciensano. Déterminants de Santé : Littérature en santé, Health Status Report, 21 Août 2020, Bruxelles, Belgique, <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/determinants-de-sante/litterature-en-sante>

VUB -Interface Demography Research Group; KULeuven. (2020). ID-POLICY BRIEF – NR. 2020/01 - Milieu-onrechtvaardigheid op het vlak van buitenluchtvervuiling.

WHO. (2015). Health 2020: Social protection and health. Opgehaald van https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/324631/Health-2020-Social-protection-and-health.pdf.

Page 4

¹Het VT-statuuat is een beschermingsmaatregel van het Belgische gezondheidssysteem die een hogere terugbetaling van bepaalde medische kosten, een verplichte derdebetalersregeling voor bepaalde verstrekkingen en andere afgeleide rechten, zoals een hogere terugbetaling van gas- en elektriciteitsrekeningen, mogelijk maakt. Tot de rechthebbenden op de VT behoren bijvoorbeeld mensen die recht hebben op het leefloon, op de inkomensgarantie voor ouderen (IGO) of op uitkeringen voor gehandicapten (bejaardenhulp).

²Het aantal personen zonder papieren is moeilijk te bepalen, maar wordt tussen 50.000 en 100.000 geschat in Brussel.

Page 5

³De COCOF (Franse Gemeenschapscommissie) erkent en subsidieert organisaties die zich als Franstalig identificeren. De COCOF heeft haar eigen parlement. Dit omvat voornamelijk ambulante en residentiële voorzieningen voor personen met een handicap, huishulpdiensten zoals huishulp- en zorgcoördinatiecentra, ambulante geestelijke gezondheidsdiensten en de Franstalige sector van de gezondheidspromotie.

De VGC (Vlaamse Gemeenschapscommissie) erkent en subsidieert organisaties die zich als Nederlandstalig identificeren. Het Vlaams Parlement stelt het normatief kader vast en hanteert een norm in zijn begrotingen voor Brussel (Brusselnorm). De VGC voert het beleid van de Vlaamse Gemeenschap in Brussel uit. Dit omvat de sector van de rusthuizen en serviceflats, centra voor dagopvang (lokale dienstencentra), residentiële en ambulante geestelijke gezondheidszorg en centra voor gehandicapten van de Vlaamse Gemeenschap in Brussel.

De GGC (Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie) erkent de organisaties die zich niet taalkundig wensen te identificeren. De GGC heeft haar eigen parlement. Het omvat voornamelijk de materies die door de zesde staatshervorming zijn 'geregionaliseerd'. Dit omvat kinderbijslag, rusthuizen en de tegemoetkoming voor ouderen, maar ook bicommunautaire sociale diensten (waaronder sommige sociale diensten van ziekenfondsen). Twee administraties delen de uitvoering van deze bevoegdheden, namelijk Vivalis en Iriscare (instelling van openbaar nut).

⁴De principes van de Quintuple Aim berusten op de verbetering van de gezondheid van de volledige bevolking, op basis van haar behoeften aan geneeskundige verzorging; de verbetering, vertrekkend vanuit de ervaring van het individu, van de kwaliteit van de verzorging; het efficiënter gebruik van de beschikbare middelen; de vermindering van de sociale ongelijkheden op gezondheidsvlak; de verbetering van het welzijn van de zorgverleners.

Page 7

⁵Gezondheidswijsheid wordt gedefinieerd als 'de motivatie en het vermogen van personen om de juiste informatie over gezondheid te vinden, te begrijpen, te evalueren en te gebruiken bij het nemen van beslissingen in de context van geneeskundige verzorging, preventie en gezondheidspromotie' (Sørensen et al., 2012).

Page 14

⁶In 2022 zijn verschillende LSGC's (lokale en sociale gezondheidscontracten) gelanceerd als pilootproject, met als doel de sociale en gezondheidsactoren in een wijk beter te coördineren onder de leiding van een OCMW.

Page 15

⁷Bij dringend vervoer wordt 112 gebeld en vindt er een niet-geplande medische interventie plaats, in tegenstelling tot niet-dringend vervoer, dat gepland kan worden met een vervoersmaatschappij.

⁸Dit is een gemeenschappelijk adviesorgaan (erkenning, prijzen, wettelijk kader) van de COCOF/GGC dat de vertegenwoordigers van vervoerders en burgers groepeerd.

Page 18

⁹Het financiële gedeelte ten laste van de burger (bedrag per uur) blijft hoger voor de diensten erkend door de GGC dan voor de diensten erkend door de COCOF of de Vlaamse Gemeenschap.

¹⁰Het Tubbe-model is in 2017 geïntroduceerd in 6 woonzorgcentra door de Koning Boudewijnstichting, maar is sindsdien uitgebreid naar een 80-tal woonzorgcentra in België. Een evaluatie heeft aangetoond dat de algemene tevredenheid van ouderen in deze organisaties hoog is en dat er zich met de tijd een positieve trend aftekent.

Page 24

¹¹Er zijn taalgroepen en Colleges in het Parlement van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, bevoegd voor communautaire materies[...]. De Colleges vormen samen het Verenigd College, dat fungeert als overleg- en coördinatieorgaan tussen de twee Gemeenschappen.



www.mloz.be - [in](#) - [@Onafh_Zf](#)