



**Brussel, Gezond Stadsgewest van de WGO ("BGS")  
Haalbaarheidsstudie september 2013- augustus 2014**



## Table des matières

|        |  |    |
|--------|--|----|
| 1.     | Inleiding: Brussel Gezonde Stad en... het regeerakkoord 2014-2019 .....  | 4  |
| 1.1.   | Geschiedenis van het project Brussel Gezond Stadsgewest .....  | 4  |
| 1.2.   | Relaties tussen BGS en het meerderheidsakkoord GGC 2014.....   | 7  |
| 1.3.   | Activiteiten augustus 2013 - september 2014.....   | 8  |
| 2.     | Methodologie van de studie.....  | 8  |
| 3.     | Resultaten van de studie .....   | 11 |
| 3.1.   | Wat te doen?.....  | 11 |
| 3.1.1. | De ongelijkheden in gezondheid bestrijden.....   | 12 |
| 3.1.2. | "Gezondheid op alle beleidsgebieden" integreren door maatregelen te nemen in verband met de "gezondheidsdeterminanten" ..... | 13 |
| 3.1.3. | De inschrijving in een "algemene" eerstelijnsstructuur stimuleren.....   | 16 |
| 3.2.   | "Hoe het te doen"?.....  | 17 |
| 3.2.1. | Sturing van BGS: sturing door de gezondheidsministers versus sturing door de minister-president.....                         | 17 |
| 3.2.2. | Werkplatformen.....  | 18 |
| 3.2.3. | Sturing van de werkplatforms .....   | 21 |
| 3.2.4. | "Bottom-up methodologie".....  | 22 |
| 3.2.5. | Gezondheidsplan .....  | 24 |
| 3.2.6. | Territorialiteit .....   | 25 |
| 3.2.7. | Evaluatie van het BGS-proces.....  | 26 |
| 4.     | Besluit.....   | 26 |
| 4.1.   | Punten van overeenstemming.....  | 26 |
| 4.1.1. | Algemeen gezondheidsbeleid.....  | 27 |
| 4.1.2. | Sociale ongelijkheden in gezondheid .....  | 28 |
| 4.1.3. | Gezondheidsdeterminanten .....   | 28 |
| 4.1.4. | Terreinoverlegplatform.....  | 29 |
| 4.2.   | Te onderzoeken punten.....   | 30 |
| 4.2.1. | De opname in een algemene eerstelijnsstructuur stimuleren.....   | 30 |
| 4.2.2. | Bestaande plannen .....  | 31 |
| 4.3.   | Voorstel voor werkmethode .....  | 31 |
| 4.3.1. | Interkabinet voortvloeiend uit een IMC Gezondheid en Welzijn.....  | 31 |
| 4.3.2. | Effectbeoordelingen vooraf (ex-ante).....  | 32 |
| 4.3.3. | Effectbeoordeling achteraf (ex-post).....  | 32 |
| 4.3.4. | Deelname aan het netwerk van gezonde steden van de WGO .....   | 33 |



|                      |    |
|----------------------|----|
| 5. Bibliografie..... | 34 |
| 6. BIJLAGEN.....     | 35 |



Dit verslag gaat over een haalbaarheidsstudie over de toekomst van het Project Brussel Gezonde Stad naar aanleiding van de integratie van dit project in het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn binnen de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. Het is de eerste stap in een door het Verenigd College gewenste heroriëntatie van het project.

Dit verslag bevat de geschiedenis van het project, de resultaten van de interviews die werden uitgevoerd bij de actoren uit de welzijns- en gezondheidssector in Brussel en bij de vertegenwoordigers van de kabinetten en administraties, een samenvatting van de geformuleerde standpunten en een voorstel voor de volgende stappen.

## 1. Inleiding: Brussel Gezonde Stad en... het regeerakkoord 2014-2019

### 1.1. Geschiedenis van het project Brussel Gezond Stadsgewest

#### 1.1.1 Netwerk van "Gezonde Steden" binnen de WGO

De toetreding tot het netwerk van "Gezonde Steden" ("Healthy Cities") van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) is de verbintenis van een stadsbestuur (of, in dit geval, van het bestuur van een stadsgewest) om zijn beleidslijnen te bundelen tot een reeks principes voor de gezondheid van haar burgers en gemeenschappen. De WGO heeft dit netwerk in 6 opeenvolgende fasen ontwikkeld sinds de oprichting ervan in 1988. Sinds de eerste fase zijn de algemene doelstellingen van het netwerk niet gewijzigd (Regionaal Bureau voor Europa van de WGO, 2014):

- Aanzetten tot actie om gezondheid hoog op de sociale en politieke agenda van de steden te plaatsen
- Het beleid en de interventies voor gezondheid en duurzame ontwikkeling op lokaal niveau promoten, door de aandacht te vestigen op de gezondheidsdeterminanten, de gezondheidsgelijkheid en de principes van het Europese beleid Gezondheid voor iedereen en Gezondheid 2020
- Een intersectoraal en participatief gezondheidsbeleid, het gezondheidsprincipe en de gezondheidsgelijkheid bevorderen op alle lokale beleidsgebieden en een geïntegreerde planning voor de gezondheid bevorderen
- Competenties op het vlak van beleid en praktijk, feitelijke informatie, kennis en doeltreffende methoden genereren die kunnen dienen voor de bevordering van de gezondheid in alle steden van de Europese regio
- De solidariteit en samenwerking tussen de steden en de netwerken van lokale overheden in Europa bevorderen en de samenwerking bevorderen met instellingen die zich bezighouden met stedelijke problemen



- De toegang van het Europese netwerk van de WGO uitbreiden tot alle lidstaten van de Europese regio

Het netwerk, dat zich dus sinds januari 2014 in fase VI bevindt, deelt deze algemene doelstellingen op in de volgende twee strategische doelstellingen en de volgende twee krachtlijnen (Regionaal Bureau voor Europa van de WGO, 2014):

Strategische doelstellingen:

- de gezondheid voor iedereen verbeteren en de ongelijkheid in gezondheid verkleinen;
- het leiderschap en het participatieve beleid voor de gezondheid verbeteren.

Permanente krachtlijnen:

- de aspecten van gezondheidsgelijkheid en sociale gezondheidsdeterminanten behandelen;
- de gezondheid op alle beleidsgebieden bevorderen en het beleid op het vlak van gezondheid verbeteren.

### 1.1.2 BGS vzw

Brussel Gezond Stadsgewest (BGS) is een vereniging die in juni 2001 werd opgericht door de ministers en staatssecretarissen van de Brusselse Hoofdstedelijke Regering om toe te treden tot het netwerk van "Gezonde Steden" van de WGO. De WGO-doelstellingen werden in juli 2001 onderschreven door de resoluties van het Brussels Parlement en van de 3 gemeenschapsassembles.

Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (BHG) verkreeg het label "Gezonde Stad" in 2004 voor fase IV, in 2009 voor fase V en in 2014 voor fase VI. De vzw ondersteunt sinds 2001 met succes lokale projecten op het vlak van gemeenschapsgezondheid binnen de realiteit van de wijken. Deze ondersteuning is na de verkrijging van het label blijven toenemen en heeft geleid tot de ontwikkeling van een tiental projecten (voorbeelden: restauratie en behoud van een gemeentelijk zwembad; creatie en animatie van een gemeenschappelijke wijk tuin; verbetering van de sociale cohesie van een wijk via de begeleiding van een wijkcontract door middel van diagnoses, opleidingen, overleg enz. <http://www.bvs-bgs.be/> ).

### 1.1.3 BGS in de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie

Na 10 jaar werking heeft het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie besloten om het WGO-project Gezond Stadsgewest voort te zetten onder voorbehoud van een evaluatie. Deze evaluatie (die in 2012 werd toevertrouwd aan de vzw STICS) bevestigt de relevantie van het project en zijn niet buitensporige kostprijs maar brengt verschillende zwakke punten aan het licht (tijdsopslorpend beheer gezien de versplinterde financiering, werking als eerstelijnsoperator die niet overeenstemt met de



beschikbare financiële en menselijke middelen, gebrek aan communicatie, onvoldoende bekendheid, onderbenutting van het label).

Wanneer de coördinatrice van de vzw met pensioen gaat, besluiten de politieke overheden dan ook om het beheer van het project toe te vertrouwen aan een bicommunautaire overheidsdienst ter ondersteuning van de politieke besluitvorming, in casu het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn (BOGW)<sup>1</sup>, een studiedienst van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, om de ministers te ontheffen van het beheer van de privéstructuur, de financieringswijze te vereenvoudigen via een dotatiesysteem en de opdrachten en de werking te heroriënteren<sup>2</sup>.

Concreet betekent deze beslissing dat het project BGS zich richt op doelstellingen die eveneens aansluiten bij de algemene doelstellingen van het netwerk van gezonde steden van de WGO:

- **de coherentie van het Brusselse gezondheidsbeleid verbeteren:** ontwikkeling van een visie op de volksgezondheid voor het Brussels Gewest en doeltreffendere afstemming tussen de verschillende hefboomen voor de verbetering van de gezondheid die in handen zijn van de Brusselse overheden (bevordering van de gezondheid van inwoners en gemeenschappen, preventie, doeltreffende afstemming tussen de eerstelijnszorg en de diensten voor welzijnzorg, enz.);
- **een beleid ontwikkelen ter bestrijding van sociale ongelijkheid in gezondheid**, een voornamelijk transversaal beleid waarbij ook de lokale en gewestelijke actieniveaus betrokken zijn;
- **de transversaliteit van het beleid bevorderen:** "health in all policies", acties met betrekking tot de gezondheidsdeterminanten van de bevolking (huisvesting, mobiliteit, ruimtelijke ordening, enz.) en evaluatie van de gezondheidssimpact van de verschillende gewestelijke beleidsmaatregelen.

De opdrachten waren:

- ondersteuning van en adviesverlening aan de overheid (zoals voor de voorbereiding van het GPDO);
- terbeschikkingstelling aan de burgers van WGO-tools - ontwikkeling van een toegankelijke en overdraagbare methodologie - tweedelijns-ondersteuning van de projecten;
- promotie van het WGO-label door dit label toe te kennen aan de projecten die voldoen aan de criteria van een gezonde stad;
- vertegenwoordiging van Brussel bij de WGO;
- haalbaarheidsstudie voor een "Brussels platform voor gezondheidspromotie".

Aangezien dit soort structurering echter niet snel tot stand gebracht kan worden, wordt voorgesteld om in verschillende fasen te werken. De eerste fase bestaat erin **de haalbaarheid**

---

<sup>1</sup> Dit Observatorium werd opgericht op 27 april 1995 in het kielzog van een conferentie over de promotie van de gezondheid in Brussel tijdens welke de kandidaatstelling van Brussel bij de WGO ter tafel werd gebracht.

<sup>2</sup> Zie hierover de Nota aan het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie over de Opvolging van de evaluatie van het project Brussel Gezond Stadsgewest (BGS).



van een dergelijke structuur en de aanvaardbaarheid ervan voor de verschillende betrokken actoren (politiek, administraties, tweedelijnsactoren, veldwerkers) te bestuderen om zo het project BGS op een nieuwe leest te schoeien. Tijdens deze periode zou de coördinator bij het Observatorium deze studie (doel van dit verslag) uitvoeren en zou hij eveneens verantwoordelijk zijn voor de handhaving van de internationale verplichtingen tegenover de WGO.

De beslissingen over een structurering van het project op langere termijn zouden dan genomen worden op basis van deze haalbaarheidsstudie. De uitwerking van het eerste ontwerp van het "platform" wordt dan ook uitgesteld zodat alle eventuele deelnemers geraadpleegd kunnen worden over de haalbaarheid, de obstakels en de uitdagingen van dergelijke structuur en over de banden ervan met het project BGS.

In een eerste fase zou een werkgroep georganiseerd worden bestaande uit de leden van het begeleidingscomité (samengesteld uit vertegenwoordigers van de ministers en staatssecretarissen van alle deelnemende Brusselse gefedereerde entiteiten onder het voorzitterschap van de leden van het Verenigd College die bevoegd zijn voor gezondheid) eventueel bijgestaan door deskundigen, om een routekaart op te stellen waarin de nieuwe opdrachten nauwkeurig en volledig beschreven zouden worden. Deze werkgroep is in 2013 slechts één keer samengekomen en heeft ingestemd met het principe van een haalbaarheidsstudie zonder verdere oriëntatie. Door de verkiezingen van 2014 is het nog niet mogelijk geweest om dit comité opnieuw samen te brengen.

De administratieve medewerkster van de vzw BGS werd op 1 januari 2013 overgeplaatst naar het Observatorium. Ze hield zich tot eind 2013 grotendeels bezig met de sluiting van de vzw. In 2013 werd eveneens een nieuwe projectverantwoordelijke aangesteld om tijdens het eerste jaar een haalbaarheidsstudie uit te voeren over de voortzetting van het project.

## 1.2. Relaties tussen BGS en het meerderheidsakkoord GGC 2014

Wij wijzen erop dat bepaalde punten van de "**Beleidsverklaring van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie**" vrij logischerwijs overeenstemmen met de nieuwe koers van het project BGS. Zo is er overeenstemming met: de acties die gevoerd moeten worden in verband met de sociale gezondheidsdeterminanten; de bestrijding van de sociale ongelijkheden in gezondheid; de aandacht voor territorialiteit; de deelname van kwetsbare groepen aan de preventieprogramma's; de ontwikkeling van een algemeen gezondheidsbeleid en de uitwerking van een Brussels gezondheidsplan; de terbeschikkingstelling van epidemiologische statistieken; de versterking van de politieke aansturing van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn en het overleg tussen de veldwerkers in de gezondheidszorg en de veldwerkers in de welzijnszorg.

Tot slot pleit ook het **Ontwerp van meerderheidsakkoord van het Gewest** voor preventieve acties in verband met de sociaaleconomische gezondheidsdeterminanten en de bestrijding van sociale ongelijkheden in gezondheid (en de acties in dit verband, volgens een sociale gradiënt)



en noemt het Ontwerp het project Brussel Gezonde Stad als één van de processen die tijdens deze legislatuur ontwikkeld moeten worden.

### 1.3. Activiteiten augustus 2013 - september 2014

2013 en 2014 stonden voor een deel in het teken van de voortzetting van de verbintenissen van de vzw: afsluiting van de rekeningen, activiteiten- en financiële verslagen voor de subsidiërende entiteiten, verslagen in het kader van het WGO-netwerk, deelname aan en voorstelling op de internationale conferentie van gezonde steden in 2013, voorbereiding van een casestudie en van een poster voor de internationale conferentie van gezonde steden in 2014.

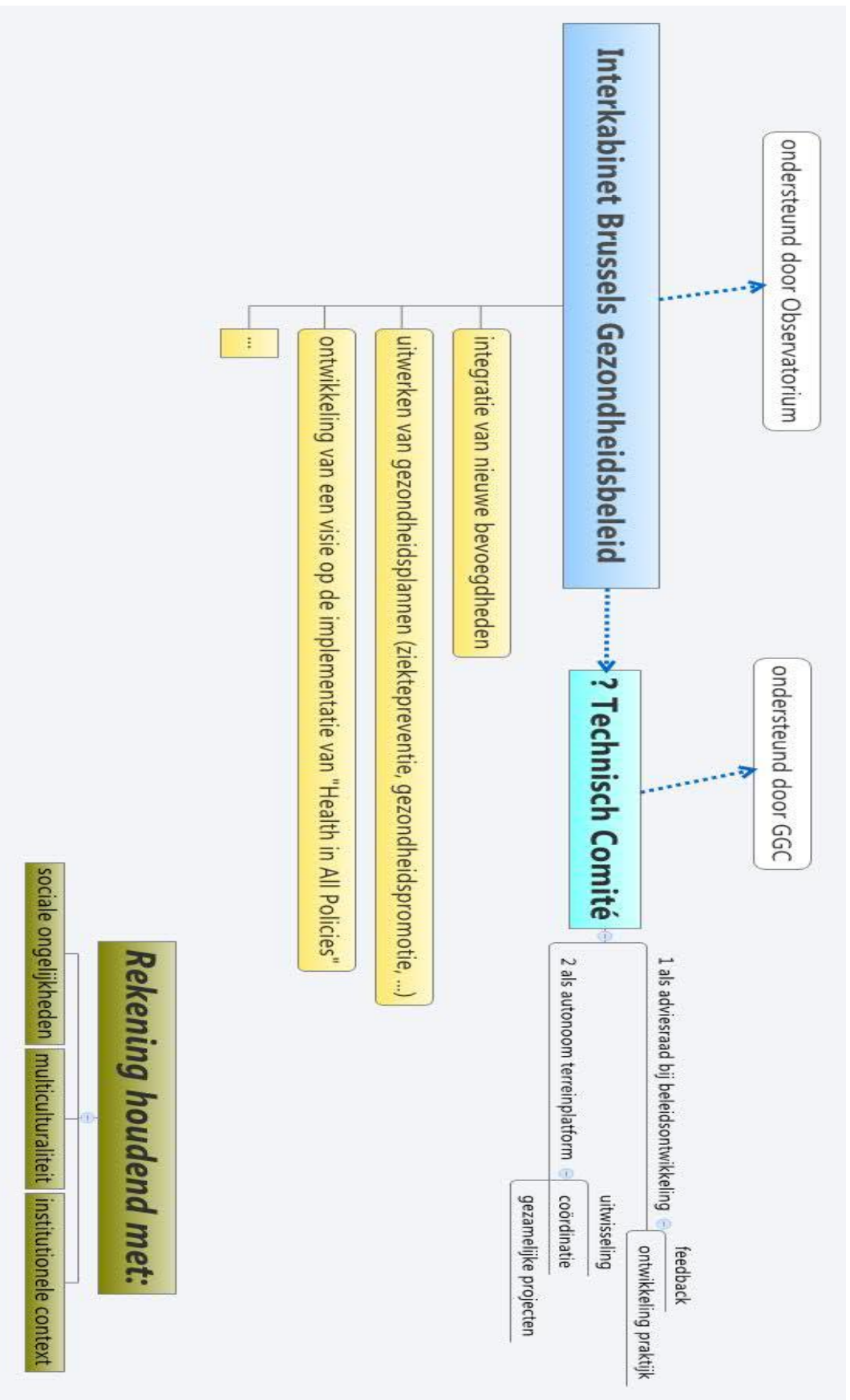
Sinds de aanstelling van de nieuwe coördinator in juli 2013 werd werk gemaakt van de haalbaarheidsstudie, die het onderwerp is van dit verslag.

## 2. Methodologie van de studie

Er werd besloten om de haalbaarheid en de aanvaardbaarheid van de eerste reflectie te testen bij de actoren uit de sociale en gezondheidssector enerzijds; en bij de beleidsmaker anderzijds.

Deze reflectie wordt samengevat in het volgende schema, waarbij een interkabinet verantwoordelijk voor het gezondheidsbeleid in het BHG gekoppeld wordt aan een technisch comité (terreinplatform) dat enerzijds zou werken als adviesraad voor de uitwerking van het beleid, de ontwikkeling van de praktijken en het formuleren van op het terrein gedane vaststellingen en anderzijds als een autonoom terreinplatform.







Er werden achtereenvolgens drie groepen van actoren geïnterviewd.

De eerste groep was samengesteld uit de leden van het vroegere "**technisch comité**" van de vzw BGS, bestaande uit actoren uit de sociale en gezondheidssector die de projecten tijdens de afgelopen tien jaar methodologisch hebben begeleid. De bedoeling was om:

- te peilen naar hun balans van de eerste werkingsperiode van het project in termen van sterke punten, zwakke punten, kansen en bedreigingen die een negatieve impact hadden op het verloop ervan;
- te peilen naar hun visie op de toekomst van het project;
- hen de mogelijkheid te bieden zich uit te spreken over de mate waarin hun eigen vereniging bij de nieuwe vorm van het project betrokken kan worden, maar ook over de mate waarin andere actoren uit de sociale en gezondheidssector alsook beleidsmakers en begunstigen bij dit project betrokken kunnen worden.

De lijst van de personen van deze eerste groep van 16 respondenten is als BIJLAGE 1 bij dit verslag gevoegd. De volledige interviewleidraad die gebruikt werd om deze eerste groep te interviewen is als BIJLAGE 2 bijgevoegd.

De tweede groep bestond uit **actoren uit de Brusselse sociale en gezondheidssector** die niet hebben deelgenomen aan het technisch comité van de vzw BGS. De bedoeling was om:

- te peilen naar hun visie op de toekomst van het project, met inbegrip van de methoden/aanpak die zij persoonlijk zouden volgen om het project uit te voeren;
- te peilen naar hun mening over de werking zoals vastgelegd in het voorgestelde schema.

De lijst van de personen van deze tweede groep van 15 respondenten is als BIJLAGE 3 bijgevoegd. De volledige interviewleidraad die gebruikt werd om deze tweede groep te interviewen is als BIJLAGE 4 bijgevoegd.

De derde groep bestond uit **leden of voormalige leden van ministeriële kabinetten**: vertegenwoordigers van de ministers van de GGC belast met gezondheid, de ministers van de GGC belast met welzijnzorg, de staatssecretarissen belast met aangelegenheden betreffende *gezondheidsdeterminanten* en tot slot vertegenwoordigers van de ministers met bevoegdheden op het vlak van gezondheid in de Cocof, de VGC en de Vlaamse Gemeenschap.

De vragen gingen ditmaal over:

- (*voor de ministers van de GGC belast met gezondheid*) het ontstaan van de "Ordonnantie betreffende het preventieve gezondheidsbeleid" van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (juli 2007) en de redenen die de uitvoering ervan verhinderd hebben; de visie om vanuit hun kabinet een beleid te voeren rond sociale gezondheidsdeterminanten ("health in all policies") en de rol die de ministers die belast zijn met gezondheid in deze context zouden kunnen spelen (initiatiefnemers? coördinatoren?).



- (voor de ministers van de GGC belast met welzijnszorg en de drie staatssecretarissen van de GGC): het verband tussen de bevoegdheden van deze leden van de executieve en de gezondheidsbevoegdheid (zien zij deze als gezondheidsdeterminanten? ; voeren zij reeds acties in die richting? ; welke institutionele hefboomen of andere hefboomen zouden zij nodig (gehad) hebben om stappen te zetten in deze richting?)
- (voor de ministers van de Cocof, van de VGC en van de Vlaamse Gemeenschap met gezondheidsbevoegdheden): het verband tussen hun bevoegdheid en een project zoals BGS; de wenselijkheid om voor dit soort werk gebruik te maken van een interkabinet; hun kennis van de "Ordonnantie betreffende het preventieve gezondheidsbeleid" van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en de wijze waarop zij hun bevoegdheden daarop zouden kunnen afstemmen; tot slot, hun visie op de coördinerende rol van de GGC.

De lijst van de personen van deze derde groep van 11 respondenten is als BIJLAGE 5 bijgevoegd. De drie vragenlijsten die gebruikt werden om deze respondenten te interviewen zijn als BIJLAGE 6, 7 en 8 bijgevoegd.

De bevindingen uit de drie delen van deze kwalitatieve enquête werden samengevat (met behulp van het programma QSR NVivo) en de resultaten werden geanalyseerd en besproken binnen het team van het Observatorium.

Met de gebruikte methodologie kon niet alle subjectiviteit uitgesloten worden, maar de gegevens werden, wanneer dit mogelijk en nodig was, systematisch gekruist met de kennis en de expertise van het team van het Observatorium.

### 3. Resultaten van de studie

In dit deel beschrijven wij de verschillende, soms tegenstrijdige, standpunten die tijdens deze studie werden verzameld. We hebben ze gegroepeerd in 'Wat te doen' en 'Hoe het te doen'.

#### 3.1. Wat te doen?

Uit deze haalbaarheidsstudie komt aanzienlijk minder informatie naar voren op de vraag "wat te doen" (inhoud) dan op de vraag "hoe het te doen?" (methode), aangezien de respondenten het bijna instinctief eens zijn over de noodzaak om werk te maken van een echte gezondheidsvisie, een grotere coherentie en een "gezonde stad" die ten goede komt aan de bevolking en de gemeenschappen, maar zonder een echt grote gemeenschappelijke visie over wat er in beginsel ontwikkeld moet worden. Er zijn echter vier punten naar voren gekomen:

- de eerste drie hebben een vrij algemeen en relatief theoretisch karakter, namelijk: **de sociale ongelijkheid in gezondheid bestrijden, gezondheid op alle beleidsdomeinen integreren door maatregelen te nemen in verband met de sociaaleconomische gezondheidsdeterminanten;**



- het vierde punt heeft een strategischer, intermediair karakter: **de inschrijving van de Brusselaars in een algemene eerstelijnsstructuur** stimuleren als "toegangspoort" tot een gezondheidsverstrekking in brede zin.

### 3.1.1. De ongelijkheden in gezondheid bestrijden

#### 3.1.1.1. Omschrijving

Volgens de omschrijving van de WGO zijn: "ongelijkheden in gezondheid vermijdbare onrechtvaardigheden op het vlak van gezondheid binnen één land of tussen verschillende landen. Ze weerspiegelen de ongelijkheid die over het algemeen binnen een samenleving en tussen verschillende samenlevingen wordt vastgesteld. De sociaaleconomische omstandigheden waarin personen zich bevinden, bepalen het risico dat zij ziek worden en de maatregelen die genomen moeten worden om de ziekte te voorkomen of deze te behandelen wanneer ze zich voordoet." (Wereldgezondheidsorganisatie, 2013.).

#### 3.1.1.2. Noodzaak

De strijd tegen sociale ongelijkheden in gezondheid lijkt bij de respondenten op ruime steun te kunnen rekenen. De sociale status is, vanwege zijn relatie met alle andere determinanten, het meest bepalend voor de gezondheidstoestand. De grote sociale heterogeniteit in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest wordt dan ook weerspiegeld in grote sociale ongelijkheden in gezondheid (zie Gezondheidsindicatoren van het Brussels Gewest, BOGW, 2010). Deze ongelijkheden plaatsen niet alleen de rijken tegenover de armen, maar volgen ook een sociale gradiënt. De WGO definieert dit begrip als volgt: "Overal in de wereld geldt dat hoe armer men is, hoe minder men in goede gezondheid verkeert. Binnen de landen blijkt over het algemeen uit de gegevens dat hoe lager de sociaaleconomische positie van iemand is, hoe slechter diens gezondheid is: deze sociale gradiënt heeft betrekking op de hele sociaaleconomische schaal, van hoog naar laag. (...) Als we bijvoorbeeld de sterfte van kinderen onder de vijf jaar onderzoeken naargelang de rijkdom van de gezinnen, dan zien we dat er een verband bestaat tussen de sociaaleconomische situatie en de gezondheid. Hoe armer het gezin is, hoe hoger de sterfte is vóór de leeftijd van vijf jaar. In de gezinnen die tot het tweede rijkste kwintiel behoren, is het sterftecijfer van kinderen onder de vijf jaar hoger dan bij de gezinnen die tot het eerste kwintiel behoren. Dit wordt de sociale gezondheidsgradiënt genoemd." (Wereldgezondheidsorganisatie, 2013). De structurele bestrijding van deze ongelijkheden zou kansarme groepen helpen om uit deze precare situatie te raken, wat op zich al een noodzakelijke en toereikende doelstelling is, maar wat daarnaast op termijn zou leiden tot besparingen in de gezondheidszorg.

#### 3.1.1.3. Contextuele factoren

Om deze ongelijkheden te bestrijden zal een gezondheidsbeleid gevoerd moeten worden dat eveneens de **gezondheidsdeterminanten** aanpakt.



“De sociale gezondheidsdeterminanten zijn de omstandigheden waarin mensen geboren worden, opgroeien, leven, werken en oud worden maar ook de systemen die ontwikkeld worden om ziekte te bestrijden, en deze omstandigheden worden bepaald door verschillende krachten: de economie, het sociale beleid en de politiek.” (Wereldgezondheidsorganisatie, 2013.). Deze sociaaleconomische omstandigheden zullen dus, op ongelijke wijze, zowel het risico bepalen dat iemand ziek wordt als de manier waarop deze persoon tegenover de ziekte zal reageren. Deze determinanten kunnen worden ingedeeld in drie grote categorieën:

- de sociale en economische omgeving (sociale status, inkomen, sociaal netwerk, enz.);
- de fysieke omgeving (waterkwaliteit, werkplaats, huisvestingskwaliteit, enz.);
- de persoonlijke kenmerken en gedragingen van het individu (minder of meer zittend leven, alcohol- en tabaksgebruik, evenwichtige voeding, enz.).

### **Tijdens de besprekingen kwam ook het begrip 'progressief universalisme' aan bod**

De Commissie voor sociale gezondheidsdeterminanten (WGO) stelt voor om dit begrip te introduceren in het beleid dat gevoerd wordt om ongelijkheden in gezondheid te verminderen: "policies that are universal but are implemented at level and intensity of action that is proportionate to need (...)" (UCL Institute of Health Equity, 2013). Het begrip gaat ervan uit dat universele investeringen (bijvoorbeeld in de vorm van een screeningsprogramma) weinig doeltreffend zijn om de sociale gradiënt te verminderen, aangezien elk stratum van de bevolking hiervan, in het beste geval, op gelijke wijze zal profiteren. Daarom moeten de acties universeel zijn, maar moeten ze tevens "afgestemd" zijn op de mate van kwetsbaarheid van de doelgroepen (WGO en Calouste Gulbenkian Foundation, 2014).

Er werd echter geen consensus bereikt over de manier waarop de ongelijkheden bestreden moeten worden: volgens sommigen zou progressief universalisme "te duur zijn" voor de schaarse preventiemiddelen en zou het veeleer tot een "gezondheid met twee versnellingen" leiden.

Bovendien zou het toekomstige Brusselse beleid ook rekening moeten houden met de noodzakelijke integratie van de "gezondheidsdoelstellingen", doelstellingen die het verplichte interventieschema van de Nederlandstalige instellingen vormen.

Om het gemeenschappelijke doel inzake de bestrijding van ongelijkheden in gezondheid te bereiken, zou dus eerst een overeenkomst moeten worden bereikt over de methode.

### 3.1.2. "Gezondheid op alle beleidsgebieden" integreren door maatregelen te nemen in verband met de "gezondheidsdeterminanten"

#### 3.1.2.1. *Omschrijving*

De WGO omschrijft de poging om "**gezondheid op alle beleidsgebieden**" of "gezondheidsgelijkheid op alle beleidsgebieden" te integreren, als volgt: "Alle aspecten van het overheidsbeleid en de economie, waaronder financiën, onderwijs, huisvesting, werkgelegenheid en vervoer, kunnen een invloed hebben op de gezondheid en de gezondheidsgelijkheid. Hoewel



gezondheid niet de belangrijkste focus van het beleid in deze sectoren is, kan dit beleid een sterke invloed hebben op de gezondheid en de gezondheidsgelijkheid. Het beleid van de verschillende ministeries moet absoluut coherent en complementair zijn, en mag niet tegenstrijdig zijn." (WGO, 2013). Om dit begrip toe te passen op een concreet geval, ontwikkelt de WGO het volgende voorbeeld: "De preventie van obesitas steunt op verschillende factoren: een duurzaam aanbod aan voedzaam voedsel, een omgeving die bijdraagt aan het nuttigen van gezonde voeding, lichaamsbeweging en een familiale, educatieve en professionele omgeving die een gezonde levensstijl bevordert." (Wereldgezondheidsorganisatie, 2013).

Het is duidelijk dat "Gezondheid op alle beleidsdomeinen" of "Gezondheidsgelijkheid op alle beleidsdomeinen" betekent dat het *hele* beleid moet worden uitgewerkt rekening houdend met de gezondheid van de burgers en er *ten minste* voor moet zorgen dat die gezondheid niet geschaad wordt of, in het beste geval, dat ze verbeterd wordt.

Om dit te bereiken, moeten maatregelen genomen worden in verband met de **gezondheidsdeterminanten** op alle beleidsdomeinen, en dit zowel op sociaal en economisch vlak (inkomen, sociale status, opleiding, enz.) als op vlak van de fysieke omgeving (kwaliteit van de omgeving) en van het individuele gedrag (lichaamsbeweging, alcoholgebruik, voeding, enz.).

#### 3.1.2.2. *Noodzaak*

De noodzaak van deze doelstelling werd als 'hoog' beschouwd. Sommige respondenten benadrukten dat door het ondernemen van preventieve acties op het vlak van gezondheids promotie op termijn bespaard zou kunnen worden op onnodige gezondheidszorg. De hefbomen die deze omstandigheden kunnen verbeteren, zijn overigens verspreid in uiteenlopende sectoren en politieke bevoegdheden, die verder gaan dan gezondheid alleen.

#### 3.1.2.3. *Contextuele factoren*

### **De verschillende beleidsmaatregelen afstemmen op een betere gezondheid van de bevolking?**

Volgens sommige respondenten is de cultuur van "Gezondheid op alle beleidsdomeinen", zoals die bijvoorbeeld is ingevoerd in Québec<sup>3</sup>, in het Brussels Gewest nog geen feit. Voor een minister is het bijzonder moeilijk om dit aandachtspunt te integreren in zijn bevoegdheden.

Bovendien zou een minister van gezondheid die dergelijke strategie moet uitstippelen in dit verband veeleer een adviserende dan een belerende rol moeten vervullen. Dit vergt een voorlichting over het voordeel dat dergelijk beleid voor de volksgezondheid zou opleveren alsook een goed beheer van de zichtbaarheid die aan *alle* betrokken ministers gegeven moet worden.

### **De "versnippering" van de gezondheidsbevoegdheid overstijgen?**

---

<sup>3</sup> Artikel 54 van de wet betreffende de volksgezondheid van de provincie Québec, die van kracht is sinds 18 juni 2002, bepaalt dat de minister belast met Volksgezondheid "de adviseur van de regering is over iedere aangelegenheid in verband met volksgezondheid. Hij geeft aan de andere ministers ieder advies dat hij passend acht om de gezondheid te bevorderen en beleidsmaatregelen aan te nemen om de gezondheids- en welzijnstoestand van de bevolking te bevorderen. In dit opzicht moet hij geraadpleegd worden bij de uitwerking van door de wet- en regelgevingen vastgestelde maatregelen die een significante impact zouden kunnen hebben op de gezondheid van de bevolking".



Een ander voorstel in die zin bestond erin om in kleine opeenvolgende convergente fasen te werken in een streven naar transversaliteit, en praktijken die momenteel parallel worden uitgevoerd, samen te brengen binnen een netwerk en ze te evalueren en reproduceerbaar te maken. Zo suggereren sommigen, gezien de versnippering van de gezondheidsbevoegdheid in het BHG<sup>4</sup> en teneinde de verschillende sectoren die eruit voortvloeien niet "te doen wankelen", om in plaats van een verandering teweeg te brengen door te proberen rechtstreeks het kader te veranderen, deze verandering veeleer teweeg te brengen door alles wat er reeds in de praktijk werd uitgevoerd en wat nog op informele wijze convergeert, samen te brengen in een netwerk, alvorens de verandering eventueel te formaliseren. Het op die manier evalueren en reproduceerbaar maken van de praktijken zou baat kunnen hebben bij de aan de gang zijnde ontwikkeling van de "pool beleid en beleidsevaluatie" van het Observatorium.

### **Sturing door de minister-president?**

Het is moeilijk voor te stellen hoe ministers van volksgezondheid bij de opstelling van de begroting, de uitstippeling van strategieën, de formulering van doelstellingen in het Verenigd College enz. een invloed kunnen uitoefenen op de manier waarop de gezondheidsdeterminanten door hun collega's beheerd zullen worden. Om dergelijke invloed mogelijk te maken, suggereren veel respondenten om de sturing van BGS toe te vertrouwen aan de minister-president van het Brussels Gewest.

### **Voorlichting over de "Gezondheidseffectbeoordelingen"?**

De Gezondheidseffectbeoordeling - GEB (of Health Impact Assessment - HIA ), een instrument voor de implementatie van de "Gezondheid op alle beleidsdomeinen" of "Gezondheidsgelijkheid op alle beleidsdomeinen", wordt gedefinieerd als "een combinatie van procedures, methodes en hulpmiddelen aan de hand waarvan een beleid, een programma of een project beoordeeld kan worden op zijn mogelijke, soms onverwachte, effecten op de gezondheid van de bevolking en de verdeling van deze effecten binnen de bevolking, en die passende acties vaststellen om deze effecten te beheren" (WHO, Regional Office for Europe, European Centre for Health Policy, 1999; & International Association for impact Assessment, 2006).

De opvattingen van de respondenten over de GEB's (HIA's) lopen echter uiteen, van "veeleer positief" tot "veeleer negatief". Als de GEB's gesystematiseerd zouden worden, wordt met name gevreesd voor een verlammende bureaucratie. Sommigen vinden ook dat ze te duur zijn om gesystematiseerd te worden.

Het onderzoek dat momenteel bij het Observatorium loopt over de ontwikkeling van een "Social Impact Assessment" in het Brussels Gewest besteedt zowel aandacht aan de inhoud van de test als aan de governance die nodig is voor de ontwikkeling ervan; daarom kan het nuttig zijn om bij de reflectie over de GEB's vanuit dit onderzoek te vertrekken.

### **Lidmaatschap van een politieke familie/partij.**

Voor sommige respondenten staat investeren in gezondheidsdeterminanten gelijk met deel uitmaken van politieke families/partijen, wat de opvattingen over het nemen van maatregelen in bepaalde domeinen (vervuiling, vervoer, werkgelegenheid...) in verschillende richtingen kan sturen.

### **Het "ziekenhuisgericht" model overstijgen.**

---

<sup>4</sup> Zes verschillende ministers, die deel uitmaken van de regeringen van verschillende deelgebieden en van de federale regering, zijn belast met bevoegdheden die verband houden met de gezondheid op het grondgebied van het BHG.



Sommige respondenten vinden dat het huidige kader waarbinnen de gezondheidswerking plaatsvindt, te erg "ziekenhuisgericht" is, waardoor de indruk ontstaat dat gezondheid zich voornamelijk bij de gezondheidsverstrekker of in het ziekenhuis afspeelt. Volgens hen zouden deze laatsten derhalve vragen om overtuigd te worden van de wenselijkheid om in de gezondheidsdeterminanten te investeren.

### **Concreet zijn.**

Bovendien wordt de plaats waar de werkzaamheden in verband met de gezondheidsdeterminanten zullen plaatsvinden (namelijk een politiek platform), niet door alle partners positief onthaald, en wordt ze soms als een te logge en weinig doeltreffende structuur gezien. De ervaring die opgedaan is tijdens de werkingsjaren van het interkabinet Armoede moet gedeeld en geanalyseerd worden alvorens als basis te dienen voor de oprichting van een interkabinet Gezondheid. Een andere mogelijkheid zou zijn om het interkabinet Armoede zelf te gebruiken om de werkzaamheden in verband met bepaalde gezondheidsdeterminanten uit te voeren, rekening houdend met het feit dat een aantal partners hebben aangedrongen op een "concrete" en doeltreffende aanpak bij de toekomstige ontwikkeling van BGS.

### **De overlegfunctie van de GGC uitbreiden.**

De overlegfunctie is een wezenlijk onderdeel van de opdrachten van de GGC; sommigen beschouwen deze functie als ontoereikend. Misschien moet ze uitgebreid worden als men de GGC een politiek platform wil laten coördineren.

## 3.1.3. De inschrijving in een "algemene" eerstelijnsstructuur stimuleren

### 3.1.3.1. *Omschrijving*

Er zou voor gezorgd moeten worden dat alle Brusselaars de kans krijgen om zich "in te schrijven" van een algemene eerstelijnsgezondheidsstructuur (medisch huis, huisarts) om een snelle en goede behandeling mogelijk te maken, een spreiding van de zorgverlening aan te moedigen (zonder deze echter verplicht te maken) en zo te voorkomen dat in eerste instantie een beroep gedaan wordt op geneesheren-specialisten of op de spoeddienst.

### 3.1.3.2. *Noodzaak*

De eerstelijnszorg is bevoegd en erkend om aan de bevolking zowel preventieve als curatieve zorg te verstrekken en advies te geven. Heel de bevolking hiertoe toegang bieden leidt enerzijds tot een betere gezondheid en anderzijds tot een rationeel gebruik van de middelen.

### 3.1.3.3. *Contextuele factoren*

### **Relatief brede consensus**

De gebruikers naar de algemene eerstelijnsstructuur leiden is een aandachtspunt dat regelmatig terugkomt in de interviews met de gezondheidsactoren maar tevens in de interviews met de politiek. De factoren die deze toegang beperken zijn: een aanbod van eerstelijnsprofessionals dat niet beantwoordt aan de groeiende Brusselse bevolking; weinig toegankelijke informatie over het aanbod in het Brussels Gewest; het niet bekend zijn met het





Belgische gezondheidszorgstelsel door bevolkingsgroepen die afkomstig zijn van landen waar het ziekenhuis de enige toegang tot de zorgverlening is; niet-opname in het systeem van sommige groepen

Er werden een aantal suggesties gedaan in verband met de lopende of uit te voeren acties: "compendium" dat wordt verstrekt aan de nieuwkomers in een gemeente - vertaald in de verschillende talen van de nieuwkomers; met steun van de schepenen van gezondheid en/of de OCMW's; met de actoren van het CBPS, LOGO; een uitgebreide inventarisatie van het gezondheidsaanbod in het BHG.

### **Debat "buurtziekenhuis" vs. generalistische structuur.**

Er zou een scheidingslijn bestaan tussen de voorstanders van beide benaderingen: het "buurtziekenhuis" enerzijds; de "algemene" (huisarts-)benadering anderzijds. Het begrip "buurtziekenhuis" zou verwijzen naar een begrip dat verder uitgewerkt moet worden: een ziekenhuis dat dicht bij het publiek zou staan, zodat het publiek er gemakkelijker terecht kan. Sommige tegenstanders van deze aanpak zijn van mening dat ze een "vermarkting van de gezondheidszorg" in de hand zou werken en de geneeskunde duurder zou maken.

### 3.2. "Hoe het te doen"?

Hoewel in het vorige hoofdstuk reeds zeer concrete voorstellen besproken werden in verband met de "Hoe"-vraag, behandelen wij hier de standpunten van de respondenten over dit "Hoe" op een strategischer niveau: methode(s), kaders, strategieën en concepten waarmee rekening gehouden moet worden om zo goed mogelijk de doelstellingen van een gezond stadsgewest te verwezenlijken.

#### 3.2.1. Sturing van BGS: sturing door de gezondheidsministers versus sturing door de minister-president

##### a. Definitie

De gezondheidsministers zouden de sturing van BGS op zich nemen en zouden zich bezighouden met de implementatie van de voor BGS gekozen doelstellingen ("Gezondheidsgelijkheid op alle beleidsdomeinen" implementeren)

*of*

De minister-president zou de sturing van het project BGS op zich nemen, ten behoeve van de transversaliteit van dit project, dat niet tot één bevoegdheid zou kunnen behoren.

##### b. Noodzaak

Het is wenselijk dat nu eens de gezondheidsministers en dan weer de minister-president de sturing van BGS op zich nemen (ook al wensen de voorstanders van deze laatste optie dat de gezondheidskabinetten de expertise blijven leveren die nodig is voor het project).

Sommigen vrezen dat, wanneer de gezondheidsministers de sturing op zich zouden nemen, het project een belerend karakter zou krijgen.

Sommigen vinden dat sociale ongelijkheden veeleer tot andere bevoegdheden behoren dan tot de "gezondheid in strikte zin".



Daarom is het moeilijk om voorrang te geven aan één van beide opties.

### c. Contextuele factoren

De contextuele factoren zullen in de eerste plaats verband houden met het standpunt dat de ministers van de nieuwe meerderheid innemen met betrekking tot de sturing van BGS.

## 3.2.2. Werkplatformen

### 3.2.2.1. Politiek platform

#### a. Definitie

Er zou een bestaand forum voor politieke dialoog (Interkabinet, Interministeriële Conferentie) gebruikt moeten worden of een nieuw forum gecreëerd moeten worden, om te komen tot een reëel gezondheidsbeleid in het BHG, volgens de principes van een gezonde stad (gezondheid op alle beleidsdomeinen via de verbetering van de gezondheidsdeterminanten; bestrijding van sociale ongelijkheden in gezondheid).

#### b. Noodzaak

In hoeverre het noodzakelijk is om op die manier te werk te gaan moet nog in overleg met de beleidsmakers worden vastgesteld. Er zijn echter een aantal voordelen aan verbonden. Met betrekking tot het (bestaande of nieuwe) politieke platform kwam uit de door de STICS uitgevoerde audit van de vzw *Brussel Gezonde Stad* naar voren dat het project BGS nood heeft aan meer politieke governance, en dit was één van de redenen waarom dit project geïntegreerd werd in de administratie. Bovendien kan de betrokkenheid van verschillende verkozenen bij het ontwikkelen van een gezondheidsvisie en -beleid alleen maar bijdragen aan de noodzakelijke transversaliteit van dit project. Wat betreft de vraag of het om een "nieuw" of een "bestaand" platform moet gaan, is het zo dat door een beroep te doen op een bestaand politiek platform zoals de IMC Welzijn en Gezondheidszorg bespaard kan worden op de oprichting van een nieuw platform, een dynamiek die altijd moeilijk op gang te brengen is. Er zou een interkabinet Gezondheid opgericht kunnen worden en er zouden bruggen tot stand gebracht kunnen worden met het interkabinet Armoede, want hun thema's overlappen elkaar vaak (veel armoedethema's zijn verbonden met gezondheidsdeterminanten! – bv. huisvesting).

#### c. Contextuele factoren

Mocht er gekozen worden voor een bestaand politiek platform: dan is het zo dat de dynamiek van het interkabinet Armoede al op gang gebracht is, wat een goede opportuniteit zou kunnen vormen (waarbij het niet onmogelijk is dat er door de verkiezingen van mei 2014 nieuwe leden tot dit interkabinet zullen toetreden). Bovendien overlapt een **deel van de thema's van een gezonde stad** de thema's van het interkabinet Armoede. **Anderzijds moeten de thema's die buiten dit interkabinet vallen, geïntegreerd worden**, en het is nog onduidelijk wat er gebeurt met de **sturing van BGS** indien deze zou plaatsvinden vanuit een dergelijk



interkabinet: zouden de ministers belast met welzijnszorg, de ministers belast met gezondheid of de minister-president deze sturing dan op zich nemen? **De zichtbaarheid van de betrokken ministers blijft ook een centrale factor** voor engagement. Hetzelfde geldt voor de **zichtbaarheid van het project BGS zelf**: in het verleden werd deze als onvoldoende beschouwd, zowel in termen van transparantie (voor de actoren uit de sociale en de gezondheidssector en voor de beleidsmakers was het niet altijd duidelijk wat er precies ondernomen was) als in termen van zichtbaarheid voor het publiek (dit laatste was niet of niet voldoende op de hoogte van het project BGS en de opportuniteiten ervan).

Om deze moeilijkheden te verhelpen werden de volgende voorstellen gedaan: de **administraties bij het project betrekken om te proberen de versnippering** van de bevoegdheden en de behoefte aan zichtbaarheid van iedere minister en iedere sector te "overstijgen"; aan het begin van de legislatuur **transversale begrotingsartikelen** ontwikkelen om BGS te financieren (waardoor de individuele ministers niet langer de indruk zouden krijgen dat ze uit "hun budget" moet putten om een transversaal project te financieren; **de uitnodiging van de actoren in werkgroepen op basis van de agenda** (in plaats van in de plenaire vergaderingen die door sommige actoren als "ontmoedigend" worden beschreven).

Wordt voor een nieuw politiek platform gekozen, dan blijven het aspect **zichtbaarheid** van de ministers (en de eventuele oplossingen daarvoor) en het aspect **sturing** van toepassing. In termen van haalbaarheid van een dergelijk proces hebben een aantal **politieke gesprekspartners geklaagd over het ontbreken van een gemeenschappelijk platform in het BHG, waar kennis genomen zou kunnen worden van wat de andere deelgebieden op het vlak van gezondheid verwezenlijken**. Deze wens kan concreet gemaakt worden door een plaats te creëren voor het bevorderen van de onderlinge zichtbaarheid tussen bevoegdheden en tussen kabinetten.

#### 3.2.2.2. *Terreinplatform*

##### a. Definitie

Om een gezondheidsbeleid te koppelen aan de realiteit op het terrein zou gebruik gemaakt worden van een zo transversaal mogelijk platform, samengesteld uit vertegenwoordigers van instellingen op het terrein of van administraties die betrokken zijn bij de realiteit van de inwoners van het BHG.



## b. Noodzaak

Nagenoeg iedereen is het er over eens dat **een terreinbenadering essentieel is voor een project als BGS opdat het gevoerde beleid niet "los zou staan"** van de realiteit van de begunstigden. Uit de interviews met de leden van het technisch comité van de vzw BGS blijkt echter dat **men teleurgesteld is dat er tijd en energie gestoken werd in een platform dat grote verwachtingen wekte, zonder dat het verwezenlijkte werk werd voorgelegd aan de beleidsmakers** zoals de leden hadden gewild. "De actoren zijn niet meer naïef", klonk het. **Daarom lijkt het interessanter om voort te bouwen op een reeds bestaand platform** dan nogmaals aan wellicht reeds "vermoeide" actoren te vragen om over te doen wat zij reeds hebben gedaan zonder dat dit, volgens hen, het verwachte succes heeft opgeleverd.

## c. Contextuele factoren

### **Adviesraad voor gezondheids- en welzijnszorg van de GGC**

Er bestaat een transversale "tool": de Adviesraad voor gezondheids- en welzijnszorg van de GGC. Deze brengt professionals uit uiteenlopende domeinen samen. Volgens sommige actoren had de Raad bij zijn oprichting veel hoop doen ontstaan dat het beleid gezamenlijk uitgestippeld zou worden, getuige de oorspronkelijke motivatie die aan de basis ervan ligt. Wil men hem opnieuw activeren, dan moet echter nog nagedacht worden over de middelen die eraan besteed worden (de presentiegelden zijn niet langer alleen maar een vergoeding en de vertegenwoordigde instituten kunnen zich, tijdens de dagelijkse uitvoering van hun opdrachten, zelden veroorloven om werktijd te besteden aan een reflectie over transversale thema's zoals BGS ten koste van structurele opdrachten), en over de stem die aan deze Raad toegekend zou worden (beslissend?, raadgevend?), aangezien sommige afdelingen van deze Raad in het verleden, ook volgens sommige actoren, wellicht de indruk kregen dat hun stem niet echt meetelde bij de politieke besluitvorming.

### **Nieuw platform**

Wat betreft de mogelijkheid van een nieuw platform lijken de actoren dit idee, in het beste geval, interessant te vinden, maar beschikken ze niet over de tijd die daarvoor nodig is. In het slechtste geval wensen de actoren niet opnieuw betrokken te worden bij een andere werkgroep, zonder duidelijke opdracht en zonder beslissende stem.

### **Betrokkenheid van "transversale" instellingen.**

De actoren hebben erop gewezen dat het belangrijk is om instellingen die reeds een transversale visie, werking of werkingswijze (multidisciplinaire, tussen administraties, tussen sectoren enz.) hebben bij het project te betrekken, omdat zij aan BGS een beetje van de noodzakelijke transversaliteit kunnen verstrekken. Dergelijke assemblees bestaan al op verschillende niveaus: coördinatie van de mutualistische zorg; FMM LUSS; RML; Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg; SMES-B; STRADA; LOGO; CBPS; wijkcontracten; wijkgezondheidscentra; sommige wijkcomités zijn plaatsen die geacht worden de gebruikers op algemene en/of transversale wijze te benaderen. En niet in de laatste plaats de Adviesraad voor gezondheids- en welzijnszorg van de GGC. Er moet echter nog beslist worden welke middelen nodig zijn opdat zij een deel van hun denkwerk en hun ervaring ten dienste zouden kunnen stellen van BGS.



## Sociale partners

Een andere wens van de respondenten was dat de sociale partners bijvoorbeeld geïntegreerd zouden worden in een ION om in het BHG samen een gezondheidsbeleid te ontwikkelen. In de gezondheidszorg stelt het beheerscomité van het RIZIV (sociale partners en ziekenfondsen) voorzieningen voor aan het beleid, om zo samen het gezondheidsbeleid uit te stippelen. Een ION met dezelfde partners zou, volgens sommigen, baat hebben bij hun transversale visie op de organisatie van de gezondheid en het welzijn in Brussel.

### 3.2.3. Sturing van de werkplatforms

#### 3.2.3.1. *Het Observatorium als piloot van een politiek platform*

##### a. Omschrijving

Naar het model van het interkabinet Armoede zou het Observatorium het secretariaat verzorgen van een politieke assemblee die zou werken aan algemene, operationele en specifieke gezondheidsdoelstellingen (bijvoorbeeld in de vorm van een preventieplan in de gezondheidszorg).

##### b. Noodzaak

Uit de werking van het interkabinet is gebleken dat het Observatorium van belang kan zijn als het aankomt op methodologie: het heeft namelijk kunnen bijdragen aan de ontwikkeling van een visie op lange termijn via het opstarten van een proces dat bestaat uit een inventarisatie, een vaststelling van de algemene doelstellingen en de operationele doelstellingen en een evaluatie van hun uitvoering.

##### c. Contextuele factoren

De partners die meegewerkt hebben aan de haalbaarheidsstudie beschouwen het Observatorium over het algemeen **als wetenschappelijk relevant en als politiek neutraal**.

#### 3.2.3.2. *Het Observatorium als piloot van een terreinplatform*

##### a. Omschrijving

Het Observatorium zou bij de aansturing van een terreinplatform zorgen voor het aanbrenge van de gezondheidsbevindingen, in het bijzonder door dit platform te voorzien van gezondheids- en welzijnsindicatoren. Het zou de operationele uitvoering door het terreinplatform ondersteunen van de in het politieke platform vastgestelde politieke strategieën.

##### b. Noodzaak

De coördinatie van een dergelijk platform door het Observatorium lijkt moeilijk, want de coördinatie van het terrein maakt geen deel uit van de opdrachten van het Observatorium en dreigt de objectiviteit en de neutraliteit aan te tasten waarvan het tijdens zijn dagelijkse activiteiten (en met name in het kader van evaluaties en van impacttests) blijkt moet geven; het zou gevaarlijk zijn dat het Observatorium betrokken wordt bij voorstellen die een invloed hebben op de erkenning of de financiering van partners. Er bestaan op het terrein organisaties



die een tweede- of derdelijnsondersteuning bieden en die coördinatie/overleg als voornaamste taak hebben, deze rol zou dus veeleer aan hen toevertrouwd kunnen worden.

#### c. Contextuele factoren

**Sommige partners hebben de wens geuit dat het Observatorium deze sturing op zich zou nemen**, omwille van de wetenschappelijke legitimiteit van het Observatorium en zijn mogelijkheid om prioritaire thema's op de agenda te plaatsen, zonder dezelfde bezwaren te maken als het Observatorium zelf. **Tijdens de interviews is het echter gebeurd dat één of andere actor als voorbeeld van een innoverende praktijk, projecten vermeld heeft die door zijn organisatie worden gedragen en waarvan hij vond dat ze ondersteund hadden kunnen/moeten worden door de GGC).**

### 3.2.4. "Bottom-up methodologie"

#### 3.2.4.1. *Deelname van de verenigingswereld*

##### a. Omschrijving

Volgens vele gesprekspartners uit de sociale en gezondheidssector zou de verenigingswereld als actor van het project BGS (ongeacht of hiervoor al dan niet een platform wordt gecreëerd) genomen kunnen/moeten worden om de vaststellingen op het terrein stroomopwaarts te leiden en deel te nemen aan een inventarisatie van het aanbod en de behoeften (of desgevallend bestaande inventarisaties te valideren).

##### b. Noodzaak

Het lijkt riskant om gezondheidsplannen op te stellen zonder voeling met de realiteit op het terrein. Zelfs als ervan uitgegaan wordt dat BGS een universeel erkende operationele gezondheidsdoelstelling ontwikkelt, dan nog moet deze aangepast worden aan de lokale context, en de expertise van de verenigingswereld blijft hiervoor essentieel. De partners hebben bovendien in ruime mate laten verstaan dat een participatief "bottom-up"-proces een vrijwel absolute voorwaarde is voor een verbintenis van hun kant.

Naar aanleiding van een dergelijke deelname en van een eventuele **inventarisatie kunnen de goede praktijken van de verenigingen en van de administraties in kaart gebracht worden met het oog op de reproductie en uitbreiding ervan**. Het is inderdaad belangrijk om een inventaris te maken van positieve ervaringen op het vlak van gemeenschapsgezondheid en maatregelen in verband met gezondheidsdeterminanten om niet alles te hoeven overdoen. **En dergelijke praktijken bestaan. Ze worden soms zelfs geëvalueerd: er bestaan reeds inventarisaties en activiteitenverslagen.**

##### c. Contextuele factoren

**De vzw BGS had tot veel enthousiasme geleid bij de actoren op het terrein**. De nieuwe geïnterviewde actoren hebben ook vrij veel interesse getoond. Er lijkt dus een reëel potentieel te bestaan, **maar de middelen voor een transversaal overleg op lange termijn zouden kunnen ontbreken** of ontoereikend kunnen zijn. Bovendien vormt **de toegang tot de politieke agenda nog steeds een probleem**: de actoren werden reeds herhaaldelijk



geraadpleegd zonder dat uiteindelijk rekening gehouden werd met hun stem en zonder dat zij hebben kunnen deelnemen aan de beslissingen die eruit zijn voortgevloeid. Bij sommigen leidt dit tot frustraties. Tot slot heerst er concurrentie (in verband met subsidies, erkenning...) **binnen de verenigingswereld als gevolg van de versnippering van de sector**, wat een eenduidige medewerking door die verenigingswereld niet in de hand werkt.

#### 3.2.4.2. *Deelname van de inwoners*

##### a. Omschrijving

De inwoners kunnen geraadpleegd worden om de behoeften op het vlak van gezondheid en gemeenschapsgezondheid vast te stellen indien dergelijke raadpleging nog niet georganiseerd werd, en zelfs om naar hun mening te peilen over de implementatie van het gezondheidsbeleid.

##### b. Noodzaak

Sommige actoren uit de sociale en de gezondheidssector hebben aangevoerd dat de **begunstigden** van acties op het vlak van gemeenschapsgezondheid er niet van weerhouden mogen worden om **hun eigen behoeften te uiten**. Om deze raadplegingen te organiseren, moet rekening gehouden worden met de eigenheid van bepaalde groepen en met de lokale kenmerken die hen vorm geven.

Sommige actoren gaan zelfs nog verder en geven hen het woord bij **de ontwikkeling van de zorgverlening of van de gezondheidsprojecten** (praatgroepen in medische huizen; ondersteuning van de participatie van patiënten in ziekenhuizen enz.). Zo vragen sommigen zich af waar "de inspraak van de burgers als gemeenschap" zich zal bevinden in het schema voor de implementatie van het project BGS. Ze vrezen zelfs dat een eventueel toekomstig terreinplatform voornamelijk zou bestaan uit "technici" die een visie op gezondheid geven die los staat van de ervaringen en de reële behoeften van de burgers. Ze gaan zelfs zo ver dat ze willen dat de gemeenschap mag deelnemen aan de evaluatie van BGS.

##### c. Contextuele factoren

Er bestaan **zeer gemotiveerde groepen van inwoners** die bereid zijn om deel te nemen aan het bottom-upproces. Sommige respondenten merken echter op dat deze groepen soms nagenoeg "**professionele vertegenwoordigers van de burger zijn**", die echter sterk geïnstitutionaliseerd zijn en niet altijd representatief zijn voor de basis. Bovendien werd met het oog op de realisatie van sommige **studies over de gezondheid en indicatoren over de sociale situatie van de Brusselaars** reeds een bottom-upraadpleging gehouden. Verder moet rekening gehouden worden met het feit dat **bepaalde lacunes bekend zijn en, in beginsel, geen raadpleging van vergelijkbare omvang meer vragen** (onderwijs, opleiding, werkgelegenheid voor laaggeschoolden...). De te ontwikkelen strategieën op het vlak van gezondheidszorg en gezondheidspromotie dienen echter perfect afgestemd te worden op de lokale contexten, wat een heleboel lokale diagnoses nodig maakt over de manier waarop de behoeften specifiek tot uiting worden gebracht en over de manier waarop zij op specifieke locaties vastgesteld zouden kunnen worden.



### 3.2.5. Gezondheidsplan

#### 3.2.5.1. *Bestaande Brusselse plannen*

##### a. Omschrijving

In het kader van het project BGS zouden de bestaande plannen (GPDO; plan voor de bestrijding van armoede; werkgelegenheidspact; alliantie Werk-Leefmilieu ...) bestudeerd moeten worden in het licht van de mogelijke effecten ervan op de gezondheid.

##### b. Noodzaak

Aangezien er in het Brussels Gewest vele plannen bestaan waarvoor lange uren van overleg nodig geweest zijn, kan het zinvol zijn om het BGS-proces met al deze plannen te verrijken zonder het reeds verrichte denkwerk over te doen, en tevens om deze plannen te analyseren met betrekking tot mogelijke gezondheidseffecten.

##### c. Contextuele factoren

Verschillende van deze plannen zijn bekend bij het Observatorium: voor sommige van deze plannen heeft het observatorium meegewerkt aan de uitwerking ervan en voor andere heeft het hun effecten bestudeerd.

#### 3.2.5.2. *Gezondheidsplan*

##### a. Omschrijving

Er zou een gezondheidsbeleid voor Brussel opgesteld moeten worden en een actieplan uitgewerkt moeten worden (voorbeeld: gezondheidspreventieplan, zoals voorgesteld door de "Ordonnantie betreffende het preventieve gezondheidsbeleid" van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, gepubliceerd op 19 juli 2007) waarvan de doelstellingen aansluiten bij die van de "gezonde steden" (de "gezondheidsgelijkheid op alle beleidsgebieden" realiseren door de gezondheidsdeterminanten te verbeteren; de sociale ongelijkheden in gezondheid bestrijden; de governance van het gezondheidsbeleid verbeteren).

##### b. Noodzaak

**De "Ordonnantie betreffende het preventieve gezondheidsbeleid" voorziet in de uitwerking van een dergelijk plan, en wordt, tot nu toe, niet volledig benut.** Het wettelijk kader voor de uitwerking van een dergelijk plan bestaat dus al. De gesprekspartners hebben niet vermeld wat de uitvoering van deze ordonnantie belet heeft, maar **de huidige "Beleidsverklaring van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie" voorziet in de uitwerking van een gezondheidsplan.**

##### c. Contextuele factoren

Men kan zich laten inspireren door het wordingsproces van het Actieplan voor armoedebestrijding om na te denken over wat er nodig is om een gezondheidsplan uit te werken. Anderzijds zien we dat, aangezien verschillende gezondheidsdeterminanten rechtstreeks of onrechtstreeks behandeld werden bij de uitwerking van de





armoedebestrijdingsplannen, de **noodzaak om met een nieuw plan te "herbeginnen" in plaats van verder te werken aan hetgeen reeds bestaat, door de partners op uiteenlopende wijze onthaald wordt**. Ook al behandelt het actieplan voor armoedebestrijding uiteraard geen louter gezondheidsgerelateerd thema.

### 3.2.6. Territorialiteit

#### a. Omschrijving

Er zou naar de transversaliteit gestreefd moeten worden die nodig is voor een project "gezonde stad" door een brug te slaan tussen persoonsgebonden (communautaire) materies en territoriale realiteiten (Gewest, gemeenten, wijken). Om dat te bewerkstelligen zouden de belanghebbende instellingen en actoren van deze territorialiteit betrokken moeten worden bij het proces (voorbeelden: de OCMW's, de schepenen van gezondheid wanneer deze er zijn, de schepenen die verantwoordelijk zijn voor gezondheidsdeterminanten). Sommigen hebben bovendien de mogelijkheid geopperd om de grootte van de interventies (op het vlak van geestelijke gezondheidszorg) te verlagen van het zogenaamde "Birmingham"-criterium (300.000 inwoners) naar de grootte van een gemeente (+ - 100.000 inwoners), om tot een fijnere territoriale verankering te komen.

In dezelfde lijn hebben anderen radicalere eisen laten horen: "Om transversaal te werken zou het ideaal zijn dat alle betrokken bevoegdheden toekomen aan het Gewest, zonder dat de gemeenschappen nog betrokken zouden zijn (dit zou moeten gebeuren met bescherming van de minderheden). Anders blijft een gezonde stad een illusie. Deze actoren kiezen dan voor het "gewestelijke feit" tegenover het "communautaire feit", dit wil zeggen voor het feit dat de inwoners van het BHG veeleer met elkaar verbonden zijn door hun verankering op het grondgebied van het BHG dan door het feit dat zij tot een taalgemeenschap behoren.

#### b. Noodzaak

Voor sommigen lijkt het interessant en logisch om het "communautaire feit" achter zich te laten en het "gewestelijke feit" te begroeten, en, met het oog op de eerbiediging van de doelgroepen, de personen veeleer te beschouwen als verankerd in een omgevingsrealiteit, of dit nu op gewestelijk, lokaal of wijkniveau is (met inbegrip van de lokale "gemeenschapsrealiteiten"), dan als op gemeenschapsniveau vastgestelde "subnationaliteiten". Er moet echter nog steeds beoordeeld worden of het zinvol is om een planning uit te werken op een fijner niveau dan het gewestelijke niveau.

#### c. Contextuele factoren

**Er bestaan reeds assemblees en belanghebbende actoren met betrekking tot de territorialiteit van de behoeften van de groepen** (OCMW's; schepenen van gezondheid en van de gezondheidsdeterminanten; bepaalde wijkcomités; medische huizen en wijkgezondheidscentra; gemeenschapscentra; verenigingen voor gezondheidsbevordering zoals Forest Quartier Santé enz.), die wellicht naar behoren betrokken kunnen worden bij de "bottom-up/top down"-bewegingen voor de ontwikkeling van BGS en zo kunnen bijdragen aan deze territoriale verankering.



### 3.2.7. Evaluatie van het BGS-proces

#### a. Omschrijving

Via een systematische evaluatie zouden de gedane vaststellingen en de aan het licht gebrachte goede praktijken reproduceerbaar gemaakt moeten worden, maar ook zou, bij de uitwerking van een gezondheidsplan, de verwezenlijking van de operationele doelstellingen van dit plan geëvalueerd moeten worden.

#### b. Noodzaak

**Het technisch comité van de vzw BGS had herhaaldelijk vastgesteld dat de projecten op het terrein nood hadden aan een evaluatie en een gesystematiseerde reproduceerbaarheid.** In het kader van een streven naar een transversaliteit die de Brusselse institutionele versnippering overstijgt, kan het nodig zijn de goede praktijken te evalueren om ze te verspreiden. In het kader van de toepassing van **gezondheidsgelijkheid op alle beleidsgebieden kunnen ook voorafgaande evaluaties nodig zijn.**

#### c. Contextuele factoren

Een groeiend aantal **academische en politieke actoren is vragende partij voor een evaluatiecultuur.** In dit kader ontwikkelt **het Observatorium** trouwens momenteel een **"pool beleid en beleidsevaluatie"**.

De respondenten hebben verschillende opties genoemd: **bestaande evaluaties op het vlak van gezondheid gebruiken** (sommige actoren hebben reeds opgemerkt dat een aantal praktijken op het vlak van gezondheidspromotie reeds geëvalueerd werd en dat deze evaluaties die praktijken eventueel reproduceerbaar maken); **de gezondheids- en welzijnsindicatoren van het Observatorium gebruiken; vooraf GEB's uitvoeren, bijvoorbeeld in verband met elementen van het GPDO; achteraf GEB's uitvoeren in verband met concrete transversale acties** die binnen diverse sectoren in het BHG werden uitgevoerd...

Er moet echter rekening gehouden worden met het feit dat het **idee van de GEB's door de politieke actoren op uiteenlopende wijze onthaald wordt.**

## 4. Besluit

### 4.1. Punten van overeenstemming

Het project "Brussel Gezonde Stad" lijkt de opportuniteit te scheppen dat zowel beantwoord wordt aan de doelstellingen van het Europese netwerk van "Gezonde Steden" van de WGO als aan een aantal vroegere en huidige bezorgdheden van het Verenigd College (VC) van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (uitgedrukt in de 'Beleidsverklaring van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie') als aan een deel



van de opdrachten van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

#### 4.1.1. Algemeen gezondheidsbeleid

Dit is het geval met de **ontwikkeling van een algemeen gezondheidsbeleid**. Deze wens wordt geformuleerd in de beleidsverklaring van het VC. De nota van het Observatorium aan het Verenigd College van 09/2012 (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, 2012, op cit.) ging in dezelfde richting en stelde voor om "de coherentie van het Brusselse gezondheidsbeleid te verbeteren". We zien er ook een zekere convergentie in met de permanente krachtlijn van de gezonde steden van de WGO die gericht is op een "verbetering van de governance op het vlak van gezondheid" (Wereldgezondheidsorganisatie, 2014, op cit.).

##### *Concreet*

De ontwikkeling van een **Brussels gezondheidsplan**, een andere wens die in de verklaring van het VC geformuleerd wordt, gaat in dezelfde richting als deze ontwikkeling en dit streven naar coherentie. De "Ordonnantie betreffende het preventieve gezondheidsbeleid" van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (19 juli 2007) voorziet trouwens in de opstelling van een "preventief gezondheidsplan".

**Het proces van een Interkabinet dat een plan uitwerkt** onder de leiding van het Observatorium werd reeds getest via de interkabinettenwerkgroep Armoede en het plan dat eruit is ontstaan. Men zou op dit model kunnen voortbouwen door ervoor te zorgen dat de binnen de twee interkabinetten behandelde thema's van een gezonde stad, indien zij (opnieuw) worden uitgevoerd, goed verdeeld worden om "overlappingsen" te vermijden.

In de verklaring van het VC wordt trouwens een "**overlegplatform** naar het model van de IMC gezondheid" gewenst. Het lijkt dus zinvol om te werken vanuit een IMC Gezondheid en Welzijn waaruit twee werkgroepen (een interkabinet Gezondheid en een interkabinet Armoede) ontstaan, enerzijds voor de beleidsmakers (dit met name omdat een aantal politieke gesprekspartners klaagden over het ontbreken van een gemeenschappelijk platform in het BHG waar kennis genomen zou worden van wat de andere deelgebieden doen op het vlak van gezondheid) en anderzijds voor de actoren uit de gezondheids- en welzijnssector.

Dit vereist echter enige verduidelijking. Ten eerste zouden er **bruggen** moeten tot stand gebracht worden met het interkabinet Armoede, want hun thema's overlappen elkaar vaak (zo zijn veel armoedethema's gerelateerd aan gezondheidsdeterminanten! – Voorbeeld: huisvesting). Vervolgens moet het VC een beslissing nemen in de kwestie van de **politieke sturing van BVS** (aangezien de respondenten van de kabinetten hierover tamelijk uiteenlopende adviezen hebben gegeven). Er zou gekozen kunnen worden voor een sturing van BGS door de minister-president van de BHR, omwille van de transversaliteit van het project (weinig thema's van een gezonde stad behoren uitsluitend tot de bevoegdheid 'gezondheid' of tot de bevoegdheid 'armoede', en een minister -president is ideaal geplaatst om een algemeen beeld van de dossiers te hebben). De ministers van gezondheid en van welzijnszorg zouden respectievelijk, op hun beurt, de interkabinetten Gezondheid en Armoede sturen.



De interkabinettenwerkgroepen zullen de vorm moeten uitwerken die de voor de ministers **gewenste zichtbaarheid** zal aannemen. De verantwoordelijkheid voor de **transparantie van het project BGS zelf** zou bij het Observatorium liggen (in samenwerking met de interkabinetten; rapportage van de ontwikkelingen van het project; activiteitenverslag...).

Om de visie van de overheidsdiensten te kennen die dit soort projecten vereist, zouden **de administraties betrokken kunnen worden** bij de interkabinetten.

Tot slot zouden de actoren opdat zij niet gefrustreerd zouden raken door de soms zware en weinig efficiënte plenaire zittingen **uitgenodigd kunnen worden in de werkgroepen op basis van de agenda** en de behandelde thema's. De kern van de interkabinetten zou echter samengesteld zijn uit de kabinetten van welzijnszorg enerzijds en die van gezondheid anderzijds.

#### 4.1.2. Sociale ongelijkheden in gezondheid

In de beleidsverklaring van het Verenigd College wordt ook de wens geuit dat **sociale ongelijkheden in gezondheid bestreden zouden worden**. Dit sluit aan bij het streven van de WGO "om de gezondheid voor iedereen te verbeteren en de gezondheidsongelijkheden te verminderen" (één van de twee strategische doelstellingen van fase VI van het Europese netwerk van gezonde steden van de WGO). Ook het Observatorium wenste in zijn nota aan het VC "een beleid voor de bestrijding van sociale ongelijkheden in gezondheid te ontwikkelen" (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, 2012, op cit.

##### *Concreet*

De consensus is groot dat de sociale ongelijkheden in gezondheid moeten aangepakt worden. Er zou echter overeenstemming bereikt moeten worden over de manier waarop dit moet gebeuren. De **meningen blijven namelijk verdeeld over doelgerichte acties in functie van de sociale gradiënt van de bevolking, volgens het principe van het "progressieve universalisme"**.

Om de ongelijkheden in gezondheid te bestrijden kan het Observatorium echter een **instrument ontwikkelen "voor de beoordeling van het gezondheids- en welzijnseffect"**. Ook al lopen de meningen van de respondenten over deze GEB-studie uiteen van "veeleer positief" tot "veeleer negatief" (deze laatste vrezende behalve voor de kostprijs van de GEB's vooral voor een verlamme bureaucratie indien de GEB's gesystematiseerd zouden worden), toch is het uitvoeren van effectbeoordelingen, ook al zijn die *niet bindend*, een manier om een **sensibilisering op gang te brengen voor de impact van het beleid op de gezondheid en het welzijn**, een sensibilisering die op termijn kan leiden tot een systeem dat de gezondheids- en welzijnsaspecten veel beter integreert in alle beleidsdomeinen, en dit **op basis van evidence-based documentatie**.

#### 4.1.3. Gezondheidsdeterminanten

Bovendien lezen we in de beleidsverklaring van het Verenigd College dat het belangrijk is om maatregelen te nemen in verband met de **sociale gezondheidsdeterminanten**. "Het



behandelen van aspecten in verband met gelijkheid en sociale gezondheidsdeterminanten" is bovendien één van de permanente werkerreinen van het Europese netwerk van gezonde steden (Regionaal bureau voor Europa van de WGO, 2014 op. cit.). Tot slot stelde de nota van het Observatorium aan het Verenigd College over de ontwikkeling van het project BGS (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, 2012, op. cit.) voor dat het project BGS op termijn zou leiden tot "het nemen van maatregelen in verband met de determinanten van de gezondheid van de bevolking (huisvesting, mobiliteit, ruimtelijke ordening, enz.)"

#### *Concreet*

De respondenten in de haalbaarheidsstudie **leken zich in ruime mate te kunnen vinden in het feit dat er maatregelen genomen worden in verband met de gezondheidsdeterminanten**. In het kader van de integratie van "de gezondheid op alle beleidsdomeinen" door het nemen van maatregelen in verband met de "gezondheidsdeterminanten", moet echter aandacht geschonken worden aan een aantal belangrijke punten (uitwerkingen van de strategieën en plannen in een interkabinet Gezondheid; legitiem voorzitterschap; betrokkenheid van de administraties om een zekere versnippering van de gezondheidssector te overstijgen; uitnodiging van de deelnemers naargelang van de thema's op de agenda in plaats van in systematische plenaire vergaderingen; ontwikkeling door het Observatorium van een test voor de beoordeling van het gezondheids- en welzijnseffect. We kunnen hier nog de wens aan toevoegen dat dergelijke werkgroep **concreet te werk gaat bij de te behandelen agendapunten en dossiers**, om bij de partners het efficiëntiegevoel te verhogen.

#### 4.1.4. Terreinoverlegplatform

In de beleidsnota van het Verenigd College lezen we dat "het VC het overleg tussen de actoren van de thuishulp en de thuiszorg zal ondersteunen, maar ook tussen de gezondheidszorgverstrekkers, de ziekenhuizen en de eerstelijnsdiensten." Deze wens om het overleg tussen de actoren te ontwikkelen, sluit grotendeels aan bij **de intentie om, in het kader van BGS, een transversaal terreinplatform te gebruiken of te creëren**. De actoren hebben zelf uitgebreid gevraagd om betrokken te worden bij de ontwikkeling van een gezondheidsbeleid, opdat dit niet "los zou staan" van de realiteit op het terrein.

#### *Concreet*

Er moet rekening gehouden worden met een zeker wantrouwen van de actoren tegenover een kunstmatig ontwikkeld terreinplatform, wegens vroegere ervaringen die bij de deelnemers niet altijd tot de gewenste resultaten hebben geleid. Daarom kan het aangewezen zijn **om gebruik te maken van een bestaand platform**. Zo zou een beroep gedaan kunnen worden op de **Adviesraad voor gezondheids- en welzijnszorg van de GGC**, waarvan de commissies "gezondheid" en "welzijn" en hun verschillende afdelingen geraadpleegd kunnen worden om over bepaalde dossiers advies te krijgen, en waarvan de samenstelling ten dele de gevarieerdheid van de gezondheids- en welzijnssectoren in het BHG weerspiegelt. Verder bestaat er een **Brussels platform van de sector van de gezondheids promotie** dat optreedt als woordvoerder van de sector van de gezondheids promotie met betrekking tot de veranderingen die op til zijn in het kader van de zesde staatshervorming, en dat van plan is de



vorm aan te nemen van een federatie; en is er **het koppel cbps-logo dat regelmatig lokale diagnoses uitvoert** in verband met de gemeenschapsgezondheid in de Brusselse wijken. Het kan interessant zijn om de voorwaarden te kennen waaronder deze twee mechanismen acties zouden ondernemen in het kader van analyses en lokale diagnoses, om hen eventueel een deel van dit werk van "terreinplatform" toe te wijzen. Bovendien kunnen **instellingen die, wegens hun opdrachten of hun statuten, reeds een transversale visie, werking of werkwijze (multidisciplinair, tussen administraties, tussen sectoren, enz.) hebben**, individueel geraadpleegd worden in verband met specifieke dossiers (enkele voorbeelden: de coördinaties van mutualistische zorg; de Fédération des Maisons Médicales – FMM ; de Ligue des Usagers des Services de Santé - LUSS; het Réseau Multidisciplinaire Local Bruxelles – RML B; het Plateforme de Concertation en Santé mentale; de SMES-B – Santé Mentale et Exclusion Sociale Belgique; de STRADA; de wijkcontracten; de wijkgezondheidscentra; bepaalde wijkcomités ...).

Er dient terloops opgemerkt te worden dat voor **het uitvoeren van lokale diagnoses** een raadpleging van de inwoners nodig kan zijn, iets waarvoor een aantal respondenten in de haalbaarheidsstudie hun wens hebben uitgesproken.

Tot slot zou het Verenigd College kunnen nadenken over de mogelijkheid om **de sociale partners** te betrekken bij de ontwikkeling van een gezondheidsbeleid, zoals door een aantal gezondheids- en welzijnsactoren werd gesuggereerd.

## 4.2. Te onderzoeken punten

### 4.2.1. De opname in een algemene eerstelijnsstructuur stimuleren

Een relatief brede consensus (zowel in de literatuur als bij de partners) lijkt ervoor te pleiten **de inschrijving van de Brusselaars in een algemene eerstelijnsstructuur (medisch huis, huisarts)** te stimuleren om een snelle en goede behandeling mogelijk te maken, een spreiding van de zorgverlening aan te moedigen (zonder deze echter verplicht te maken) en zo te voorkomen dat in eerste instantie een beroep gedaan wordt op geneesheren-specialisten of op de spoeddienst.

#### *Concreet*

**Dit thema kan op de agenda geplaatst worden van het toekomstige interkabinet Gezondheid** als dit wordt opgericht en zich bezighoudt met de uitwerking van een Brussels gezondheidsplan. De betrokken kabinetten zullen een standpunt moeten innemen over de implicaties en over de raakvlakken tussen dit thema en andere debatten en met name het debat over het "buurtziekenhuis".

**Er kunnen verschillende operationele pistes** onderzocht worden om dergelijke actie te implementeren, waaronder voor sommigen de uitwerking, in iedere gemeente, van een **compendium van alle gezondheidsdiensten, dat systematisch aan alle nieuwkomers verstrekt zou worden** en dat ten behoeve van de nieuwkomers in verschillende talen vertaald



zou worden. Er **kan eveneens een lokale diagnose uitgevoerd worden bij de eerstelijnsstructuren** (medische huizen, wijkgezondheidscentra, huisartsen), **de relaisinstellingen**, namelijk de OCMW's en de schepenen van gezondheid, **en de inwoners**, om de behoeften die nodig zijn voor de verwezenlijking van die doelstelling, te objectiveren.

#### 4.2.2. Bestaande plannen

Aangezien er in het Brussels Gewest vele plannen bestaan waarvoor lange uren van overleg nodig geweest zijn, kan het zinvol zijn om het BGS-proces van al deze plannen te verrijken zonder het reeds verrichte denkwerk over te doen, en tevens om deze plannen te analyseren met betrekking tot mogelijke gezondheidseffecten.

Het interessantste plan om deze oefening uit te voeren is wellicht het GPDO. Het GPDO wordt namelijk geacht een transversale visie te geven op aspecten in verband met de meest uiteenlopende gebieden die de Brusselaars aanbelangen (werkgelegenheid, huisvesting, mobiliteit, ruimtelijke ordening, enz.). In dit verband wordt het geacht rekening te houden met de andere plannen voor de ontwikkeling van het BHG: New Deal (werkgelegenheid); Gewestelijk bestemmingsplan "demografische" (bestemming van de gronden in functie van de bevolkingsgroei); verschillende mobiliteitsplannen (IRIS II, Parkeerplan, Voetgangersplan...) Gewestelijk huisvestingsplan enz.

#### *Concreet*

**Binnen het GPDO zou een afdeling moeten komen waaraan** prioritair gewerkt wordt (bv. de ontwikkeling van de kanaalzone), vervolgens **zouden de betrokken bevoegdheden** en de politieke kabinetten die op dat gebied acties ondernemen, geïdentificeerd moeten worden. Tot slot **zou met hen een ontmoeting georganiseerd moeten worden om na te gaan in welke ontwikkelingsfase deze acties zich bevinden**, en in voorkomend geval op specifieke punten GEB's voor te stellen, zonder daarbij geen enkele vigerende determinant uit het oog te verliezen.

### 4.3. Voorstel voor werkmethode

Op basis van deze resultaten stelt het Observatorium voor om, tijdens het volgende jaar (2014-2015), de volgende werkmethode van het project BGS te testen. Dit zal besproken moeten worden zodra dit verslag ter beschikking gesteld wordt door het begeleidingscomité (samengesteld uit de vertegenwoordigers van de ministers en de staatssecretarissen van alle deelnemende Brusselse deelgebieden onder het voorzitterschap van de leden van het Verenigd College die bevoegd zijn voor gezondheid).

#### 4.3.1. Interkabinet voortvloeiend uit een IMC Gezondheid en Welzijn



In het kader van de IMC Gezondheid en Welzijn zou een interkabinet Gezondheid het "Brussels Gezondheidsplan" (BGP) opstellen dat deel uitmaakt van "Beleidsverklaring van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie".

De IMC en de twee interkabinetten (armoede en gezondheid) zouden te werk gaan volgens een algemene gezondheids- en welzijnsstrategie die het gezondheids- en welzijnsbeleid transversaliteit zou verschaffen, door het af te stemmen op een aantal doelstellingen van het Verenigd College, en in het bijzonder op de doelstellingen die aansluiten bij die van het netwerk van gezonde steden van de WGO (bestrijding van ongelijkheden in gezondheid; ontwikkeling van een algemeen en coherent gezondheidsbeleid door verbetering van de gezondheidsdeterminanten).

**Kenmerkend voor BGS zou dus zijn dat dit interkabinet, in samenwerking met de IMC, het interkabinet Armoede en het terreinplatform, in het kader van deze algemene gezondheids- en welzijnsstrategie, ondersteuning en begeleiding biedt bij de opstelling van het BGB.**

#### 4.3.2. Effectbeoordelingen vooraf (ex-ante)

In het kader van BGS **zouden vooraf gezondheidseffectbeoordelingen (GEB) uitgevoerd moeten worden.** Het zou gaan om GEB's die **in de eerste plaats uitgevoerd zouden kunnen worden in verband met operationele ontwikkelingen van het Gewestelijk Plan voor Duurzame Ontwikkeling (GPDO), die in overleg met de betrokken kabinetten door het Observatorium geïdentificeerd moeten worden.**

BGS zou zich op die manier ten dienste stellen van de beleidsmakers die verantwoordelijk zijn voor de ontwikkelingslijnen van het GPDO, om te helpen bij de besluitvorming wanneer de betrokken kabinetten daar nood aan hebben.

Het bij het Observatorium in zijn pool "beleid en beleidsevaluatie" ontwikkelde methodologische kader zal ten dienste gesteld worden van deze effectbeoordelingen. De effectbeoordelingen zullen op flexibele wijze aangepast moeten worden aan het kader van de beoordeelde acties en strategieën en alle betrokken actoren in aanmerking moeten nemen.

#### 4.3.3. Effectbeoordeling achteraf (ex-post)

In het kader van BGS **zouden eveneens achteraf gezondheidseffectbeoordelingen (GEB) uitgevoerd moeten worden.** Deze zouden **bijvoorbeeld betrekking hebben op bestaande acties inzake gezondheidspromotie op het terrein,** om te proberen deze voldoende te theoretiseren **om ze reproduceerbaar te maken** indien ze "goede praktijken" vormen. Bovendien zullen dergelijke evaluaties helpen bij het in kaart brengen van *inclusiemechanismen* die ten grondslag liggen aan deze goede praktijken, en, omgekeerd, van de institutionele *exclusiemechanismen* die de meest kansarme groepen bedreigen, en waartegen deze goede praktijken strijden.





Tijdens deze beoordelingen zal dus eveneens rekening gehouden moeten worden met de lokale en territoriale verankering van de praktijken.

#### 4.3.4. Deelname aan het netwerk van gezonde steden van de WGO

Als lid van het Europese netwerk van gezonde steden van de WGO kan het BHG profiteren van de ervaring/expertise van de andere gezonde steden, maar moet het ook aan een aantal verplichtingen voldoen. Zo moet het in de eerste plaats actief deelnemen aan **een jaarlijkse conferentie van het netwerk en** wordt bovendien van elke gezonde stad verwacht dat zij zich inschrijft bij en deelneemt aan **één van de subnetwerken zoals het subnetwerk van de Franstalige gezonde steden of het subnetwerk "Healthy Urban Environment"**.



## 5. Bibliografie

Bureau régional de l’OMS pour l’Europe. Phase VI (2014-2018) du Réseau Européen des villes-santé de l’OMS : objectifs et conditions. 2014.

International Association for impact Assessment (2006) Health Impact Assessment. International Best Practice Principles. Special Publication Series No.5.

Observatorium voor gezondheid en Welzijn Brussel-Hoofdstad. Nota aan het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. 18 October 2012.

Organisation Mondiale de la Santé. 03 mai 2013. « Déterminants sociaux de la santé : Principaux concepts relatifs aux déterminants sociaux de la santé ». In *Organisation Mondiale de la Santé*. En ligne.

<[http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/key\\_concepts/fr/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/fr/)>. Consulté le 04 septembre 2014.

UCL Institute of Health Equity. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region : final report. World Health Organization, Regional Office for Europe. 188 pp. 2013. Copenhaegen. p6.

World Health Organization, Regional Office for Europe, European Centre for Health Policy (1999) Health impact assessment: main concepts and suggested approach. Gothenburg consensus paper.

World Health Organization. 01 décembre 2013. « Health impact assesment : The determinants of health. » In *World Health Organization*. En ligne. <<http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>>. Consulté le 08 septembre 2014.



## 6. BIJLAGEN

### BIJLAGE Nr 1 : LIJST VAN DE ONDERVRAAGDE LEDEN VAN HET TECHNISCH COMITE VAN DE VZW “BRUSSEL GEZONDE STAD

| NOM              | PRENOM     | ORGANISATION  |
|------------------|------------|---|
| VEGERGAINSKY     | CATHERINE  | Centre Bruxellois de Promotion de la Santé (CBPS - autrefois CLPS, Centre Local de Promotion de la Santé)   |
| THIEBAUT         | PATRICIA   | Centre Bruxellois de Promotion de la Santé (CBPS - autrefois CLPS, Centre Local de Promotion de la Santé)   |
| DE BRUYCKER      | SVEN       | Ministère de la Région de Bruxelles-Capitale / Administration de l'Aménagement du Territoire et du Logement / Ministerie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest / Bestuur Ruimtelijke Ordening en Huisvesting (AATL/BROH) |
| RUAUX            | CHRISTOPHE | Question Santé, service communautaire de promotion de la santé en FWB   |
| MICHIELS         | LUK        | Société de Développement pour la Région de Bruxelles-Capitale (SDRB)/Gewestelijke Ontwikkelingsmaatschappij voor het Brussels Gewest (GOMB)   |
| DULAING          | HEIDI      | Lokaal Gezondheidsoverleg (LOGO)  |
| TRULLEMANS       | MARC       | ACTIRIS, cellule diversité/diversiteitscel (précédemment Pacte Territorial pour l'emploi en Région de Bruxelles-Capitale/ Territoriaal Pact voor de Werkgelegenheid in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest)                |
| VAN HAELEN       | DOMINIQUE  | Service d'accompagnement social aux Locataires sociaux (SASLS)/Dienst voor Maatschappelijke Begeleiding van Sociale Huurders(DMBSH)   |
| DECLERCK         | PRISCILLA  | Institut Bruxellois pour la Gestion de l'Environnement (IBGE) / Brussels Instituut voor Milieubeheer (BIM)  |
| BLADT            | SANDRINE   | Institut Bruxellois pour la Gestion de l'Environnement (IBGE) / Brussels Instituut voor Milieubeheer (BIM)  |
| LAHAYE           | THIERRY    | COCOF aide méthodologique aux projets   |
| MAY              | CLAUDE     | Institut d'encouragement de la Recherche Scientifique et de l'Innovation sociale / Instituut ter bevordering van het Wetenschappelijk Onderzoek en de Innovatie van Brussel (IRSIB/IWOIB)                                 |
| CORNESE          | ETIENNE    | Bruxelles Propreté / Net Brussels   |
| VAN CAUWENBERGHE | TREES      | Huis Voor Gezondheid (madame Van Cauwenberghe était précédemment dans le Comité Technique de BVS pour le Brusselse Welzijns- en gezondheidsRaad),   |
| PAHUD            | SOLVEIG    | Centre de Documentation et de Coordination Sociales (CDCS) / Centrum voor Maatschappelijke Documentatie en Coördinatie (CMDC)   |
| MASSON           | CLAIRE     | Société de Transports Intercommunaux de Bruxelles (STIB) / Maatschappij voor het Intercommunale vervoer te Brussel (MIVB)   |



BIJLAGE Nr 2 : GEBRUIKTE RICHTLIJNEN (+ VRAGEN) BIJ DE INTERVIEWS VAN DE LEDEN VAN HET VOORMALIG TECHNISCH COMITE VAN DE VZW “BRUSSEL GEZONDE STAD” OVER DE HAALBAARHEID VAN EEN “GEZONDE STAD” PROJECT VOOR HET BRUSSELS HOOFDSTEDELIJK GEWEST.

**Ontmoette organisatie:**

**Ontmoette persoon:**

- 1) Wat is uw gevoel geweest, als professional, over het project “Brussel, Gezond Stadsgewest”, zoals het zich tot hiertoe heeft afgespeeld?
- 2) (Indien van toepassing na antwoord op de 1<sup>ste</sup> vraag) Wat is uw gevoel, als professional, over de toekomst van een project als “Brussel, Gezond Stadsgewest”

De uitgedrukte gevoelens/vaststellingen werden eerst hieronder genoteerd:

**Gevoel/Vaststelling Nr1**

**Gevoel/ Vaststelling Nr2**

**Gevoel/Vaststelling Nr3**

**Gevoel/Vaststelling Nr4**

**Gevoel/Vaststelling Nr5**

**Gevoel/Vaststelling Nr6**



- 3) **Hoe zou U de haalbaarheid van het betrekken van het politiek niveau in een dergelijk project kwalificeren?** o Hoog o Gemiddeld o Vrij laag o Zeer laag

**Verklaring :**

- 4) **Hoe zou U de haalbaarheid van het betrekken van het terrein in een dergelijk project kwalificeren?** o Hoog o Gemiddeld o Vrij laag o Zeer laag

**Verklaring :**



- 5) Hoe ziet U de toekomstige rol van uw organisatie in een project als BGS?  
Haalbaarheid: o Hoog o Gemiddeld o Vrij laag o Zeer laag

Verklaring :

- 6) Hoe ziet U de toekomstige rol van de bewoners, of het verband met hen, in een project als BGS? o Hoog o Gemiddeld o Vrij laag o Zeer laag

Verklaring :



BIJLAGE Nr3 : LIJST VAN DE ONDERVRAAGDE BRUSSELSE GEZONDHEIDS-EN-  
WELZIJNSACTOREN

| NOM                 | PRENOM           | ORGANISATION  |
|---------------------|------------------|---|
| VANKELEGOM          | BRUNO            | FOREST QUARTIER SANTE   |
| PLATEFORME D'ACTION | SANTE_SOLIDARITE | Plate-forme d'Action Santé et Solidarité  |
| VERCRUYSSSE         | BERNARD          | Fédération des Associations des Médecins Généralistes de Bruxelles                          |
| MUSETTE             | VALENTINE        | RML-B (Réseau Multidisciplinaire Local - Bruxelles)   |
| BOUDIBA             | KHADIJA          | COCOM Service de la Santé   |
| BROEDERS            | FRANCIS          | Association Bruxelloise des Institutions de Soins Privées/Centre Hospitalier Jean Titeca    |
| AVALOSSE            | HERVE            | Service d'étude de l'Alliance nationale des <i>Mutualités</i> chrétiennes                   |
| LISOIR              | HERVE            | Fondation Roi Baudouin  |
| BOUTON              | EMMANUEL         | SMES_B Santé Mentale Exclusion Sociale à Bruxelles  |
| CAELS               | YOURI            | Plate-forme de Concertation <i>Santé Mentale</i> - RBC                                      |
| FERRANT             | LOUIS            | Wijkgezondheidscentrum Medikuregem  |
| DE SPIEGELAERE      | MYRIAM           | Ecole de Santé Publique ULB   |
| COX                 | PIA              | Welzijn en Volksgezondheid, Infectieziektebestrijding Vlaanderen.                           |
| GONCALVES           | MANU             | Ligue Bruxelloise de Santé Mentale - Responsable "coordination santé mentale et précarités" |
| DEBOOSERE           | PATRICK          | VUB; Economische en sociale wetenschappen   |



## BIJLAGE Nr4 : GEBRUIKTE RICHTLIJNEN (+ VRAGEN) BIJ DE INTERVIEWS VAN DE BRUSSELSE GEZONDHEIDS-EN-WELZIJSACTOREN

### Ontmoette organisatie:

### Ontmoette persoon:

### **Inleiding:**

Toetreding tot het netwerk van “Gezonde Steden” (“Healthy Cities”) van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) is de verbintenis van een stadsbestuur (of, in dit geval, van het bestuur van een stadsgewest) om het beleid te richten en af te stemmen volgens een geheel van “gezonde” principes ten voordele van de gezondheid van burgers en gemeenschappen. De vier belangrijkste pijlers hiervan zijn:

- de strijd tegen de sociale ongelijkheid op het vlak van gezondheid;
- een “Integraal gezondheidsbeleid”, ofwel de ontwikkeling van een visie op de gezondheid op de verschillende bevoegdheidsdomeinen van het Brussels Gewest;
- de participatie van de gemeenschap (de bewoners) bij het proces van gezondheidsbevordering;
- het aanpakken van de sociaaleconomische gezondheidsdeterminanten eerder dan de symptomen van een slechte gezondheid, net om te verhinderen dat deze laatste zich voordoen.

Het zou gaan, ter gelegenheid van de integratie van BGS in de GGC, om de coherentie van het Brusselse gezondheidsbeleid te verbeteren:

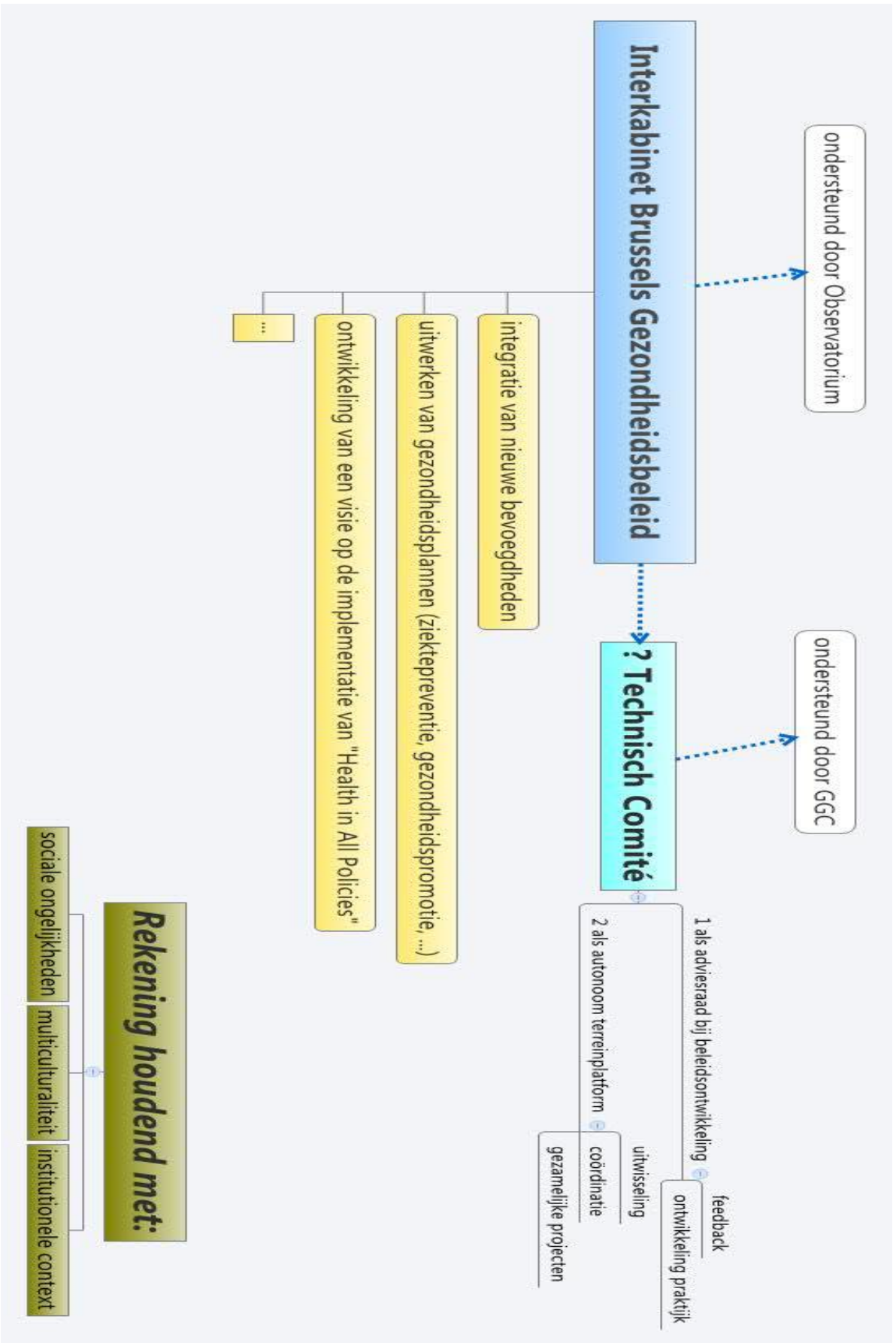
- ontwikkeling van een visie op volksgezondheid voor het Brussels gewest;
- efficiëntere afstemming tussen de verschillende hefboomen die de gezondheid kunnen verbeteren en die het Brussels bestuur in handen heeft;
- gezondheids promotie en promotie van de gezondheid van de gemeenschap en haar burgers;
- preventie (vaccins; screening...);
- efficiënte afstemming tussen de eerstelijnszorg en de hulpverleningsdiensten;
- enz.





**Vragen :**

- 1) **Met die elementen, hoe zou U het project “BGS” in de context van het Brussels Gewest zien (toepasselijkheid, opportuniteiten, obstakels, enz.)?**
- 2) **Hoe zou U persoonlijk dat project uitvoeren, moest U ervoor verantwoordelijk zijn?**
- 3) **Zou U nog elementen aan uw antwoorden willen toevoegen aan de hand van het volgende schema?**





BIJLAGE Nr 5 : LIJST VAN DE LEDEN VAN DE KABINETTEN BETROKKEN BIJ BGS

| NOM              | PRENOM    | CABINET          | COMPETENCE   |
|------------------|-----------|------------------|--|
| MOTTEUX          | MARTINE   | GROUWELS         | AIDE AUX PERSONNES   |
| SAVELKOUL        | ETHEL     | VANHENGEL        | SANTE  |
| VAN DER VEKEN    | MARK      | DE LILLE         | SPORT (personne de contact pour le plan de lutte contre la pauvreté) |
| PERILLEUX        | BENOIT    | VERVOORT         | DEVELOPPEMENT TERRITORIAL (Plan Régional de Développement            |
| HENRY DE GENERET | PHILIPPE  | FREMAULT         | gezondheid (conseiller cocom) FR                                     |
| BROUSSAN         | FANNY     | FREMAULT         | EMPLOI (personne de contact pour le plan de lutte contre la          |
| ZIMMER           | POL       | DOULKERIDIS      | LOGEMENT   |
| BERLAIMONT       | SOPHIE    | MADRANE          | PROPRETE PUBLIQUE, INFRASTRUCTURES SPORTIVES (personne de            |
| GOOSSENS         | MARTINE   | VG<br>VANDEURZEN | WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN                                    |
| DAENENS          | SABINE    | VGC              | GEZONDHEID   |
| MAUN             | DOMINIQUE | COCOF            | SANTE  |



## BIJLAGE NR6 : GEBRUIKTE RICHTLIJNEN (+ VRAGEN) BIJ DE INTERVIEWS VAN DE LEDEN VAN DE KABINETTEN BEVOEGD MET GEZONDHEID

### Ontmoette organisatie:

### Ontmoette persoon:

## Inleiding

- Toetreding tot het netwerk van “Gezonde Steden” (“Healthy Cities”) van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) is de verbintenis van een stadsbestuur (of, in dit geval, van het bestuur van een stadsgewest) om het beleid te richten en af te stemmen volgens een geheel van “gezonde” principes ten voordele van de gezondheid van burgers en gemeenschappen. De vier belangrijkste pijlers hiervan zijn:
  - ❖ de strijd tegen de sociale ongelijkheid op het vlak van gezondheid;
  - ❖ een “Integraal gezondheidsbeleid”, ofwel de ontwikkeling van een visie op de gezondheid op de verschillende bevoegdheidsdomeinen van het Brussels Gewest;
  - ❖ de participatie van de gemeenschap (de bewoners) bij het proces van gezondheidsbevordering;
  - ❖ het aanpakken van de sociaaleconomische gezondheidsdeterminanten eerder dan de symptomen van een slechte gezondheid, net om te verhinderen dat deze laatste zich voordoen.
  
- Het zou gaan, ter gelegenheid van de integratie van BGS in de GGC, om de coherentie van het Brusselse gezondheidsbeleid te verbeteren:
  - ❖ ontwikkeling van een visie op volksgezondheid voor het Brussels gewest;
  - ❖ efficiëntere afstemming tussen de verschillende hefboomen die de gezondheid kunnen verbeteren en die het Brussels bestuur in handen heeft;
  - ❖ gezondheidspromotie en promotie van de gezondheid van de gemeenschap en haar burgers;
  - ❖ preventie (vaccins; screening...);
  - ❖ efficiënte afstemming tussen de eerstelijnszorg en de hulpverleningsdiensten;
  - ❖ enz.

## Vragen :



Q1 Hoe is de ordonnantie omtrent het gezondheidspreventiebeleid van 19 juli 2007 tot stand gekomen. (parlementaire initiatieven, doelstellingen, betrokken actoren)?

- De ordonnantie voorzag de uitwerking van een meerjarig preventieplan voor het BHG. Hoe komt het dat zo een plan nog niet is tot stand gekomen? Wat zijn de hindernissen en opportuniteiten/hefbomen die hierbij in rekening moeten worden gebracht?
- Een eerste poging tot (deel-)plan deed zich voor naar aanleiding van de borstkankerscreening, waarbij Brumammo, het Observatorium, het LOGO en het CLPS betrokken waren. Dit heeft evenwel niet tot iets geleid. Hoe kan dit worden verklaard?

Q2 De ordonnantie van 2007 voorziet in het preventieplan niet alleen screenings of monitoring van overdraagbare ziekten, maar eveneens gezondheidsbevorderende acties, die zich kunnen vertalen in acties omtrent de gezondheidsdeterminanten (werk, opleiding, huisvesting, leefomgeving, ...). Hiermee kan de algemene doelstelling van de WHO: "gezondheid in alle bevoegdheidsdomeinen" (health in all policies) (zie voorbeeld Quebec). Hoe ziet u de rol van de voor gezondheid bevoegde ministers hierin? Nemen deze het initiatief? Coördineren deze? Evalueren deze?... Hoe zou dit kunnen verlopen?



BIJLAGE NR7 : GEBRUIKTE RICHTLIJNEN (+ VRAGEN) BIJ DE INTERVIEWS VAN DE LEDEN VAN DE KABINETTEN BEVOEGD VOOR WELZIJN OF IN VERBAND MET DE GEZONDHEIDSDETERMINANTEN.

**Ontmoette organisatie:**

**Ontmoette persoon:**

**Inleiding:**

- Toetreding tot het netwerk van “Gezonde Steden” (“Healthy Cities”) van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) is de verbintenis van een stadsbestuur (of, in dit geval, van het bestuur van een stadsgewest) om het beleid te richten en af te stemmen volgens een geheel van “gezonde” principes ten voordele van de gezondheid van burgers en gemeenschappen. De vier belangrijkste pijlers hiervan zijn:
  - ❖ de strijd tegen de sociale ongelijkheid op het vlak van gezondheid;
  - ❖ een “Integraal gezondheidsbeleid”, ofwel de ontwikkeling van een visie op de gezondheid op de verschillende bevoegdheidsdomeinen van het Brussels Gewest;
  - ❖ de participatie van de gemeenschap (de bewoners) bij het proces van gezondheidsbevordering;
  - ❖ het aanpakken van de sociaaleconomische gezondheidsdeterminanten eerder dan de symptomen van een slechte gezondheid, net om te verhinderen dat deze laatste zich voordoen.
  
- Het zou gaan, ter gelegenheid van de integratie van BGS in de GGC, om de coherentie van het Brusselse gezondheidsbeleid te verbeteren:
  - ❖ ontwikkeling van een visie op volksgezondheid voor het Brussels gewest;
  - ❖ efficiëntere afstemming tussen de verschillende hefboomen die de gezondheid kunnen verbeteren en die het Brussels bestuur in handen heeft;
  - ❖ gezondheidspromotie en promotie van de gezondheid van de gemeenschap en haar burgers;
  - ❖ preventie (vaccins; screening...);
  - ❖ efficiënte afstemming tussen de eerstelijnszorg en de hulpverleningsdiensten;
  - ❖ enz.

**Vragen :**



Q1 Ziet u een direct of indirect verband tussen uw bevoegdheden en gezondheid? Ziet u uw bevoegdheid als een gezondheidsdeterminant?

Q2 Onderneemt uw kabinet momenteel acties die van invloed zijn op gezondheid in de zin van determinant?

Q3 Wat hebt u nodig of wat zou u nodig gehad hebben om in die zin te handelen?



**BIJLAGE Nr8 : GEBRUIKTE RICHTLIJNEN (+ VRAGEN) BIJ DE INTERVIEWS VAN DE LEDEN VAN DE KABINETTEN BEVOEGD VOOR GEZONDHEID BIJ DE COCOF, DE VGC EN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP.**

**Ontmoette organisatie:**

**Ontmoette persoon:**

**Inleiding**

- Toetreding tot het netwerk van “Gezonde Steden” (“Healthy Cities”) van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) is de verbintenis van een stadsbestuur (of, in dit geval, van het bestuur van een stadsgewest) om het beleid te richten en af te stemmen volgens een geheel van “gezonde” principes ten voordele van de gezondheid van burgers en gemeenschappen. De vier belangrijkste pijlers hiervan zijn:
  - ❖ de strijd tegen de sociale ongelijkheid op het vlak van gezondheid;
  - ❖ een “Integraal gezondheidsbeleid”, ofwel de ontwikkeling van een visie op de gezondheid op de verschillende bevoegdheidsdomeinen van het Brussels Gewest;
  - ❖ de participatie van de gemeenschap (de bewoners) bij het proces van gezondheidsbevordering;
  - ❖ het aanpakken van de sociaaleconomische gezondheidsdeterminanten eerder dan de symptomen van een slechte gezondheid, net om te verhinderen dat deze laatste zich voordoen.
  
- Het zou gaan, ter gelegenheid van de integratie van BGS in de GGC, om de coherentie van het Brusselse gezondheidsbeleid te verbeteren:
  - ❖ ontwikkeling van een visie op volksgezondheid voor het Brussels gewest;
  - ❖ efficiëntere afstemming tussen de verschillende hefboomen die de gezondheid kunnen verbeteren en die het Brussels bestuur in handen heeft;
  - ❖ gezondheidspromotie en promotie van de gezondheid van de gemeenschap en haar burgers;
  - ❖ preventie (vaccins; screening...);
  - ❖ efficiënte afstemming tussen de eerstelijnszorg en de hulpverleningsdiensten;
  - ❖ enz.

**Vragen :**





Q1 Uw kabinet heeft bevoegdheden in gezondheid. Welke koppelingen ziet u met het BGS project van de GGC? Heeft u reeds acties die in de richting gaan van wat BGS voorstelt? Welke obstakels en welke hefboomen ziet u? Is er een gebrek aan een bestuurlijke structuur of een hulpmiddel hiervoor? , Hoe heeft het gefunctioneerd toen de IMC sociaal-gezondheid, de GGC, de Cocof, de VGC en het Gewest aanwezig waren? Was dit een goede manier? Welke waren de mogelijkheden, de belemmeringen?

Q2 Kent u de ordonnantie van de GGC van 2007 betreffende preventie en gezondheid goed? Op welke manier kunnen uw bevoegdheden hierbij aansluiten? Welke hindernissen en mogelijkheden komen hierin tussen?

Q3 Onafhankelijk van de staatshervorming heeft de GGC een rol van overleg en coördinatie; hoe ziet u dit vanuit uw bevoegdheden?