

De 4 assen van het plan

AS 1: De levenskwaliteit en gezondheid verbeteren en de sociale en gezondheidsongelijkheden verminderen

Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest wordt gekenmerkt door grote sociale en gezondheidsongelijkheden, die ruimtelijk geconcentreerd zijn en elkaar in de meeste gevallen wederzijds versterken.

Twee vaststellingen²⁶ springen in het oog:

- De benaderingen inzake gezondheidsbevordering hebben uitgebreid gedocumenteerd dat de gezondheidstoestand niet alleen van biologische factoren afhangt. Die toestand houdt verband met een reeks omstandigheden die veel talrijker zijn dan louter medische en biologische kwesties. Sociale determinanten zoals de toegang tot werkgelegenheid, de kwaliteit van de huisvesting, het onderwijsniveau, de voeding, de leefomgeving en het milieu hebben een directe of indirecte invloed op de gezondheid van de bevolking. Door iets te doen aan die determinanten helpen we de gelijkheid op gezondheidsgebied vooruit.²⁷
- De sociale gezondheidsgradiënt toont de sterke correlatie aan tussen situaties van armoede en de gezondheidstoestand. Hoe zwakker de socio-economische positie, hoe slechter de gezondheid van een individu.²⁸

Op grond hiervan moet een daadkrachtig beleid ter vermindering van de sociale en gezondheidsongelijkheden worden uitgerold op alle beleidsdomeinen en -niveaus, zelfs op die welke ogenschijnlijk ver van deze problematiek af staan. Dat kan alleen worden bereikt door een gecoördineerde en geïnformeerde aanpak tussen de verschillende bevoegdheden.

1. Invloed uitoefenen op de gezondheidsdeterminanten

a. Rekening houden met de welzijns- en gezondheidskwesties in alle beleidsdomeinen - Het GWGP afstemmen op het gewestelijke beleid

Het GWGP is een belangrijke mijlpaal in de uitwerking van een geïntegreerde aanpak van welzijns- en gezondheidsvraagstukken. Het maakt het mogelijk om op samenhangende en uniforme wijze richting te geven aan het overheidsbeleid inzake sociale hulp en zorg, gezondheidsbevordering en armoedebestrijding.

²⁶ <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107337/E75335.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
<https://www.who.int/evidence/forum/EVIPNetSDHweekinterviewFR.pdf>

²⁷ The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design by Urie Brofenbrenner 1979

²⁸ Missinne, S. & Avalosse, H. (2019). Dossier 2019/2 — Iedereen even gezond in Brussel? Recente cijfers en kaarten over sociale ongelijkheden in gezondheid. Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

Ingrijpende veranderingen kunnen echter alleen in gang worden gezet door alle hefboomen transversaal aan te pakken. Het optreden met betrekking tot de sociale determinanten moet ook worden vastgesteld en ontwikkeld in alle beleidslijnen die van invloed kunnen zijn op het welzijn, de gezondheid²⁹ en de armoede³⁰. Er moeten dus samenwerkingsverbanden worden opgezet over de politieke grenzen heen, zowel op het niveau van de besturen als van de kabinetten, om de aandacht voor gezondheid en armoede in de Brusselse beleidslijnen te verankeren.

Dat houdt met name in dat de openbare actoren bewust moeten worden gemaakt van de gevolgen van het gevoerde beleid voor de welzijns- en gezondheidssituatie van de Brusselaars, dat vaker een beroep moet worden gedaan op de capaciteiten van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn op het vlak van impactevaluatie, en dat het GWGP moet worden afgestemd op de andere gewestelijke beleidslijnen die een invloed uitoefenen op de welzijns- en gezondheidssituatie van de Brusselaars.

Die afstemming zal met name plaatsvinden in het kader van het toekomstige rapport inzake armoede en sociale en gezondheidsongelijkheden, waarin het welbekende Armoederapport (zie het voorwoord van dit plan) zal worden overgenomen en aangepast. Meer gedetailleerde informatie over dat rapport is te vinden in as 4 van dit plan.

De invloed van de woon- en werkomstandigheden, het milieu (lucht- en bodemverontreiniging, lawaai, hormoonverstorende stoffen), de verschillende leefomgevingen, met name die van de meest kwetsbare specifieke doelgroepen (achtergestelde jongeren, NEET's, ouderen, eenoudergezinnen, vrouwen die het slachtoffer zijn van geweld, gedetineerden en ex-gedetineerden, daklozen, migranten, enz.), is bepalend voor de gezondheid en het welzijn van individuen.

Binnen dit referentiekader wordt bijzondere aandacht besteed aan het verband tussen milieu en gezondheid, de toegang tot gezonde en duurzame voeding en een transversale maatregel, namelijk de uitvoering van een geïntegreerd beleid van preventieve gezondheidszorg.

Bovendien is het Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan volledig in overeenstemming met de vijf doelstellingen van het Ottawa-handvest, dat in het plan voor gezondheidsbevordering als structurering van zijn operationele maatregelen is opgenomen.

29 Wereldgezondheidsorganisatie. *Ce qu'il faut savoir au sujet de la santé dans toutes les politiques*. <https://www.who.int/social-determinants/publications/health-policies-manual/key-messages-fr.pdf>

30 Feytaerts, G. (2018). «Social Impact Assessment»: un outil d'aide à la décision pour la lutte contre la pauvreté et les inégalités sociales de santé. *Etude des conditions nécessaires à la fonction d'apprentissage conceptuel de l'outil dans le contexte bruxellois*. ULB - VUB.

1. Bevordering van gezondheid en gezondheidsbevorderingsstrategieën in alle beleidsdomeinen³¹

Het doel is om gezondheid op de agenda van de beleidsmakers in de verschillende sectoren te plaatsen door hen te informeren over de gevolgen die hun beslissingen kunnen hebben voor de gezondheid. Hoewel het volksgezondheidsbeleid wordt uitgevoerd om de gezondheid te verbeteren, is het duidelijk dat vele domeinen van het overheidsoptreden de gezondheid beïnvloeden. Denk aan onderwijs, huisvesting, mobiliteit, ruimtelijke ordening, stedenbouwkundig beleid, reclame, milieu, enz. Om de gezondheidsdeterminanten aan te pakken moeten de beleidsmakers dus een gedeelde verantwoordelijkheid voor de gezondheid dragen en moeten alle regeringen actie ondernemen.

2. Versterking van de participatie van het publiek en van de gemeenschapsactie

Het doel is om de participatie van de gemeenschap aan de vaststelling van prioriteiten, de besluitvorming en de ontwikkeling van planningsstrategieën op doeltreffende en concrete wijze te organiseren om een beter gezondheidsniveau te bereiken, en om projecten te ontwikkelen op basis van een analyse van de vraag en een gemeenschapsdiagnose.

Burgerparticipatie staat centraal in de strategieën van gemeenschapsactie. Er bestaan verschillende definities van gemeenschapsactie, die hun eigen specifieke kenmerken hebben, maar meestal is er sprake van een gedeeld grondgebied, sociale interacties, gemeenschappelijke banden (gevoel van verbondenheid, solidariteit). De gemeenschapsacties rond gezondheid hebben betrekking op initiatieven van individuen, organisaties en gemeenschappen (territoriaal of met een gedeelde identiteit) die gericht zijn op een of meer collectieve en solidaire oplossingen voor een probleem of een gemeenschappelijke behoefte, en die bijdragen tot het beïnvloeden van gezondheidsdeterminanten, het verbeteren van de gezondheid en het verminderen van sociale en gezondheidsongelijkheden.

3. Bevordering en ondersteuning van acties die gericht zijn op gezonde leef- en woonomgevingen

Het doel is om het belang van het milieu voor de gezondheid te benadrukken en een socio-ecologische benadering van gezondheid voor te stellen. Leef- en woonomgevingen worden namelijk gedefinieerd als de plaatsen waar mensen wonen, werken en zich ontspannen.

³¹ Verklaring van Adelaide over de integratie van gezondheid in alle beleidsdomeinen. WHO, regering van Zuid-Australië, Adelaide, 2010. *De Verklaring van Adelaide over de integratie van gezondheid in alle beleidsdomeinen is bedoeld om alle leiders en besluitvormers op alle overheidsniveaus — lokaal, regionaal, nationaal en internationaal — te betrekken. In de verklaring wordt benadrukt dat overheidsdoelstellingen het makkelijkst worden verwezenlijkt wanneer alle sectoren gezondheid en welzijn als kernelementen van de beleidsvorming beschouwen. De determinanten van gezondheid en welzijn liggen namelijk buiten de gezondheidssector en zijn van sociale en economische aard.* (vrije vertaling)

Een gezonde omgeving is een omgeving die de gezondheidstoestand van individuen en gemeenschappen positief beïnvloedt door gezonde keuzes mogelijk te maken. Omgevingen worden meestal in het meervoud genoemd omdat verschillende soorten omgevingen van invloed zijn op de gezondheid van de bevolking: de fysieke omgeving (natuurlijke en bouwkundige elementen), de politieke omgeving (overheidsbeleid en wetgeving), de economische omgeving (prijzen van goederen en diensten) en de socioculturele omgeving (normen en conventies).

Bij deze as wordt gekeken naar de invloed van die leefomgevingen op de gezondheid en op de keuzes die individuen en gemeenschappen maken met betrekking tot hun gezondheid en hun levenskwaliteit. Die manier van werken op gezondheidsgebied maakt het ook mogelijk in te grijpen in verband met sociale en gezondheidsongelijkheden. Deze ondersteuningsstrategie van acties ter bevordering van gezonde leef- en woonomgevingen is gebaseerd op de mobilisatie van lokale contactpersonen en besluitvormingsorganen en op gemeenschapsversterking.

4. Bevordering en stimulering van gezonde vaardigheden

Het doel is om de individuele en sociale ontwikkeling te ondersteunen door het verstrekken van informatie, het verzekeren van gezondheidseducatie en het vervolmaken van vaardigheden die noodzakelijk zijn voor het leven. Zoals voor as 3 wordt beoogd de complementariteit van de acties aan te moedigen en voorrang te geven aan projecten rond gezondheidsbevordering die gericht zijn op het beïnvloeden van gedrag en leefgewoonten op een manier die complementair is met de acties op het gebied van leef- en woonomgevingen, door niet-prescriptieve houdingen aan te nemen. Ook hier is er behoefte aan een versterking van de sociale verantwoordelijkheid, het werk van voorstellingen, de ontwikkeling van kritisch denken, keuzevrijheid en handelingsbekwaamheid.

5. Heroriëntatie van de diensten

Het doel is om bij te dragen aan een gelijkere verdeling van de gezondheidsmiddelen tussen gezondheidszorg en preventie en om sociale en gezondheidsongelijkheden te bestrijden. De taken van de gezondheidsdiensten moeten worden uitgebreid tot de vier bovengenoemde strategieën, naast de conventionele medische zorg. Met het idee van een heroriëntatie van de diensten beoogde het Ottawa-handvest betere resultaten op het gebied van gezondheidsbevordering te bereiken. Dat is de verantwoordelijkheid van alle gezondheidsprofessionals, gezondheidsinstellingen en overheden, maar moet ook worden ondersteund door individuen en gemeenschappen. Daartoe moeten gezondheidsbevordering en preventie aan het gezondheidszorgsysteem worden toegevoegd. Het doel is dat het gezondheidszorgsysteem, naast het aanbieden van klinische en curatieve diensten, zich steeds meer kan reorganiseren in de richting van gezondheidsbevordering, in een breder kader, rekening houdend met de culturele en sociale behoeften van individuen en groepen.

Het gaat er dus om dat de gezondheidsdiensten zich kunnen richten op alle behoeften van het individu door rekening te houden met de hele context waarin hij of zij is ingebed. Die heroriëntatie moet een verandering teweegbrengen in de organisatie en de voorstellingen van de professionals in de gezondheidsdiensten, zodat de behoeften van het individu globaal kunnen worden beschouwd, rekening houdend met alle contextuele elementen die hem of haar omringen: op sociaal, economisch, milieu- en educatief niveau. Zoals de gezondheidscrisis heeft aangetoond, hebben de traditionele biomedische benaderingen hun grenzen en worden de uitdagingen van rechtvaardigheid en continuïteit van de toegang tot zorg en diensten steeds dringender. Gezondheidsbevordering mag niet achterblijven in de marge van het gezondheidszorgsysteem waartoe ze behoort, noch mag ze worden gedegradeerd tot een cosmetische functie. Gezondheidsbevordering kan de gezondheidssector helpen in te spelen op de behoeften van de bevolking om gehoord, geïnformeerd en gepositioneerd te worden als partners in de besluitvorming met de zorgteams en de overheidsinstanties.



b. Welzijn en gezondheid verbeteren door een betere omgeving

De invloed van het milieu op de gezondheid is vandaag onbetwistbaar. De Europese Commissie schat dat 20% van de ziektes waarmee de bevolking van de geïndustrialiseerde landen te kampen krijgt, aan milieufactoren kan worden toegeschreven. Uit recente studies³² blijkt dat ongeveer 11% van het sterftcijfer in het Brussels Gewest kan worden toegeschreven aan luchtvervuiling, terwijl lawaai als gevolg van het wegvervoer problemen veroorzaakt bij meer dan 20% van de bevolking.

Op het niveau van het Gewest bestaan er grote ongelijkheden wat betreft de blootstelling aan en de gevoeligheid voor milieuhinder³³, maar ook wat betreft de gedifferentieerde gevolgen van het milieubeleid voor de sociale groepen of het vermogen van de overheid om op te treden en in te grijpen.

Het overheidsbeleid, dat wordt uitgedacht in het licht van die ongelijkheden, moet een meer systemische aanpak tussen milieu, welzijn en gezondheid bevorderen en geterritorialiseerde acties — idealiter op het niveau van de wijken — en acties volgens een aanpak per doelgroep omvatten.

De belangrijkste inspanning moet vandaag enerzijds gericht zijn op de totstandbrenging van een coherent en gedeeld analytisch kader waarmee de verbanden tussen milieu en gezondheid beter kunnen worden geïdentificeerd, en anderzijds op de ontwikkeling van indicatoren en gegevensverzameling waarmee de verschillende aspecten van de ongelijkheden op milieugebied kunnen worden gemeten³⁴.

Het doel is de synergieën te versterken en de samenwerkingsverbanden tussen de besturen en de actoren op het gebied van milieu en gezondheid formeel vast te leggen, om gecoördineerde strategieën op te stellen en gezamenlijke projecten te ontwikkelen die een gezond milieu bevorderen.

Bovendien moeten de boodschappen inzake volksgezondheid die gericht zijn op de preventie en vermindering van milieugerelateerde gezondheidsrisico's, worden versterkt. Die boodschappen moeten veranderingen in gedragingen en praktijken aanmoedigen, ook bij professionals, en tegelijk zorgen voor een discours waarin de collectieve verantwoordelijkheid opnieuw wordt bevestigd.

Dat moet de Brusselaars ook in staat stellen een beter inzicht te krijgen in de gevolgen van milieuhinder voor hun gezondheid en in de oplossingen om de risico's te verminderen, wat kan bijdragen tot een beter algemeen begrip van het beleid dat op het niveau van het Gewest wordt gevoerd, zowel op het gebied van milieu en klimaat als op het gebied van preventie, gezondheidsbevordering en gezondheid.

32 Andrieux J., Bouland C. en Eggen M. (2021), *Etat des connaissances sur les liens entre environnement et santé en Région de Bruxelles-Capitale*.

33 Casa L., Gadeyne S., Noel Ch., Rodriguez Loureiro L., Vanroelen Ch., (2020). L'injustice dans le domaine de la pollution de l'air extérieur, *ID-Policy Brief*, 2020/01.

34 Centre d'Ecologie Urbaine en ULB (2021), *Les inégalités environnementales bruxelloises: revue critique et leviers politiques*. Brussel: Centrum voor Stadsecologie.

c. *De toegang tot gezonde, kwaliteitsvolle en duurzame voeding voor iedereen verbeteren*

Onze eetgewoonten en consumptiepatronen hebben gevolgen voor onze gezondheid (obesitas, diabetes, hart- en vaatziekten, enz.) en brengen niet te verwaarlozen milieukosten met zich mee. Zo is de gewestelijke Good Food-strategie voortgekomen uit de vaststelling dat de emissies die verband houden met de voedingsystemen, goed zijn voor gemiddeld 30% van de totale wereldwijde uitstoot van broeikasgassen. De impact op de klimaatverandering en de uitputting van de biodiversiteit wereldwijd is reëel en is objectief vastgelegd in de verslagen van het IPCC³⁵ en het verdrag inzake biodiversiteit (CBD)³⁶. De ontwikkeling van gezonde, kwaliteitsvolle en seizoensgebonden voeding die de bodem en levende organismen respecteert en toegankelijk is, beantwoordt dus zowel aan de behoeften op het gebied van volksgezondheid en levenskwaliteit als aan de behoeften op het gebied van milieu- en sociale verbeteringen.³⁷

De toegang tot gezonde, duurzame en kwaliteitsvolle voeding is echter lang niet voor alle Brusselaars gewaarborgd.

Terwijl culturele en financiële belemmeringen en belemmeringen op het vlak van informatie en scholing veel burgers ervan weerhouden om te kiezen voor dit soort voeding, ondervinden velen van hen grote moeilijkheden om gewoon maar aan voeding te raken en doen een beroep op de hulp van voedselbanken. Die oplossing, die sociale schaamte en leed veroorzaakt, is, zoals het Steunpunt tot bestrijding van armoede ons in herinnering brengt, in werkelijkheid dubbel “niet duurzaam³⁸”: ze vormt geen aanvaardbaar antwoord op lange termijn en levert bijna geen duurzame voedingsmiddelen op. Het garanderen van een echt recht op voeding blijft de eerste te bereiken doelstelling.

Als we meer ambitie willen tonen en gezonde, kwaliteitsvolle en duurzame voeding voor iedereen toegankelijk willen maken, ook voor personen in kwetsbare situaties, rekening houdend met de principes van keuze, genoeg en waardigheid van de personen, moeten de banden tussen de domeinen van voeding, welzijn en gezondheidsbeleid worden versterkt op het niveau van de sectoren, de besturen en het beleid.

Een eerste stap in die richting is gezet door verschillende actoren uit de welzijns- en gezondheidssector samen te brengen rond de Good Food-strategie van Leefmilieu Brussel³⁹.

³⁵ Intergovernmental Panel on Climate Change

³⁶ *Convention on Biological Diversity*

³⁷ Leefmilieu Brussel (2015). *Strategie Good Food. Naar een duurzamer voedingsstelsel in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest*. Brussel: Leefmilieu Brussel. <https://leefmilieu.brussels/themas/voeding/acties-van-het-gewest/strategie-good-food-naar-een-duurzamer-voedingsstelsel-het>

³⁸ Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting (2019). *Duurzaamheid en armoede*. <https://www.armoedebestrijding.be/duurzaamheid-en-armoede-een-bijdrage-aan-politiek-debat-en-politieke-actie/>

³⁹ <https://goodfood.brussels/nl/content/de-good-food-strategie>

Het is duidelijk dat er een onderscheid moet worden gemaakt tussen toegang tot gezonde en duurzame voeding en toegang tot voeding als zodanig. Het beroep op voedselhulp is een van de gevolgen van een gebrek aan financiële middelen. Wij kunnen en moeten hopen dat de voedselhulp zo kwalitatief mogelijk is, maar vooral dat iedereen over voldoende middelen zal beschikken om te voorkomen dat hij zijn toevlucht moet nemen tot voedselhulp. Zolang voedselhulp nodig blijft, moet, met het oog op kwaliteitsverbetering, worden gestreefd naar participatie van de begunstigden en moet een paternalistische en prescriptieve aanpak worden vermeden. De behoeften, de duurzame voedselbronnen die moeten worden ondersteund (voedingsgordel), de belangrijkste actoren zoals sociale restaurants en kruideniers en de eerste stappen die moeten worden genomen (overgang naar systemen voor geldoverdracht, oprichting van solidariteitscentra, netwerk van buurtkeukens, ...) moeten worden vastgesteld.

2. Een geïntegreerd beleid van preventie en preventieve gezondheidszorg in de gezondheidszorg voeren

Er moet een ambitieus preventiebeleid worden opgezet, waarbij rekening wordt gehouden met gezondheidsbevorderingsstrategieën en het belang van gecombineerde preventiemaatregelen voor de gezondheid, op basis van de socio-economische en politieke context, de materiële levensomstandigheden, de gedragingen en biologische factoren, de psychosociale factoren, enz. De preventie moet ook worden aangepast aan de specifieke kenmerken van kwetsbare groepen, bijvoorbeeld door gebruik te maken van passende communicatietools. Er moet een sterke samenhang tot stand komen met de actoren die met de meest kwetsbare bevolkingsgroepen werken (sociale cohesie, OCMW's, huisvesting, enz.).

Screening op bepaalde infectieziekten, chronische ziekten en bepaalde vormen van kanker valt onder de bevoegdheid van onder meer de GGC en de FGC in het kader van preventieve gezondheidszorg⁴⁰ en van gezondheidsbevordering. Ook de vaccinatie van de doelgroepen (behalve die waarvoor de Franse en Vlaamse Gemeenschap bevoegd zijn) valt onder die beide entiteiten.

Op basis daarvan moet worden gestreefd naar een uitbreiding en versterking van de voorlichtingsprogramma's, met name voor degenen die het verst van hulp en zorg af staan, en van de screeningscampagnes, met name via de hulp- en zorgactoren van de eerste lijn. Die wil om het preventiebeleid te optimaliseren moet ook betrekking hebben op de screening en preventie van kanker, tuberculose, COVID-19, seizoensgriep en diabetes. Er zullen ook samenwerkingsverbanden en een meer coherente integratie van de met screening belaste actoren tot stand worden gebracht, met name via een analyse van de haalbaarheid van één geïntegreerd referentiecentrum dat verantwoordelijk is voor het uitwerken van strategieën en maatregelen op het gebied van preventie en preventieve gezondheidszorg op bevolkingsniveau, waarbij voorrang zal worden gegeven aan de opsporing van kanker en tuberculose en aan vaccinatie.

⁴⁰ Onder preventieve gezondheidszorg wordt verstaan de preventiemethodes die overeenstemmen met de wettelijke bepalingen die geldig zijn voor het uitoefenen van gezondheidszorgverleningen en de nadere regels voor de organisatie van gezondheidsdiensten, om bij te dragen tot het vermijden van morbide aandoeningen of om zo snel mogelijk de leden te ontdekken onder de bevolking die receptief zijn voor deze aandoeningen of die eraan lijden, aandoeningen waarvan het bestaan een ernstig risico van verergering van de gezondheidstoestand van de zieke inhoudt, en soms ook een risico van uitbreiding van de ziekte tot de omgeving van de zieke met zich meebrengt, en eindelijk dikwijls een risico van degradatie van de materiële en maatschappelijke toestand van de zieke en van zijn gezin.

Dat geïntegreerd referentiecentrum zou ook kunnen worden belast met de organisatie van de communicatie en de bewustmaking van de doelgroepen, in goede verstandhouding met de actoren van de gezondheidsbevordering. Het zal worden bijgestaan door een stuurcomité bestaande uit de bevoegde besturen en ministeriële kabinetten. Het zou de meest doeltreffende benaderingen ontwikkelen om doelgroepen te bereiken, waaronder bijvoorbeeld huisartsen, apothekers, actoren uit de welzijnssector waaronder OCMW's, wijkgezondheidscentra.

De COVID-19-crisis heeft aangetoond hoe belangrijk het is om te beschikken over een lokaal mechanisme dat het mogelijk maakt om snel samen met de bevolking gezondheidsmaatregelen te implementeren. Er werden verschillende mechanismen ingevoerd: Coördinatoren van Lokale Acties, field agents en wijkverpleegkundigen/-vaccinatoren. Om op een volgende crisis te kunnen reageren, moet dat mechanisme ook buiten crisissituaties permanent worden behouden.⁴¹ Het lokale mechanisme voor de strijd tegen covid, dat tijdens de gezondheids crisis in nood werd ingevoerd, zal geëvalueerd en verankerd worden om adequaat te kunnen reageren op een volgende crisis. Tussen twee crisissen in zal het ingezet worden voor de gezondheidspreventie en de toegang tot rechten. Dankzij dit mechanisme kan een betere toegang tot preventie worden geboden en tegelijkertijd een lokaal gezondheidsmechanisme in stand worden gehouden dat in geval van crisis kan worden ingezet. Het zal worden geïntegreerd in het hulp- en zorgmechanisme op het niveau van de groepen wijken en worden aangestuurd door de hulp- en zorgzones en de cel Preventie van de Diensten van het Verenigd College.

Steunend op de ervaring die tijdens de strijd tegen covid werd opgedaan en gelet op de bestaande of opkomende risico's voor de volksgezondheid, zullen de voorbereiding en de reactie op de bedreigingen en noodsituaties op het vlak van de volksgezondheid worden ontwikkeld. In een plan voor het beheer van gezondheidsrisico's worden de risico's en de reacties daarop bepaald en worden de bevoegde entiteiten vermeld. De cel Preventie van de DVC is belast met de sturing van dat plan en de middelen die eraan zullen worden toegekend.

De evaluatie van het beleid op het gebied van gezondheidsbevordering en -preventie en de strategische planning zullen worden ontwikkeld om de overheidsactie te richten op de meest geschikte en doeltreffende tussenkomsten en instrumenten om te zorgen voor een zo hoog mogelijk gezondheidsniveau voor de bevolking.

41 WHO Europe, 2017. Joint External Evaluation of IHR core capacities of the Kingdom of Belgium. URL <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259824/WHO-WHE-CPI-REP-2017.37-eng.pdf;jsessionid=D141B4EEF2603B50DBF9832BDB1BC2BA?sequence=1> (accessed 6.16.20).

3. De seksuele en reproductieve gezondheid van de Brusselaars bevorderen

a. Een perinataliteitsstrategie ontwikkelen

Sociale ongelijkheden ten aanzien van de geboorte zijn sterk aanwezig in het BHG. Vanaf het prille begin van het leven bepalen ze de ongelijkheden op gezondheidsgebied, die het hele leven zullen blijven bestaan. Om de kansen van bij de geboorte gelijk te trekken en de gezondheidsongelijkheden te verminderen, moet worden geïnvesteerd in preventie rond de zwangerschap, de geboorte en de vroege kindjaren, waar de aanzet wordt gegeven tot sociale en gezondheidsongelijkheden.

Perinatale sterfte blijft een belangrijk aandachtspunt in het Brusselse beleid. Het aantal risicovolle zwangerschappen en peri- en postnatale complicaties staat in correlatie met de bestaansonzekerheid van de bevolkingsgroepen. Zwangere vrouwen in bestaansonzekere situaties treden te laat toe tot een procedure van medische en sociale follow-up van hun zwangerschap. Bovendien maakt de institutionele versnippering van het zorgaanbod rond de geboorte dit aanbod onduidelijk en weinig toegankelijk.

De uitdaging bestaat er dus in deze vrouwen vroeg genoeg te bereiken om hun toegang te bieden tot een multidisciplinaire, globale en geïntegreerde follow-up, die hun de nodige begeleiding, onderzoeken en zorg kan bieden.

In dat verband wil dit plan de WHO-doelstelling «voor elke vrouw een eigen vroedvrouw» helpen te bereiken en het initiatief nemen om de verschillende institutionele en operationele actoren bijeen te brengen om samen een Brussels perinataliteitsplan op te stellen.

De strijd tegen gynaecologisch en verloskundig geweld en tegen genitale verminking van vrouwen moet ook specifieke aandacht krijgen. Het doel van dit plan is steun te verlenen aan bewustmakings- en voorlichtingsacties ten behoeve van de doelgroepen en diensten (vrouwen, medisch personeel, ziekenhuissector, centra voor gezinsplanning, wijkgezondheidscentra) om dergelijk geweld te voorkomen en te bestrijden.

Daartoe wordt in dit plan onder meer verwezen naar de maatregelen die zijn voorgesteld in het intra-Franstalig plan ter bestrijding van geweld tegen vrouwen 2020-2024⁴², in het Brusselse plan ter bestrijding van gendergerelateerd geweld⁴³ en in Vlaanderen⁴⁴, en in het plan voor de rechten van de vrouw 2020-2024 van de Federatie Wallonië-Brussel⁴⁵.

42 Zie maatregelen 27, 28 en 29 voor verloskundig en gynaecologisch geweld en maatregelen 41 en 53 voor vrouwelijke genitale verminking (VGV)

43 Zie maatregel 25 van het Brusselse plan ter bestrijding van geweld tegen vrouwen. <https://equal.brussels/nl/themas/gewestelijk-plan-tegen-geweld-op-vrouwen/>

44 Wat de politieke actie in Vlaanderen betreft: Rond vrouwelijke genitale verminking (VGV) wordt vanuit Vlaanderen voorzien in onderstaande acties via GAMS: GAMS ontvangt momenteel middelen van de Stad Antwerpen, van de Stad Gent, van de Stad Leuven, en van de Vlaamse overheid, vanuit het beleidsdomein Welzijn, Opgroeien Regie (Kind & Gezin) en minister Wouter Beke. Deze subsidiebedragen worden ingezet op een lokale verankering en permanentie van GAMS vzw in Huis van het Kind in Antwerpen-Noord, Gent en Leuven (via convenanten), om zo een laagdrempelige dienstverlening te kunnen aanbieden rond VGV en gedwongen huwelijken. Ze starten binnenkort (of zijn intussen gestart) ook in Kortrijk en Hasselt. Vanuit het gelijkemansbeleid: Een van de onderliggende mechanismen dat de fenomenen in stand houdt, is genderongelijkheid en de daarbij onderliggende genderrollen en -verwachtingen. Binnen Gelijke Kansen zetten we meer algemeen in op het belang van genderrollen, en de strijd tegen patriarchale structuren en ongelijke genderverhoudingen, waarbij het cultuuraspect soms expliciet wordt meegenomen. Binnen het Inburgeringsbeleid gaat er reeds aandacht naar sensibilisering rond gendergelijkheid: in de maatschappelijke oriëntatiecursus voor nieuwkomers komen principes over gendergelijkheid en -vrijheid, gelijkwaardigheid, seksualiteit en relatievormen uitgebreid aan bod. Dit is terug te vinden in de verschillende leeromgevingen van de cursus Maatschappelijke Oriëntering.

45 <http://www.egalite.cfwb.be/index.php?id=21146#65274> — zie meer bepaald maatregel 27 van het plan en <http://www.egalite.cfwb.be/index.php?id=21146#65274> — zie meer bepaald maatregel 1.8.7

b. Bijdragen aan de preventie van seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's)

Ook al is het aantal nieuwe hiv-diagnoses de laatste jaren gedaald, toch blijft het hoog, zodat meer gebruik moet worden gemaakt van de beschikbare preventiestrategieën. De hiv-epidemie in België treft hoofdzakelijk twee bevolkingsgroepen: mannen die seks hebben met mannen (MSM), de belangrijkste wijze van overdracht bij personen met de Belgische of Europese nationaliteit, en mannen en vrouwen die het virus hebben opgelopen via heteroseksuele relaties, voornamelijk afkomstig uit Sub-Saharaans Afrika. Het aantal nieuwe hiv-diagnoses ligt in Brussel hoger dan in de andere gewesten.⁴⁶ Sekswerkers vormen ook een risicogroep.

Hoewel de gerapporteerde incidentie van hepatitis C (HCV) daalt, blijft ze in het Brussels Gewest hoger dan in de andere gewesten. Injecterende drugsgebruikers zijn het meest kwetsbaar voor HCV.

De incidentie van andere soa's (chlamydia, gonorrhoe en syfilis) neemt toe in het Brussels Gewest. Jongvolwassenen (vanaf 20 jaar) en MSM zijn het meest betrokken bij de overdracht van soa's.

Dit plan beoogt verder steun te verlenen aan de actoren in het veld die verantwoordelijk zijn voor de preventie van soa's, vooral degenen die projecten uitvoeren die bij voorrang gericht zijn op de meest kwetsbare doelgroepen en bepaalde leefomgevingen.

c. De steun voor 'EVRAS' bevorderen

Voorlichting over het relationele, affectieve en seksuele leven ('éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle': EVRAS) is een opvoedingsproces dat met name een denkoefening inhoudt om jongeren beter in staat te stellen weloverwogen keuzes te maken die gunstig zijn voor de ontwikkeling van hun relationele, affectieve en seksuele leven en het respect voor zichzelf en anderen. Het komt erop aan elke jongere naar volwassenheid te begeleiden volgens een globale aanpak waarin seksualiteit in de ruimste zin wordt opgevat en met name de relationele, affectieve, sociale, culturele, filosofische en ethische dimensies omvat.

De EVRAS-activiteiten moeten zoveel mogelijk jongeren op school kunnen bereiken, via de planning, maar ook via andere actoren zoals AMO's (diensten voor bijstand in open omgeving), CLB's en PSE's (diensten voor gezondheidsbevordering op school), alsook bijvoorbeeld via de buitenschoolse sector, de jeugdsector en de jeugdhulpsector.

In het schooljaar 2018-2019 werd 35% van de Brusselse scholen bezocht door de 27 centra voor gezinsplanning. Het aantal leerlingen, van kleuterschool tot hoger onderwijs, dat met de EVRAS-activiteiten wordt bereikt, bedraagt slechts 13%.

Dit plan beoogt dus de veralgemening van EVRAS te ondersteunen, op basis van de aanbevelingen van een studie die werd uitgevoerd door de Ecole de santé publique van de ULB en het DULBEA⁴⁷. De formalisering van deze veralgemening van EVRAS zal worden vastgelegd in een samenwerkingsakkoord tussen de bevoegde entiteiten op dit gebied.

⁴⁶ <https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/overdraagbare-aandoeningen/hiv-en-andere-seksueel-overdraagbare-aandoeningen>

⁴⁷ https://dulbea.ulb.be/wp-content/uploads/2021/07/21.02-EVRAS_Rapport-final.pdf

4. Gendergerelateerde ongelijkheden bestrijden

Om de gendergerelateerde ongelijkheden op welzijns- en gezondheidsgebied te bestrijden en de vele vooroordelen die in deze sectoren kunnen worden waargenomen, te vermijden, moet een gendergerichte aanpak worden ontwikkeld, waarbij de positieve en negatieve gevolgen van de genomen — materiële en budgettaire — beslissingen en van de uitvoering ervan in aanmerking worden genomen en geanalyseerd.

In het kader van dit plan is de ondersteuning door een genderdeskundige ondersteunings- of begeleidingsdienst voor alle welzijns- en gezondheidssectoren noodzakelijk.

Er moet ook specifieke aandacht worden besteed aan gendergerelateerd geweld in de Brusselse welzijns- en gezondheidssector, en meer bepaald aan geweld tegen vrouwen. In dat verband zijn drie plannen aangenomen waarin acties op die gebieden worden voorgesteld: het Brusselse plan ter bestrijding van geweld tegen vrouwen, het inter-Franstalige plan ter bestrijding van geweld tegen vrouwen (2020-2024) en een nationaal actieplan ter bestrijding van gendergerelateerd geweld. In het kader van het operationele plan baseren we ons op de acties die in die drie plannen worden voorgesteld.

5. Bestrijding van discriminatie

a. Seksuele geaardheid en LGBTQIA+

België speelt een voortrekkersrol bij de eerbiediging van de fundamentele rechten van LGBTQIA+-personen. Zo worden gelijke rechten voor LGBTQIA+-personen wettelijk verankerd op het gebied van wettelijk samenwonen, huwelijk, afstamming, de mogelijkheid van adoptie en het vermoeden van moederschap voor de co-ouders in lesbische koppels. Deze rol wordt op internationaal niveau erkend: België staat op de 2e plaats (van 49 landen) in de jaarlijkse rangschikking⁴⁸ van ILGA-Europe⁴⁹.

In de praktijk is er echter nog een lange weg af te leggen voor de gelijkheid van LGBTQIA+-personen, zoals blijkt uit de laatste enquêtecijfers van het Bureau van de Europese Unie voor de grondrechten (FRA). In dit verband steunen de FGC, de VGC en de GGC in welzijns- en gezondheidskwesties al enkele jaren een reeks projecten die verband houden met de gezondheid en sociale begeleiding van LGBTQIA+-doelgroepen.

Gelet op de aanbevelingen en eisen van verenigingen op het gebied van toegankelijkheid en gezondheidsbevordering voor LGBTQIA+-personen, is het van essentieel belang die projecten te blijven aanmoedigen. Er zal aandacht worden besteed aan het evalueren en duurzaam maken van bestaande gezondheidsinitiatieven met betrekking tot LGBTQIA+-personen. Dat omvat ook het verstrekken van de best mogelijke opleiding aan het eerstelijns- en tweedelijns personeel over specifieke kwesties in verband met LGBTQIA+-personen.

Deze acties maken ook deel uit van het gewestelijke Brusselse plan voor de inclusie van LGBTQIA+-personen.

⁴⁸ <https://www.rainbow-europe.org/country-ranking>

⁴⁹ ILGA-Europe is een ngo die bijna 600 organisaties uit 54 landen in Europa en Centraal-Azië verenigt. Deze overkoepelende organisatie ijvert voor de mensenrechten van LGBTQIA+-personen, zie <https://www.ilga-europe.org/sites/default/files/2021/belgium.pdf>

b. Racisme en discriminatie

De toegang tot gezondheidszorg en sociale diensten en de kwaliteit van de interventies van de operatoren mogen niet afhangen van de afkomst of de huidskleur van de gebruiker. Helaas gaapt er soms een kloof tussen dit principe en de realiteit.⁵⁰

Discriminatie op basis van die criteria doet zich namelijk regelmatig voor op gebieden als onderwijs, opleiding, arbeidsmarkt, huisvesting, mobiliteit, toegang tot gezondheidszorg en sociale diensten.⁵¹

De voorgestelde acties en interventies op welzijns- en gezondheidsgebied moeten een voorbeeldfunctie vervullen in termen van non-discriminatie en moeten zo inclusief mogelijk zijn.

Ze moeten ook universele diensten combineren met gerichte diensten voor de meest achtergestelde of gediscrimineerde groepen, zoals bijvoorbeeld groepen met meervoudige kwetsbaarheden, zoals vrouwen van buitenlandse afkomst of Afro-afstammelingen, die werkloos en laaggeschoold zijn. Dat houdt onder meer in dat de eerste en tweede lijn een zo goed mogelijke opleiding moeten krijgen over specifieke kwesties in verband met stereotypen, racisme en discriminatie en over intersectionaliteit.

In het Brussels Gewest komt er trouwens een Brussels plan ter bestrijding van racisme, gebaseerd op de aanbevelingen van de 'Assisen tegen Racisme' van het Brussels Parlement. Daarin zal een specifiek hoofdstuk zijn gewijd aan racisme en vormen van discriminatie op welzijns- en gezondheidsgebied. De acties die in het kader van dit plan worden gepland, zullen dan ook op dezelfde manier aansluiten bij het gewestelijke Brusselse plan, waaraan momenteel de laatste hand wordt gelegd.

⁵⁰ <https://www.unia.be/nl/publicaties-statistieken/publicaties/jaarverslag-2020>; <https://www.unia.be/nl/publicaties-statistieken/publicaties/data-over-ongelijkheid-discriminatie-in-belgie>

⁵¹ "Discriminatie van personen van Sub-Saharaanse afkomst: sterk verbonden met het koloniale verleden", UNIA, mei 2017 [En Marche - Malades du racisme](#). "Aanbeveling 144 / April 2016 — implementatie van transculturele vaardigheden in de initiële opleiding van professionals in de gezondheidszorg"