



Advies

Voorstel voor een Vlaamse gezondheidsdoelstelling over het verkleinen van de sociale ongelijkheid in gezondheid en welzijn

Brussel, 21 december 2017

Advies op eigen initiatief
Goedkeuring raad: 21 december 2017

Inhoud

1	Inleiding.....	5
2	Probleemschets: manifeste sociale ongelijkheid in gezondheid en in welzijn	8
2.1	Tien keer ongelijk.....	10
2.2	De ongelijkheid neemt niet substantieel af, en neemt op een aantal vlakken zelfs toe	12
	2.2.1 Ongelijkheid in gezondheid en welzijn.....	12
	2.2.2 Ongelijke toegang tot zorg en ondersteuning	13
2.3	Bijzondere risicogroepen	14
3	Een nieuwe gezondheidsdoelstelling.....	15
3.1	Gezondheidsdoelstellingen als beleidsinstrument.....	15
	3.1.1 Koppeling bestaande en nieuwe doelstellingen.....	16
	3.1.2 Gezondheids- én welzijnsdoelstellingen.....	16
3.2	Doelstelling	17
	3.2.1 De gezondheidsdoelstelling uitvoeren is een gedeelde opdracht	18
	3.2.2 ... van overheden	19
	3.2.3 ... van actoren in zorg en ondersteuning.....	20
	3.2.4 ... van de individuele burger	21
	3.2.5 ... van werkingen op buurtniveau	22
	3.2.6 ... van ondernemingen en werkgevers.....	23
3.3	Monitoring en opvolging.....	24
	3.3.1 Zorg voor actuele cijfers inzake levensverwachting en levensverwachting in goede gezondheid	24
	3.3.2 Meet de sociale gradiënt in gezondheid en welzijn... ..	24
	3.3.3 Zorg voor correct interventie- en evaluatieonderzoek van initiatieven	26
3.4	Leidende principes voor het realiseren van de gezondheidsdoelstelling	26
	3.4.1 Structureel beleid	27
	3.4.2 Gemeenschappelijke doelen en financiële engagementen.....	27
	3.4.3 Proportioneel universalisme.....	27
	3.4.4 Behoeftegericht werken: acties gebaseerd op de lokale noden en participatie van de doelgroep.....	28

3.4.5	Gezondheidspromotie optimaliseren als belangrijke schakel	28
4	Naar een strategisch plan: subdoelstellingen bij het verminderen van sociale ongelijkheid in gezondheid en welzijn	30
4.1	Sociale gradiënt zo vroeg mogelijk detecteren en aanpakken.....	31
4.2	Preventie en gezondheidsbevordering op de eerste lijn	31
4.3	Verhogen van de gezondheidsvaardigheden	32
4.4	Blijvend investeren in universeel toegankelijke zorg en ondersteuning	33
4.5	Versterken en intersectoraal inbedden van de horizontale netwerken van zorg en ondersteuning op de eerste lijn	35
4.6	Verzekeren van een goede levensstandaard en wegwerken van discriminaties	35
4.7	Terugdringen van de inkomensongelijkheid	36
	Bibliografie	37

1 Inleiding

Het aantal publicaties over de sociale ongelijkheid in gezondheid is bijna niet meer te tellen en belangrijke rapporten van overheden en internationale instanties belichten de problematiek. De Europese Unie¹, de Verenigde Naties² en de Wereldgezondheidsorganisatie³ roepen op tot actie.

Maar anno 2017 zijn sociaaleconomische gezondheidsverschillen nog steeds een maatschappelijk gegeven: mensen met een zwakkere maatschappelijke positie hebben gemiddeld gesproken meer gezondheidsproblemen en sterven vroeger dan zij die hoger staan op de sociale ladder. Zo volgen de ongelijkheden in ziekte en sterfte een sociaal gelaagde verdeling in de ganse bevolking (Marmot, 2015; Van Oyen e.a., 2011).

Wanneer men de blik verruimt naar het welzijn, ziet men eveneens daar duidelijke verschillen naargelang de sociaaleconomische positie van mensen. Mensen noemen zich pas gezond als ze zich goed in hun vel voelen en als ook hun geestelijke gezondheid in orde is, als ze kunnen participeren aan de samenleving, een stevig sociaal netwerk hebben en in een gezonde woonomgeving leven. Wie alleen kijkt naar gezondheid houdt bovendien geen rekening met cumulatieve deprivatie, de situatie waarbij gezondheidsproblemen geconcentreerd zijn bij diegenen die het ook op andere vlakken slechter hebben.

Met dit advies wil de Strategische adviesraad voor het Vlaamse Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid (SAR WGG) beleidsmakers sensibiliseren rond de bestaande sociale ongelijkheid in welzijn en gezondheid en de evoluties hierin (zie deel 2 van voorliggende tekst). Hiermee werkt de raad één van de vijf pijlers van zijn streefdoel van maatschappelijk verantwoorde zorg en ondersteuning verder uit, namelijk rechtvaardigheid. Om te kunnen spreken van maatschappelijk verantwoorde zorg en ondersteuning, moet ook ingezet worden op de vier andere uitgangspunten: kwaliteit, performantie, relevantie en toegankelijkheid. Deze pijlers komen sterker aan bod in andere adviezen van de SAR WGG.

Dit advies heeft vooral tot doel om het effectief terugdringen van de graduele sociale verschillen in welzijn en gezondheid nadrukkelijker op de agenda te plaatsen van het beleid en de relevante actoren. Er is een algemeen gedeelde politieke visie nodig over een structurele en geïntegreerde aanpak van sociale ongelijkheid en de oorzaken ervan. Een nieuwe Vlaamse gezondheidsdoelstelling is een geschikt instrument voor het bepalen van zo een aanpak.

De raad inspireert de Vlaamse Regering om een nieuwe Vlaams gezondheidsdoelstelling uit te werken en doet daarvoor een eigen voorstel (deel 3). De gezondheidsdoelstelling is gekoppeld aan een dringende oproep om via onderbouwde beleidskeuzes de sociaal ongelijke verdeling van gezondheid en levenskwaliteit in onze samenleving aan te pakken.

Samen met de gezondheidsdoelstelling benoemt de raad zijn prioritaire subdoelen, in een aanzet voor een strategisch plan. De subdoelen vormen meer concrete aanbevelingen die op kortere termijn gerealiseerd zouden moeten worden en die via de koppeling aan

¹ EU 2020 strategy, Second Programme of Community Action in the Field of Health 2008-2013, ...

² Sustainable Development Goals, ...

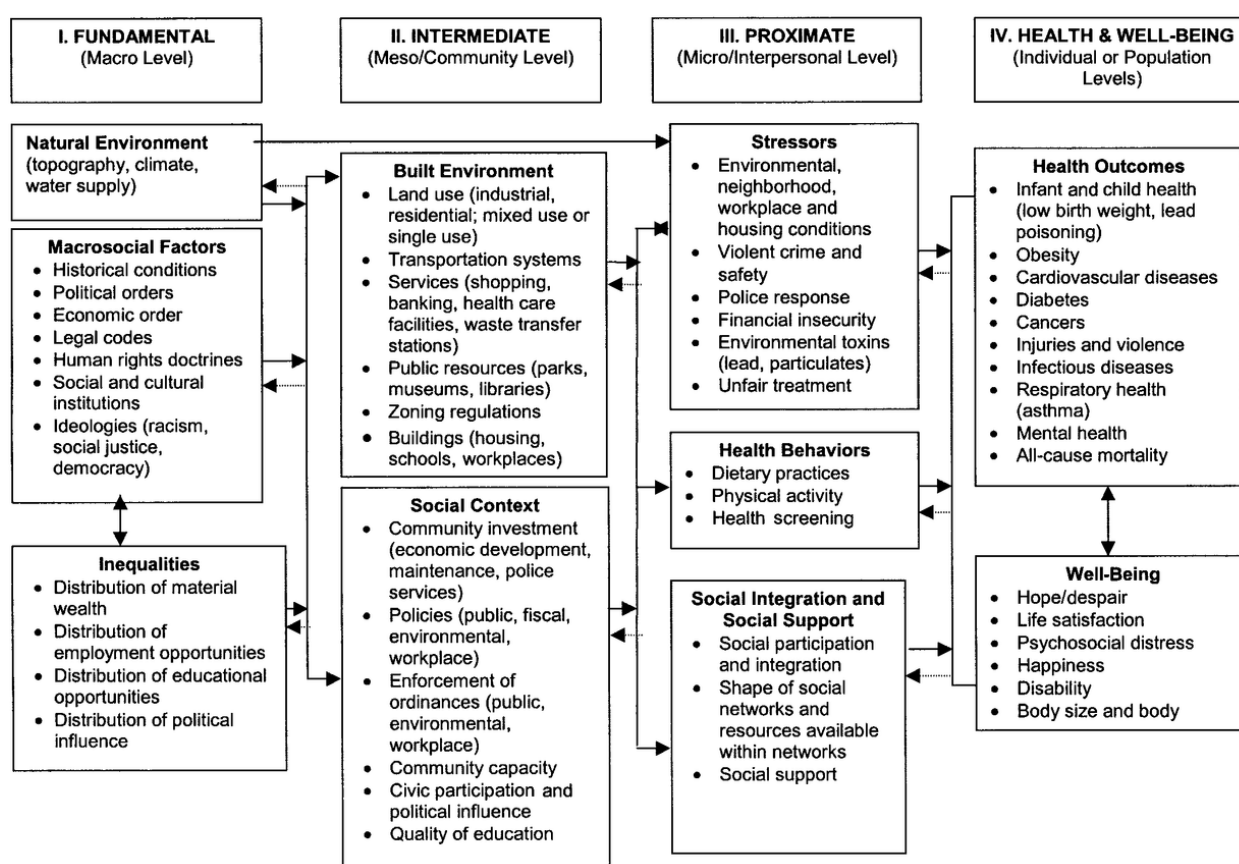
³ Closing the gap in a generation, Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region, ...

indicatoren systematisch opgevolgd worden. De raad vraagt de Vlaamse Regering om binnen deze subdoelstellingen acties te nemen en de nodige middelen in te zetten.

Leeswijzer

Zinvol adviseren over het verkleinen van de sociale gezondheids- en welzijnsongelijkheid moet uitgaan van inzicht in de verschillende factoren die de ongelijkheid verklaren. Zo zijn er variaties in gezondheid en welzijn tussen mensen en tussen groepen van mensen in functie van hun leeftijd, geslacht, genetische bagage, inkomen, toegang tot zorg en ondersteuning, woonplaats, beroep, opleidingsniveau, sociaal netwerk en eigen leefgewoontes. De determinanten van gezondheid en welzijn zijn heel divers (zie ook figuur hierna). De raad ziet dat zij allen kunnen leiden tot verschillen in gezondheid en welzijn.

Figuur: Model van determinanten van gezondheid (Schultz & Northridge, 2004)



In voorliggend document adviseert de raad specifiek over de gezondheids- en welzijnsverschillen die samengaan met de sociaaleconomische positie van mensen. We spreken dan van sociale gezondheids- en welzijnsongelijkheid. Deze wordt veroorzaakt en in stand gehouden door sociale processen zoals uitsluiting en armoede (Willems & Verlinde, 2011) en heeft dus een belangrijke oorzaak in onze maatschappelijke structuren. De conceptnota van de Vlaamse Regering 'Zorg en samenleven in 2050' stelt hierover dat *welzijn en gezondheid sociaal en economisch bepaald worden, in die mate zelfs dat de WHO vraagt om welzijn en gezondheid consequent als sleutelcomponent op te nemen in alle beleidsbeslissingen.*

Ook voor de raad is een geïntegreerde socio-economische aanpak van de sociale gezondheids- en welzijnsongelijkheid noodzakelijk, volgens het principe van ‘health and well-being in all policies’. Inzet vanuit de verscheidene beleidsniveaus en -domeinen is aangewezen, gezien de verschillen in gezondheid en welbevinden door zo veel sociale determinanten beïnvloed worden. Beleidsdomeinen met een belangrijke impact zijn welzijn, volksgezondheid, gezin, economie, huisvesting, financiën, onderwijs, werkgelegenheid, ruimtelijke ordening, sport, ...

In eerste instantie en vanuit zijn decretale opdracht en expertise richt de SAR WGG zich met dit advies tot het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. De Vlaamse minister van WVG heeft heel wat instrumenten in handen om de sociale verschillen die er zijn in levensverwachting, levenskwaliteit en welbevinden steeds verder te verkleinen. De raad vraagt de minister om deze instrumenten te gebruiken voor het creëren van gezondheids- en welzijnswinsten, met bijzondere aandacht voor kwetsbare doelgroepen en het wegnemen van de ongelijkheid tussen sociale groepen.

Daarnaast ziet de raad het als een belangrijke taak voor de minister van WVG om de aandacht voor sociale gezondheids- en welzijnsongelijkheid bij andere beleidsdomeinen te initiëren en op zoek te gaan naar synergie in de verschillende beleidsstrategieën. Voorliggend advies kan gebruikt worden om een verbindend en wervend effect te bewerkstelligen, dat de verschillende beleidsdomeinen motiveert om werkelijke engagementen op te nemen die alle sociaaleconomische determinanten van de ongelijkheid aanpakken.

2 Probleemschets: manifeste sociale ongelijkheid in gezondheid en in welzijn

De verschillen in gezondheid en levensverwachting beperken zich niet tot een tegenstelling tussen de armste en rijkste mensen of de laagst- en hoogstopgeleiden. Integendeel, de ongelijke verdeling van ziekte, onwelzijn en sterfte bestaat tussen elke trede van de sociale ladder. De term ‘gezondheidskloof’ is in die zin dus achterhaald. Het is correcter te spreken van een sociale gradiënt.

*“A debate about how to close the health gap has to be a debate about what sort of society people want to live in”
(Marmot, 2010)*

In zijn Visienota Maatschappelijk Verantwoorde Zorg⁴ schreef de SAR WGG dat rechtvaardigheid als ethisch principe een rode draad is in welzijn en gezondheid. De uitdaging is om evenzeer in te zetten op de vier andere uitgangspunten van maatschappelijk verantwoorde zorg en dus ook te werken aan de kwaliteit, performantie, relevantie en toegankelijkheid van onze zorg en ondersteuning. De raad steunt een beleid dat daarin naar evenwichten zoekt.

Toch stellen we vast dat het evenwicht door recente beleidsmatige en maatschappelijke ontwikkelingen aangetast wordt en dat vooral de meest kwetsbare burgers hierdoor getroffen worden. Verontrustende signalen zijn de hoge eigen bijdragen voor zorg en ondersteuning, blijvende armoede, een slecht begrepen vermaatschappelijking⁵, de toenemende complexiteit van de zorg- en welzijnssector, meer huishoudens die gezondheidszorg moeten uit- of afstellen omwille van geldproblemen, zwakke arbeidskansen voor laaggeschoolden, problemen op de woningmarkt,

Daarnaast is er de toenemende intensiteit en complexiteit van de zorg- en ondersteuningsvragen. De evolutie naar meer chronische problemen en multimorbiditeit ligt daarvoor aan de basis. Maar zorg- en ondersteuningsvragen zijn niet altijd hoog technologisch complex en acuut. Het zijn ook vragen over het dagelijks leven en het welbevinden. De complexiteit zit dan in de context van mensen, in de relaties (of het gebrek eraan) en in het samenbrengen van informele en formele zorg om tot zorg op maat te komen. De vragen en behoeften situeren zich bovendien vaak op verschillende levensdomeinen tegelijk.

Uiteraard staat ons land nog steeds garant voor een solidair zorgsysteem. Daarin gaat het recht op gezondheid dat als mensenrecht geldt en dat door de samenleving gerealiseerd wordt, samen met de opdracht van burgers om zelf te werken aan een langer en gezonder leven. In

⁴ SAR WGG, Visienota Maatschappelijk Verantwoorde Zorg, 24 februari 2011.

⁵ Vermaatschappelijking kan voor de raad alleen begrepen worden als de verschuiving binnen de zorg waarbij ernaar gestreefd wordt om mensen met beperkingen (van lichamelijke, verstandelijke of psychische aard), chronisch zieken, kwetsbare ouderen, jongeren met gedrags- en emotionele problemen, mensen die in armoede leven,... met al hun mogelijkheden en kwetsbaarheden een eigen zinvolle plek in de samenleving te laten innemen, hen daarbij waar nodig te ondersteunen en de zorg zoveel mogelijk geïntegreerd in de gemeenschap te laten verlopen. Begrippen die hierbij een rol spelen zijn onder meer desinstitutionalisering, community care, empowerment, kracht- en contextgericht werken, vraagsturing en respijtzorg. De definitie die de SAR WGG geeft aan vermaatschappelijking is beschreven in de Visienota Integrale zorg en ondersteuning (7 december 2012, p. 8).

het kader van het zelfbeschikkingsrecht ligt ook veel nadruk op de autonomie en het zelfmanagement van mensen. Dit is een belangrijke verworvenheid van deze tijd.

De raad ziet dat er veel verantwoordelijkheid bij het individu gelegd wordt. Als samenleving mogen we inderdaad verwachten dat burgers ook zelf (mee)werken aan de gezondheid en het welbevinden. Individueel gedrag en levensstijl hebben immers een impact op de levenskwaliteit en levensverwachting. Echter zo ontstaat het risico dat gezondheid en kwaliteit van leven louter als individuele opdrachten beschouwd worden, waarbij 'ongezondheid' aan individueel falen wordt toegeschreven (het individuele schuldmodel). Veelvuldig onderzoek spreekt die opvatting tegen.

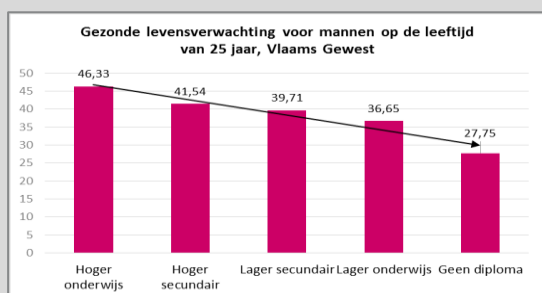
2.1 Tien keer ongelijk

In de internationale vergelijking van sociaaleconomische gezondheidsongelijkheden presteert België gemiddeld (Mackenbach e.a., 2008). Een gemiddelde score voor een welvarend land geeft aan dat er een relatief grote marge is voor winsten in de gezondheid en het welzijn van de bevolking. Voorlopig zijn er echter nog gegronde redenen voor ongerustheid: ten eerste verschillen de gezondheid en het welzijn van onze bevolking volgens hun sociaaleconomische status. Ten tweede stellen we een ongelijke toegang tot zorg en ondersteuning vast. En ten derde is er sprake van een ongelijke behandeling in de zorg en ondersteuning⁶.

ONGELIJKHEID IN GEZONDHEID EN WELZIJN

1 Levensverwachting en gezonde levensverwachting

Personen met een lagere positie op de sociale ladder leven minder lang en brengen minder jaren in goede gezondheid door dan wie hoger op die sociale ladder staat. Uit een vergelijking van de twee uiterste groepen naar opleidingsniveau is er een verschil in levensverwachting van 7,5 jaar bij mannen en van 5,9 jaar bij vrouwen (2001).



De ongelijkheid is nog veel groter wanneer we alleen de jaren in goede gezondheid vergelijken. In 2004 leven mannen van 25 jaar met een diploma hoger onderwijs gemiddeld nog 46,3 jaar in goede gezondheid. Mannen van die leeftijd zonder diploma leven nog 27,8 jaar in goede gezondheid. Het verschil tussen deze twee groepen bedraagt dus 18,6 jaar. Het verschil in levensverwachting in goede gezondheid bij vrouwen is vergelijkbaar.

2 Subjectieve gezondheid

In Vlaanderen is de subjectieve beoordeling van de gezondheid relatief hoog: in 2013 vindt 82,6% van de bevolking van 15 jaar en ouder zijn gezondheidstoestand goed tot zeer goed. De subjectieve gezondheid daalt echter met het opleidingsniveau. Zo heeft 37,5% van de Vlamingen met ten hoogste een diploma lager onderwijs een matige tot (zeer) slechte gezondheid, tegenover 24% van de Vlamingen met een diploma lager secundair, 18% van de Vlamingen met een diploma hoger secundair en 12,5% van de hooggeschoolden.

3 Chronische aandoeningen

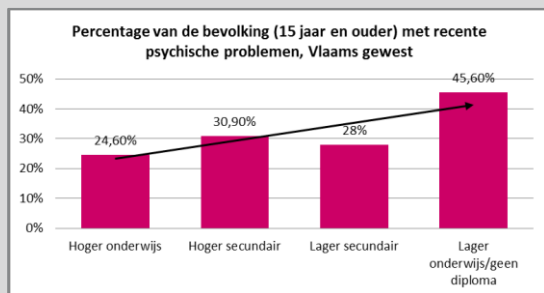
In Vlaanderen lijdt 24,8% van de mensen aan een langdurige ziekte, langdurige aandoening of handicap (2013). Bij wie hoogstens een diploma lager onderwijs heeft, rapporteert 34,2% een langdurige aandoening, bij de hooggeschoolden is dit 21,6%.

Voor de grote meerderheid van de chronische gezondheidsproblemen die in de gezondheidsenquête zijn opgenomen, zien we een significante toename van het risico op ziekte naarmate het opleidingsniveau daalt (zoals diabetes of hart- en vaatziekten).

4 Geestelijke gezondheid

Het percentage personen met psychische problemen varieert volgens het opleidingsniveau: in Vlaanderen heeft 45,6% van de mensen zonder diploma of met alleen een diploma lager onderwijs psychologische problemen tegenover 24,6% van de personen met een diploma hoger onderwijs (2013).

⁶ Dit bevestigen de opeenvolgende gezondheidsenquêtes, het TAHIB-onderzoek 'Tackling Health Inequalities in Belgium', de armoedebarmometer van Decenniumdoelen 2017, het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, onderzoeken van de ziekenfondsen en publicaties van het Federaal Planbureau.



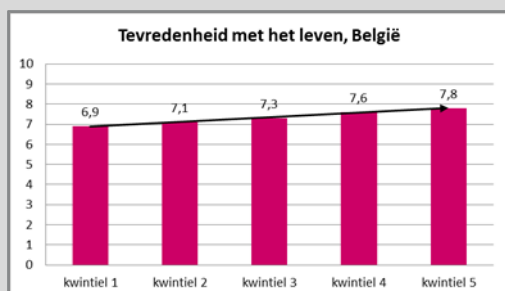
De laagst opgeleide groep heeft vaker te maken met somatische problemen, angst- en slaapproblemen en depressieve gevoelens dan hoger opgeleiden. Meer laagopgeleiden (9,7%) dan hoogopgeleiden (2,8%) rapporteren een depressie (2013). De gevolgen van dit alles zijn merkbaar in het gebruik van psychotrope middelen en in de suïcidepogingen, welke ook een sociale gradiënt vertonen.

5 Overgewicht

De sociaaleconomische status van mensen heeft niet alleen een invloed op hun energieverbruik (laagopgeleiden hebben bv. minder lichaamsbeweging) maar ook op hun energie-inname. Energierijke voeding en dranken worden meer geconsumeerd door personen met een laag opleidingsniveau. Dit alles vertaalt zich ook in een hoger percentage van overgewicht (BMI hoger dan 25) en obesitas (BMI hoger dan 30). In Vlaanderen heeft 62,9% van de laagst opgeleiden van 18 jaar en ouder overgewicht, 24,6% is zwaarlijvig (2013). Bij de hoogstopgeleiden heeft 40% overgewicht en lijdt 5,9% aan obesitas (2013).

6 Tevredenheid met het leven

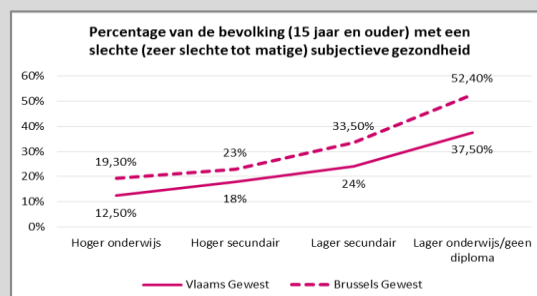
Het Federaal Planbureau gebruikt de gegevens uit de European Social Survey (ESS) om in België de tevredenheid met het leven, als maatstaf voor het subjectieve welzijn van burgers, in kaart te brengen.



De tevredenheid met het leven stijgt naarmate men behoort tot een hoger inkomenskwintiel: 6,9 op 10 in het laagste inkomenskwintiel en 7,8 op 10 in het hoogste kwintiel.

7 Aandacht voor Brussel

In het Vlaams Gewest meldt in 2013 17,4% van de bevolking een slechte subjectieve gezondheid. In het Brussels Gewest gaat het zelfs om 24,5%. In beide gewesten varieert de subjectieve gezondheid duidelijk in functie van het opleidingsmilieu van mensen.



ONGELIJKE TOEGANG TOT ZORG EN ONDERSTEUNING

8 Deelname aan preventie

CM-studies tonen dat mensen met een zwakkere sociale positie minder bereikt worden door de preventieve gezondheidszorg. Voor het griepvaccin blijft dit verschil in 2006 beperkt tot 7% maar de deelname aan kankerscreening toont een grotere sociale gradiënt: bij vrouwen met de laagste sociaaleconomische positie ligt de deelname aan baarmoederhalscreening 21% lager en aan borstkankerscreening 17% lager dan bij vrouwen uit de hoogste klasse. De CM ziet eenzelfde beeld voor meer recente preventie maatregelen zoals de vaccinatie tegen baarmoederhalskanker en tegen het rotavirus (2012).

Op het vlak van preventieve tandverzorging bij kinderen toont de studie van 2012 een verschil van 34%.

9 Treatment gap

De behandelingskloof treft vooral de meest kwetsbare groepen in onze samenleving. 46,3% van de mensen zonder diploma of met alleen een diploma lager onderwijs ziet zich genoodzaakt zorg en

ondersteuning om financiële redenen uit te stellen, tegenover 9,1% van de hoogst opgeleiden (2013). Het gaat daarnaast meer om eenouderhuishoudens, alleenstaanden, huishoudens waarvan de referentiepersoon buiten de EU geboren is, huishoudens woonachtig in het Brussels Gewest of, meer algemeen, in stedelijke gebieden. Het gaat ook om huishoudens met (relatief) lage inkomens en (relatief) hoge kosten voor gezondheidszorgen. 45% van de huishoudens met de laagste inkomens moet in 2013 zorg en ondersteuning uitstellen, tegenover 8,9% in het vierde inkomenskintiel en 3,4% in het vijfde en hoogste kwintiel.

ONGELIJKE BEHANDELING IN ZORG EN ONDERSTEUNING

10 Omgaan met kwetsbaarheid

De grote meerderheid van de zorg- en hulpverleners maken tijd voor het beluisteren van de vragen en behoeften van mensen. Maar toch blijft de afstand tussen de persoon met een zorgbehoefte en een arts of zorgverlener soms groot. Soms letterlijk, soms figuurlijk.

Kwetsbare mensen ervaren nog steeds verschillende moeilijkheden in hun contacten met professionals in de zorg en ondersteuning. Ze zijn minder goed geïnformeerd over hun behandeling en de hieraan verbonden kostprijs en over hun rechten en plichten als patiënt.

Ook het cultuurverschil kan groot zijn en ertoe leiden dat professionals (gezondheids)gedrag anders interpreteren. Daarenboven zijn het taalgebruik en de sociale en culturele achtergrond vaak heel verschillend. Het overbruggen ervan vergt meer tijd en aandacht (Welzijnszorg, 2008).

Artsen hebben soms andere percepties over patiënten met een lagere sociaaleconomische status. Die percepties hebben invloed op hun attitude, hun praktijkvoering en de communicatie met de patiënt. Er is dus ook sprake van **een sociale gradiënt in de arts-patiënt communicatie** (Verlinde, 2012). Tijdens een consultatie van een patiënt met een lagere SES zal er in verhouding meer tijd gependend worden aan het klinisch onderzoek en voorlichting. Er wordt minder tijd gemaakt voor het bevragen van de patiënt, het gezamenlijk nemen van beslissingen en voor de begeleiding (De Pauw, 2013). Dit doet zich hoofdzakelijk voor wanneer in een bepaalde praktijk het aantal patiënten met een lage SES groot is, in combinatie met weinig bijkomende ondersteuning (Verlinde, Bonte & Willems, 2012).

2.2 De ongelijkheid neemt niet substantieel af, en neemt op een aantal vlakken zelfs toe

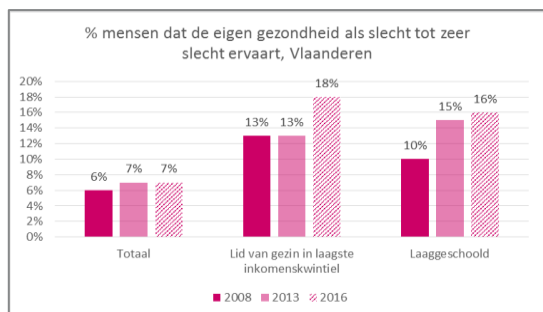
Ondanks inspanningen en financiële maatregelen vanuit de verschillende overheden in ons land, is men er nog niet in geslaagd de sociale gezondheids- en welzijnsongelijkheid structureel terug te dringen.

2.2.1 Ongelijkheid in gezondheid en welzijn

Voor een aantal indicatoren is de mate van ongelijkheid in de bevolking licht afgenomen of gestagneerd (bv. deelname aan borstkankerscreenings, het beschikken over een Globaal Medisch Dossier⁷). Ook voor de subjectieve gezondheidsbeoordeling naar gelang iemands opleidingsniveau wijzen de cijfers uit de gezondheidsenquête voor Vlaanderen voorzichtig op een afvlakking van de sociale gradiënt tussen de jaren 1997 en 2008.

⁷ Bron: Avalosse e.a., 2015.

De armoedebarmeter van de Decenniumdoelen geeft een meer recent maar ook een negatiever beeld: de subjectieve gezondheidsbeleving van de Vlamingen met een inkomen uit het laagste inkomenskwintiel en van laaggeschoolden is slechter geworden (zie figuur).



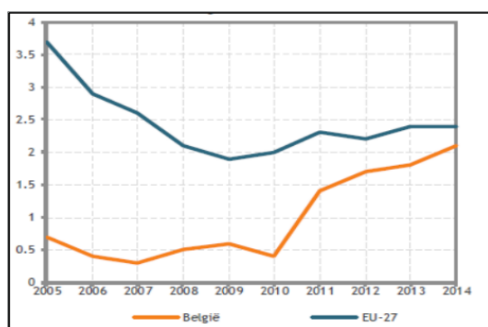
De kloof met de andere inkomenskwintielen is in de armoedebarmeter 2016 (die de situatie in 2014 meet) de grootste van alle metingen, namelijk meer dan 11 procentpunt. Bij de meting in 2008 bedroeg deze kloof 7 procentpunt. Voor mensen met een laag opleidingsniveau en personen met een migratieachtergrond is de kloof eveneens groter geworden.

Uit de gezondheidsenquêtes blijkt dat voor sommige aandoeningen de ongelijkheden toenemen: voor astma en ernstig nierlijden zijn in de gezondheidsenquête 2008 geen significante sociaaleconomische verschillen vastgesteld, terwijl dit in 2013 wel het geval is.

Het psychisch onwelbevinden is over de tijd toegenomen en blijft een belangrijke sociale gradiënt volgen. In 2004 rapporteert 18,6% van de mensen zonder diploma of met alleen een diploma lager onderwijs psychische problemen (tegenover 21,4% van de hooggeschoolden), in 2008 is dat 28,4% (tegenover 22,3% van de hooggeschoolden).

Onderzoek bij CM-leden in 2006 toont dat de kans om binnen het jaar te overlijden bij de minst begunstigde bevolkingsgroep⁸ 45% hoger ligt dan bij de hoogste klasse. In het opvolgonderzoek uit 2012 ligt dat sterfterisico 51% hoger (Avalosse e.a., 2015).

2.2.2 Ongelijke toegang tot zorg en ondersteuning



De ongelijkheid in de financiële toegankelijkheid van zorg en ondersteuning lijkt op basis van de gezondheidsenquêtes over de tijd geen opmerkelijke evolutie mee te maken. De gegevens uit de EU-SILC tonen wel een stijging van het percentage van gezinnen met niet ingevulde behoefte aan zorg en ondersteuning omwille van financiële redenen (zie figuur hiernaast⁹).

Ook de FOD Sociale Zekerheid gebruikt onder meer de Europese cijfers voor zijn jaarlijkse analyse van de evolutie van de sociale situatie en de sociale bescherming in België. Die analyse toont een stijgende trend inzake onvervulde noden voor medische zorg en tandzorg, hoofdzakelijk bij de laagste inkomens. In 2012 stelde 4,8% van de Belgen uit het laagste inkomenskwintiel zorg uit omwille van financiële redenen, wachtlijsten of afstand. In 2014 nam dit toe tot 7,8%. Het uitstellen van tandzorg nam in de laagste inkomensgroep toe van 6,9% in 2012 naar 11,5% in 2014. De armoedebarmeter bevestigt deze trend voor Vlaanderen.

⁸ Opdeling van de bevolking in functie van hun woonplaats en hun inkomensniveau.

⁹ Bron: Federaal Planbureau, 2014.

2.3 Bijzondere risicogroepen

Om de gezondheid en de levenskwaliteit van de Vlamingen te verbeteren en een beleid op de sporen te zetten dat de sociale gradiënt daarin verkleint, is het volgens de raad nodig om rekening te houden met grotere sociale en medische risico's bij:

- Mensen in armoede en mensen met een risico op armoede. Dak- en thuislozen vormen een specifieke aandachtsgroep.
- Etnisch culturele minderheden. De situatie van nieuwkomers in ons land vraagt bijzondere aandacht¹⁰. Ook mensen zonder papieren zijn erg kwetsbaar.
- Mensen met chronische aandoeningen, lichamelijke en psychische problematieken en beperkingen. De relatie 'arm maakt ziek en ziek maakt arm' is nog steeds een realiteit.

Vanuit het levenslopperspectief moet ook specifieke beleidsaandacht gaan naar kinderen en jongeren die geboren worden en opgroeien in voorgenoemde moeilijke situaties (zie ook 4.1).

De maatschappelijke situatie waarin kwetsbare personen zich bevinden, is daarenboven zeer vaak multidimensioneel met problemen op verschillende levensdomeinen. Mensen die in preciaire omstandigheden leven, moeten vaak afrekenen met een opeenstapeling van problemen van materiële, administratieve, lichamelijke en psychische aard. Zij lopen mede daardoor een groter risico op gezondheids- en welzijnsachterstand.

¹⁰ In zijn reflectienota van 5 februari 2016 boog de SAR WGG zich over de vraag hoe we kunnen zorgen voor een toegankelijke en kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning voor nieuwkomers.

3 Een nieuwe gezondheidsdoelstelling

De hiervoor geïllustreerde ongelijkheden in gezondheid en welzijn vormen een grote uitdaging voor beleidsmakers. Niet alleen omdat zij een verlies aan menselijk potentieel voor de samenleving betekenen of omdat de economische kost groot is, maar vooral omdat de verschillen onrechtvaardig zijn.

Vanuit de sociale grondrechtenbenadering heeft iedereen evenveel recht op een goede gezondheid en maatschappelijke ontplooiing. Bovendien denkt de raad dat het actief werken aan het verkleinen van de sociale gradiënt een goede manier is om voor elke individuele burger winst inzake zijn gezondheid en welbevinden te realiseren. Ook de economie gedijt bij minder ongelijkheid, alsook het algemeen welvaartspeil, het bruto nationaal geluk, ... Dit zijn voor de raad belangrijke redenen om aan de Vlaamse Regering voor te stellen om hierover een afzonderlijke horizontale gezondheidsdoelstelling te formuleren.

3.1 Gezondheidsdoelstellingen als beleidsinstrument

De mogelijkheid om te werken met Vlaamse gezondheidsdoelstellingen is verankerd in het decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid. Dit decreet *beoogt een verbetering van de volksgezondheid, meer bepaald het behalen van gezondheidswinst op Vlaams bevolkingsniveau of het verhogen van de efficiëntie van het gezondheidsbeleid, om zo te kunnen bijdragen tot een verhoging van de levenskwaliteit* (art 3).

De raad wees in eerdere adviezen al op het belang van het werken met gezondheidsdoelstellingen, omdat deze resultaatsverbintenissen inhouden en dus de effecten van het beleid meten. Het werken met dergelijke doelstellingen laat toe om prioriteiten en klemtonen te leggen en kan de effectiviteit van het beleid verbeteren. De raad vindt het goed dat Vlaanderen dit beleidsinstrument verder inzet.

De preventieve gezondheidsdoelstellingen die de Vlaamse Regering de voorbije jaren geformuleerd heeft, focussen vaak op het motiveren voor een gezonde leefstijl met gedragsthema's als roken, beweging, voedingspatroon, alcoholconsumptie, ... De raad begrijpt dat een beleid hierop inzet, gezien mensen ook een eigen verantwoordelijkheid hebben voor een gezond leven en gezien hun leefstijl de gezondheid en het welbevinden ontegensprekelijk beïnvloedt (zie ook 3.2.4 en 4.2).

Een beleid dat mensen aanspreekt op hun eigen bijdrage aan een langer en gezonder leven kan dus gesteund worden. Maar er zijn wel belangrijke voorwaarden¹¹: dit beleid moet voldoende rekening houden met de draagkracht van mensen, mensen mogen niet afgerekend worden op de resultaten van de inspanningen die ze op preventief vlak leveren en dit beleid moet samengaan met het werken aan de brede maatschappelijke determinanten van ongezond gedrag.

Een te eenzijdige focus op persoonlijk gedrag die geen rekening houdt met voorgenoemde voorwaarden is volgens de raad niet de juiste strategie in de strijd tegen sociale ongelijkheid.

¹¹ Dit beargumenteerde de raad ook in zijn advies over de Vlaamse gezondheidsdoelstelling Gezonder leven (6 juli 2017).

Om sociale gezondheids- en welzijnsongelijkheid aan te pakken, moet een samenhangend beleid gevoerd worden dat inzet op de verschillende maatschappelijke determinanten van ongelijkheid. Beleidsmaatregelen gericht op persoonlijk gedrag en leefstijl zijn dan aanvullend bij maatregelen rond inkomenszekerheid, toegankelijke zorg en ondersteuning, gezonde woonomgeving, werk en arbeidsomstandigheden, sociale cohesie, onderwijs, De raad is van mening dat met de huidige Vlaamse gezondheidsdoelstellingen vooral aan de effecten van gezondheids- en welzijnsongelijkheid gewerkt wordt (bv. mensen met een lagere SES hebben een slechtere subjectieve gezondheid, roken meer, ...), maar te weinig aan de fundamentele oorzaken in de verschillende levensdomeinen.

3.1.1 Koppeling bestaande en nieuwe doelstellingen

De raad adviseert de Vlaamse Regering om de voorgestelde nieuwe doelstelling te gebruiken als toetssteen voor beleid in alle beleidsdomeinen. Op die manier heeft men een handvat om het principe van 'health and well-being in all policies' concreet te maken.

Hoewel de thema's die in de huidige Vlaamse gezondheidsdoelstellingen aan bod komen en de uitwerking daarvan minder effect hebben op gezondheidsongelijkheid in vergelijking met een werkelijke 'health and well-being in all policies'-aanpak, vindt de raad het toch belangrijk om deze nieuwe doelstelling ook expliciet en actief te koppelen aan de andere Vlaamse gezondheidsdoelstellingen.

- Ten eerste kan dit door ook in elke andere gezondheidsdoelstelling het principe van het proportioneel universalisme systematisch toe te passen en hiervoor de nodige middelen te voorzien (zie ook 3.4). De gezondheidsconferentie 'Gezonder leven'¹² gaf hiervoor een eerste voorzichtige aanzet.
- Ten tweede zou het goed zijn dat in het werken rond de bestaande gezondheidsdoelstellingen meer aandacht gaat naar het effect van de gekozen acties op de sociale gezondheids- en welzijnsverschillen. Indicatoren gebruikt voor het monitoren van de gezondheidsdoelstellingen moeten daarom meer systematisch gelinkt worden aan sociale kenmerken en sociale groepen. Deze parameters kunnen al op korte termijn meer inzicht geven in de gezondheids- en welzijnsachterstanden bij bepaalde groepen, en dus ook de uitrol van de nieuwe gezondheidsdoelstelling mee opvolgen.

3.1.2 Gezondheids- én welzijnsdoelstellingen

De raad stelt vast dat de focus van de bestaande gezondheidsdoelstellingen heel sterk ligt bij de fysieke gezondheid van mensen, terwijl het algemene welbevinden onderbelicht blijft. Hoewel de raad er zich van bewust is dat welzijn niet het onderwerp is geweest van de gezondheidsdoelstellingen, is het erg jammer dat de belangrijke relatie tussen gezondheid en

¹² In zijn advies over de Vlaamse gezondheidsdoelstelling Gezonder leven (6 juli 2017) heeft de raad deze aanpak becommentarieerd.

psychisch welzijn, sociale steun, huisvesting, participatiemogelijkheden, ... niet opgenomen is in de strategische plannen die de doelstellingen concretiseren.

De gezondheidsdoelstelling geformuleerd in dit advies, wordt in een welzijnskader geplaatst. De raad vraagt dat de Vlaamse Regering bij het formuleren van de andere gezondheidsdoelstellingen ook een brede invulling hanteert en de aandacht voor welzijn expliciteert.

3.2 Doelstelling

Het formuleren van een nieuwe gezondheidsdoelstelling is een geschikte manier om het terugdringen van de sociale gezondheids- en welzijnsongelijkheid veel nadrukkelijker op de agenda te plaatsen van het beleid en de relevante sectoren en actoren.

De raad inspireert de Vlaamse Regering om een nieuwe gezondheidsdoelstelling uit te werken en doet daarvoor een eigen voorstel¹³:

Tegen 2030 verkleint Vlaanderen de sociale ongelijkheid in gezondheid en welzijn substantieel. Dit gebeurt door de actuele verschillen in levensverwachting in goede gezondheid en in welbevinden tussen personen naargelang hun positie op de sociale ladder met 25% te verminderen.

Om dit te bewerkstelligen wordt in alle beleidsdomeinen, en in het bijzonder in het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, een beleid gevoerd voor het steeds verder terugdringen van de sociale gradiënt in gezondheid en welzijn. Dit beleid moet structureel zijn en voldoende gefinancierd worden.

➤ **Om de doelstelling op te volgen zijn actuele data cruciaal¹⁴:** de raad dringt aan op een nieuwe nulmeting van de levensverwachting in goede gezondheid en in welbevinden, gekoppeld aan sociaaleconomische kenmerken van de bevolking. Deze gegevens moeten vervolgens veel systematischer gemonitord en gerapporteerd worden.

➤ **Dit is een doelstelling op populatieniveau:** het structureel aanpakken van de sociale gezondheids- en welzijnsgradiënt vormt een goede strategie om de gezondheid en het welbevinden van de bevolking in haar geheel te verbeteren. De doelstelling beoogt dus een universele gezondheidswinst.

De afname van de sociale gradiënt moet gerealiseerd worden door vooral de gezonde levensverwachting van mensen met een lagere sociale positie substantieel te verhogen (en dus niet door het louter nivelleren van de situatie van mensen die hoger op de sociale ladder staan). Aanvullend aan een universeel beleid, vergt dit bijkomende inspanningen naar meer kwetsbare burgers en buurten, volgens het principe van het proportioneel universalisme.

¹³ De doelstelling is gebaseerd op 'Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region' (1999).

¹⁴ Zie ook 3.3.1

➤ Een beleid dat werkt aan de ‘levensverwachting in goede gezondheid en welbevinden’ betekent voor de raad een streven naar ‘kwaliteitsvolle levensjaren’. Dit kan voor bepaalde personen met een zorgbehoefte evenzeer een stabiele gezondheid zijn. Het gaat over hoe mensen – elk met hun eigen mogelijkheden, beperkingen, kwetsbaarheden en achtergrond – functioneren én participeren aan de samenleving. Deze ambitie overstijgt de verschillende bestuursniveaus, beleidsdomeinen en sectoren en zet aan tot geïntegreerd werken.

➤ Een beleid rond sociale gezondheids- en welzijnsongelijkheid moet rekening houden met de verschillende sociale risico’s die maken dat mensen zich in een kwetsbare positie bevinden die de gezondheid en het welzijn negatief beïnvloedt. In eerste instantie wordt iemands positie op de sociale ladder sterk bepaald door zijn of haar sociaaleconomische status (gemeten via het opleidingsniveau, inkomen en de arbeidssituatie). Maar ook een laag niveau van gezondheidsvaardigheden, een ongezonde woonomgeving, het ontbreken van een sociaal netwerk, discriminatie, gebrek aan veerkracht, ... zijn belangrijke sociale risico’s.

➤ Bij het uitwerken van een nieuwe gezondheidsdoelstelling moeten beleidsmakers maximaal afstemmen met de gedragen aanbevelingen uit andere trajecten. De raad denkt aan de laatste gezondheidsdoelstelling Gezonder leven, de Eerstelijnsconferentie, het geïntegreerd breed onthaal, de conferentie De toekomst is jong, het lokaal sociaal beleid, het Vlaams actieplan Geestelijke Gezondheid, het Vlaams en het federaal Actieplan Armoedebestrijding, de proefprojecten chronische zorg, de proefprojecten wonen-welzijn en het Horizontaal Integratieplan. Het zou goed zijn dat ook de sociaal werk conferentie en de voorbereidingen die momenteel lopen, aangeprezen worden om de realisatie van de nieuwe doelstelling mee uit te rollen.

3.2.1 De gezondheidsdoelstelling uitvoeren is een gedeelde opdracht

Michael Marmot, een academische referentie wat betreft gezondheidsongelijkheid, benadrukt dat *‘taking action to reduce inequalities in health does not require a separate health agenda, but action across the whole of society’* (Marmot, 2010).



Op verschillende niveaus moet het structureel terugdringen van ongelijkheid in gezondheid en welzijn een bewust objectief zijn. Het uitvoeren van de nieuwe doelstelling vormt daarom een gedeelde verantwoordelijkheid en steunt best op een draagvlak van alle betrokken partijen: overheden, professionals in de zorg en ondersteuning, lokale praktijken en werkingen op buurtniveau, ondernemers en werkgevers en individuele burgers.

3.2.2 ... van overheden

■ Op internationaal niveau

Verschillende internationale aanbevelingen roepen op tot het wegwerken van sociale ongelijkheden tussen en binnen landen. Zo komt de strijd tegen gezondheidsongelijkheden aan bod in meerdere verdragen en instellingen van de Europese Unie (bv. de Strategie Europa 2020 van de Europese Commissie) en in de rapporten en adviezen van de WHO.

Daarnaast werden in 2015 binnen de Verenigde Naties de Sustainable Development Goals goedgekeurd, met als belangrijke ontwikkelingsdoelstellingen het verzekeren van een goede gezondheid en het promoten van welvaart voor alle leeftijden (SDG 3) en het verminderen van de ongelijkheid (SDG 10). Van de regeringen wordt verwacht dat zij deze globale SDG's vertalen in eigen doelstellingen. De SAR WGG doet met dit advies alvast een voorzet voor de vertaalslag in het Vlaamse beleid.

■ Op federaal niveau

In het federale regeerakkoord 2014-2019 leest de raad dat *'de Regering in overleg met de deelstaten de nodige initiatieven zal nemen om de gezondheidskloof in kaart te brengen, en concrete acties zal uitwerken om de toename van sociaaleconomische gezondheidsverschillen te voorkomen, en om op diverse domeinen te streven naar een substantiële afname van de gezondheidskloof. Het terugdringen van de verschillen in verwachte gezonde levensjaren is een van onze prioritaire gezondheidsdoelstellingen'*.

De raad roept de federale en Vlaamse overheden op om onder meer via de IMC actief werk te maken van een geïntegreerd en gecoördineerd beleid. In de Belgische beleidscontext is voor deze problematiek overleg en afstemming over de grenzen van de bevoegdheidsniveaus heen een absolute must.

Heel wat van de instrumenten (en bijhorende financiële middelen) om in te grijpen op de sociale gradiënt behoren tot de federale bevoegdheden. Zo is er natuurlijk de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, met daarbij regelgeving rond het recht op verhoogde tegemoetkoming en de derdebetalersregeling, de prijzen van ziekenhuisopnames en geneesmiddelen, de terugbetaling van preventieve acties, acties rond het Globaal Medisch Dossier, de wijkgezondheidscentra (met een forfaitaire betaling zonder financiële drempel),... Daarnaast hebben federale beleidsmaatregelen inzake inkomen, werk, energie, armoede... een belangrijke impact op de oorzaken van ongelijkheid.

■ Op Vlaams niveau

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin heeft heel wat hefboomen in handen om het sociaaleconomische verschil in levensverwachting in goede gezondheid en welbevinden effectief te verkleinen: het beleid inzake gezondheids promotie en preventie (met inbegrip van de bestaande gezondheidsdoelstellingen), investeringen in zorg en ondersteuning, de organisatie van de eerste lijn, de uitbouw van de Vlaamse Sociale Bescherming, het beleid inzake tabaksontwenning, het alcohol- en drugsbeleid,

Maar het terugdringen van de sociale gradiënt vergt ook een ruimere aanpak, volgens het principe van 'health and well-being in all policies' (zie ook 1). De raad verwacht dat dit principe in de verschillende beleidsdomeinen in concrete beleidsdaden omgezet wordt. Want de structurele oorzaken van de ongelijkheid liggen ook bij de beleidskeuzes die andere ministers in

hun beleidsdomein maken en die een invloed hebben op iemands inkomens(on)zekerheid, woonomgeving, sociale netwerken, arbeidssituatie, opleiding, integratie, participatie....

► Op lokaal niveau

Verminderen van sociale gezondheids- en welzijnsongelijkheid kan onder meer door het beter afstemmen van hulp- en dienstverlening op de behoeften van mensen, door het verbeteren van de toegang tot zorg en ondersteuning en door het inzetten op preventie, vroeginterventie en gezondheidspromotie (zie deel 4). Het is belangrijk dat ook lokale besturen (gemeenten en OCMW's) rond dit volledige traject kunnen werken. Dat zij hierin door Vlaanderen ondersteund worden, en alle initiatieven in dit verband deel laten uitmaken van het lokaal sociaal beleid en van de 'gezonde gemeente'.

Eveneens in het lokale beleid is 'health and well-being in all policies' aangewezen om impact te hebben op de fysieke en sociale omgeving die ongelijkheden kan creëren, in stand houden of verminderen. Bij de inrichting van de stedelijke omgeving, het mobiliteitsbeleid, het lokale aanbod aan diensten en voorzieningen, het woonbeleid, het ondersteunen van lokaal ontwikkelde projecten die sociale isolatie tegengaan en sociaal kapitaal versterken,... liggen belangrijke aanknopingspunten voor het lokale bestuur om ongelijkheid structureel aan te pakken. Samen met de lokale organisaties en het middenveld hebben zij een belangrijke impact op de dagelijkse leefomgeving van mensen.

3.2.3 ... van actoren in zorg en ondersteuning

De raad ziet het wegnemen van drempels als een opdracht voor elke zorg- en hulpverlenende organisatie en voor elke individuele zorg- of hulpverlener. De gezondheidszorg en het welzijnswerk kunnen ongelijkheden in stand houden of nog versterken als mensen die lager op de sociale ladder staan, een moeilijker toegang hebben tot de zorg- en dienstverlening die ze nodig hebben. Ook meer transparantie over het aanbod, de kwaliteit en de toegang tot zorg en ondersteuning is belangrijk. Het beleid moet de organisaties en actoren in zorg en welzijn hiervoor de nodige impulsen en ondersteuning bieden. Ondersteuning om in de reguliere werking meer in te zetten op kansengroepen is een must.

Professionals in zorg en ondersteuning moeten zich meer richten op het functioneren van mensen, daarbij aandacht hebben voor wat echt belangrijk is voor de persoon met zorgbehoefte en diens zorg- en ondersteuningsvragen beluisteren in de context van zijn sociale leefwereld. Het perspectief en de levensdoelen van de persoon met zorgbehoefte worden meegenomen en via informatie en overleg komt men samen tot de meest gepaste oplossing of behandeling. Zo kunnen professionals in de zorg en ondersteuning ook werken aan het verkleinen van de sociale gradiënt in de communicatie met patiënten/ cliënten met een lagere sociaaleconomische status (zie 2.1). Er zijn ook indicaties dat een respectvol, open, horizontaal contact van professionals in de zorg bijdraagt tot 'social uplifting' van mensen die leven in armoede (Haggerty, 2013).

Om gezondheids- en welzijnsongelijkheid bij de wortels aan te pakken, verwacht de raad dat actoren in de zorg en ondersteuning op maat kunnen werken in de levensdomeinen waar dit nodig en wenselijk is. Daarbij is een holistische benadering van de persoon met zorgbehoefte de juiste. Dit vereist bovendien een goede behoeftegerichtheid van het aanbod en nog meer en betere afstemming en samenwerking tussen sectoren en organisaties.

In de verschillende sectoren en organisaties is het omgaan met diversiteit in de samenleving een belangrijke uitdaging. Een belangrijk aspect daarvan is de sociaaleconomische diversiteit, die niet zelden samengaat met etnisch-culturele diversiteit.

Om gelijkwaardig om te kunnen gaan met elke persoon, ongeacht diens achtergrond, benoemde de raad in zijn Visienota over het Nieuwe professionalisme (2015) een 'cultuursensitieve competentie' die volgende elementen omvat:

- **Kennis:** Het is belangrijk dat professionals zicht hebben op de structurele oorzaken, op de mechanismen van kansarmoede en op hoe uitsluiting werkt. Ook kennis van de gezondheidsbenadering en –vaardigheden van kwetsbare groepen is nodig.
- **Vaardigheden:** Die inzichten moet een professional kunnen vertalen naar de context van personen met zorgbehoefte. Aandacht voor en inzicht hebben in sociale codes in kansarme gezinnen is een belangrijke vaardigheid.
- **Attitudes:** Een professional die 'sociaaleconomisch sensitief' werkt, staat open voor het werken met burgers met een andere achtergrond, is zich bewust van het eigen referentiekader en zal dit niet als enige norm nemen bij het beoordelen van de kwaliteit van leven van een persoon met zorgbehoefte.

Voor de implementatie van gezondheids- en/of welzijnsbevorderende interventies bij kwetsbare groepen is op al de voorgaande vlakken deskundigheidsbevordering nodig. Daarenboven is het zeer belangrijk dat professionals die met deze doelgroepen werken op een goede ondersteuning, omkadering, navorming en intervisie kunnen rekenen¹⁵.

Tot slot liggen er voor professionals en organisaties zeker kansen bij het inzetten van vrijwilligers in het bereiken van kwetsbare doelgroepen en het bestrijden van sociale uitsluiting. De nodige randvoorwaarden moeten voorzien worden om van dat vrijwilligerswerk (dat vaak zeer intensief is) een positief gebeuren te maken: vorming kan meer inzicht geven in de doelgroep, verwachtingen van alle betrokkenen moeten duidelijk geformuleerd worden, er moet informatie, begeleiding en ondersteuning voorhanden zijn, ... Organisaties kunnen ook aangemoedigd worden om meer inspanningen te doen om kwetsbare mensen te betrekken in hun vrijwilligerswerking.

3.2.4 ... van de individuele burger

Van elke mens mag verwacht worden dat hij of zij zelf werkt aan het eigen langer en gezonder leven. Goed voor je eigen lichaam en geest zorgen is een opdracht voor iedereen. Elk op zijn manier, zonder doelen te ver of te hoog te stellen.

Een burger mag in geen geval afgerekend worden op de resultaten van de inspanningen die hij of zij op preventief vlak levert. Het is voor de raad cruciaal dat de samenleving bij het

¹⁵ Van Triple naar Quadruple aim (Bodenheimer & Sinsky, 2014): om de zorg en ondersteuning toekomstbestendig en doelmatig te houden, moeten niet alleen de drie doelen van de Triple Aim-aanpak nagestreefd worden, maar moet er ook voor gezorgd worden dat de professionals hun werk op een goede en duurzame manier kunnen doen.

aanspreken van de individuele verantwoordelijkheid rekening houdt met ieders draagkracht en beperkingen en dat er respect is voor de verschillen in het omgaan met ziekte en gezondheid.

De overheid moet ook eerst het kader scheppen waarin iedereen verantwoord en gezond gedrag kán stellen en volhouden. De raad illustreert dit door te verwijzen naar de taak van de Vlaamse overheid die voorziet in een toegankelijk en kwaliteitsvol aanbod voor tabaksontwenning, en dus niet alleen campagnes en oproepen lanceert en mensen op hun individueel gedrag aanspreekt. Het is de verantwoordelijkheid van de overheid om te werken aan toegankelijke zorg en ondersteuning, gezonde leef-, woon- en werkomgevingen, het aanpakken en vermijden van armoede, het versterken van sociale weefsels en een sociaal rechtvaardige samenleving te realiseren. Het standpunt van de raad is heel duidelijk dat er op die manier gezorgd moet worden voor gelijke gezondheids- en welzijnskansen voor iedere burger.

De randvoorwaarden waarbinnen mensen keuzes maken, kunnen door de overheid bewust beïnvloed worden. Voor de raad moet binnen de verschillende beleidsdomeinen een structureel beleid gevoerd worden dat de gezonde keuze tot de eenvoudige keuze maakt. Dit kan onder meer door gezonde voeding goedkoper te maken en tabak of alcohol duurder, door in scholen gezonde alternatieven te voorzien voor suikerhoudende dranken, door aan kinderen een jaarlijks tandonderzoek via het CLB aan te bieden, ... Bij het sturen van gezondheidsgedrag ('nudging') moet er een goed evenwicht zijn tussen een positief beleid gericht op het stimuleren van gezond gedrag en beleid dat mensen afraadt om ongezond gedrag te stellen. Bij het uitwerken van dit beleid moeten Matteüeffecten vermeden worden.

De raad vraagt om bijzondere aandacht te schenken aan de eigen kracht van kwetsbare personen en te investeren in het beter ondersteunen ervan. Het zou goed zijn dat het empoweren van kwetsbare doelgroepen hen ook sterker maakt om hun ervaringsdeskundigheid, talenten en mogelijkheden in te zetten in de realisatie van de nieuwe gezondheidsdoelstelling.

3.2.5 van werkingen op buurtniveau

De raad adviseert een wijkgerichte aanpak, met als sleutelementen participatie, empowerment, het versterken van de maatschappelijke cohesie en de onderlinge steun in de buurt. Bij dit alles moet maximaal uitgegaan worden van de prioriteiten die mensen zelf stellen. Wie voelt dat hij iets te zeggen heeft in de maatschappij, is gelukkiger en gezonder.

Voor de raad is een goede mix van een top-down benadering via gezondheidsdoelstellingen en bottom-up initiatieven (zoals activiteiten die werken aan sociale cohesie, lokale bewegingsactiviteiten, ...) noodzakelijk. Dit omdat de kansen om gezond te leven, te participeren en sociale steun te vinden lokaal ongelijk verdeeld zijn. Ook de vaardigheden om met ziekte en gezondheid om te gaan zijn verschillend¹⁶ en er is een ruimtelijke concentratie van kwetsbare bewoners in bepaalde buurten.

¹⁶ <http://www.gezondegemeente.be/succesfactoren/wijkgericht-werken>

Er is een structurele inbedding en voldoende ondersteuning van werkingen op buurtniveau nodig. Want het is uiteraard de bedoeling dat er via deze werkingen blijvende veranderingen gerealiseerd worden, zodat de buurt haar eigen lot meer in handen krijgt en de kansen voor een goede gezondheid en tevredenheid voor alle inwoners toenemen. Goede voorbeelden van deze aanpak zijn de 'Community oriented primary care' (Rhyne e.a., 1998) zoals die wordt uitgevoerd door de wijkgezondheidscentra, de werking en bijdrage van het lokale dienstencentrum en het initiatief van de Gezonde Gemeente. Ook het verenigingsleven neemt een belangrijke rol op.

Goed ontwikkelde werkingen op buurtniveau dragen overigens bij tot het realiseren van integrale zorg en ondersteuning, op maat van elke persoon met zorgbehoefte, ongeacht zijn sociaaleconomische achtergrond. Dicht bij de burger biedt het buurtniveau namelijk kansen om zorg en ondersteuning goed te doen aansluiten op zijn behoeften en doelstellingen.

Ook de mobilisering van verbindende krachten moet structureel vorm krijgen in buurtwerkingen. De raad vraagt beleidsmaatregelen die faciliteren dat er betrokkenheid en samenwerking is tussen actoren in de zorg en ondersteuning, mantelzorg en vrijwilligerswerk, lokale overheden en het middenveld.

3.2.6 ... van ondernemingen en werkgevers

Bedrijven en organisaties voorzien al heel wat maatregelen in uitvoering van de wetgeving 'welzijn op het werk'. Bijvoorbeeld het beperken van de gezondheidsrisico's van werk, aandacht voor werkgerelateerde stress en ongezond gedrag in de werksfeer en het voorzien van medisch toezicht of eerste hulp. Ook de raad ziet zeer veel voordelen in een kwaliteitsvol gezondheids- en welzijnsbevorderend beleid op de werkvloer. De raad vraagt dan ook een verdere uitwerking en verbreding van zo een beleid.

Niet elke volwassene echter kan deelnemen aan voldoende betaald en veilig werk. En zo zijn ongelijkheden in arbeidsvoorwaarden en -omstandigheden een belangrijke bron van gezondheids- en welzijnsverschillen (Houweling, 2009).

De raad verwacht dat het bedrijfsleven verder inzet op het bevorderen van positieve factoren voor gezondheid en welbevinden, in eerste instantie door het inzetten op economische duurzaamheid¹⁷ voor mensen. Daarnaast kan de werkomgeving mensen heel wat beschermende maatregelen bieden zoals persoonlijke groei, mogelijkheden om een sociaal netwerk uit te bouwen, het gevoel van eigenwaarde verhogen en toegang tot kennis over gezondheidsbevorderend gedrag of over het zorg- en ondersteuningssysteem.

De Vlaamse minister van WVG, de Vlaamse minister van Werk en de federale minister van Werk moeten nauw samenwerken, onder meer voor de realisatie van werkbaar en wendbaar werk voor elke burger.

¹⁷ Het is niet altijd mogelijk om in een snel wijzigend landschap alle jobs te behouden in het kader van 'economische zekerheid'. Wel kan men streven naar 'economische duurzaamheid', door te anticiperen via heroriëntatie, ontwikkeling van nieuwe niches, interne en externe mobiliteit,....

3.3 Monitoring en opvolging

Om de uitvoering van de nieuwe doelstelling op te volgen, is het noodzakelijk de sociale ongelijkheid in welzijn en gezondheid correct in kaart te brengen én de evolutie periodiek te volgen. Ook gegevens over ongelijkheid en uitsluiting op vlak van onderwijs, deelname aan de arbeidsmarkt, wonen, mobiliteit, vrijetijdsbesteding,...zijn erg relevant.

Omwille van inhoudelijke en methodologische redenen wordt opleidingsniveau in veel (nationale en internationale) studies gekozen als de sociaaleconomische indicator om sociale ongelijkheid in gezondheid en welzijn te onderzoeken¹⁸. De raad stelt aan de Vlaamse Regering voor om bij de opvolging van de nieuwe gezondheidsdoelstelling deze piste te volgen.

Beleidsaanbevelingen op basis van de indicator opleidingsniveau houden wel best rekening met het feit dat de groep minst opgeleiden meer en meer heterogeen samengesteld is. Een zicht op de verschillen in schoolloopbaan, etnisch-culturele achtergrond, gezinstaal, opleidingsvormen,...moet toelaten om conclusies over het verband tussen opleidingsniveau en de sociale gradiënt te verdiepen. Ook het opleidingsniveau van de moeder is een interessante achtergrondvariabele.

3.3.1 Zorg voor actuele cijfers inzake levensverwachting en levensverwachting in goede gezondheid

In de nieuwe doelstelling is het wegwerken van de verschillen in levensverwachting in goede gezondheid en in welbevinden naargelang de sociale positie van mensen prioritair. Daarvoor is informatie over de (gezonde) levensverwachting van de Vlaming beschikbaar. Echter een koppeling van deze data aan sociaaleconomische gegevens is recent niet meer gemaakt. Daarvoor moeten we teruggrijpen naar cijfers uit 2001 voor de levensverwachting (Van Oyen e.a., 2011) en naar 2004 voor cijfers over de gezonde levensverwachting (Bossuyt e.a., 2004).

Gegevens over de levensverwachting en gezonde levensverwachting – met een koppeling aan sociaaleconomische kenmerken - moeten veel systematischer gemonitord en gerapporteerd worden. De raad dringt bij de Vlaamse Regering aan om snel een inhaalbeweging te maken. Een nieuwe nulmeting moet het vertrekpunt vormen.

De data inzake levensverwachting die de Studiedienst van de Vlaamse Regering jaarlijks verzamelt, bieden hiervoor een goede basis. Ook de resultaten van de EU SILC-enquêtes kan men gebruiken. De raad adviseert om in de toekomst ook andere gegevens - zoals overlijdensaangiften, morbiditeitsgegevens,...- te koppelen aan sociale determinanten.

3.3.2 Meet de sociale gradiënt in gezondheid en welzijn...

...via de gezondheidsenquête

De sociaaleconomische gezondheidsgradiënt is momenteel best in kaart gebracht door de gezondheidsenquête. Deze moet toelaten een volledige 'diagnose' te maken van de gezondheid, het welzijn, het gebruik van en de noden aan zorg en ondersteuning bij de

¹⁸ Onder meer in de analyses van de data van de gezondheidsenquêtes, in het TAHIB-onderzoek naar sociale ongelijkheid in gezondheid in België en in vele internationale studies.

verschillende lagen van de bevolking. Daarom moet de gezondheidsenquête voldoende relevante indicatoren bevatten.

De raad vraagt dat waar nodig de dataverzameling binnen de gezondheidsenquête verder verfijnd wordt en er bijkomende gegevens verzameld worden. Zo genereert de gezondheidsenquête bijvoorbeeld te weinig informatie over de brede psychische gezondheid van de bevolking.

De raad wenst dat de Vlaamse Regering (samen met de andere co-financiers) de mogelijkheden voorziet zodat er elk enquêtejaar een specifieke analyse en afzonderlijke rapportage rond sociale ongelijkheid kan gebeuren. In 2008 is met de gegevens van de enquête een rapport uitgebracht waarin volledig gefocust is op sociale ongelijkheid. Door gebruik te maken van de resultaten uit de voorbije enquêtes en diverse parameters te gebruiken om sociale ongelijkheid in te schatten, werden de gezondheidsgradiënt en de mogelijke trends in de tijd zichtbaar.

... via systematische koppeling aan sociale kenmerken en sociale groepen

Voor het permanent opvolgen van de nieuwe gezondheidsdoelstelling zijn nog meer data-koppelingen aan omgevingsfactoren aangewezen. **Er kan nu gestart worden met reeds geregistreerde gegevens veel meer systematisch te linken aan sociale kenmerken en sociale groepen.** Een longitudinale opvolging is vervolgens nodig. De raad denkt daarbij aan de gegevens van de gezondheidsenquête, de data van het InterMutualistisch Agentschap en het cijfermateriaal van de Studiedienst van de Vlaamse Regering.

Bij een koppeling van de cijfers van de SVR aan sociaaleconomische kenmerken kunnen de volgende beschikbare gegevens als basis dienen voor verdere analyses inzake sociale ongelijkheid:

- Levensverwachting bij geboorte
- Vermijdbare sterfte (vermijdbaar door primaire preventie en vermijdbaar door betere gezondheidszorg)
- Verloren potentiële levensjaren
- Participatiegraad
- Functionele toestand (BelRAI, ...)
- Morbiditeitsgegevens

Het koppelen van gegevens over de participatiegraad met verschillende sociaaleconomische kenmerken geeft een beeld van de mate waarin kwetsbare mensen als volwaardige burgers deelnemen aan de samenleving. De participatie aan onderwijs, de arbeidsmarkt, vrijetijdsbesteding, ...zijn belangrijke indicatoren om verder te analyseren in functie van de sociale ongelijkheid.

Interessant is om ook de geografische spreiding van sociaaleconomische indicatoren in beeld te brengen (EXPH, 2016). Zo wordt de sociale gradiënt op het niveau van regio's, steden en gemeenten (eventueel zelfs wijken) zichtbaar, wat uiteraard een goede basis is voor een buurtgerichte beleidsaanpak door de lokale besturen.

Aansluitend suggereert de raad om in de registratiesystemen binnen de zorg- en hulpverlening –bijvoorbeeld in het Globaal medisch dossier- gegevens als opleidingsniveau, contextinformatie en andere sociale indicatoren systematisch en op uniforme wijze te registreren. Duidelijke

spelregels zijn nodig over welke indicatoren geregistreerd worden en wie, wat, wanneer te zien krijgt. Een betrouwbare registratie die de privacy van de persoon met een zorgbehoefte verzekert, is voor de raad het uitgangspunt.

... via samengestelde indicatoren

Aangezien zowel de gezondheid als het welbevinden beïnvloed worden door een hele reeks determinanten, is de meting ervan een complexe opdracht. Het gebruik van samengestelde of composiete indicatoren is dan aangewezen (bv. de indicator 'levensverwachting met beperkingen'). En net zoals het construeren van globale maatstaven voor gezondheid haalbaar is, ziet de raad een groeiend aantal studies en publicaties over een geïntegreerde indicator voor welzijn¹⁹. We vragen de Vlaamse overheid om hier de vinger aan de pols te houden.

Bij het vastleggen van indicatoren is Europese afstemming wenselijk, om Vlaanderen in Europa te kunnen positioneren.

3.3.3 Zorg voor correct interventie- en evaluatieonderzoek van initiatieven

Naast globale indicatoren die inzicht geven in de grootte en de evolutie van de sociale gezondheids- en welzijnsgradiënt is er nood aan evaluatieonderzoek dat aangeeft welke interventies werken en via welke mechanismen. Er is nog te weinig informatie over de doeltreffendheid van de uitgevoerde initiatieven. Dit zowel op het vlak van financiering, organisatie, de economische effecten en de individuele effecten op burgers.

De impact van initiatieven op sociale verschillen in gezondheid, welzijn en gezondheidsgedrag moet voor de raad zowel kwantitatief als kwalitatief geëvalueerd worden. Hierbij moet er wel over gewaakt worden dat evaluaties administratief en praktisch niet te zwaar doorwegen en zo de ontwikkelingsruimte van projecten niet beknotten.

De raad stelt voor om evaluaties van interventies en projecten veel meer te laten gebeuren vanuit het perspectief van en de effecten op de doelgroep. Daarbij moet men indicatoren kiezen die afgestemd zijn op kwetsbare groepen (bv. een veranderde perceptie van het eigen lichaamsbeeld, een verlaging van de drempel naar zorg en ondersteuning, een vaste huisartspraktijk gevonden hebben, meer sociale contacten...). De opvolging van zulke, eerder kwalitatieve, vooruitgang verdient veel meer aandacht.

3.4 Leidende principes voor het realiseren van de gezondheidsdoelstelling

Ook interventies in welzijn en gezondheid vertonen Matteüseffecten omdat ze (vaak onbedoeld) alleen de midden en hogere sociale klassen bereiken. Om gezondheids- en welzijnsachterstanden doeltreffend aan te pakken, schuift de SAR WGG een andere aanpak naar voor, met volgende leidende principes:

¹⁹ Onder meer het Federaal Planbureau voert onderzoek naar de opbouw van een composiete indicator voor het welzijn. Daaruit blijkt dat voor het meten van het welzijn in België de indicatoren gezondheid, samenleving, levensstandaard en armoede, werk en vrije tijd de belangrijkste impact op het welzijnsniveau hebben (Federaal Planbureau, 2017).

3.4.1 Structureel beleid

▀ Structurele aanpak: werken aan de socio-economische ongelijkheid

In dit advies is herhaaldelijk beschreven hoe de sociale gradiënt in welzijn en gezondheid mee veroorzaakt wordt door sociale en economische ongelijkheden in onze samenleving: “inequities in power, money and resources” (Marmot, 2010). Om de sociale welzijns- en gezondheidsgradiënt werkelijk om te buigen, is het bijgevolg absoluut noodzakelijk om deze oorzaak structureel aan te pakken. Dit gebeurt best in een geïntegreerd beleid dat inzet op de verschillende sociale determinanten van gezondheid en welzijn: algemene sociaaleconomische en culturele omstandigheden, leef- en werkomstandigheden, sociale context en leefstijl²⁰.

▀ Structurele financiering

Werken aan langdurige effecten betekent voor de raad dat het beleid volop kiest voor een structurele aanpak van de sociale gradiënt, in plaats van alleen te werken via tijdelijke initiatieven en projectfinanciering.

Goed lopende projecten moeten na een correcte evaluatie (zie 3.3.3) structureel gemaakt worden, onder meer door verankering in de reguliere financiering.

3.4.2 Gemeenschappelijke doelen en financiële engagementen

Zoals gezegd is het terugdringen van de ongelijke verdeling van gezondheid en welzijn een verantwoordelijkheid van verschillende beleidsniveaus en –domeinen. Een beleid terzake vereist dan ook een expliciete en algemeen gedeelde politieke visie over een geïntegreerde aanpak van sociale ongelijkheid en van de verschillende determinanten.

Verder zijn nodig: permanent overleg en afstemming, het voorzien van een passend budgettair kader (in de verschillende beleidsdomeinen) en het ontwikkelen en uitvoeren van een actieplan. Inspiratie kan onder meer gevonden worden in Groot-Brittannië, Nederland en Zweden waar een globaal multidisciplinair plan uitgewerkt is met gecoördineerde acties voor het reduceren van ongelijkheden inzake gezondheid.

3.4.3 Proportioneel universalisme

Omdat de sociale ongelijkheid een gradiënt volgt over de hele bevolking, vormt een universele benadering voor de raad het uitgangspunt. We houden geen pleidooi voor een categoriaal doelgroepenbeleid. Dit werkt immers discriminerend en stigmatiserend. Bovendien zal het de gezondheids- en welzijnsongelijkheid in de hele bevolking slechts beperkt beïnvloeden. De meest kwetsbare groep kan gezondheids- en welzijnswinsten boeken, maar de middenklasse en mensen op de rand van kwetsbaarheid blijven geconfronteerd met sociale ongelijkheden en de grote gevolgen van de vicieuze cirkel tussen armoede, gezondheid en welzijn.

Om de graduele sociale ongelijkheid fundamenteel aan te pakken, moet dus op alle groepen ingezet worden. Dat betekent dat het beleid gericht is op alle burgers, maar dat er met een verschillende intensiteit ingezet wordt op bepaalde doelgroepen. Dit kan door te werken met

²⁰ Dit zijn de sociale determinanten waarop het beleid een invloed heeft, zoals benoemd in het model van Whitehead en Dahlgren (1991).

gerichte interventies, waarvan de intensiteit aangepast is aan het niveau van kwetsbaarheid van mensen (proportioneel).

De raad vraagt om het principe van het proportioneel universalisme systematisch toe te passen en hiervoor de nodige middelen te voorzien. Zo wordt ook het Mattheuseffect vermeden enerzijds en behoudt men een breed maatschappelijk draagvlak anderzijds.

3.4.4 Behoeftegericht werken: acties gebaseerd op de lokale noden en participatie van de doelgroep

Doeltreffende acties om de sociale ongelijkheid weg te werken, gaan best uit van de brede maatschappelijke oorzaken die de gezondheid en het welzijn bedreigen. Een stem geven aan maatschappelijk kwetsbare groepen en hen bij deze acties betrekken, vergroot de kans om in te zetten op de drempels die juist zij ervaren in zorg en ondersteuning en voor het ontwikkelen van gezond gedrag.

Om verschillende sociale klassen te bereiken, is het goed om lokaal en buurtgericht proactief te werken. Onder meer buurtwerkers, het straathoekwerk, eerstelijnszorg- en hulpverleners (huisarts, apotheek, maatschappelijk werk, thuisverpleging, ...) en gespecialiseerde en multidisciplinaire mobiele teams (in de GGZ, in het welzijnswerk, ...) hebben hier een rol te spelen. Ook in burgerparticipatietrajecten dienen kwetsbare personen betrokken te worden. Door te werken aan de individuele en collectieve krachten in onze samenleving kunnen het sociaal werk en het opbouwwerk hier een belangrijke bijdrage toe leveren.

Naast rechtstreekse betrokkenheid van de doelgroep is participatie van hun vertegenwoordigers en verenigingen aangewezen. Zij moeten voldoende ondersteund worden om hun stem effectief te laten klinken.

De raad verwacht ten slotte dat de participatieve wijze waarop gezondheidsdoelstellingen tot stand komen, verdergezet wordt (o.a. via consultatie in werkgroepen).

3.4.5 Gezondheidspromotie optimaliseren als belangrijke schakel

Uiteraard is de nieuwe doelstelling niet los te zien van de andere Vlaamse gezondheidsdoelstellingen (zie ook 3.1). Een optimalisatie van de gezondheidspromotie, wat de bestaande doelstellingen voornamelijk zijn, kan mee bijdragen aan het verkleinen van de sociale ongelijkheid in gezondheid en welzijn. De raad benoemt daarvoor twee richtlijnen.

■ Omslag van bijkomende methodiekontwikkeling naar duurzame implementatie

Zowel op het Vlaamse beleidsniveau als lokaal zijn al veel tijd en middelen gegaan naar het uitwerken van instrumenten en kaders voor het aanpakken van de sociale gezondheids- en welzijnsgradiënt. Jammer genoeg ontbreekt vaak een degelijk plan voor de implementatie en disseminatie. Het moet duidelijk worden welke methodieken er momenteel zijn, of deze de noden van de burgers goed capteren, wie ze best uitvoert en mits welke ondersteuning. Voor de goed werkende en evidence based methodieken moet dan worden overgegaan naar een duurzame implementatie.

Voor het doen slagen van goed werkende methodieken, moet wel meer aandacht en inhoudelijke en financiële ondersteuning gaan naar de praktische uitvoerbaarheid op lokaal niveau. Daar signaleert men de nood aan ondersteuning op maat om met de kaders aan de

slag te gaan in de eigen setting (lokaal bestuur, OCMW, CAW, school, sportclub,...). De raad ziet bijvoorbeeld een belangrijke ondersteunende taak voor de LOGO's om de Vlaams aangereikte methodieken op maat te implementeren.

▀ **Verbeteren van het uitvoeringslandschap**

Voor de structurele uitvoering van de bestaande gezondheidsdoelstellingen doet de overheid een beroep op partnerorganisaties, organisaties met terreinwerking en samenwerkingsverbanden voor locoregionaal gezondheidsoverleg (Logo's). Een goede uitvoering van de bestaande gezondheidsdoelstellingen vereist dat het huidige uitvoeringslandschap geoptimaliseerd wordt, rekening houdend met de aanbevelingen van het Rekenhof dat in 2016 een audit deed. Het is ook nodig om tegemoet te komen aan de vaststelling van het Rekenhof dat specifieke expertise rond onder meer armoede verhoogd kan worden.

4 Naar een strategisch plan: subdoelstellingen bij het verminderen van sociale ongelijkheid in gezondheid en welzijn

*“We know what to do to make a difference.”
(Marmot, 2016)*

Elke Vlaamse gezondheidsdoelstelling gaat samen met een strategisch plan dat beschrijft hoe de doelstelling gerealiseerd zal worden. De raad vraagt de Vlaamse Regering om haar engagement tegenover het steeds verder verkleinen van de sociale gezondheids- en welzijnsongelijkheid in zo een strategisch plan te vertalen.

Het plan moet uitgaan van de behoeften van de burger en relevant zijn op socio-economisch gebied. Het dient ontwikkeld te worden samen met de relevante sectoren en organisaties, en steunen op wetenschappelijk onderbouwde strategieën. De raad geeft in voorliggend advies alvast zijn prioriteiten voor dat plan mee, via zeven subdoelstellingen.

Subdoelstellingen bij het verminderen van de sociale ongelijkheid in gezondheid en welzijn



Vanuit de opdracht en expertise van de SAR WGG richt de aanzet voor het strategisch plan zich in eerste instantie tot het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (zie ook de leeswijzer in deel 1). Actie ondernemen om de graduele gezondheids- en welzijnsverschillen steeds meer te verkleinen, is een opdracht van alle sectoren en lijnen binnen WVG.

Maar om de sociale verschillen werkelijk weg te werken, moeten ook de andere beleidsniveaus en –domeinen engagementen opnemen in het plan. Om de nieuwe gezondheidsdoelstelling te realiseren, zal er gewerkt moeten worden aan de diverse determinanten van de ongelijkheid. Dit vereist beleidsacties die impact hebben op het inkomen van mensen, hun woonomgeving, arbeidssituatie, onderwijskansen, integratie, participatie en zo meer.

Het is aan het beleid om deze subdoelen in praktijk te brengen met acties, een duidelijke prioritering en extra financiële middelen of een herallocatie van bestaande middelen. Aan de acties moeten indicatoren gekoppeld worden die een systematische opvolging verzekeren.

4.1 Sociale gradiënt zo vroeg mogelijk detecteren en aanpakken

Voor de raad is het erg belangrijk dat elke burger gelijke gezondheids- en welzijnskansen heeft. Maar deze kansen worden beïnvloed door de structurele ongelijkheid die al van in de baarmoeder en de eerste levensjaren speelt. Bovendien weten we dat de omgeving en de leefomstandigheden waarin kinderen opgroeien sterk mee bepalend zijn voor de gezondheid en het welzijn op volwassen leeftijd.

Het is dus aangewezen om een beleid op de sporen te zetten dat de sociale gradiënt vroeg detecteert en al op jonge leeftijd aanpakt. Zowel het beleidsdomein WVG als onderwijs, sport, wonen, ... hebben instrumenten in handen om kinderen met een zo goed mogelijke gezondheid en levenskwaliteit te laten opgroeien.

Er moet alvast meer ingezet worden op prenatale begeleiding van kwetsbare zwangere vrouwen, kwaliteitsvolle en toegankelijke kinderopvang, het wegnemen van drempels tot kleuteronderwijs en gezondheidseducatie, gezonde voeding en gedrag op school. Ook een kwaliteitsvolle preventieve gezins- en opvoedingsondersteuning gericht op gezondheidskansen is belangrijk.

4.2 Preventie en gezondheidsbevordering op de eerste lijn

De Vlaamse overheid moet investeren in ziektepreventie²¹ en gezondheidspromotie, nog veel meer dan vandaag. Voor de raad krijgt preventie best vorm wanneer ze zowel het individu ondersteunt als de omgeving inzet:

- ▀ Individueel gedrag en levensstijl (als samenspel van genetica, omgeving, sociale determinanten, keuzes en routines) hebben een impact op de levenskwaliteit en levensverwachting. Daarom kan men hier beleidsmatig rond werken. Zo kan een preventief beleid dat voorziet in coaching van mensen over gedrag en levensstijl met persoonlijke begeleiding, educatie rond zelfmanagement en het verhogen van de gezondheidsvaardigheden bijdragen aan het realiseren van de nieuwe gezondheidsdoelstelling.
- ▀ Maar aangezien gezondheid en welzijn door meerdere determinanten worden bepaald, mag de focus van preventie zeker niet alleen bij het individuele gedrag van mensen liggen (zie ook 3.1). Er is een preventieve aanpak nodig die ook sterk inzet op de maatschappelijke oorzaken van ziekte en onwelzijn. Daardoor kan er op de verschillende levensdomeinen preventief aan de slag gegaan worden. Zo is binnen de primaire preventie niet alleen het werken rond fysieke en mentale kwetsbaarheid aan de orde, ook de strijd tegen eenzaamheid, tegen slechte woningen en woonomgevingen, ... is belangrijk.

De raad vraagt de Vlaamse Regering om de rol van de eerste lijn in zo een preventiebeleid te verduidelijken en te versterken. In zijn advies bij de Vlaamse Gezondheidsdoelstelling 'Gezonder Leven' (advies van 6 juli 2017) schreef de raad al dat *het verder integreren van 'public health' (o.a. preventie en gezondheidspromotie) en 'primary care'*

²¹ In de context van dit advies is het investeren in primaire preventie prioritair. Maar uiteraard vragen ook de secundaire en tertiaire preventie blijvende inspanningen.

(eerstelijnszorg) leidt tot betere uitkomsten op het vlak van gezondheid van de bevolking, ook ten aanzien van kwetsbare groepen.

Momenteel worden kwetsbare groepen moeilijker bereikt in vele vormen van gezondheidspromotie en ziektepreventie. De raad ziet ook hier een cruciale rol voor de eerstelijns gezondheids- en welzijnsactoren om te werken aan een vertrouwensrelatie met kwetsbare mensen.

Het preventiebeleid moet veel meer zijn dan algemene voorlichtingscampagnes. Het wegwerken van de bestaande sociale differentiatie in de toegang tot en de deelname aan preventieve acties vraagt een globale aanpak en het ontwikkelen van incentives op maat van doelgroepen en buurten. Deze aanpak moet inzetten op:

- Een participatieve werkwijze die de herkenbaarheid van campagnes en oproepen verhoogt. Er ligt een grote meerwaarde in preventieve campagnes en lokale acties die uitgevoerd worden samen met kwetsbare mensen, via buurtwerkingen.
- Meer acties die rekening houden met de verschillen in het omgaan met ziekte, gezondheid en welzijn.
- Een cultuur waarin elke burger -via informatie, begeleiding en deelname aan het beslissingsproces- weloverwogen keuzes kan maken over eigen gezondheidskwesties.

Tot slot moeten gezondheidsbevordering en ziektepreventie benaderd worden vanuit het continuüm van preventie, vroegdetectie en -interventie, zorg en ondersteuning en nazorg. Het aanpakken van de sociale gradiënt is een opdracht voor elk van deze schakels.

4.3 Verhogen van de gezondheidsvaardigheden

Investeren in health literacy (waarvan mental health literacy een onderdeel is) is uitermate belangrijk voor het empoweren van mensen. Dit betekent namelijk ook dat personen met een hulp- of zorgvraag sneller op de juiste plek in de zorg en ondersteuning terecht komen en dat zij op een meer gelijkwaardige manier in dialoog kunnen gaan met hulp- en zorgverstrekkers. De raad verwacht dat het beleid en de betrokken actoren hun rol hierin ten volle opnemen: Logo's, Huizen van het Kind, CAW, OCMW, ziekenfondsen, gemeenten, verenigingen, eerstelijnszorgverleners en de lokale gemeenschap.

Er moet gewerkt worden aan het begrijpelijker en toegankelijker maken van gezondheidsinformatie en aan het verminderen van de complexiteit van zorg- en ondersteuningssystemen. Het is ook de verantwoordelijkheid van de maatschappij om rekening te houden met individuele verschillen in health literacy en verschillen in de nood aan informatie, begeleiding en coaching.

Gezondheidseducatie is een maatschappelijke opdracht en een proces dat best zo vroeg mogelijk begint. Het verhogen van de basiskennis inzake gezondheid maar ook aandacht voor zelfzorg, psychisch welbevinden, je goed in je vel voelen en het ontwikkelen van veerkracht zijn daarom ook opdrachten voor het onderwijs, en dit vanaf het basisonderwijs.

4.4 Blijvend investeren in universeel toegankelijke zorg en ondersteuning

De raad verwacht dat de verschillende beleidsniveaus en de actoren in zorg en ondersteuning blijvend investeren om de toegankelijkheid van zorg- en hulpverlening te verzekeren.

Een voldoende groot, kwaliteitsvol, gespreid, goed georganiseerd, overzichtelijk, financieel én cultureel toegankelijk aanbod is van cruciaal belang om ongelijke toegang tegen te gaan. Daarvoor adviseert de raad een flexibele programmatie van zorg en ondersteuning op basis van de werkelijke noden en behoeften²². Deze moet toelaten om voldoende en gepaste zorg- en ondersteuningsvormen tijdig aan te bieden, en om tekorten en wachtlijsten aan te pakken waar ze zich voordoen.

Binnen het beleidsdomein WVG formuleert de raad een nieuwe, uitermate belangrijke hefboom om de sociale gezondheids- en welzijnsongelijkheid effectief aan te pakken:

Een netwerk van partners in zorg en ondersteuning moet de verantwoordelijkheid krijgen om de zorg en ondersteuning samen op te nemen voor een bepaalde populatie in een regio. Alle burgers binnen deze populatie moeten via de samenwerking een beroep kunnen doen op zorg en ondersteuning op maat van hun behoeften. Het netwerk heeft eveneens een verantwoordelijkheid naar mensen binnen die populatie die de stap naar zorg en ondersteuning zelf niet zetten. Via proactief en vindplaatsgericht werken detecteren de actoren uit het netwerk hun noden en voorzien een gepast zorg- en ondersteuningsaanbod (of verwijzen er correct naar door).

Op het niveau van de burger moet dit principe garanties bieden voor behoeftegerichtheid en continuïteit binnen de gehele zorg- en ondersteuningsketen. Op het niveau van de actoren in zorg en welzijn leidt de netwerkbenadering tot een gedeelde verantwoordelijkheid.

De Vlaamse Regering kan via het invoeren van een dergelijke 'accountability' vermijden dat (vaak extra kwetsbare) burgers en/of personen met een zorgbehoefte door de mazen van het net vallen.

Onder andere de ontwikkelingen in gemeenschapsgerichte zorg in verschillende sectoren kunnen inspireren om deze benadering verder vorm te geven²³.

Het is vervolgens belangrijk om goed te zorgen voor zorg- en hulpverleners die met maatschappelijk kwetsbaren werken, teneinde de duurzaamheid van de universeel toegankelijke zorg en ondersteuning te garanderen. Zorg- en hulpverleners worden vaak geconfronteerd met moeilijke situaties die veel energie vragen en emotioneel vaak belastend zijn. Daarom is het nodig om hen gepaste omkadering, ondersteuning en intervisie te bieden.

²² Voor meer informatie over zorgprognoses verwijst de raad naar zijn advies van 27 oktober 2011 over de programmatie van de woonzorg.

²³ De aanbevelingen van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en gezin (2016) zijn daarbij heel waardevol.

Er zijn ook bijkomende inspanningen nodig om de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de geestelijke gezondheidszorg te verbeteren²⁴. De overgrote meerderheid van de geestelijke gezondheidsindicatoren is nog steeds gerelateerd met het opleidingsniveau: depressie, emotionele problemen, zelfmoordgedragingen en het gebruik van psychotrope geneesmiddelen komen meer voor bij de laagst opgeleiden. Bovendien neemt in onze complexe en snel veranderende samenleving de ongelijkheid inzake geestelijke gezondheidsproblemen nog toe (zie ook deel 2.2 van dit advies), wat de raad zorgen baart.

FINANCIËLE TOEGANKELIJKHEID

In België zijn financiële problemen de voornaamste reden om zorg en ondersteuning uit- of af te stellen (Federaal Planbureau, 2014). De raad dringt bij het beleidsdomein WVG aan om de financiële toegankelijkheid te verbeteren voor die sectoren waarvoor het bevoegd is (residentiële ouderenzorg, gezinszorg, kinderopvang, GGZ, zorg en ondersteuning voor personen met een handicap, kinderbijslag,), en met aandacht voor de situatie van kwetsbare groepen. De prijs van zorg en ondersteuning én de correctiemechanismen daarop zijn belangrijk:

- Er is een debat nodig over de begrenzing van de **kostprijs van zorg en ondersteuning** en over **de eigen bijdragen en remgelden** die burgers betalen. De raad pleit voor meer uniformiteit in de bijdrageregelingen, maar waarbij Matteüseffecten vermeden worden. Andere belangrijke thema's in zo een debat zijn de inkomensafhankelijkheid van premies en uitkeringen, een scheiding van de woon- en zorgkost in de langetermijnzorg en ondersteuning, het aanrekenen van supplementen in de zorg, de maximumfactuur, de begrenzing van de eigen bijdragen ...
- Er moet worden nagegaan in welke mate de **huidige correctiemechanismen** effectief en efficiënt zijn en waar andere instrumenten ingezet kunnen/moeten worden. De raad wenst in elk geval een maximale automatische rechtentoekenning en een proactieve aanpak om rechthebbenden op te sporen en toe te leiden.

Er moet dringend werk gemaakt worden van een duurzaam kader voor de publieke financiering van zorg en ondersteuning in ons land.

- **Een eerste onderdeel daarvan is een sterke, solidaire en verplichte ziekteverzekering.** De raad verwacht een aangehouden engagement en voldoende financiering zodat vanuit de federale ziekteverzekering blijvend geïnvesteerd kan worden in een toegankelijk en kwaliteitsvol zorgaanbod.
- **Een tweede zeer belangrijk instrument in de strijd tegen gezondheidsongelijkheid is de Vlaamse Sociale Bescherming.** Er moet snel duidelijkheid komen over hoe de VSB precies zal worden aangewend om de betaalbaarheid van de zorg voor elke burger te garanderen. Ook hier is het noodzakelijk om nu een grondig maatschappelijk debat te voeren over welke zorg en ondersteuning solidair wordt gedragen en welke niet.

Ook zorgverstrekkers zelf kunnen bijdragen aan de betaalbaarheid voor de patiënt/cliënt door het respecteren van de tarieven voor zorg (door conventionering, het toepassen van de verplichte derdebetalersregeling bij gebruikers met recht op een verhoogde tegemoetkoming, ...).

²⁴ De raad formuleerde hiervoor voorstellen in zijn advies over het Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid 2017-2019 (3 maart 2017).

We verwachten ten slotte dat de Vlaamse minister de betaalbaarheid van zorg en ondersteuning als belangrijk thema blijft meenemen naar de IMC. Verschillende federale bevoegdheden zijn immers ook sleutelementen in de betaalbaarheid en het gebruik van zorg en ondersteuning.

4.5 Versterken en intersectoraal inbedden van de horizontale netwerken van zorg en ondersteuning op de eerste lijn

De eerste lijn is de plaats om de toegankelijkheid van zorg en ondersteuning te verzekeren. De raad is er daarom van overtuigd dat investeren in een goed georganiseerde en financieel toegankelijke eerste lijn essentieel is voor het terugdringen van de sociale verschillen in gezondheid en welbevinden²⁵.

Daarnaast moet op de eerste lijn de signaalfunctie sterker opgenomen worden. De structurele oorzaken van gezondheids- en welzijnsongelijkheid worden er herkend en –samen met andere sectoren– kan dan op verschillende levensdomeinen gewerkt worden.

Het beleid moet de nodige impulsen en ondersteuning bieden opdat alle personen met zorgbehoefte, ook kwetsbare mensen, op de eerste lijn zorg en ondersteuning vinden die persoonsgericht, integraal en naadloos is. Dit is belangrijk gezien de samenhang van determinanten van de sociale gradiënt. Op een sterke en goed georganiseerde eerste lijn wordt gewerkt in de sociale context van de persoon en in de lokale gemeenschap.

De raad vraagt een daadkrachtige realisatie van de beleidsvoornemens inzake het geïntegreerd breed onthaal, als belangrijk onderdeel van de eerstelijnswerking. De ambitie om via het GBO de toegankelijkheid te verhogen en onderbescherming aan te pakken, moet waargemaakt worden.

In functie van de realisatie van integrale zorg en ondersteuning voor elke burger, moet naast het versterken van de eerste lijn ook:

- meer ingezet worden op de samenwerking tussen de lijnen;
- de sociaaleconomische ongelijkheid in de toegang tot specialistische zorg aangepakt worden;
- gezorgd worden voor aansluiting van deze nieuwe gezondheidsdoelstelling bij de ontwikkelingen in het kader van de eerstelijnszones en de (ziekenhuis)zorgnetwerken. Het zijn niet alleen de horizontale netwerken maar ook de verticale netwerken die een bijzondere rol opnemen in het ombuigen van de sociale gradiënt.

4.6 Verzekeren van een goede levensstandaard en wegwerken van discriminaties

De raad houdt een pleidooi voor een daadkrachtige uitvoering van de beleidsplannen inzake armoedebestrijding met een intense samenwerking tussen de beleidsniveaus en –

²⁵ Een meer uitgebreide visie van de raad op de eerste lijn is beschreven in het advies over de Conceptnota 'Een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn' (27 april 2017).

domeinen. Ongelijkheid mag niet herleid worden tot alleen een probleem van inkomen. Maar uiteraard is een gebrek aan financiële middelen om een gezond en gelukkig leven te leiden een ontzettend belangrijke oorzaak voor gezondheids- en welzijnsachterstand. Het is dan ook de verantwoordelijkheid van de samenleving om elke Vlaming van een voldoende hoog gezinsinkomen te voorzien. Ontoereikende minimumuitkeringen en leeflonen en zeker ook de situatie van de ‘werkende armen’ vragen dringend oplossingen.

In het beleidsdomein WVG moeten alle financiële maatregelen die genomen worden (bv. systemen van persoonsvolgende financiering, gezinstoeslagen), de toegang tot zorg en ondersteuning verbeteren en bijdragen aan de bestrijding van armoede. Het toepassen van de armoedetoets biedt daar mogelijkheden voor.

Eveneens in de andere Vlaamse beleidsdomeinen zijn er belangrijke linken naar het verzekeren van een goede levensstandaard en het aanpakken van armoede en sociale uitsluiting. De raad denkt onder andere aan het belang van gelijke onderwijskansen en van kwaliteitsvolle en betaalbare huisvesting. Bijkomende inspanningen zijn nodig naar kwetsbare doelgroepen zoals personen met een handicap, mensen met een migratie-achtergrond, nieuwkomers, dak- en thuislozen.

In elk van de beleidsdomeinen moet ook een beleid gevoerd worden dat discriminatie op vlak van gender, leeftijd, etniciteit, religie en politieke overtuiging ten gronde aanpakt. Vanuit de grondrechtenbenadering en de internationale mensenrechtenverdragen heeft iedereen immers recht op maatschappelijke participatie en is een inclusieve samenleving het doel.

4.7 Terugdringen van de inkomensongelijkheid

Internationaal vergelijkend onderzoek toont aan dat niet zozeer de globale rijkdom van een land bepalend is voor gezondheid en het welzijn van de bevolking, maar wel het verschil in inkomens tussen de burgers. Een meer gelijke verdeling van de welvaart leidt tot een gezondere samenleving. Personen uit elke sociale categorie verkeren er in betere gezondheid. Een meer gelijke samenleving is voor iedereen nuttig (Wilkinson & Pickett, 2009). Om de nieuwe gezondheidsdoelstelling te realiseren en de gezondheid en het welzijn te verbeteren van elke burger, is het dus nodig om er op macro-economisch niveau voor te zorgen dat de inkomensongelijkheid afneemt.

In België is deze inkomensongelijkheid eerder stabiel. Gemeten aan de hand van het aandeel van de hoogste inkomens is de ongelijkheid ook lager in vergelijking met vele andere landen. Toch hinken vooral de laagste inkomens nog achterop in onze welvaartsstaat. Zowel qua inkomens als tewerkstelling bestaat er een kloof met de rest van de samenleving (Decoster e.a., 2017).

Daarom pleit de raad voor een systematische beleidsmatige aanpak van die kloof, en ziet daarvoor hefboomen onder meer in de fiscaliteit, werkgelegenheid en sociale bescherming. De inkomensverschillen nog verder terugdringen zal de sociale ongelijkheid in ons land verminderen en zo mensen meer gelijke kansen bieden om gezond te leven in een gezonde omgeving en met meer gelijke toegang tot de nodige hulp- en dienstverlening.

Bibliografie

- Annemans, L. (2016). *Je geld of je leven in de gezondheidszorg*. Antwerpen: Van Halewyck.
- Avalosse, H. e.a. (2009), Een gelijke gezondheid voor iedereen met preventie als grote uitdaging. *Tijdschrift voor welzijnswerk*, 2009; 297(33): 29-36.
- Avalosse, H., Vancorenland, S. & Verniest, R. (2015). De gezondheidsongelijkheid bij CM leden: stilstaan is achteruitgaan. *CM Informatie*, 2015, 262: 26-39.
- Bodenheimer T. & Sinsky C. (2014). From Triple to Quadruple Aim: Care of the patients requires care of the provider, *Ann Fam Med.*, November/December 2014; 12:573-576.
- Bossuyt, N., Gadeyne, S., Deboosere, P. & Van Oyen, H. (2004). Socio-economic inequalities in health expectancy in Belgium, *Public Health*, 118(1), 3-10.
- Decoster, A., Dedobbeleer, K. & Maes, S. (2017). *Using Fiscal Data to Estimate the Evolution of Top Income Shares in Belgium from 1990 to 2013*. Discussion paper series 17.18, Leuven: KU Leuven.
- De Pauw, A. (2013). Percepties van huisartsen ten opzichte van patiënten met een lage socio-economische status, Scriptie voorgedragen in de 2e Master in het kader van de opleiding Master of Medicine in de Geneeskunde, Gent: UGent.
- Decancq, K. & Schokkaert, E. (2013). *Beyond GDP: Measuring social progress in Europe*. *Euroforum Position Paper 4*, KU Leuven.
- Decenniumdoelen 2017 (2016), Armoedebareometer 2016.
- Denktas, S. & Burdof, A. (2016). *Wordt het geen tijd om de grote gezondheidsverschillen in Nederland op te lossen. Een essay over de oorzaken en de oplossingen*, Rotterdam.
- Derluyn, I. e.a. (2011). Gezondheidszorg voor migranten en etnisch-culturele minderheden, *TerZake Cahier*, november 2011: 58-63.
- Expert Panel on effective ways of investing in health (EXPH) (2016), *Access to health services in the European Union*.
- Federaal Planbureau (2017), *Aanvullende indicatoren naast het bbp*, Brussel.
- FOD Sociale Zekerheid (2016), *Analyse van de evolutie van de sociale situatie en sociale bescherming in België*, Brussel.
- Haggerty, J.L (2013). The strength of primary care systems. Stronger systems improve population health but require higher levels of spending, *BMJ*, 2013; 346.
- Houweling, T. & Mackenbach, J. (2009). Nieuwe kansen om gezondheidsverschillen terug te dringen, *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 2009; 153 (19): 896-898.
- Koning Boudewijnstichting (2007), *Belgische initiatieven om de ongelijkheid in gezondheid te verkleinen 1995- 2006*, Brussel.
- Mackenbach, J. e.a. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European Countries, *The New England Journal of Medicine*, 2008; 358: 2468-2481.

Marmot, M. (2015). *The health gap. The challenge of an unequal world*, Londen: Bloomsbury Publishing.

Marmot, M. (2010), Fair society, healthy lives. The Marmot review. Strategic review of health inequalities in England post-2010.

Marx, I. & Passot, L. (2003). De economische marginalisering van de lagergeschoolden. In: Cantillon, B., Elchardus, M., Petiau, P., Van Parijs, P., e.a. (eds), *De nieuwe sociale kwesties*, Antwerpen: Garant.

Poppe, A. e.a. (2011). *Beschrijving van de KANS steekproef: representativiteit, demografische en socio-economische kenmerken, gezondheidstoestand en zorggebruik*, Rapport Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Rekenhof (2016). *Vlaams preventief gezondheidsbeleid. Evaluatie van het uitvoeringslandschap*, Brussel.

Rhyne, R., Bogue, R. & Koukoulou, G. (1998). *Community Oriented Primary Care: health care for the 21st century*, Washington DC: American Public Health Association.

RIZIV & Dokters van de Wereld (2014). *Groenboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België*.

Schokkaert, E. & Van de Voorde, C. (2013). Is het Belgische gezondheidssysteem rechtvaardig? In: *Armoede en Sociale uitsluiting. Jaarboek 2013*, Leuven/Voorburg: Acco.

Schulz, A. & Northridge, M.E. (2004). Social determinants of health and environmental health promotion. In: *Health Education & Behavior*, 2004; 31(4): 455-471.

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en gezin (2016), *Effectieve gemeenschapsgerichte zorg in Vlaanderen*, Brussel.

Van den Bosch, K. & Willemé, P. (2014). *De maatschappelijke betekenis van de gezondheidszorg*.

Van Oyen, H., Deboosere, P., Lorant, V. & Charafeddine, R. (eds.) (2011). *Sociale ongelijkheden in gezondheid in België*, Gent: Academia Press.

Verlinde, E. e.a. (2012). The social gradient in doctor-patient communication, *International Journal for Equity in Health*, 2012; 11:12.

Verlinde, E., Bonte, E. & Willems, S. (2012). Socio-economic status of the patient: does it influence the decisions of the GP? In: Verlinde, E., *Equity in Primary Health Care use among vulnerable populations in Belgium: an exploration*, Thesis submitted in fulfilment of the requirements for the degree of Doctor in Medical Sciences, Ghent University. Vrijens, F. e.a. (2016). *De performantie van het Belgische Gezondheidssysteem – Rapport 2015*.

Walker, E., McGee, R. & Druss, B. (2015). Mortality in Mental Disorders and Global disease burden implications. A systematic review and meta-analysis, *JAMA Psychiatry*, 2015; 72(4): 334-341.

Welzijnszorg (2008). *Medisch dossier. Armoede schaadt de gezondheid*.

WHO Commission on social determinants of health (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on social determinants of health*, Geneva, World Health Organization.

WHO (1999). *Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region, European Health for All Series No. 6*, Geneva, World Health Organization.

Wilkinson, R. & Pickett, K. (2009). *The spirit level. Why greater equality makes societies stronger*, New York, Bloomsbury Press.

Willems, S. & Verlinde, E. (2011). Sociale ongelijkheid in gezondheid: een maatschappelijk onaanvaardbaar fenomeen, *Terzake Cahier*, 2011: 5-12.

Dahlgren G. & Whitehead, M. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm: Institute for Futures Studies.