

Omgevingsanalyse Gezondheid

**Bijlage bij:
het Gezondheidsbeleidsplan 2008-2013**

**Gezondheidsdienst
Stad Gent**

Inhoudstabel

1. Bevolkingssituatie.....	4
2. Gezondheidstoestand	6
2.1. Lichamelijke gezondheid	6
2.2. Psychische gezondheid.....	9
2.3. Sociale gezondheid.....	11
3. Beïnvloedende factoren.....	13
3.1. De biologische en erfelijke factoren.....	13
3.2. Gezondheidsgedrag en leefstijl.....	13
3.2.1. Lichaamsbeweging.....	14
3.2.2. Voedingsgewoonten.....	14
3.2.3. Obesitas.....	15
3.2.4. Alcoholgebruik.....	15
3.2.5. Tabaksgebruik.....	16
3.2.6. Seksueel gedrag.....	17
3.2.7. Screening en vaccinatiegedrag.....	17
3.3. Fysieke leefomgeving.....	18
3.3.1. Buitenmilieu.....	18
3.3.2. Binnenmilieu.....	20
3.3.3. Objectieve gezondheidsschadende factoren.....	20
3.3.4. Subjectieve gezondheidsschadende factoren.....	21
3.4. (Psycho)sociale leefomgeving.....	22
3.5. Toegang tot de gezondheidszorg en -bevordering.....	24
3.6. Besluit.....	25
4. Actuele trends.....	26
4.1. Dualisering van de gezondheid.....	26
4.2. Toenemende geestelijke gezondheidsproblemen.....	28
4.3. Vergrijzing.....	29
4.4. De opmars van de beschavingsziekten.....	29
5. Gezondheidsbevordering en gezondheidszorg.....	30
5.1. Actoren en overlegorganen rond gezondheid.....	30
5.2. Gezondheidsbevordering.....	32
5.2.1. Definiëring.....	32
5.2.2. Kenmerken van het aanbod aan gezondheidsbevordering in Gent.....	32
5.3. Gezondheidszorg.....	38
5.3.1. Definiëring.....	38
5.3.2. Het aanbod: de actoren in Gent.....	38
5.3.3. Hiaten in het aanbod.....	39
5.4. Besluit.....	40
6. Algemeen besluit	41
7. Bronnen.....	42

Inleiding

Voor de omgevingsanalyse worden afwisselend gegevens gebruikt van verschillende onderzoeken. Daar waar Gentse gegevens ontbreken, gebruiken we Vlaamse of Belgische gegevens om toch een richtlijn aan te geven. Voor Gent gebruiken we de omgevingsanalyse van de stad Gent en van het Lokaal Sociaal Beleid, het leefbaarheidsonderzoek en het onderzoek in de Bloemekenswijk. Voor Vlaanderen gebruiken we de omgevingsanalyse van de Vlaamse Gezondheidsraad en de federale Gezondheidsenquête 2004 en voor België diezelfde Gezondheidsenquête en het onderzoek van de Koning Boudewijnstichting naar gezondheid in achtergestelde stedelijke buurten. Met de gegevens uit de Bloemekenswijk toetsen we de gezondheid in achtergestelde buurten.

1. Bevolkingssituatie

Gent telt 230.734 inwoners. De Gentse bevolking neemt sinds 1999 opnieuw toe. De **bevolkingsdichtheid** is eerder hoog voor een centrumstad. Vooral de wijken van de 19^{de} eeuwse gordel, Nieuw Gent en de Binnenstad zijn dichtbevolkt: op 1 km² wonen meer dan 4000 mensen.

Vandaag de dag zien we de volgende **verdeling tussen de leeftijdsgroepen**: 21% is jonger dan 20 jaar, 61% is tussen de 20 en 64 jaar en 18% is ouder dan 65 jaar. In de bevolkingsprojecties voor 2025 wordt verwacht dat de groep jongeren (0-19j) stabiel blijft, de groep 20-59 jarigen in Gent lichtjes zakt tot 53,1% en de groep van 60-plussers dus geleidelijk zou stijgen naar 26%.

Bevolkingsprojectie ¹⁰		
	2004	2025
Jonger dan 20	21%	21%
20 tot 59 jaar	56%	53%
ouder dan 60	23%	26%

Figuur 1: Bevolkingsprojectie¹

Gent is een **multiculturele stad**. Op 1.1.2006 zijn er 17.930 personen (7.7%) met een vreemde nationaliteit aanwezig in het bevolkingsregister. Het percentage etnisch-culturele minderheden in Gent is echter veel groter (14 à 15%) want deze omvatten zowel allochtonen², vluchtelingen, woonwagenbewoners als mensen zonder papieren. De sterkste concentratie van vluchtelingen en allochtonen situeert zich in de 19^e-eeuwse gordel en Nieuw-Gent, maar ook in de perifere stadsgebieden groeit de groep van etnisch-culturele minderheden. Het aantal mensen zonder papieren wordt ruw geschat op 3000 personen die vooral in de wijken Brugse Poort, Rabot, Sluizeken-Tolhuis-Ham en Dampoort zouden wonen. (O.A. Gent)

Vluchtelingen (2007) ¹⁶	
erkende vluchtelingen die geen Belg zijn	229
erkende vluchtelingen die de Belgische nationaliteit verwierven	472
asielzoekers	3.655
Totaal	4.356

Figuur 2: Vluchtelingen (2007)³

Binnen de grenzen van de stad Gent bestaan er grote **verschillen tussen wijken**. We stellen vast dat de meeste wijken in de 19^{de} eeuwse gordel⁴ en Nieuw-Gent een vrij laag gemiddeld inkomen noteren. Vanuit de bevolkingscijfers blijkt ook dat de wijken van de 19^{de} eeuwse gordel een significant groter aandeel kansarme gezinnen, niet-Belgen en mensen van op het wachtregister voor asielzoekers huisvesten. We kunnen er vanuit gaan dat deze wijken dan ook een grotere aantrekkingskracht uitoefenen op deze bewoners. Uiteraard is dit gelieerd aan de huisvestingssituatie met meer goedkopere woningen van mindere kwaliteit.

¹ *Gent in cijfers 2007, een Omgevingsanalyse*, Stad Gent, Departement Stafdiensten, Dataplanning en Monitoring, pp.77.

² Als definitie voor allochtonen wordt de definitie gebruikt zoals gehanteerd in het Beleidsplan voor Etnisch-Culturele diversiteit 2006-2008 van Stad Gent, p 29-30. Deze definitie is gebaseerd op afkomst uit landen die niet behoren tot de EU-15 en andere rijke industrielanden.

³ *Gent in cijfers 2007, een Omgevingsanalyse*, Stad Gent, Departement Stafdiensten, Dataplanning en Monitoring, pp.77.

⁴ De Gentse '19^{de}-eeuwse sorgdel' omvat volgende wijken: Oud-Gentbrugge, Brugse Poort-Rooigem, Rabot, Sluizeken-Tolhuis-Ham, Muide-Meulestede, Ledeberg, Bloemekenswijk, Macharius-Heirmis, Dampoort, Sint-Amandsberg-Scheldeoord.

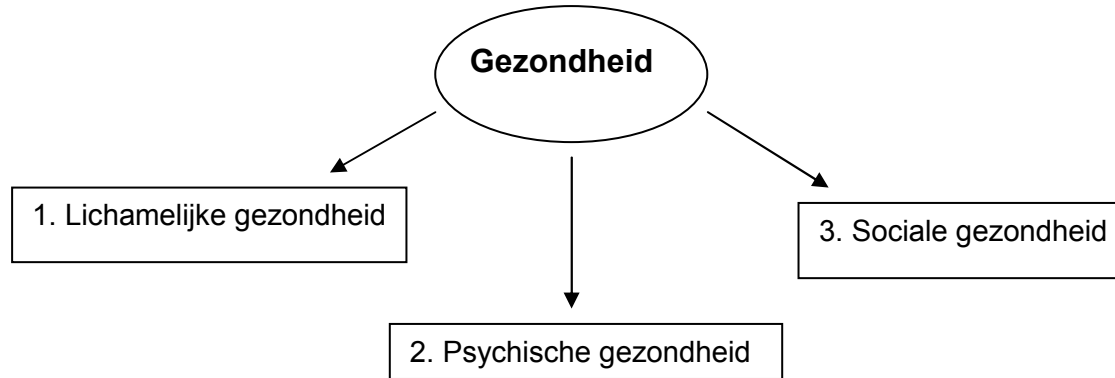
Gent Centrum	Gent-rand	Gent Noordoost	Gent Zuidwest
Binnenstad	Sluizeken - Tolhuis - Ham	Wondelgem	Drongen
Zuidpark - Muinkpark	Macharius - Heirnis	Kanaalzone	Mariakerke Centrum
Watersportbaan - Ekkergem	Rabot - Blaisantvest	Kanaaldorpen	Mariakerke Oost
Stationsbuurt Noord	Brugse Poort - Rooigem	Oostakker	Sint-Denijs-Westrem
Elisabethbegijnhof - Papegaai	Muide - Meulestede	Sint-Amandsberg	Stationsbuurt Zuid
	Dampoort	Gentbrugge	Zwijnaarde
	Ledeberg	Oud-Gentbrugge	
	UZ - Groothandelsmarkt		
	Nieuw Gent		
	Moscou - Vogelhoek		

Figuur 3: Gent: 4 stadsdelen, 29 wijken⁵

⁵ *Gent in cijfers 2007, een Omgevingsanalyse*, Stad Gent, Departement Stafdiensten, Dataplanning en Monitoring, pp.77.

2. Gezondheidstoestand

Uitgaande van de WHO-definitie van gezondheid is gezond zijn niet alleen niet ziek zijn, het betekent ook zich lichamelijk, geestelijk en sociaal goed voelen.



2.1. Lichamelijke gezondheid

Mensen blijven langer leven en ze blijven ook langer gezond⁶. De gemiddelde **levensverwachting** blijft toenemen. Tegen 2020 zal wellicht de kaap van 80 jaar voor een man en 85 jaar voor een vrouw overschreden worden. Gemiddeld 80% van die verwachte levensjaren brengen we door in goede gezondheid. Ziekte en sterfte zitten vooral geconcentreerd op hogere leeftijd.

Het **sterftcijfer** ligt vooral bij de mannelijke Gentenaars boven het Vlaamse gemiddelde⁷. In de jaren '90 stierven er in Gent 8% meer mannen dan in Vlaanderen. In Gent sterven 15% meer mannen en 28% meer vrouwen aan ziekten aan het ademhalingsstelsel dan in Vlaanderen. Het sterftcijfer als gevolg van ziekte aan maag, darm, lever en pancreas ligt ook hoger dan in Vlaanderen. Gentse vrouwen sterven ook vaker dan in Vlaanderen aan kanker van luchtwegen en longen. Bij kinderen en jongeren is een groot aandeel van de doodsoorzaken extern: vervoersongevallen en ongevallen in de privésfeer bij kinderen en vervoersongevallen en zelfmoord bij jongeren.

In *Vlaanderen* is de gemiddelde levensverwachting voor mannen 76.9 jaar en voor vrouwen 82.3 jaar. Doch, een man zonder diploma sterft 5,5 jaar eerder dan iemand met een universitair diploma, een vrouw 3,5 jaar eerder⁸. Deze **gezondheidsverschillen** bestaan in vrijwel geheel Europa en nemen ook bijna overal in omvang toe. De toename van de sterftcijfers berust op het feit dat de levensverwachting van hoger sociaal-economische groepen sneller stijgt dan de levensverwachting van lager sociaal-economische groepen⁹.

Wat België betreft, zijn de grootste verschillen in **ziekte-specifieke sterfte** terug te vinden voor aandoeningen waarop preventie een belangrijke impact heeft zoals levercirrose, darmkanker, zelfmoord en ongevallen. Zo worden in de sociaal-economisch meest achtergestelde buurten 2,13 keer meer sterftegevallen door levercirrose vastgesteld dan in de meest bevoordeelde buurten. Voor valpartijen en zelfmoord is dit respectievelijk 1,66 en 1,47 keer meer. Dezelfde trend kan worden

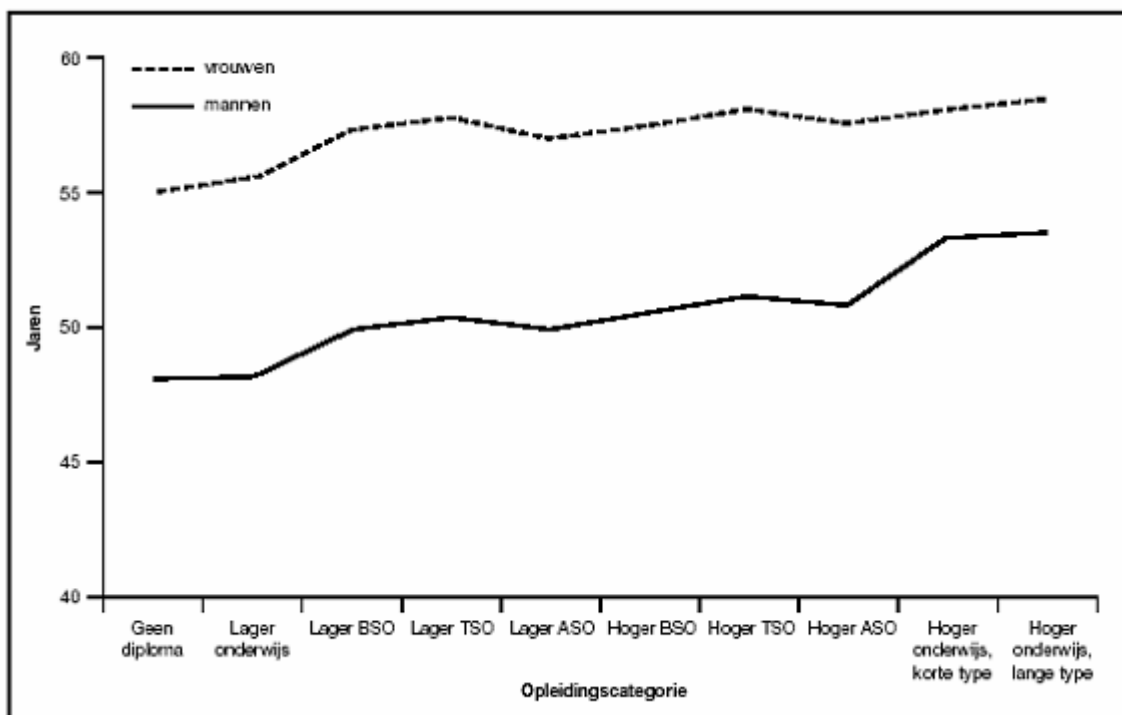
⁶ Nota van de Vlaamse Gezondheidsraad (2006), *De toekomst van het gezondheids(zorg)beleid in Vlaanderen, met bijzondere aandacht voor de eerstelijnsgezondheidszorg*, VGR.2006/02 – WG GB, pp. 40

⁷ Block, T., Van Assche, J., Paredis, E., e.a. (2004), *Stadsmonitor voor leefbare en duurzame Vlaamse steden*. CDO-Universiteit Gent, HABE-Hogeschool Gent.

⁸ Willems S., Van de Geuchte I., Impens J., De Maeseneer J., Van Nespén I., Alaluf V., Maulet N., Roland M., (2007) *Sociaal-economische gezondheidsverschillen in België: een probleemstelling*, Brussel

⁹ De Boeck L., Van Paepegem T. en Van Den Broucke S, (2002) *Het recht op gezondheidszorg en bescherming van de gezondheid*, VIG, p. 7.

vastgesteld voor longkanker: lager opgeleide mannen in bv. de leeftijdscategorie 40 tot 49 jaar hebben 1,97 keer meer kans op overlijden dan hoger opgeleide mannen, bij vrouwen is dat 1,31 keer meer. Dezelfde trend wordt vastgesteld voor sterfte door meningitis. Laagopgeleide mannen en vrouwen van middelbare leeftijd hebben beduidend meer kans om te sterven aan een ischemische hartziekte dan hoogopgeleiden: resp. 1,41 en 1,84 keer meer. Indien men bovendien de opleidingsverschillen in mortaliteit ten gevolge van beroerte zou kunnen elimineren, zouden de verschillen in levensverwachting tussen de verschillende opleidingsniveaus kunnen gereduceerd worden met 7 % (0.24 jaar) bij de mannen en met 14% (0.31 jaar) bij de vrouwen. Ook de kans op overleven bij kanker, hartziekte of HIV-infectie is beter voor diegene die zich aan de bovenkant van de maatschappelijke ladder bevindt. Dit kan ondermeer verklaard worden door het feit dat in de hogere sociaal-economische klasse de aandoening vaak in vroeger stadium wordt ontdekt en dat preventieprojecten vaak alleen de hogere socio-economische groepen bereiken. Uit onderzoek blijkt dat coronaire hartaandoeningen, met roken gerelateerde kankers, psychische gezondheidsproblemen, type I diabetes, tandoeningen en lage rugpijn meer voorkomen in lage sociaal-economische klassen¹⁰.



Figuur 4: Levensverwachting op 25 jaar naar opleidingsniveau, België, 1991-1996¹¹

Een aantal gezondheidsrisico's is in de voorbije eeuw verdwenen. Zo verdwenen de pokken dankzij een goed vaccinatiebeleid. Andere risico's zijn verminderd, mede door de ontwikkelingen in de medische wetenschappen. Vandaag leven bijvoorbeeld kinderen met aandoeningen als leukemie, mucoviscidose en de ziekte van Duchenne langer. (vlaamse gezondheidsraad)

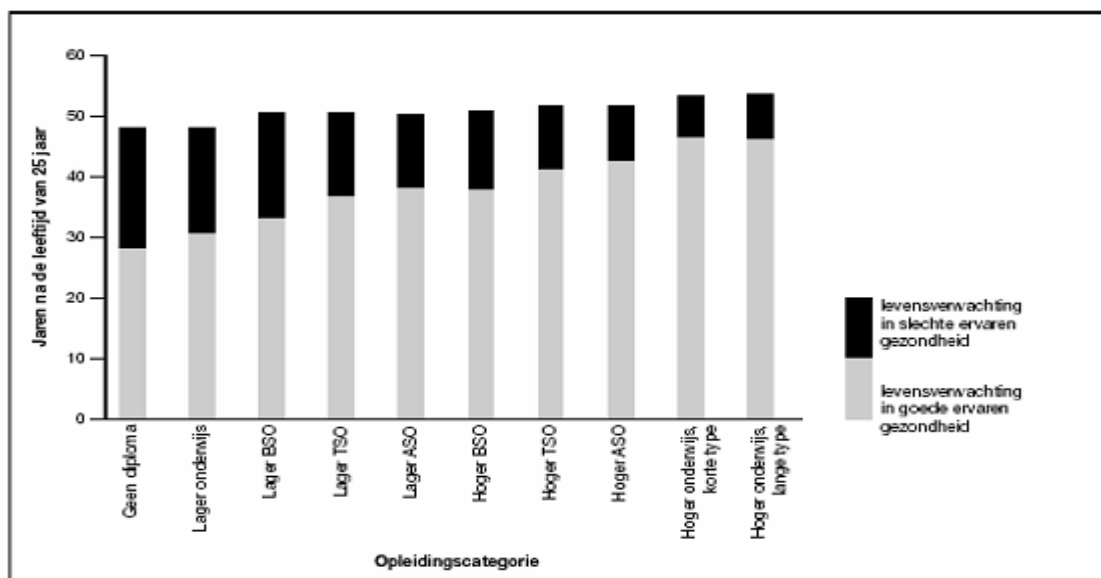
Hiertegenover staat de duidelijke toename van de incidentie van een aantal chronische aandoeningen, vooral de zogenaamde '**beschavingsziekten**'. Aandoeningen zoals cataract, sequellen van beroerte, osteoporose, diabetes, hartziekten, de ziekte van Parkinson, hypertensie, artrose en chronisch

¹⁰ Willems S., Van de Geuchte I., Impens J., De Maeseneer J., Van Nespén I., Alaluf V., Maulet N., Roland M., (2007) *Sociaal-economische gezondheidsverschillen in België: een probleemstelling*, Brussel

¹¹ De Boeck L., Van Paepegem T. en Van Den Broucke S., (2002) *Het recht op gezondheidszorg en bescherming van de gezondheid*, VIG, p. 7.

obstructief longlijden komen steeds meer voor. Deze stijging is toe te schrijven aan verschillende factoren, waarbij de vervuiling van het leefmilieu en een veranderende levenswijze een rol spelen¹².

De **levensverwachting** in goede ervaren gezondheid varieert naar **opleidingsniveau**. Een man van 25 jaar zonder diploma heeft gemiddeld nog 28,1 jaar in goede gezondheid te verwachten, terwijl een man met hoger onderwijs achter de rug nog 45,9 jaar in goede gezondheid mag verwachten. Dat is 17,8 jaar meer. Voor vrouwen bedraagt dit verschil in levensverwachting 24,7 jaar¹³.



Figuur 5: Levensverwachting in goede ervaren gezondheid op 25 jaar naar opleidingsniveau, mannen, België, 1991-1996/1997 ¹⁴

In België oordeelt 77% van de bevolking dat hun gezondheid bevredigend is. Omgekeerd is 23% (in Vlaanderen 21%) van de bevolking niet **tevreden over de eigen gezondheid**, een percentage dat stijgt tot 47% bij die personen van 75 jaar en ouder. Personen met een eerder beperkte opleiding (60,2%) geven relatief meer aan ontevreden te zijn over de eigen gezondheid dan personen uit de hoogst opgeleide groep (86,5%)¹⁵. In de Bloemekenswijk geeft 70% aan een (zeer) goede algemene gezondheidstoestand te hebben tegenover 10% met een (zeer) slechte gezondheidstoestand. In Vlaanderen is dat respectievelijk 76% en 3%¹⁶.

Uit het leefbaarheidsonderzoek¹⁷ van Gent blijkt dat 7% van de respondenten permanent kampt met een persoonlijk **gezondheidsprobleem** (ziekte of handicap), nog eens 7% wordt er regelmatig mee geconfronteerd, 19% af en toe en 66% bijna nooit. Naargelang de leeftijd van de respondenten toeneemt, worden ze uiteraard ook meer geconfronteerd met gezondheidsproblemen. In de hoogste leeftijdscategorie kampt 14% permanent met een probleem, 21% regelmatig en 24% af en toe. De

¹² Nota van de Vlaamse Gezondheidsraad (2006), *De toekomst van het gezondheids(zorg)beleid in Vlaanderen, met bijzondere aandacht voor de eerstelijnsgezondheidszorg*, VGR.2006/02 – WG GB, pp. 40

¹³ Willems S., Van de Geuchte I., Impens J., De Maeseneer J., Van Nespén I., Alaluf V., Maulet N., Roland M., (2007) *Sociaal-economische gezondheidsverschillen in België: een probleemstelling*, Brussel

¹⁴ De Boeck L., Van Paepegem T. en Van Den Broucke S., (2002) *Het recht op gezondheidszorg en bescherming van de gezondheid*, VIG, p. 6.

¹⁵ WIV (2002) *Gezondheidsenquête door middel van Interview België 2001*, IPH/EPI Reports nr 2002-22, Brussel: Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid. Afdeling Epidemiologie.

¹⁶ Willems S., Snauwaert B. en De Maeseneer J. (2007), *Eindrapport. Opstellen gezondheidsprofiel van de Bloemekenswijk*, in opdracht van Gezondheidsdienst Stad Gent, Gent.

¹⁷ Raymaekers, P., Francois, G., Vandekerckhove, B., e.a. (2003), *Leefbaarheidsonderzoek bij de inwoners van Gent a.d.h.v. een leefbaarheidsmonitor*. Brussel

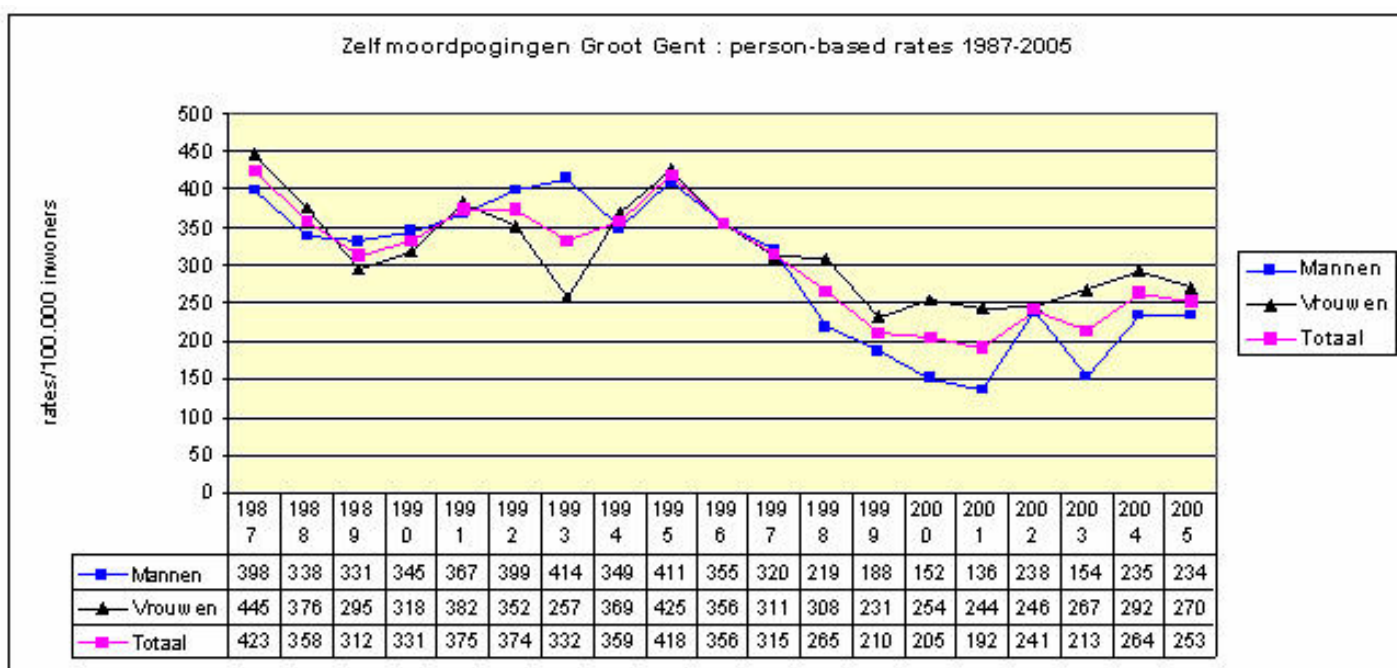
gezondheidssituatie is het best in de jongste categorie, waar 86% bijna nooit met een probleem wordt geconfronteerd.

Besluit

Mensen leven langer en in betere gezondheid. Bepaalde gezondheidsrisico's zijn verdwenen, maar andere 'beschavingsziekten' (zoals bvb hart- en vaatziekten en kanker) zijn nu dagelijkse realiteit. Niettemin nemen de gezondheidsverschillen tussen sociale klassen toe. Mensen met een lagere opleiding sterven sneller en brengen hun leven door in een minder goede gezondheid. Er is een duidelijk verschil in ziektepatroon, het aantal jaren in goede gezondheid en tevens ook de eigen perceptie van de gezondheidstoestand.

2.2. Psychische gezondheid

In *Vlaanderen* zien we op het vlak van de **geestelijke gezondheid** een toename van de problematiek. Bij 24% van het cliënteel van de eerstelijnsdiensten is er mede sprake van een psychische problematiek. De meest voorkomende problemen zijn **depressie, angst en middelengebruik**. De ziektelast en zorgvraag ten gevolge van depressie, alcoholmisbruik en dementie blijven aanzienlijk stijgen. Geschat wordt dat in één op de vier families op zijn minst één lid in de toekomst zal lijden aan één of andere psychische of gedragsstoornis. In Vlaanderen is bovendien de hoge incidentie van zelfdoding met jaarlijks 20.000 **zelfmoordpogingen** een bijzonder punt van aandacht. Zelfdoding is in Vlaanderen de belangrijkste doodsoorzaak bij mannelijke dertigers en veertigers, bij vrouwen is het de belangrijkste doodsoorzaak bij 25 tot 29-jarigen. In termen van verloren potentiële levensjaren staat zelfdoding bij Vlaamse mannen op de eerste plaats, bij vrouwen op de tweede plaats na borstkanker. Het zelfdodingscijfer van de Vlaamse vrouwen is het hoogste in het Europa van 15 landen, dat van mannen het vierde hoogste¹⁸.



Figuur 6: Zelfmoordpogingen Groot Gent¹⁹

Na een eerste daling eind jaren '80 zien we begin jaren '90 opnieuw een lichte toename in zelfmoordpogingen in de regio Groot Gent. Vervolgens zien we een daling in 1993, gevolgd door

¹⁸ Nota van de Vlaamse Gezondheidsraad (2006), *De toekomst van het gezondheids(zorg)beleid in Vlaanderen, met bijzondere aandacht voor de eerstelijnsgezondheidszorg*, VGR.2006/02 – WG GB, pp. 40

¹⁹ <http://users.ugent.be/~cvheerin/Zelfmoordpogingen%20Gent%20Evolutie.html>

hoge cijfers voor 1995. Sinds 1996 is er een positieve evolutie merkbaar, met uitzondering van het jaar 2002, waar we weer een lichte stijging zien, te wijten aan het hoge aantal mannelijke zelfmoordpogers. De laatste jaren stagneert het cijfer, en is er één suïcidepoging per 400 inwoners. De man/vrouw ratio fluctueert overheen de jaren. Sinds 1998 merken we een hogere incidentie bij vrouwen. De laatste twee jaar convergeert het geslachtsverschil opnieuw²⁰.

In de **achtergestelde wijken** van de centrumsteden hebben significant meer bewoners last van aandoeningen die samen lijken te hangen met stress: astma, COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease), hartkwaal, depressie, migraine, maagzweer. Zij "cumuleren" ook meer frequent meerdere aandoeningen. Voor alle indicatoren in verband met mentale gezondheid scoren bewoners van achtergestelde buurten slechter dan bewoners van niet-achtergestelde buurten. Achterstelling lijkt dus samen te gaan met een slechte geestelijke gezondheid²¹.

In de **Bloemekenswijk** blijken 10% meer mensen dan in Vlaanderen geregeld onder druk te staan. 25% klaagt vaak, meestal of altijd moe te zijn tegenover 16% in Vlaanderen. De respondenten uit de Bloemekenswijk scoren op nagenoeg alle aspecten gerelateerd aan geestelijke gezondheid slechter dan de Vlaamse respondenten. Ze rapporteren meer frequent dat ze zich slechter dan gewoonlijk kunnen concentreren, dat ze meer dan gewoonlijk slaap tekort komen door zorgen, dat ze voortdurend onder druk stonden, dat ze de moeilijkheden niet de baas kunnen, dat ze minder dan gewoonlijk plezier hebben in hun dagelijkse bezigheden en dat ze meer moe zijn²². In onderstaande grafiek zien we dat nagenoeg alle aandoeningen frequenter voorkomen bij de bewoners van de Bloemekenswijk dan in de Vlaamse populatie. Zo zien we dat er tot 3 maal zoveel keer ernstige somberheid of depressie voorkomt en meer dan dubbel zoveel sinusitis en bijna dubbel zoveel rugaandoeningen.

	Bloemekenswijk	Vlaanderen
Gewrichtslijtage (artrose)	23	14
Hoge Bloeddruk	22	15
Rugaandoening	22	12
Allergie	17	12
Sinusitis	15	7
Ernstige somberheid of depressie	15	5
Migraine	12	7

Bij de **opname in psychiatrie** blijkt uit onderzoek dat patiënten uit de laagste sociale klassen sneller worden opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis of psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis. Ze worden minder behandeld a.h.v. psychotherapie, boeken minder vooruitgang in functioneren en is er meer kans op heropname²³.

Volgens het **leefbaarheidsonderzoek** scoort 89% van de respondenten in *Gent* goed op **affectief vlak**, 7% middelmatig en 4% slecht. In de aandachtswijken vinden we het grootste percentage respondenten die slecht scoren. In de twee jongste leeftijdscategorieën (10-17 en 18-24) vinden we het laagste percentage met een goed psychisch welbevinden (81% en 84%). In de categorie 50-64 is dit aandeel het grootst (94%). Ook de categorie 25-34 scoort zeer goed (91%)²⁴.

²⁰ <http://users.ugent.be/~cvheerin/Zelfmoordpogingen%20Gent%20Evolutie.html>

²¹ Legiest, E., Willems, S., De Maeseneer J. (2004), *Gezondheid in grote steden*, Universiteit Gent.

²² Willems S., Snauwaert B. en De Maeseneer J. (2007), *Eindrapport. Opstellen gezondheidsprofiel van de Bloemekenswijk*, in opdracht van Gezondheidsdienst Stad Gent, Gent.

²³ Willems S., Van de Geuchte I., Impens J., De Maeseneer J., Van Nespen I., Alaluf V., Maulet N., Roland M., (2007) *Sociaal-economische gezondheidsverschillen in België: een probleemstelling*, Brussel

²⁴ Raymaekers, P., Francois, G., Vandekerckhove, B., e.a. (2003), *Leefbaarheidsonderzoek bij de inwoners van Gent a.d.h.v. een leefbaarheidsmonitor*. Brussel

Uit een onderzoek bij **jongeren**²⁵ tussen 12 en 18 jaar blijkt dat ongeveer 20% niet zo een positief zelfbeeld heeft. De bevroegde jongeren vertonen weinig depressieve stemmingen maar 9% geeft toch aan dat zij zich in de laatste week in zekere mate depressief hebben gevoeld. Met de leeftijd daalt het welbevinden en stijgen (licht) de mate van depressiviteit en de eenzaamheidsgevoelens. Bijna 18% van de bevroegde jongeren dacht de voorbije 12 maanden één enkele keer aan suicide, 15% zelfs af en toe tot heel vaak. Meisjes denken er net iets vaker aan dan jongens en bij 12- en 13-jarigen komen suicidegedachten iets minder voor dan in de oudere leeftijdsgroepen.

Besluit

Angst en depressie maken deel uit van onze samenleving. Steeds meer mensen kampen met psychische problemen van verschillende intensiteit. Er zijn meer opnames in de psychiatrie en Vlaanderen is een koploper in het aantal zelfdodingen. Er zijn diverse oorzaken waarvan meer stress en eenzaamheidsgevoelens zeker deel uitmaken. Daarenboven zien we ook verschillen in geestelijke gezondheid tussen de sociale klassen. Bewoners van achtergestelde buurten zullen door accumulatie van problemen en grotere stress door hun leefsituatie een slechtere mentale gezondheid vertonen, zich uitend in specifieke gezondheidsproblemen.

2.3. Sociale gezondheid

Alhoewel sociale gezondheid als de derde dimensie van gezondheid erkend wordt, bestaat er weinig eensgezindheid omtrent de **definiëring** ervan en omtrent de wijze waarop ze in kaart moet worden gebracht. In de Gezondheidsenquête 2004 werd sociale gezondheid op verschillende wijzen geïndiceerd: er werd nagegaan hoe mensen hun sociale contacten appreciëren, hoe vaak ze sociale contacten hebben, in welke mate ze deelnemen aan het georganiseerd verenigingsleven en welke perceptie ze omtrent hun sociale ondersteuning op na houden²⁶.

Sociale cohesie in de buurt en persoonlijke sociale contacten dragen bij tot de geestelijke gezondheid van een persoon. Aan deze zogenaamde **sociale gezondheid** wordt door verschillende stadsdiensten zoals bv. buurtwerk en straathoekwerk en het OCMW intensief gewerkt op het terrein.

In *België* geeft 7% van de bevolking (van 15 jaar en ouder) aan nauwelijks **sociale contacten** te hebben en 37% stelt (bijna) nooit deel te nemen aan door verenigingen georganiseerde activiteiten. 7% van de bevolking (van 15 jaar en ouder) is niet tevreden over hun sociale relaties. Het profiel van deze mensen is evenwel hetzelfde: het gaat vooral om oudere personen en om personen met een eerder beperkt opleidingsniveau²⁷.

Sinds 2001 is het aantal Gentse huishoudens toegenomen met een duizendtal, waarvan het grootste gedeelte bestaat uit één persoon. Er is dus duidelijk sprake van gezinsverdunding.

Samenstelling huishoudens (2006) ⁶	
Alleenstaand	45%
Twee personen	29%
Drie personen	12%
Vier personen	9%
Vijf of meer	5%

Figuur 7: Samenstelling huishoudens²⁸

²⁵ Burssens D., De Groof S., Huysmans H., Sinnaeve I., Stevens F., Van Nuffel K. (2004) *Jeugdonderzoek belicht. Voorlopig syntheserapport van wetenschappelijk onderzoek naar Vlaamse kinderen en jongeren (2000-2004)*, Vlaamse overheid, Afdeling Jeugd en Sport

²⁶ WIV (2002) *Gezondheidsenquête door middel van Interview België 2001*, IPH/EPI Reports nr 2002-22, Brussel: Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid. Afdeling Epidemiologie.

²⁷ WIV (2002) *Gezondheidsenquête door middel van Interview België 2001*, IPH/EPI Reports nr 2002-22, Brussel: Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid. Afdeling Epidemiologie.

²⁸ *Gent in cijfers 2007, een Omgevingsanalyse*, Stad Gent, Departement Stafdiensten, Dataplanning en Monitoring, pp.77.

Het leefbaarheidsonderzoek wees uit dat 24% van de *Gentenaars* dagelijks en 13% nooit **contact** heeft **met de burens**. In de 19^{de} eeuwse gordel is er het meeste contact. De kernvraag is echter of de bewoners tevreden zijn met de mate van sociale cohesie. 44% van de *Gentenaars* vindt dat de mensen in de buurt over het algemeen aangenaam met elkaar omgaan, 12% vindt dat niet, vooral in de 19^{de} eeuwse gordel. Over de burens is men over het algemeen tevreden. Hoewel de belangrijkste redenen van ontevredenheid met de buurt te maken hebben met de slechte toestand van de fysieke omgeving (zie wonen en leefomgeving), geven *Gentenaars* toch ook “slechte of geen contacten met de burens” (door 36% vermeld, 7% als belangrijkste reden) en “problemen met allochtonen” (door 18% vermeld, 11% belangrijkste) op als redenen van ontevredenheid met hun buurt²⁹.

Cijfergegevens met betrekking tot sociale gezondheid tonen dat **achtergestelde buurten** te kampen hebben met een "sociaal deficit", de sociale netwerken zijn er minder uitgebreid en kwalitatief minder bevredigend³⁰. In de **Bloemekenswijk**³¹ kent de overgrote meerderheid minimaal een aantal mensen in de buurt. Toch rapporteert 7,5% van de respondenten geen enkele andere inwoner van de wijk te kennen en 18,4% geen mensen uit de buurt te vertrouwen. Ongeveer de helft van de respondenten ervaart de buurt als een buurt waar mensen voor elkaar zorgen. 67.3% van de respondenten ontmoet per week minimaal 1 keer familie terwijl 8,7% van de respondenten rapporteert in het voorbije jaar geen enkele keer familie te hebben ontmoet.

Besluit

Het verenigingsleven gaat erop achteruit en de computer, gsm en televisie eisen steeds meer de vrije tijd op. Dit gaat ten koste van het sociale leven en dus de sociale gezondheid van mensen. Een individualistische samenleving bevordert niet de sociale cohesie in buurten waar mensen nauwelijks hun burens kennen. In achtergestelde buurten zien we dat er duidelijk meer contact is tussen burens maar anderzijds is er toch een groter sociaal deficit doordat zij minder uitgebreide sociale netwerken hebben. Hoewel er toch een stijgende trend is van senioren die deelnemen aan het verenigingsleven, zien we anderzijds ook een grote problematiek van eenzaamheid vooral bij die senioren die minder mobiel zijn.

²⁹ Raymaekers, P., Francois, G., Vandekerckhove, B., e.a. (2003), *Leefbaarheidsonderzoek bij de inwoners van Gent a.d.h.v. een leefbaarheidsmonitor*. Brussel

³⁰ Legiest, E., Willems, S., De Maeseneer J. (2004), *Gezondheid in grote steden*, Universiteit Gent.

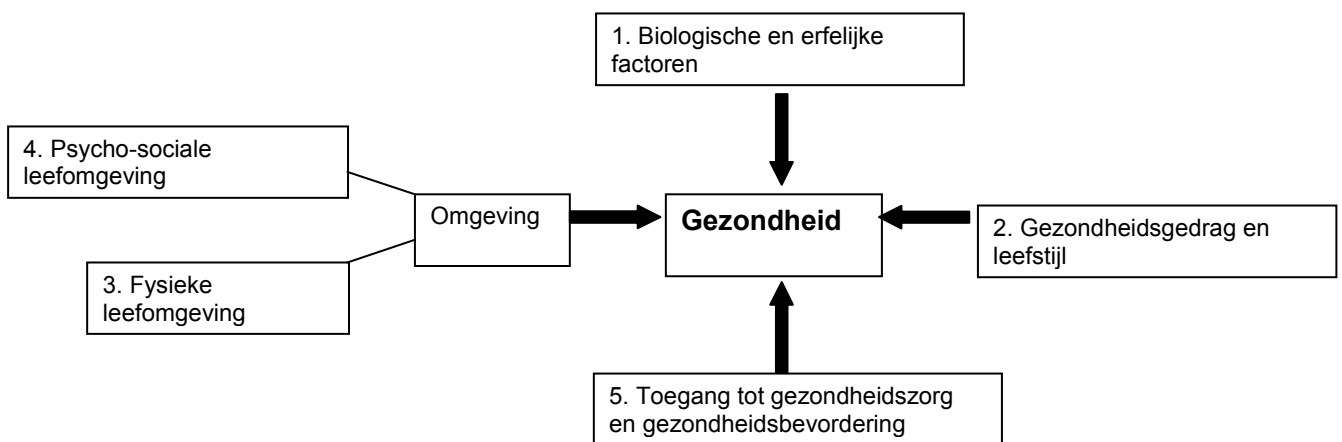
³¹ Willems S., Snauwaert B. en De Maeseneer J. (2007), *Eindrapport. Opstellen gezondheidsprofiel van de Bloemekenswijk*, in opdracht van Gezondheidsdienst Stad Gent, Gent.

3. Beïnvloedende factoren

Onze gezondheid wordt beïnvloed door verschillende uiteenlopende factoren. Het gaat zowel om factoren die samengaan met de persoon zelf, zoals biologische factoren en het gedrag van de persoon, als om factoren die samengaan met de omgeving, zowel het leefmilieu als de sociale omgeving. Ook vanuit de gezondheidszorg kan er een invloed zijn op de gezondheid.

Naar analogie met het Lalonde model³², kunnen meer bepaald 5 terreinen voor het voeren van een gezondheidsbeleid worden onderscheiden:

- 1) Biologische en erfelijke factoren
- 2) gedrag en leefstijl (o.m. voeding, genotmiddelen, beweging, seksueel gedrag)
- 3) fysieke omgeving (milieu, veiligheid, huisvesting, woonomgeving)
- 4) (psycho)sociale omgeving (inkomen, onderwijs, arbeid, vrije tijd, welzijn)
- 5) gezondheidszorg (vraagsturing, toegankelijkheid, personeelsbeleid, financiering)



3.1. De biologische en erfelijke factoren.

Onder biologische en erfelijke factoren verstaan we de **aanwezige (aanleg tot) gezondheid** of (chronische) ziekte, lichaamsbouw en geslacht. Uit onderzoek blijkt echter dat deze biologische factoren slechts voor 1/3 de gezondheid bepalen op latere leeftijd. Onze gezondheid op latere leeftijd wordt verder vooral bepaald door keuzes die we dagdagelijks maken.

De kennis van aanleg voor bepaalde ziekten kan belangrijk zijn om preventieve screenings te laten uitvoeren. Bij bepaalde ziekten zoals diabetes en chronische aandoeningen kan een aangepaste levensstijl uiterst belangrijk zijn om de gevolgen van de ziekte te beperken. Daarbij is er dan sprake van **secundaire preventie**. Als stedelijke Gezondheidsdienst focussen we momenteel echter eerder op primaire preventie dan op secundaire preventie. Daarom gaan hier nu niet verder op in.

3.2. Gezondheidsgedrag en leefstijl.

Leefgewoonten en leefwijzen hebben een verregaande invloed op de gezondheid. Een reeks aspecten van het dagelijkse leven spelen een rol in het **behoud van een goede gezondheidstoestand**, zoals bewegen, gezonde voeding en veilige seks. Daarentegen kunnen bepaalde gedragingen ook de

³² Lalonde rapport: <http://www.vogz.nl/docs/rapportlalonde.pdf>

gezondheid schaden, met name, consumptie van tabak, alcohol of drugs, het rijden in beschooten toestand of het gevaarlijk rijden³³.

Een veranderende levenswijze heeft ervoor gezorgd dat nieuwe problemen en risico's zijn ontstaan. In Vlaanderen is meer dan 40% van de sterfte voor de leeftijd van 75 jaar potentieel vermijdbaar als de bevolking er een gezonde levenswijze op na zou houden en als de gezondheidszorg terzake optimaal zou functioneren³⁴.

3.2.1. Lichaamsbeweging

In de aangepaste voedingsdriehoek is ook een norm voor bewegen opgenomen. Iedere volwassene moet minstens 30 minuten per dag bewegen, kinderen en jongeren minstens 1 uur. 60% van de Vlaamse bevolking besteedt echter minder dan 30 minuten per dag aan **lichaamsbeweging** en 21% loopt een gezondheidsrisico gezien ze helemaal niet aan lichaamsbeweging doet. Personen met een eerder hoge opleiding geven proportioneel meer aan tijdens hun vrije tijd aan lichaamsbeweging te doen. Omgekeerd: 44% van diegenen zonder diploma of met slechts een diploma lager onderwijs geven aan niet aan lichaamsbeweging te doen, een percentage dat significant hoger ligt dan bij de hoogst opgeleiden (17%)³⁵. Algemeen gezien doet ongeveer de helft van de respondenten in *Gent* in 2006 regelmatig actief aan sport. Een kwart sport zelden of nooit.

Sportactief 2006 ³⁷	
wekelijks	18%
meermaals per week	22%
dagelijks	12%

Figuur 8: Sportactief in Gent 2006³⁶

3.2.2. Voedingsgewoonten

Er is steeds meer zekerheid dat voedingsfactoren een rol spelen in het ontstaan van verschillende ziekten (bvb. hart- en vaatziekten, osteoporose, specifieke aandoeningen ingevolge overgewicht). Het belangrijkste advies blijft om gevarieerd en gematigd te eten met een evenwichtige verdeling van de voedingsstoffen. Extra aandachtspunten zijn het vermijden van overgewicht, een beperking van vetten en meer specifiek verzadigd vet. De gunstige rol van voedingsvezels passen volledig in de promotie van voedingsmiddelen zoals brood, aardappelen, groenten en fruit. De **voedingsgewoonten** van de Vlaming³⁷ blijken echter ondermaats. Eén vijfde van de Vlaamse bevolking geeft aan onregelmatig de maaltijden te gebruiken. Ontbijten blijkt bij een substantieel aantal personen – vooral bij het beroepsactieve deel van de bevolking – niet de regel te zijn. In de Bloemekenswijk³⁸ neemt 73,2% dagelijks een ontbijt versus 82,4% van de Vlamingen en omgekeerd neemt 12,8% (bijna) nooit ontbijt versus 7,1% van de Vlaamse respondenten. Voor 14% van de Vlamingen zijn er aanwijzingen voor een onvoldoende gebruik van groenten. Vooral jongeren (15-24 jaar)- staan eerder weigerachtig tegenover een regelmatig gebruik van groenten. Ook dit is nauw gerelateerd met het opleidingsniveau: personen met een eerder geringe opleiding geven significant meer aan (20%) onvoldoende regelmatig groenten te eten dan diegenen met een hoger opleidingsniveau (12%). De Bloemekenswijk lijkt in de

³³ WIV (2002) *Gezondheidsenquête door middel van Interview België 2001*, IPH/EPI Reports nr 2002-22, Brussel: Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid. Afdeling Epidemiologie.

³⁴ Nota van de Vlaamse Gezondheidsraad (2006), *De toekomst van het gezondheids(zorg)beleid in Vlaanderen, met bijzondere aandacht voor de eerstelijnsgezondheidszorg*, VGR.2006/02 – WG GB, pp. 40

³⁵ WIV (2002) *Gezondheidsenquête door middel van Interview België 2001*, IPH/EPI Reports nr 2002-22, Brussel: Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid. Afdeling Epidemiologie.

³⁶ *Gent in cijfers 2007, een Omgevingsanalyse*, Stad Gent, Departement Stafdiensten, Dataplanning en Monitoring, pp.77.

³⁷ WIV (2002) *Gezondheidsenquête door middel van Interview België 2001*, IPH/EPI Reports nr 2002-22, Brussel: Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid. Afdeling Epidemiologie.

³⁸ Willems S., Snauwaert B. en De Maeseneer J. (2007), *Eindrapport. Opstellen gezondheidsprofiel van de Bloemekenswijk*, in opdracht van Gezondheidsdienst Stad Gent, Gent.

consumptie van groenten beter te scoren: 90% eet minimaal 5 dagen per week groenten versus 86% van de Vlamingen. Wat fruit betreft, loopt de consumptie min of meer gelijk. Opvallend is echter wel dat 8,4% van de respondenten uit de Bloemekenswijk rapporteert nooit of bijna nooit fruit te eten versus 3,4% van de Vlaamse respondenten. 40% van de Vlaamse bevolking geeft aan onvoldoende frequent fruit te eten. Ook hier is een duidelijke samenhang tussen het opleidingsniveau en de frequentie van de consumptie van fruit. Ook blijkt dat mannen (42%) minder frequent fruit eten dan vrouwen (33%). 36% van de Vlaamse populatie geeft aan onvoldoende frequent bruin brood te consumeren. De consumptie van bruin brood in de Bloemekenswijk lijkt gelijk te lopen met de Vlamingen. In Vlaanderen geeft 34% van de bevolking aan onvoldoende frequent vis te consumeren. Tweederden van de populatie (68%) geeft aan in de afgelopen twee jaar niet gepoogd te hebben minder vet te consumeren. Bijna 1 op 2 respondenten uit de Bloemekenswijk consumeert dagelijks gesuikerde dranken.

3.2.3. Obesitas

Door te weinig beweging en slechte voedingsgewoonten wordt voor veel Vlamingen **obesitas** een belangrijk probleem: 52% van de mannen en 37% van de vrouwen heeft overgewicht en ongeveer 1 Vlaming op 10 is echt zwaarlijvig. Het percentage zwaarlijvige mannelijke werknemers is tussen 1993 en 2000 gestegen van 10 tot 14%, bij vrouwen gingen de cijfers van 9 naar 13%³⁹. Zowel overgewicht als zwaarlijvigheid vertoont een samenhang met het opleidingsniveau. Voor beiden geldt dat hoe hoger het opleidingsniveau is, hoe lager de kans is personen terug te vinden die een overgewicht hebben, respectievelijk zwaarlijvig zijn⁴⁰. 1 op 5 respondenten uit de *Bloemekenswijk*⁴¹ heeft een ziekelijke vorm van overgewicht, dit in tegenstelling tot de Vlaamse respondenten waarvan 1 op 10 een ziekelijke vorm van overgewicht heeft.

(in percent)	Bloemekenswijk	Vlaanderen
Ondergewicht	4,8	4,9
Normaal	44,0	52,6
Zwaarlijvig	32,0	32,0
Ziekelijke obesitas	19,2	10,5
Totaal	100	100

3.2.4. Alcoholgebruik

37% van de Belgische bevolking is geheelonthouder of gebruikt minder dan één keer per week **alcohol**. 63% van de bevolking gebruikt iedere week alcohol, in Vlaanderen is dat 68%. Meer bepaald drinkt 30% van de bevolking enkel alcohol tijdens het weekend (vrijdag inbegrepen) en gebruikt 30% ook alcohol tijdens de week. Eén persoon op tien gebruikt dagelijks alcohol. 7% van de bevolking kan bestempeld worden als “zware drinker”⁴². Het alcoholgebruik in de **Bloemekenswijk**⁴³ lijkt meer gepolariseerd te zijn: er zijn meer inwoners die dagelijks drinken dan in Vlaanderen maar ook meer inwoners die zelden tot nooit drinken. De prevalentie van gebruik van alcohol neemt toe naarmate het opleidingsniveau stijgt. Een problematisch alcoholgebruik wordt echter vaker gerapporteerd door lager opgeleiden.

³⁹ Nota van de Vlaamse Gezondheidsraad (2006), *De toekomst van het gezondheids(zorg)beleid in Vlaanderen, met bijzondere aandacht voor de eerstelijnsgezondheidszorg*, VGR.2006/02 – WG GB, pp. 40

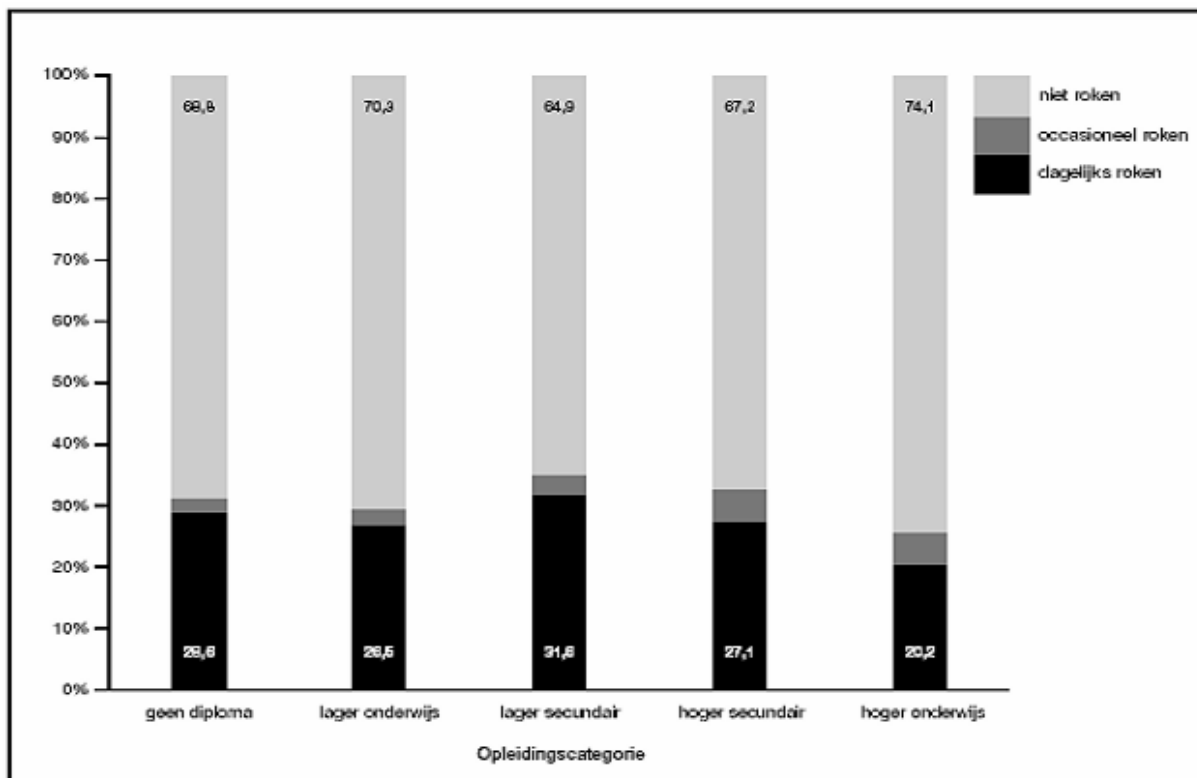
⁴⁰ WIV (2002) *Gezondheidsenquête door middel van Interview België 2001*, IPH/EPI Reports nr 2002-22, Brussel: Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid. Afdeling Epidemiologie.

⁴¹ Willems S., Snauwaert B. en De Maeseneer J. (2007), *Eindrapport. Opstellen gezondheidsprofiel van de Bloemekenswijk*, in opdracht van Gezondheidsdienst Stad Gent, Gent.

⁴² WIV (2002) *Gezondheidsenquête door middel van Interview België 2001*, IPH/EPI Reports nr 2002-22, Brussel: Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid. Afdeling Epidemiologie.

⁴³ Willems S., Snauwaert B. en De Maeseneer J. (2007), *Eindrapport. Opstellen gezondheidsprofiel van de Bloemekenswijk*, in opdracht van Gezondheidsdienst Stad Gent, Gent.

3.2.5. Tabaksgebruik



Figuur 9: Rookgewoonten volgens opleidingsniveau⁴⁴

Tabak is nog steeds één van de belangrijkste, vermijdbare oorzaken van ziekte en vroegtijdige sterfte. De meest schadelijke effecten van het roken doen zich maar voor na verloop van enkele tientallen jaren. Het is dan ook niet verwonderlijk dat jongeren geen aandacht hebben voor deze risico's en vooral begaan zijn met de sociale en psychologische drijvers van het roken in hun directe omgeving. De kans dat je ernstig ziek wordt, is groter naarmate je meer rookt, vroeger bent beginnen roken en de rook inhaleert. Uit de cijfers blijkt dat een derde van de mannen in Vlaanderen dagelijks rookt en bij de vrouwen is dat een kwart. Bij Vlaamse mannen is bijna 30% van de sterfte te verklaren door ziekte gerelateerd aan tabak, bij vrouwen maar 4%. Zowel de longkankerincidentie als de longkankersterfte bij mannen behoort tot de hoogste van de voormalige EU van 15 landen. Doordat het percentage rokers bij de mannen op langere termijn wel is gedaald (begin jaren 1980 rookte nog meer dan de helft dagelijks), neemt de tabaksgerelateerde sterfte bij mannen nu wel stilaan af. Bij vrouwen begint zich echter het effect van de rookemancipatie te uiten en loopt de tabaksgerelateerde sterfte langzaam op⁴⁵. De tabaksafhankelijkheid is meer uitgesproken bij de lager opgeleiden: 20% van de rokers zonder diploma of met slechts een diploma lager onderwijs kunnen beschouwd worden als zwaar afhankelijk van tabak, tegen 9% van de rokers met een diploma hoger onderwijs⁴⁶. Opmerkelijk is vooral dat 70% van de respondenten van de **Bloemekenswijk**⁴⁷ roken tegenover 25% van de Vlamingen.

⁴⁴ De Boeck L., Van Paepegem T. en Van Den Broucke S. (2002) *Het recht op gezondheidszorg en bescherming van de gezondheid*, VIG, p. 6.

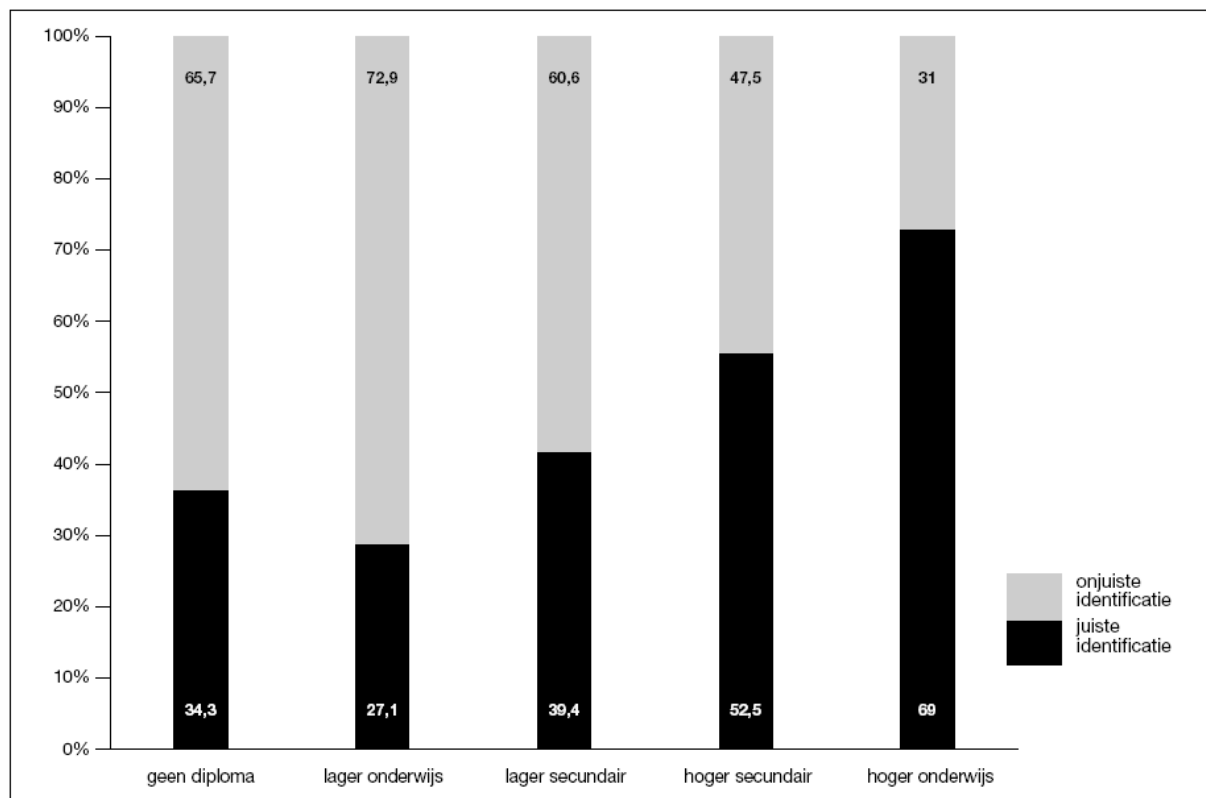
⁴⁵ Nota van de Vlaamse Gezondheidsraad (2006), *De toekomst van het gezondheids(zorg)beleid in Vlaanderen, met bijzondere aandacht voor de eerstelijnsgezondheidszorg*, VGR.2006/02 – WG GB, pp. 40

⁴⁶ WIV (2002) *Gezondheidsenquête door middel van Interview België 2001*, IPH/EPI Reports nr 2002-22, Brussel: Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid. Afdeling Epidemiologie.

⁴⁷ Willems S., Snauwaert B. en De Maeseneer J. (2007), *Eindrapport. Opstellen gezondheidsprofiel van de Bloemekenswijk*, in opdracht van Gezondheidsdienst Stad Gent, Gent.

3.2.6. Seksueel gedrag

Seksuele gezondheid. Toen aids in het midden van de jaren tachtig op het toneel verscheen, werd de vrije beleving van seksualiteit plots gevaarlijk. Waar tot dan toe enkel risico bestond op seksueel overdraagbare aandoeningen of ongewenste zwangerschappen, verscheen er een virus dat op (middellange) termijn dodelijk is. Tot vandaag is men er nog niet in geslaagd om een vaccin of medicijnen te ontwikkelen die iemand volledig genezen van aids. Nog steeds raken elke dag mensen besmet met HIV. Toch was seks zonder bescherming daarvoor ook niet geheel zonder risico's. Seksueel overdraagbare aandoeningen (soa) zijn zo oud als de mens. Ook in het verleden hadden ze soms ernstige gevolgen. Zo maakte een ziekte als syfilis voor de komst van penicilline veel slachtoffers. Vandaag de dag bestaan er geneesmiddelen die je van de meeste soa kunnen verlossen. Maar sommige blijven ongeneeslijk. Sommige soa kunnen op lange termijn zware gevolgen hebben en ben je besmet met een soa dan ben je ook vatbaarder voor een besmetting met het hiv-virus. De seksuele gezondheid vertoont ook een **sociale gradiënt**. Er zijn aanwijzingen voor de praktijk dat seksueel actieve vrouwen met een hoger opleidingsniveau relatief meer contraceptie gebruiken dan vrouwen met een eerder beperkte opleiding. Een correcte kennis over de manier waarop het HIV-virus zich kan verspreiden en over de effectiviteit van beschermingsmethodes tegen HIV hangt ook samen met het opleidingsniveau⁴⁸.



Figuur 10: Kennis (on)doeltreffende beschermingsmethodes tegen HIV-besmetting volgens opleidingsniveau

3.2.7. Screening en vaccinatiegedrag

Borstkanker is één van de belangrijkste doodsoorzaken bij vrouwen tussen 45 en 64 jaar. Preventie in de vorm van een screeningsmammografie kan sterk bijdragen tot de vermindering in de mortaliteit

⁴⁸ WIV (2002) *Gezondheidsenquête door middel van Interview België 2001*, IPH/EPI Reports nr 2002-22, Brussel: Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid. Afdeling Epidemiologie.

door deze ziekte. Vrouwen die deelnemen aan een georganiseerde screening, zouden hun risico om te overlijden aan borstkanker gehalveerd zien. Sinds 2001 wordt in Vlaanderen een screeningprogramma voor borstkanker georganiseerd voor vrouwen tussen 50 en 69 jaar. Het succes van screening is evenwel voorwaardelijk. Er is een maximaal mogelijke sterftereductie ten gevolge van borstkanker van 40% mits een deelname aan de screening van 100%.⁴⁹ Bij een opkomst van 70% daalt de sterftereductie tot 28% en bij een opkomst van 60% is de sterftereductie teruggebracht tot minder dan 20%. Regelmatige acties of campagnes zijn bijgevolg noodzakelijk om de deelname aan de screenings op het gewenste peil te brengen en te houden.

De gezondheidsrisico's bij **infecties** zijn erg divers en afhankelijk van de ziekte. Veel genoemde risico's zijn: (blijvende) spierverlamming, ademnood, ontstekingen aan gewrichten, lever, longen, hersenen of hersenvliezen. Voor jonge kinderen kunnen de gevolgen zelfs dodelijk zijn. Infecties zijn niet alleen op het individuele niveau belangrijk. Een goed georganiseerde vaccinatie heeft ook invloed op populatieniveau. Alhoewel verschillende infectieziekten zoals lepra, pest en buiktyfus teruggedrongen werden door de voorziening van zuiver drinkwater en een betere algemene hygiëne, is de bijdrage van actieve immunisatie van doorslaggevend belang geweest bij het uitroeien van pokken en de sterke indijking van difterie, tetanus, kinkhoest, polyomyelitis, mazelen, bof en (congenitale) rubella. In vergelijking met andere niet-vaccineerbare infectieziekten, zoals verkoudheden, bewijst de spectaculaire terugloop van de vaccineerbare ziekten wel degelijk het effect van de vaccinatiecampagne. Dit effect wordt echter alleen behaald op voorwaarde dat er sprake is van een voldoende vaccinatiegraad van de populatie (deze varieert van ziekte tot ziekte tussen de 90 % en 95%)⁵⁰. In het kader van de gezondheidsbescherming hebben verschillende federale en gewestelijke reglementeringen aan de gemeenten welbepaalde taken inzake controle van vaccinaties toegewezen, zoals bvb. een wettelijk verplichte controle op de inenting tegen poliomyelitis.

Besluit

Op Vlaams, Federaal en voor zover er gegevens zijn op Gents niveau zien we bij een groot deel van de bevolking **problematisch gezondheidsgedrag** op vlak van lichaamsbeweging, voedingsgewoonten, middelengebruik en seks. Uit onderzoek blijkt dat risicogedrag bovendien veel meer voorkomt in achterstellersbuurten⁵¹.

3.3. Fysieke leefomgeving.

3.3.1. Buitenmilieu

Door de hoge concentratie van zowel bevolking als activiteit is de **milieudruk** op het stedelijk gebied groot. Heel wat gegevens wijzen op het belang van de vervuiling van het leefmilieu als oorzaak van een aantal chronische aandoeningen zoals kanker, cardiovasculaire aandoeningen, longziekten, sommige auto-immuun ziekten, sommige neurodegeneratieve aandoeningen en onvruchtbaarheid. Daarbij zijn er steeds meer aanwijzingen dat milieublootstellingen aan zeer lage dosissen een zelfs relatief sterker negatief effect hebben, bijvoorbeeld wat betreft fijn stof of lood. Dit geldt ook voor blootstelling aan tabaksrook⁵².

Gezondheidsverlies kan gedeeltelijk het gevolg zijn van verontreinigingen in lucht, water, bodem en van hinderelementen. Gent heeft een recente geschiedenis van overwegend slechte **oppervlaktewaterkwaliteit**, maar de laatste jaren zien we wel een gunstige evolutie. De riolerings- en

⁴⁹ Dekkingsgraad van de borstkankeropsparing – Gezondheidsconferentie : Bevolkingsonderzoek naar borstkanker, 16 december 2005.

⁵⁰ Vaccinaties: gids voor hedendaagse immunisatie, Garant, 1996.

⁵¹ Legiest, E., Willems, S., De Maeseneer J. (2004), *Gezondheid in grote steden*, Universiteit Gent.

⁵² Nota van de Vlaamse Gezondheidsraad (2006), *De toekomst van het gezondheids(zorg)beleid in Vlaanderen, met bijzondere aandacht voor de eerstelijnsgezondheidszorg*, VGR.2006/02 – WG GB, pp. 40

waterzuiveringsinfrastructuur wordt verder uitgebouwd. Momenteel is de rioleringsgraad in de stad 93,8% en de zuiveringsgraad van het huishoudelijk afvalwater 60,2%. Gent draagt ook een zware erfenis uit het industriële verleden en telt een hoog aantal potentieel en reëel **verontreinigde sites**. Begin 2006 was 14,3% van het grondgebied van Gent opgenomen in het register van verontreinigde gronden. De **kwaliteit van de lucht** verbetert geleidelijk aan in Gent, vooral dan op het meetpunt in de Kanaalzone, eerder dan op het meetpunt in het centrum van Gent. In 2005 waren er 65% en 59% dagen met een goede luchtkwaliteit in respectievelijk Sint-Kruiswinkel en de Baudelostraat; Anderzijds kan er algemeen gesteld worden dat de verontreinigingen door **fijn stof**, veroorzaakt door personenverkeer en goederentransport, stijgt⁵³.

Hinder heeft vele vormen en oorzaken. Uit het leefbaarheidsonderzoek⁵⁴ in 2005 bleek dat de meeste voorkomende vorm van hinder voor de Gentenaar geluidshinder is: twee op drie inwoners heeft er last van.

Hinder	
Geluid	65%
Geur	40%
Stof	39%
Licht	12%

Figuur 11: Hinder in Gent⁵⁵

Anderzijds heeft de **aanwezigheid van groen in de buurt**, rustige straten, weinig verkeer, stilte en openheid een positieve invloed op de gezondheid, vooral wanneer deze daarin een eigen spelomgeving kunnen creëren. In 2005 woont 98% van de Gentse bevolking (228.051 inwoners) binnen een straal van 500 m van een stuk openbaar groen dat een zekere belevingswaarde heeft en dat groter is dan 200 m². wanneer we kijken naar een groter stuk openbaar groen (minimum 1 ha), dan is dit slechts voor 33% van de Gentse bevolking beschikbaar binnen de 400 m⁵⁶.

Uit het leefbaarheidsonderzoek⁵⁷ in 2005 blijkt dat drie kwart van de Gentenaars tevreden is over de eigen woonbuurt; over deelaspecten van de woonomgeving is de tevredenheid kleiner dan over de buurt in zijn geheel. Onder meer rust en groen zijn belangrijke factoren in de tevredenheid over de leefkwaliteit van de woonomgeving;

Tevredenheid	
Over de buurt in zijn geheel	77%
Over deelaspecten van de woonomgeving:	
• De visuele kwaliteit van de gebouwen	55%
• De aanwezigheid van groen	49%
• De staat van straten en voetpaden	44%
• Veilig kunnen spelen	37%

Figuur 12: Tevredenheid in Gent⁵⁸

In het **Vlaams humaan biomonitoringsprogramma**⁵⁹ milieu en gezondheid werden nog geen significante gezondheidseffecten waargenomen, maar het onderzoek gaat verder. Het

⁵³ *Gent in cijfers 2007, een Omgevingsanalyse*, Stad Gent, Departement Stafdiensten, Dataplanning en Monitoring, pp.77.

⁵⁴ Raymaekers, P., Francois, G., Vandekerckhove, B., e.a. (2003), *Leefbaarheidsonderzoek bij de inwoners van Gent a.d.h.v. een leefbaarheidsmonitor*. Brussel

⁵⁵ *Gent in cijfers 2007, een Omgevingsanalyse*, Stad Gent, Departement Stafdiensten, Dataplanning en Monitoring, pp.77.

⁵⁶ *Gent in cijfers 2007, een Omgevingsanalyse*, Stad Gent, Departement Stafdiensten, Dataplanning en Monitoring, pp.77.

⁵⁷ Raymaekers, P., Francois, G., Vandekerckhove, B., e.a. (2003), *Leefbaarheidsonderzoek bij de inwoners van Gent a.d.h.v. een leefbaarheidsmonitor*. Brussel

⁵⁸ *Gent in cijfers 2007, een Omgevingsanalyse*, Stad Gent, Departement Stafdiensten, Dataplanning en Monitoring, pp.77.

⁵⁹ *Vlaams Humaan Biomonitoringsprogramma, Milieu en Gezondheid, 2002-2006*

perceptieonderzoek toonde aan dat ruim één derde van alle jonge moeders en jongeren en bijna de helft van de oudere volwassenen aangeeft dat er een milieuprobleem is in hun woonomgeving. Slechts een kwart van de volwassenen bleek ongerust over gezondheidsrisico's naar aanleiding van milieuproblemen. Men vermoedt dat de reden ligt bij het feit dat het verband tussen milieuvervuiling en gezondheidsklachten niet eenvoudig te leggen is. Opvallend daarbij is wel de paradox tussen de lage eigen bereidheid aan inspraak dele te nemen (22%) en het belang dat volwassenen hechten aan betrokkenheid van de bevolking bij milieubeleid (90%).

3.3.2. Binnenmilieu

Ook het **binnenmilieu** beïnvloedt de gezondheid. Mensen brengen gemiddeld zo'n 85% van hun tijd binnenshuis door. Ook de meeste ongevallen gebeuren in en om de woning. Adviezen en/of bouwkundige verbeteringen kunnen leiden tot een gezonder binnenmilieu en tot minder ongevallen. De grootste vijand is hier CO-intoxicatie, die vooral voorkomt in slechte woningen in achtergestelde buurten. Uit het Antigifcentrum jaarverslag van 2002 blijkt dat er meer dan 600 gevallen van CO-intoxicaties werden geregistreerd in België, met ruim 1302 slachtoffers. Ook vocht, schimmel en weinig verluchte ruimtes maken deel uit van een ongezond binnenmilieu. Bovendien rookt er nog steeds in 29% van de huishoudens in Vlaanderen elke dag minstens één persoon binnenshuis. Bij hoger opgeleiden is dat minder het geval.

Uit een *Vlaamse studie* in Gent blijkt dat 16.000 woningen (15%) getypeerd werden als 'slechte woningen'. Hierdoor heeft **Gent het hoogste aandeel slechte woningen in Vlaanderen**. Bovendien wordt verwacht dat zonder doortastende renovatie- en vervangingsinitiatieven het aantal slechte woningen snel verder zal toenemen. Vooral in de stadsgordel is de woonkwaliteit laag. Dit blijkt tevens uit een screening van 75 a 80% van de woonentiteiten in verschillende wijken in de 19^{de} eeuwse gordel. 71% van de gescreende woningen in de Brugse Poort en 62% van de gescreende woningen in Rabot komen in principe in aanmerking voor een ongeschikt- of onbewoonbaarverklaring. Bij vergelijkbare screenings werd 62% van de woningen aangeduid als mogelijks ongeschikt of onbewoonbaar en vermoedelijk is dit cijfer extrapolieerbaar voor andere wijken in de 19^{de} eeuwse gordel⁶⁰.

De respondenten uit de Bloemekenswijk⁶¹ wonen vaker in een aaneengesloten woning of in een flatgebouw dan de Vlaamse respondenten. Dit is niet verwonderlijk gezien het stedelijke karakter van de wijk. De **kwaliteit van de woningen**, zoals hier bevestigd, lijkt relatief goed te zijn: 87% van de woningen blijkt te voldoen aan 5 of 6 van de opgestelde criteria. Dit staat echter in contrast tot wat de enquêteurs rapporteerden omtrent de kwaliteit van de woningen die zij bezochten. Waarschijnlijk zijn de gehanteerde criteria minder geschikt om de kwaliteit van de woning te bepalen en dienen meer verfijnde indicatoren worden gebruikt.

3.3.3. Objectieve gezondheidsschadende factoren

Een ander aandachtspunt vormt de toegenomen mobiliteit. **Verkeersongevallen** zijn in *Vlaanderen* de belangrijkste doodsoorzaak bij jongeren van 5 tot 24 jaar en bij mannen in de leeftijdsgroep van 25 tot 29 jaar. De sterfte door verkeersongevallen is de jongste jaren wel aanzienlijk gedaald.

Ongevallen in de privé-sfeer dalen. Niettemin blijft dit soort ongevallen bij bejaarden een belangrijk probleem en zijn ongevallen in de privé-sfeer zijn binnen de gezondheidssector nog steeds één van de minst (h)erkende oorzaken van gezondheidsproblemen. Uit recente gegevens blijkt verder dat er meer ongevallen in de privé-sfeer gebeuren met dodelijke afloop dan in het verkeer⁶². Bij mannen doet 46%

⁶⁰ *Gent in cijfers 2007, een Omgevingsanalyse*, Stad Gent, Departement Stafdiensten, Dataplanning en Monitoring, pp.77.

⁶¹ Willems S., Snauwaert B. en De Maeseneer J. (2007), *Eindrapport. Opstellen gezondheidsprofiel van de Bloemekenswijk*, in opdracht van Gezondheidsdienst Stad Gent, Gent.

⁶² http://www.vig.be/content.asp?nav=themas_ongevallenpreventie.

van de sterfgevallen door privé-ongevallen zich voor bij 75-plussers en bij vrouwen zelfs 73%. Veertig procent van de thuiswonende 70-plussers heeft minstens 1 valaccident per jaar, waarvan 35% herhaaldelijk valt. De gevolgen van accidenteel vallen, bijvoorbeeld fracturen, zijn de belangrijkste oorzaken van overlijden door een ongeval in de privésfeer (58% bij mannen en 75% bij vrouwen). Naast fysieke letsels kunnen de psychologische gevolgen ernstig zijn, leidend tot valangst, verlies van zelfvertrouwen, angst voor afhankelijkheid, sociale isolatie en depressie⁶³.

3.3.4. Subjectieve gezondheidsschadende factoren

Er zijn niet enkel objectieve verschillen tussen wijken, ook zijn er verschillen in de beleving van de leefbaarheid door de inwoners. Leefbaarheid bevat de kwaliteit van de woning, en de woonomgeving, de mate van buurtbinding, de aanwezigheid van voorzieningen, veiligheid, sociale relaties en de relatie tot de stad in verband met buurtaanlegingen.

Leefbaarheidsindex 2005 (van -2 tot +2) ⁵⁰	
Gent Zuidwest	0,60
Gent Noordoost	0,54
Gent-centrum	0,50
Gent-rand	0,27
Gent (totaal)	0,44

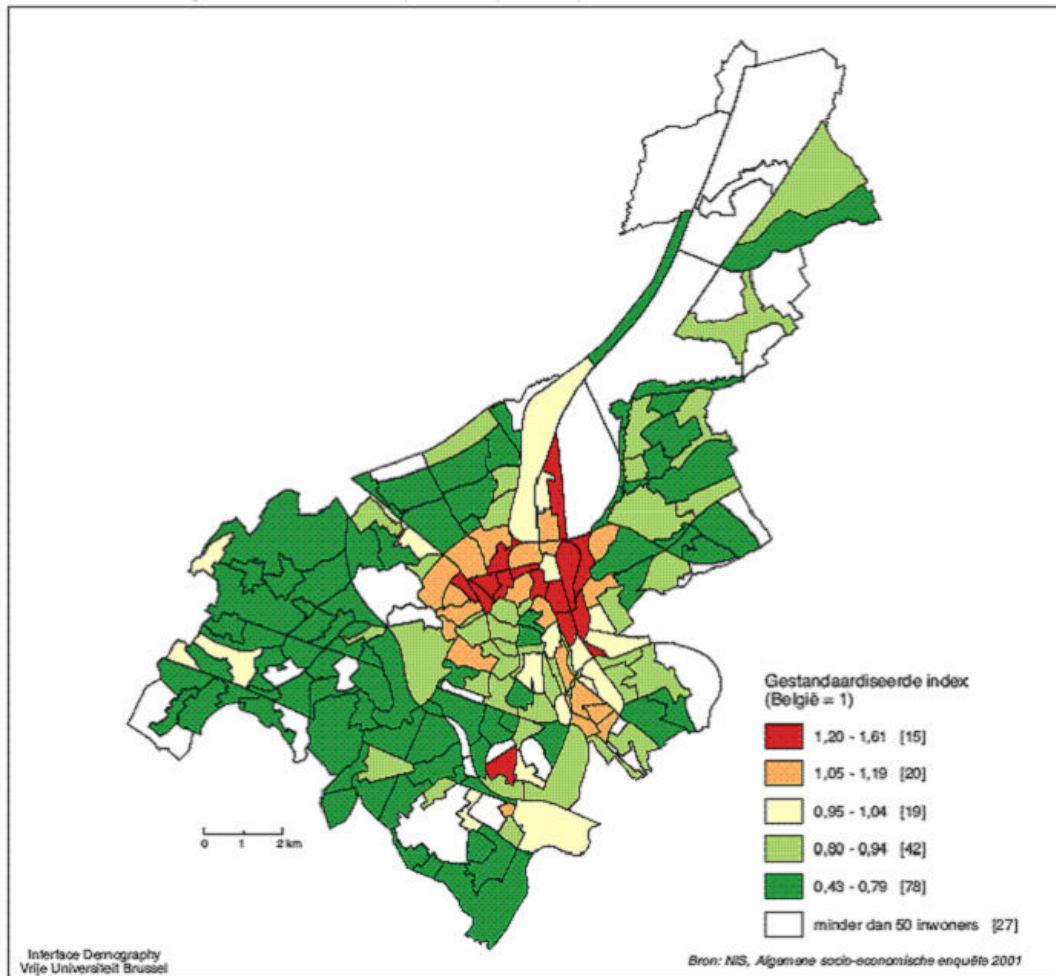
Figuur 13: Leefbaarheidsindex 2005 ⁶⁴

Hoewel $\frac{3}{4}$ van de *Gentenaars tevreden is over zijn of haar buurt*, stoort ongeveer de helft zich toch aan de fysieke aspecten van zijn buurt: een lelijke of slecht onderhouden omgeving, rommel in de buurt, te weinig buurtgroen. De ontevredenen over de fysieke leefomgeving zijn vooral te vinden in de 19^{de} eeuwse gordel. In de buurten waar lagere inkomensklassen wonen, is er ook minder buurtgroen⁶⁵. Met de stadsvernieuwingsprojecten zoals ‘zuurstof in de Brugse poort’ en ‘bruggen naar Rabot’ wil de Stad Gent achterstelling van buurten tegengaan en zo de leefbaarheid van de stad verbeteren.

⁶³ Nota van de Vlaamse Gezondheidsraad (2006), *De toekomst van het gezondheids(zorg)beleid in Vlaanderen, met bijzondere aandacht voor de eerstelijnsgezondheidszorg*, VGR.2006/02 – WG GB, pp. 40

⁶⁴ *Gent in cijfers 2007, een Omgevingsanalyse*, Stad Gent, Departement Stafdiensten, Dataplanning en Monitoring, pp.77.

⁶⁵ Stad Gent, OCMW Gent (2008) Lokaal Sociaal Beleidsplan Gent. Strategisch meerjarenplan 2008-2013, Omgevingsanalyse



Figuur 14: Subjectieve gezondheidservaring in Gent⁶⁶

3.4. (Psycho)sociale leefomgeving.

Vaak gaat men uit van de veronderstelling dat gedrag een individuele keuze is. Het gedrag is echter ook een resultante van de (sociale) omgeving waarin iemand is opgegroeid en leeft. Gedragsverschillen zijn daarom niet alleen toe te schrijven aan vrijwillig gemaakte keuzen, maar vinden hun oorsprong in deze omgeving⁶⁷.

Sociaal kapitaal⁶⁸ kan omschreven worden als een set van hulpmiddelen die een individu in een samenleving ter beschikking staan om bepaalde doelen te bereiken of die de gemeenschap kan gebruiken om de sociale organisatie vorm te geven. Sleutelementen van sociaal kapitaal zijn: de kwaliteit van sociale relaties, groepslidmaatschap, formele en informele netwerken, gedeelde normen, vertrouwen, wederkerigheid en inzet voor de gemeenschap. **Sociale cohesie** is dan de ‘mate van samenhang tussen de leden van de gemeenschap’, i.e. de betrokkenheid.

⁶⁶ Lorant V, Portet MI, Deboosere P, Miermans PJ, Demarest S, Van Oyen H., *Gezondheid en mantelzorg: Socio-economische Enquête 2001 – Monografieën*, DWTC, 173 pag, 2005, p139 (Kaart 18: Subjectieve gezondheidservaring in Gent)

⁶⁷ De Boeck L., Van Paepegem T. en Van Den Broucke S, (2002) *Het recht op gezondheidszorg en bescherming van de gezondheid*, VIG, p. 6.

⁶⁸ *Gent in cijfers 2007, een Omgevingsanalyse*, Stad Gent, Departement Stafdiensten, Dataplanning en Monitoring, pp.77.

De **daling van de gezinsomvang** leidt tot de versmalling van het ondersteunend draagvlak (alleenstaanden, eenoudergezinnen). 45% van de gezinnen bestaat uit alleenstaanden en 29% bestaat uit 2 personen. Dat is samen goed voor zowat driekwart van de huishoudens.

De **buurtbinding** en sociale aspecten van de buurt worden grotendeels positief beoordeeld door de Gentenaars. De mate van buurtbinding is het kleinst in de 19^e-eeuwse gordel, en groter in de perifere stadsdelen. De behoefte aan meer contact met de burens is niet echt groot. Het zijn vooral mensen met een laag inkomen en allochtonen die meer behoefte hebben aan meer contacten met de burens.

We stellen vast dat laaggeschoolden, werklozen, arbeidsongeschikten en ongeschoolde arbeiders minder lid zijn van **verenigingen** dan bijvoorbeeld bedienden, kaderpersoneel en studenten.

In Gent is 61% van de ouderen lid van één of meer verenigingen. 15% van de **senioren** doet aan vrijwilligerswerk. Anderzijds kampt bijna één vijfde van de Gentse senioren met serieuze eenzaamheidsgevoelens en bijna 40% van de ondervraagden heeft het gevoel niet meer mee te tellen. Ook zien we een ondervertegenwoordiging van senioren in de actieve samenleving

Mensen besteden echter ook veel vrije tijd aan **TV en computer** die niet aan andere, sociale activiteiten gespendeerd kan worden. Gemiddeld kijkt de Gentenaar (2005) per dag 3,5 uur TV en besteedt hij/zij 1,9 uur voor de computer.

Uit de stadsmonitor⁶⁹ blijkt dat 43% van de Gentenaars in 2006 vindt dat de meeste mensen wel te **vertrouwen** zijn. Gent verschilt daarin niet van de meeste andere centrumsteden. Mannen, jongeren en hoger opgeleiden hebben doorgaans meer vertrouwen dan vrouwen, ouderen en lager opgeleiden.

Uit een onderzoek bij **jongeren**⁷⁰ van 12-18 jaar zien we dat jongeren uit ASO meer tijd thuis doorbrengen, maar ook vaker aan jeugdverenigingen participeren en op kamp gaan, terwijl jongeren uit BSO en TSO zich vaker buitenshuis begeven en naar cafés en dancings gaan. Zulke ongelijke participatiecijfers vinden we minder terug op speelpleinen, in jeugdhuizen en bij het uitgaan: jongeren uit alle onderwijsrichtingen doen deze activiteiten in vrijwel gelijke mate, hoewel niet samen. Smits (2004) komt tot de vaststelling dat 1 tot 7% van de bevraagde jongeren zich eenzaam, uitgesloten, geïsoleerd van anderen en alleen voelt. Ondanks het feit dat het merendeel van de jongeren zich omringd voelt door vrienden, zou toch bijna één op vijf van hen meer goede vrienden willen hebben.

In de **Bloemekenswijk**⁷¹ kent de overgrote meerderheid minimaal een aantal mensen in de buurt. Toch rapporteert 7,5% van de respondenten geen enkele andere inwoner van de wijk te kennen en 18,4% geen mensen uit de buurt te vertrouwen. Ongeveer de helft van de respondenten ervaart de buurt als een buurt waar mensen voor elkaar zorgen. 67,3% van de respondenten ontmoet per week minimaal 1 keer familie terwijl 8,7% van de respondenten rapporteert in het voorbije jaar geen enkele keer familie te hebben ontmoet. Bovendien was slechts 16% van de respondenten in de voorbije 3 jaar actief in het verenigingsleven.

De **psychologische arbeidsomgeving** is minder gunstig voor personen in beroepen met een lage status. Ze hebben onder meer vaker te maken met monotone arbeid of het gebrek aan zeggenschap over de eigen werkinhoud, wat op zijn beurt stress veroorzaakt. Zo is aangetoond dat hoe minder inspraak men heeft op het werk, hoe groter de kans op coronaire hartziekten. Op die manier zou het verband tussen sociaal-economische status en coronaire hartziekten gedeeltelijk kunnen worden verklaard⁷².

⁶⁹ Block, T., Van Assche, J., Paredis, E., e.a. (2004), *Stadsmonitor voor leefbare en duurzame Vlaamse steden*. CDO-Universiteit Gent, HABE-Hogeschool Gent.

⁷⁰ Burssens D., De Groof S., Huysmans H., Sinnaeve I., Stevens F, Van Nuffel K. (2004) *Jeugdonderzoek belicht. Voorlopig synthesrapport van wetenschappelijk onderzoek naar Vlaamse kinderen en jongeren (2000-2004)*, Vlaamse overheid, Afdeling Jeugd en Sport

⁷¹ Willems S., Snauwaert B. en De Maeseneer J. (2007), *Eindrapport. Opstellen gezondheidsprofiel van de Bloemekenswijk*, in opdracht van Gezondheidsdienst Stad Gent, Gent.

⁷² Willems S., Van de Geuchte I., Impens J., De Maeseneer J., Van Nespen I., Alaluf V., Maulet N., Roland M., (2007) *Sociaal-economische gezondheidsverschillen in België: een probleemstelling*, Brussel

3.5. Toegang tot de gezondheidszorg en -bevordering.

In vergelijking met vele andere landen, met inbegrip van andere van de Europese Unie, heeft de gezondheidszorg in België een hoog niveau en is zij ook goed toegankelijk. Toch blijkt de toegankelijkheid voor een beperkt deel van de Belgische bevolking een echt probleem te vormen. En hoewel die ontoegankelijkheid niet de belangrijkste oorzaak is van de slechtere gezondheidstoestand van kansarmen, beschouwt de doelgroep dit vaak als het hoofdprobleem⁷³. Kansarme mensen ondervinden in hun dagelijks leven immers verschillende **drempels** (financiële, administratieve, menselijke, informatieve, vervoer, culturele) die het hen moeilijk maken om toegang te krijgen tot de preventieve en curatieve gezondheidszorg en op dezelfde manier gebruik te maken van de aangeboden diensten als de andere mensen in onze samenleving⁷⁴. De toegang tot ziektepreventie en gezondheidsbevordering verloopt soms nog moeizamer dan tot de curatieve gezondheidszorg.

De **financiële drempel** lijkt nog de grootste⁷⁵. 1/3 van de Belgische huishoudens kan de uitgaven voor gezondheidszorg (zeer) moeilijk dragen. Bij lagere inkomens is dat al in 7/10 gevallen zo, bij vrouwen en ouderen 4/10. 1/10 van de huishoudens stelt soms gezondheidszorg uit om financiële redenen. Eénoudergezinnen vormen hierbij een bijzondere risicogroep: 1/4 stelt soms gezondheidszorg uit. In de **Bloemekenswijk**⁷⁶ geeft 31% van de bevroegde personen aan gezondheidskosten moeilijk in te kunnen passen in hun budget⁷⁷, tov 26% voor Vlaanderen. 7,5% gaf daarenboven aan de medische kosten niet te kunnen betalen, terwijl dat in Vlaanderen gemiddeld slechts 2,2% is.

Een te laag inkomen vormt vooral een probleem bij mensen met hoge medische zorgbehoeften. De maximumfactuur biedt niet onmiddellijk een oplossing omdat de terugbetaling er maar na 1 jaar komt. De evolutie van een universeel naar een minder volledige ziekteverzekering geeft problemen aan mensen die zich bv. geen hospitalisatieverzekering kunnen veroorloven. Mensen in armoede geven zelf aan dat zij soms gezondheidszorgen uitstellen omwille van niet door het ziekenfonds terugbetaalde kosten van dokters, medicatie, ziekenhuisopname, brillen, gebitten, bijkomende verzekering enzovoort. Zij stellen vast dat het 3^{de} betalerssysteem te weinig wordt toegepast.

Het Rapport Kauwenberg⁷⁸ en het Jaarboek Armoede en Sociale Uitsluiting⁷⁹ geven als meest frappante voorbeelden:

- de prefinanciering van de medische kosten;
- betalen van een voorschot bij verzorging in het ziekenhuis;
- een ontoereikende dekking door de ziekteverzekering;
- de gebrekkige financiële situatie van uitkeringstrekkers en van lage inkomens uit arbeid die geen bijkomende medische kosten kunnen dragen;
- de onrealistische afbetalingsplannen voor ziekenhuisrekeningen;
- de werking van instellingen zoals het OCMW of ziekteverzekeringen die wordt gekenmerkt door procedurele complexiteit;
- moeilijke communicatie en gebrekkige onderlinge samenwerking;
- onvolmaakte beleidsantwoorden op dringende medische zorgbehoeften zoals gezinnen met meerdere zorgbehoeftigen;
- en de late terugbetaling van de maximumfactuur (MAF).

⁷³ Werknota, Het recht op gezondheidszorg en bescherming van de gezondheid, Armoedebestrijding in Vlaanderen, Vooruitgangcongres, Brussel, 27 mei 2002: <http://www.wvg.vlaanderen.be/armoede/brochure/3-gezondheidbat.pdf>

⁷⁴ Werknota, Het recht op gezondheidszorg en bescherming van de gezondheid, Armoedebestrijding in Vlaanderen, Vooruitgangcongres, Brussel, 27 mei 2002: <http://www.wvg.vlaanderen.be/armoede/brochure/3-gezondheidbat.pdf>

⁷⁵ WIV (2002) *Gezondheidsenquête door middel van Interview België 2001*, IPH/EPI Reports nr 2002-22, Brussel: Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid. Afdeling Epidemiologie.

⁷⁶ Willems S., Snauwaert B. en De Maeseneer J. (2007), *Eindrapport. Opstellen gezondheidsprofiel van de Bloemekenswijk*, in opdracht van Gezondheidsdienst Stad Gent, Gent.

⁷⁷ Dit terwijl .% van de bevolking reeds is aangesloten bij een wijkgezondheidscentrum waar het forfaitair betalingsstelsel wordt toegepast.

⁷⁸ Centrum Kauwenberg. (2006). *Gezondheids-ZORGEN! Over de toegang tot de gezondheidszorg*. Centrum Kauwenberg. p9-17.

⁷⁹ Vrancken, J. & De Boyser, K & Dierckx, D. (2005). *Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 2006*. p92-93.

- Ook een gebrek aan (niet-professionele) sociale netwerken geeft een verhoogde kans op financiële problemen. De bevolkingsgroep die de grootste nood kent aan mantelzorg of financiële steun, kan er juist weinig beroep op doen. Hun persoonlijk sociaal netwerk is té klein en heeft een beperkte kwalitatieve waarde. Onderzoek wijst uit dat in bepaalde achtergestelde buurten van de grootsteden het aantal sociale contacten beperkt is tot eenmaal per week⁸⁰.

Recente inspanningen rond een verhoogde financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg vanwege de hogere federale en Vlaamse overheid zoals de maximumfactuur en het systeem van generische geneesmiddelen blijken in de praktijk ontoereikend.

Ook belemmert de werking van instellingen soms de toegang tot gezondheidszorg door bv. complexe **administratieve** procedures, moeilijk taalgebruik of lange wachlijsten. Daarnaast ervaren zij ook **psychische** drempels tot de gezondheidszorg, bv. stigmatisering bij de geestelijke gezondheidszorg. Zij hebben behoefte aan meer **duidelijkheid** over wat het ziekenfonds terugbetaalt, over de OCMW-tussenkomsten, over welke diensten waartoe dienen, over aanvullende verzekeringen en aan minder ingewikkelde documenten. Verder voelen ze soms een gebrek aan respect, flexibiliteit en tijd in de dienstverlening.

3.6. Besluit.

Onze gezondheid wordt duidelijk beïnvloed door verschillende factoren waarop wij in verschillende mate impact op kunnen uitoefenen. De **erfelijke persoonsgebonden factoren** zijn meegegeven vanaf de geboorte en daar kunnen we op zich niets aan veranderen. Voor een groot stuk wordt onze gezondheid echter bepaald door de keuzes die we dagdagelijks maken. Of we veel vet en weinig groenten eten, roken, te veel alcohol drinken, nauwelijks bewegen en daarenboven risico's nemen op seksueel vlak. Ons **gedrag** hebben we immers zelf in handen. We dragen zelf de verantwoordelijkheid voor de gevolgen die ons gedrag teweeg kan brengen voor onszelf of zelfs voor anderen (verkeersongevallen door dronken rijden, veel nood aan zorg op latere leeftijd). Mensen informeren en constant bijstaan in deze dagelijkse keuzes kan hen helpen hun gezondheidsgedrag aan te passen. Maar wat wij eten, hoeveel wij drinken en of wij aan sport doen, wordt niet alleen bepaald door onszelf. De individuele keuzes worden voor een onwaarschijnlijk groot deel ingegeven door onze **omgeving** waar we wonen, studeren, leven of werken. Opvallend is immers dat het gezondheidsgedrag van mensen verschilt naargelang het opleidingsniveau en zelfs gebiedsgericht in aandachtswijken veel problematischer is. Ook opvoedingsondersteuning naar ouders en het faciliteren van een gezond aanbod in de omgeving (sportruimte, gezonde voeding) kan een rechtstreekse impact hebben op het gezondheidsgedrag van mensen. Daarenboven kent het gezondheidssysteem nog te veel informatieve of communicatieve **drempels** die ervoor zorgen dat waardevolle informatie niet tot bij de mensen die er nood aan hebben, raakt. Ook draagt de financiële en de administratieve drempel ertoe bij dat mensen niet op tijd medisch advies gaan vragen bij het zich voordoen van een gezondheidsprobleem.

⁸⁰ Legiest E., Willems S., de Maeseneer J. (2004). Gezondheid in de grote steden. Onderzoeksrapport. p1.

4. Actuele trends

Tot slot brengen we uit al deze gegevens enkele in het oog springende actuele trends naar voor. Vaak zijn het maatschappelijke ontwikkelingen die vragen naar een antwoord op beleidsmatig vlak.

4.1. Dualisering van de gezondheid.

Dualisering uit zich niet enkel in financiële verschillen, maar ook in de verschillende mate van participatie in de samenleving. Terwijl ‘de rijken’ zich gemakkelijk kunnen handhaven in de samenleving, vallen ‘de armen’ alsmaar vaker uit de boot op verschillende leefdomeinen. Armoede is een specifieke vorm van **sociale uitsluiting** waarbij uitsluiting vaak optreedt op verschillende leefdomeinen die aan elkaar gelinkt zijn: inkomen, arbeid, onderwijs, gezondheid, recht, gemeenschapsfaciliteiten of cultuur.

Gezondheid is een **aspect van armoede**. De gezondheidstoestand van een kind kan zijn socio-economische status op volwassen leeftijd beïnvloeden. De socio-economische status beïnvloedt op zijn beurt de levensomstandigheden (materieel en psycho-sociaal) en het gezondheidsgedrag van het individu. En al deze factoren hebben dan weer een impact op de gezondheidstoestand van het individu. Het hebben en houden van een baan heeft bijvoorbeeld een positieve invloed op de psychische en sociale gezondheid.

Leefloontrekkers (2005) ³⁰	
Gent	14,4‰
Antwerpen	9,0‰
Vlaanderen	3,5‰

Figuur 15: Leefloontrekkers (2005)⁸¹

Uit de omgevingsanalyse van de Stad Gent blijkt dat het aantal mensen dat onder de armoedegrens leeft, het aantal leefloongerechtigden en het aantal kinderen geboren in kansarme gezinnen in Gent hoger ligt dan in andere centrumsteden. Ook de ongelijkheid op de arbeidsmarkt blijft de realiteit in steden en in Vlaanderen. Laaggeschoolden en jongeren hebben duidelijk minder kansen op de arbeidsmarkt, net als langdurig werklozen en alloctonen. Bovendien draagt het falen van het onderwijs voor een groter wordend aantal mensen met een lage status en weinig mogelijkheden bij tot het reproduceren van bestaande sociale ongelijkheid. Mechanismen van sociale ongelijkheid komen verder ook voor Gent aan bod wat betreft wonen, cultuur- en sportparticipatie. Daarbovenop is er nog de digitalisering van het laatste decennium, die tot de zogeheten digitale kloof leidt.

Kinderen geboren in kansarme gezinnen (2005) ³⁴	
Gent	12%
Antwerpen	23%
Vlaanderen	6%

Figuur 16: Kinderen geboren in kansarme gezinnen (2005)⁸²

⁸¹ *Gent in cijfers 2007, een Omgevingsanalyse*, Stad Gent, Departement Stafdiensten, Dataplanning en Monitoring, pp.77.

⁸² *Gent in cijfers 2007, een Omgevingsanalyse*, Stad Gent, Departement Stafdiensten, Dataplanning en Monitoring, pp.77.

Op basis van verschillende gegevens onderscheiden we volgende kwetsbare groepen die geneigd zijn raper uit de boot te vallen:

- **Laaggeschoolden.** De respondenten uit de Bloemekenswijk rapporteren meer frequent maximaal een diploma lager secundair onderwijs te hebben dan de Vlaamse respondenten en opvallend meer Vlaamse respondenten geven aan voortgezet onderwijs te volgen.
- **(Langdurig) werklozen.** 13,9% van de Gentse beroepsbevolking vindt geen werk. Deze werkloosheidsgraad stijgt sinds 2002 en ligt hoger dan de Vlaamse werkloosheidsgraad (8,3%). De grootste concentratie van werklozen woont in de 19^{de} eeuwse gordel, Nieuw Gent en de binnenstad.

Toename aantal werkzoekenden 1999-2005 ⁴⁰			
	Gent	Antwerpen	Vlaanderen
Laaggeschoold	6%	25%	11%
Jong	5%	8%	7%
Langdurig	-2%	6%	-2%
Maghrebijnse etnie	35%	50%	49%

Figuur 17: Toename aantal werkzoekenden 1999-2005⁸³

Profiel werkzoekende 2006 ⁷³	
Laaggeschoold	46%
Jonger dan 25 jaar	21%
Niet-Europese afkomst (waarvan 71% Turks-Maghrebijns)	29%

Figuur 18: Profiel werkzoekende 2006⁸⁴

- **Allochtonen.** Voor België als geheel blijkt dat 55% van de Marokkaanse allochtonen, en 59% van de Turkse allochtonen onder de armoedegrens zou leven (minder dan 777€ per maand). Voor autochtone Belgen ligt dit op 10%. Er is bovendien sprake van etnostratificatie van de arbeidsmarkt. Sommige etnische herkomstgroepen bekleden systematisch inferieure posities. Genaturaliseerde Marokkanen en Turken blijven in dezelfde sectoren geconcentreerd als hun niet-genaturaliseerde tegenhangers. Dit zijn meestal sectoren die de preciaire positie van die groepen in de hand werken: veel uitzendarbeid, onderaanneming, ongezonde werkomstandigheden, onregelmatige uren, veel zwartwerk en weinig investering in human capital.
- **Gehandicapten.** In januari 2005 waren er in Gent 4.635 ontvangers van een Tegemoetkoming aan Personen met een Handicap.
- **Mensen zonder papieren.** Het aantal mensen zonder papieren wordt ruw geschat op 3000 personen die vooral in de wijken Brugse Poort, Rabot, Sluizeken-Tolhuis-Ham en Dampoort zouden wonen.
- **Bejaarden.** Per 1 januari 2004 waren er in Gent 2.713 gerechtigden voor een soort inkomensgarantie, waarvan meer dan 70% vrouw is.

76% van de respondenten meent dat de eigen **levensomstandigheden** even goed zijn als die van kennissen. 13% oordeelt het beter te hebben, en 8% minder goed. In de Rand en in het Doelstelling II gebied zijn, in vergelijking met de andere deelgebieden, iets meer mensen van mening dat ze het minder goed hebben dan kennissen. Naarmate de leeftijd stijgt, vinden meer respondenten de eigen levensomstandigheden minder goed (11% bij 65-79 jarigen)⁸⁵.

⁸³ *Gent in cijfers 2007, een Omgevingsanalyse*, Stad Gent, Departement Stafdiensten, Dataplanning en Monitoring, pp.77.

⁸⁴ *Gent in cijfers 2007, een Omgevingsanalyse*, Stad Gent, Departement Stafdiensten, Dataplanning en Monitoring, pp.77.

⁸⁵ Raymaekers, P., Francois, G., Vandekerckhove, B., e.a. (2003), *Leefbaarheidsonderzoek bij de inwoners van Gent a.d.h.v. een leefbaarheidsmonitor*. Brussel

Onderzoek toont aan dat ook in ons land zowel **morbiditeit** als **mortaliteit** een **sociale gradiënt** vertonen: een betere gezondheid en een langere levensverwachting zijn vooral weggelegd voor diegenen die zich hoger op de maatschappelijke ladder bevinden. Met sociaal-economische gezondheidsverschillen bedoelen we de systematische verschillen in gezondheid tussen mensen met een hoge en mensen met een lage positie in de sociale stratificatie.

De **leef-, woon- en arbeidsomstandigheden** van arme mensen hebben een negatieve invloed op de gezondheid. Hierbij gaat het zowel om de materiële omstandigheden van de leef- en woonomgeving als om psychosociale aspecten. Door een gebrek aan financiële middelen moet men genoegen nemen met ongezonde woningen met minder leefruimte, gelegen in verkeersonveilige buurten, waar minder speelmogelijkheden zijn voor de kinderen. Minder financiële mogelijkheden verhinderen ook de consumptie van gezonde voeding, bemoeilijken de toegang tot sportfaciliteiten en andere ontspanningsmogelijkheden en belemmeren het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen. Ook de materiële arbeidsomstandigheden zijn vaak meer bedreigend voor de gezondheid bij lagere sociaaleconomische groepen. Zo rapporteren personen met een lage status vaker zware lichamelijke arbeid, en worden ze op de werkplaats meer geconfronteerd met afvalstoffen, hinderlijke geluiden, rook, trilling, explosieven, stof en gevaarlijke situaties. Bovendien is de psychosociale arbeidsomgeving minder gunstig in beroepen met een lage status. Ze hebben onder meer vaker te maken met monotone arbeid en een gebrek aan zeggenschap over de eigen werkinhoud, wat op zijn beurt stress veroorzaakt. Ook andere stressveroorzakende gebeurtenissen, zoals het overlijden van een partner, ontslag, echtscheiding en financiële problemen komen vaker voor bij lagere sociaal-economische groepen. Daarenboven hebben personen met een lage sociale status een minder groot sociaal netwerk, dat nochtans belangrijk is om met stressfactoren om te gaan⁸⁶.

Concluderend mogen we stellen dat de lage socio-economische status aanleiding geeft tot kwetsbare leefomstandigheden die – gepaard gaande met een gebrekkige bescherming van de gezondheid - vaak resulteren in een slechte gezondheidstoestand. Hetgeen dan weer de maatschappelijk achterstand bestendigt. Het paradoxale is dat net die mensen ook de grootste hinder ondervinden bij de **toegankelijkheid** van de (preventieve) gezondheidszorg. Zij worden geconfronteerd met drempels van uiteenlopende aard waardoor er sprake is van een ongelijke toegang tot de (preventieve) gezondheidszorg.

Een grote meerderheid van de arme bevolking woont in de aandachtswijken van **Gent**. Gezondheidsverschillen zijn met andere woorden ook gedeeltelijk geografisch bepaald.

4.2. Toenemende geestelijke gezondheidsproblemen⁸⁷.

Bij geestelijk gezond-zijn spreken we van een **psychisch evenwicht** waardoor een situatie van algemeen welbevinden ontstaat. Dit psychisch evenwicht kan plots of geleidelijk verstoord worden. Oorzakelijke factoren kunnen biologisch (ziekte) of erfelijk zijn. We zien echter een toename van de maatschappelijke factoren. Denken we hierbij aan het plotse verlies van werk, schulden, geldgebrek, het verkeer, de hoge sociale prestatiedruk, het intense telefoon- en e-mailverkeer, allen factoren die een negatieve invloed kunnen hebben op de geestelijke gezondheid.

Kansarme groepen, waaronder eveneens allochtonen, hebben daarnaast vaak het gevoel geen nuttige bijdrage te kunnen leveren aan het maatschappelijke gebeuren. Zij voelen zich ook vaak **niet aanvaard door de maatschappij**. Deze factoren zijn weliswaar bepalend voor het existentiële aspect van eenieder en als dusdanig van groot belang voor ieders gezondheid. Zeker voor maatschappelijk

⁸⁶ De Boeck L., Van Paepegem T. en Van Den Broucke S, (2002) *Het recht op gezondheidszorg en bescherming van de gezondheid*, VIG, p. 6.

⁸⁷ OCMW Antwerpen, Stad Antwerpen, *Eerste ontwerp tekst Lokaal Gezondheidsbeleidsplan stad Antwerpen*, Samen denken en doen, 24 oktober 2006

achtergestelde groepen is het vaak moeilijk om een vorm van psychisch evenwicht (terug) te vinden waarbij men (opnieuw) meer levenskwaliteit kan vinden.

De meeste psychische problemen dienen zich aan in de **huisartsenpraktijk**. Toch is de geestelijke gezondheidsproblematiek nog geen volwaardig onderdeel van de huisartsengeneeskunde. Enerzijds is het voor de patiënt zeer moeilijk om de delicate persoonlijke en gevoelsmatige situatie gebald naar voren te brengen tijdens de korte consultatietijden. De angst voor stigmatisering is nog steeds actueel. Anderzijds is de huisarts (nog) niet voldoende alert voor de geestelijke gezondheidsproblematiek.

Bij detectie van de problematiek, zowel door de huisarts of door andere medewerkers binnen de **eerstelij**n, rijst er al snel het probleem van gepaste hulpverlening. Gelet op de specificiteit van het vakgebied is dit echter geen sinecure. Deskundigheidsbevordering kan bereikt worden door bij- en nascholing van huisartsen. Er kan ook werk gemaakt worden van een intense samenwerking tussen de medewerkers van de eerstelijn en de gespecialiseerde tweedelijnsgezondheidszorg waarbij op basis van samenwerkingsovereenkomsten de mogelijkheid wordt geboden 'advies op maat' te vragen.

In het geval de arts voor doorverwijzing kiest, stelt zich de vraag of de patiënt binnen de eerstelijn kan geholpen worden of er nood is aan gespecialiseerde hulp. Kennis van het bestaande hulpverleningsaanbod is vaak niet correct. Een verkeerde **doorverwijzing** geeft aan de klant vaak het gevoel dat zijn probleem niet belangrijk wordt geacht. Het geeft hem het gevoel dat hij zijn zoektocht naar hulpverlening alleen en van voren af aan kan beginnen. Een geactualiseerde sociale kaart is hierbij primordiaal. Het is wel van groot belang dat de kernopdrachten van de verschillende hulpverleners duidelijk en correct worden omschreven.

4.3. Vergrijzing.

Iets meer dan 1/5 van de Gentenaars is jonger dan 20 jaar en iets minder dan 1/5 ouder dan 65 jaar. Terwijl de **grijze druk** in Vlaanderen nog stijgt, daalt die in Gent al een aantal jaren. In de bevolkingsprojecties voor 2025 wordt verwacht dat de groep van 60-plussers geleidelijk zou stijgen naar 26%. De stijging van de groep 80-plussers is niet al te uitgesproken: van 4,8% in 2004 tot 5,5% in 2025. Op basis van de recente Vlaamse programmatiecijfers voor rusthuizen en serviceflats, wordt in Gent tegen 2010 een stijging van 1.276 60-plussers verwacht⁸⁸.

Wetenschappelijke inzichten geven aan dat vergrijzing niet de doorslaggevende factor is in de stijging van de uitgaven voor gezondheidszorg. Met de toename van de levensverwachting doet zich immers ook een morbiditeitscompressie voor: de gezonde levensverwachting stijgt terwijl de periode met gezondheidsbeperkingen door chronische aandoeningen toeneemt zonder dat evenwel de periode van intensieve medische interventie in gelijke mate stijgt⁸⁹.

4.4. De opmars van de beschavingsziekten.

Ondanks een sterk uitgebouwde curatieve gezondheidszorg en een goed functionerend systeem voor traditionele ziektepreventie ziet men zich in deze landen immers geconfronteerd met een toenemend aantal chronische en deels vermijdbare "beschavingsziekten" zoals hart- en vaatziekten, kanker, ongevallen, verslaving en psychische problemen.

⁸⁸ *Gent in cijfers 2007, een Omgevingsanalyse*, Stad Gent, Departement Stafdiensten, Dataplanning en Monitoring, pp.77.

⁸⁹ Nota van de Vlaamse Gezondheidsraad (2006), *De toekomst van het gezondheids(zorg)beleid in Vlaanderen, met bijzondere aandacht voor de eerstelijnsgezondheidszorg*, VGR.2006/02 – WG GB, pp. 40

5. Gezondheidsbevordering en gezondheidszorg

Om de gezondheidstoestand van de bewoner van Gent te verbeteren moeten initiatieven genomen worden op twee domeinen, het preventieve en het curatieve domein. We noemen dit hier respectievelijk de gezondheidsbevordering en de gezondheidszorg. Hoe meer we preventief ziekten of kunnen voorkomen of ervoor kunnen zorgen dat mensen zich lichamelijk, sociaal en psychisch goed voelen, hoe minder mensen in de eerste, tweede en derdelijnsgezondheidszorg terecht komen. Preventiebeleid kan ook in de vorm van integraal gezondheidsbeleid. Preventiebeleid met bijbehorende preventieve maatregelen vindt vooral plaats vanuit de sector gezondheid. Echter een deel van het preventiebeleid is gericht op, of wordt gemaakt door andere sectoren dan de sector gezondheid (vb huisvesting en milieu).

We brengen hier vervolgens een aantal aspecten met betrekking tot de Gentse situatie rond gezondheidsbevordering en gezondheidszorg in kaart. De opdeling tussen gezondheidszorg en gezondheidsbevordering is een eerder artificiële opdeling die we toch willen hanteren om een zekere mate van duidelijkheid te scheppen. Vele diensten of instellingen werken echter zowel preventief als curatief.

5.1. Actoren en overlegorganen rond gezondheid

In Gent zijn vele **actoren** actief rond gezondheidsbevordering. We vinden deze al of niet vertegenwoordigd in verschillende overlegfora rond gezondheid zoals het Overlegforum Gezondheid binnen het Lokaal Sociaal Beleid (LSB) en het Lokaal Gezondheidsoverleg Gent (Logo Gent). Denken we bijvoorbeeld aan de mutualiteiten, Plazzo, thuiszorgdiensten, zelfhulpgroepen, Plazzo, CLB's, Rode Kruis, vzw Pasop. Allen zijn belangrijke partners bij de uitvoering van het Gentse gezondheidsbeleid.

Omdat we niet uitgebreid kunnen ingaan om alle actoren worden hier samenvattend een aantal overlegorganen van Gentse actoren rond gezondheid besproken.

- Overlegforum Gezondheid binnen Lokaal Sociaal Beleid

Het forum gezondheid binnen het Lokaal Sociaal Beleid bundelt 48 organisaties actief rond gezondheid in Gent. Via mandatering wordt een zo representatief mogelijke vertegenwoordiging van de sector te bekomen bij de opmaak van een Lokaal Sociaal beleid. We zien een vertegenwoordiging van het openbaar bestuur, de eerstelijnsgezondheidszorg, de thuiszorg, de geestelijke gezondheidszorg, de ziekenhuizen en de preventieve gezondheidszorg.

De coördinatie gebeurt door LSB-medewerkers van het OCMW, de Gezondheidsdienst van de Stad Gent en Jan De Maeseneer (vanuit Ugent). Hieronder wordt de vertegenwoordiging in meer detail weergegeven. Tussen haakjes staat het aantal vertegenwoordigde organisaties aangegeven.

- eerstelijnsgezondheidszorg waaronder huisartsenverenigingen (1), apothekersverenigingen (2) en wijkgezondheidscentra (5)
- thuiszorg waaronder thuisverpleging (5) (met onder meer zelfstandige verpleegkundigen, zuilgebonden thuisverplegingsdiensten en palliatieve thuiszorg)
- regionale dienstencentra (4) (met zuilgebonden thuiszorg- en dienstencentra)
- ingebouwde CAW's (5) (zuilgebonden)
- geestelijke gezondheidszorg waaronder ambulante begeleiding (7) (met heel verschillende organisaties gaande van CGG tot Tele-onthaal of netwerk Psychiatrische thuiszorg) naast beschut en begeleid wonen (7) en tenslotte psychiatrische en therapeutische centra (10)
- ziekenhuizen (4)
- zelfzorgorganisaties (plazzo)

- lokale beleidsmakers en regisseurs (vertegenwoordigers vanuit Gezondheidsdienst Stad Gent, Lokaal Gezondheidsoverleg Gent, Gentse SIT en OVOSIT, Welzijnsoverleg Regio Gent, permanente werkgroep Lokaal Sociaal Beleid)

- **Lokaal Gezondheidsoverleg Gent (Logo Gent)**

Het Lokaal Gezondheidsoverleg werkt vooral rond de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen en is dus vooral bezig met gezondheidspromotie en ziektepreventie. In de algemene vergadering treffen we vele van de actoren die ook vertegenwoordigd zijn binnen het overlegforum gezondheid van het Lokaal Sociaal Beleid. Daarnaast zien we nog een aantal andere betrokken actoren zoals:

CLB's, verschillende diensten van Stad Gent uit andere sectoren, Vlaamse actoren zoals Liga tegen kanker en Vlaamse werkgroepen en armoedeverenigingen.

- **Gents Ziekenhuisoverleg (GZO)**

In het Gentse Ziekenhuisoverleg (GZO) komen het Universitair Ziekenhuis Gent, de vzw AZ Sint-Lucas & Volkskliniek, het AZ Jan Palfijn Gent AV, en de vzw AZ Maria Middelaars samen. Zij beslisten gezamenlijk om over te gaan tot een zo efficiënt mogelijke vorm van samenwerking, met als doel kwaliteitsgeneeskunde aan te bieden op economisch verantwoorde schaal, met behoud van ieders autonomie en met aandacht voor de leefbaarheid van de diverse zorgprogramma's.

- **Stedelijk Overleg betreffende Gezondheidszorg (SOGA)**

Het Stedelijk Overleg betreffende Gezondheidszorg voor Asielzoekers (SOGA) focust op de toch wel complexe problematiek inzake toegankelijkheid van de gezondheidszorg waarmee de doelgroep asielzoekers, vluchtelingen, mensen zonder papieren en recent ook de nieuwe Europeanen mee geconfronteerd worden.

- **Overleg stedelijk beleid naar gezondheidsbevordering⁹⁰**

In Gent zijn vele actoren actief rond gezondheidsbevordering. Naast algemene prioriteitenbepaling rond gezondheid binnen het overlegforum Lokaal Sociaal Beleid is er momenteel geen vast overlegforum rond gezondheidsbevordering. Er is daarentegen wel afstemming tussen drie belangrijke actoren in het Gentse veld die nauw aansluiten bij het stedelijk beleid naar gezondheidsbevordering, namelijk tussen de stedelijke gezondheidsdienst, het team van Logo Gent en de gezondheidswerkers van de wijkgezondheidscentra. Samenwerking is sterk aangewezen omdat deze drie actoren allen min of meer streven naar hetzelfde doel: het verbeteren van de gezondheid in Gent en verkleinen van de gezondheidsachterstand van kansengroepen. Voor de drie actoren kunnen we volgende kenmerken analyseren:

- **werkterrein:** De GZD en Logo Gent hebben momenteel de stad Gent als werkterrein. De WGC hebben een veel kleiner werkterrein dat dicht bij de wijk aansluit. De GZD kiest echter in het kader van armoedebestrijding en de beperkte middelen om momenteel vooral middelen in te zetten in de achterstandswijken. Logo Gent werkt eerder acties uit zonder basis in een specifieke wijk tenzij er een expliciete vraag komt uit het veld die een opportuniteit is voor nieuwe partnerschappen.
- **aansturing:** Alle drie de actoren werken in een mix van bottom-up en top-down aansturing. De WGC hebben echter een grotere focus op bottom-up, terwijl het Logo en de GZD toch meer top-down aangestuurd worden.
- **thematisch:** bij de WGC en GZD zijn toegankelijkheid van zowel zorg als preventie een topic, terwijl het LOGO vooral preventief bezig is. De thema's zijn binnen het Logo ook sterker afgebakend, hoewel zij soms op basis van lokale signalen ook buiten de vijf gezondheidsdoelstellingen werken.

⁹⁰ Er zijn nog tal van overlegfora in Gent die aansluiten bij gezondheid zoals. Het overleg rond gezondheidsbevordering wordt hier echter vermeld wegens de nauwe link met het stedelijk beleid rond gezondheid.

- **Expertise:** De WGC bestaan al 25 jaar en hebben een grote expertise rond wijkgericht werken en wat er leeft in hun wijken. Logo Gent bestaat zes jaar, heeft een degelijk netwerk opgebouwd en heeft expertise naar een aantal thema's toe. De GZD heeft als dienst minder expertise maar heeft wel een aantal medewerkers met aanzienlijke ervaring rond gezondheids promotie en de Gentse situatie.

In het overleg wordt gewerkt aan een rolbepaling van deze drie actoren en samenwerking wordt bevorderd.

5.2. Gezondheidsbevordering

5.2.1. Definiëring

Onder **gezondheidsbevordering** wordt verstaan het motiveren en in staat stellen van mensen en groepen om meer greep te krijgen op hun eigen gezondheid en zo “gezonder” te worden. Gezondheidsbevordering is gericht op verandering: van de mensen zelf en van de sociale en fysieke omgeving waarin ze leven en werken. Gezondheidsbevordering werkt via het ontwikkelen van persoonlijke vaardigheden in, via het creëren van een ondersteunende omgeving waarin gezond gedrag gefaciliteerd wordt en via pleitbezorging voor een gezond (overheids)beleid. In die zin richten we ons zowel op individuen en groepen als op hun omgeving. Gezondheidsbevordering vraagt geen medische maar een interdisciplinaire aanpak en impliceert dus vaak dwarsverbanden met andere sectoren als wonen, welzijn, onderwijs, ...⁹¹. Daarom kan er ook aan gezondheidsbevordering gewerkt worden in verschillende settings zoals scholen (onderwijs), bedrijven (werkplek) en wijken (lokale gemeenschappen).

Ziektepreventie is het voorkomen van ziekten of aandoeningen door oorzaken te elimineren en door ziekten vroegtijdig op te sporen en te behandelen. Ziektepreventie bevat primaire preventie – het voorkomen van gezondheidsproblemen bv door vaccinatie - , secundaire preventie - het vroegtijdig opsporen van beginnende gezondheidsproblemen bv door borstkankerscreening en tertiaire preventie die de gevolgen en de invaliditeit ten gevolge van ziekten of ongelukken zoveel mogelijk wil beperken bv goed omgaan met diabetes.

Een groot aandachtspunt voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie is dat deze de hele bevolking bereiken. Uit onderzoek blijkt dat gezondheidsbevordering die gericht is naar alle lagen van de bevolking meer effect heeft bij de hogere sociaal-economische groepen waardoor de gezondheidskloof nog vergroot wordt (zgn. Mattheuseffect). Het is daarom aangewezen na te gaan of gezondheidsbevordering toegankelijk is voor kansengroepen en zo nodig doelgroepspecifieke methodieken te gebruiken. Daarom is er een goede afstemming nodig van algemene methodieken gericht op individuen of het beleid met activiteiten gericht op bepaalde doelgroepen (zoals allochtonen, armen, werklozen, vluchtelingen, senioren enz) en wijken.

5.2.2. Kenmerken van het aanbod aan gezondheidsbevordering in Gent

De Stad wil inzake het gezondheidsbeleid meer doen dan enkel te voldoen aan haar strikt wettelijke verplichtingen. Onder impuls van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) wordt erkend dat gezondheidsbeleid meer inhoudt dan de zorg voor hygiëne of het voorkomen en behandelen van ziekte. Gezond zijn betekent zich algemeen fysiek, psychisch en sociaal welbevinden. Dit impliceert dat het gezondheidsbeleid een ruim en complex beleidsthema is dat als bevoegdheid op verschillende bestuursniveaus en op verschillende beleidsdomeinen wordt uitgeoefend. Toch focussen we hier vooral op het aanbod en hiaten rond gezondheidsbevordering binnen de gezondheidssector zelf op Gents niveau. We bespreken kort een aantal kenmerken van het Gentse landschap van gezondheidsbevordering waaronder de stand van zaken rond de drie basisstrategieën van

⁹¹ nota van de Vlaamse gezondheidsraad 2006/02 p35

gezondheidsbevordering: voorlichting, facilitatie en pleitbezorging. In de tabel verderop worden per thema een aantal belangrijke trekkers en methodieken opgelijst.

1. Focus op kansengroepen en wijkgericht werken bij gezondheidsbevordering

Ziektepreventie en gezondheidspromotie richtten zich traditioneel naar de middenklasse. Een beleid en acties enkel gericht op de middenklasse dreigen de sociale ongelijkheid in de gezondheid nog te vergroten. In een stedelijke omgeving als Gent woont ook een groot aantal kwetsbare mensen. Daarom zijn vele actoren rond gezondheidsbevordering zich ook bewust van de nood om op maat te werken en om aangepaste methodieken te gebruiken.

Een van de methodes die hiervoor gebruikt wordt, is de methode van wijkgericht werken waarbij men vooral uitgaat van de noden en de leefwereld van de bewoners. De wijkgezondheidscentra zijn hierin belangrijke actoren en zijn als het ware antennes van het lokale gezondheidsbeleid in de stad. Deze worden spijtig genoeg niet ondersteund via reguliere middelen, waardoor er steeds een zekere financiële onzekerheid blijft. Ze zijn sterk verbonden met hun buurt. Het model van wijkgerichte en multidisciplinaire eerstelijnsgezondheidszorg is bovendien zeer geschikt voor het uitwerken van preventieve acties inzake gezondheid naar socio-economisch zwakkere groepen.

Toch zien we dat de aandacht voor kansengroepen nog verder moet doorgetrokken worden in het beleid en de initiatieven rond gezondheidsbevordering, omdat er voor een aantal thema's nog weinig aangepaste actie is (valpreventie, rookstop) en omdat het wijkgericht werken momenteel beperkt is tot een beperkt aantal wijken in Gent⁹². De Gezondheidsdienst wil wijkgerichte gezondheidsbevordering graag verder faciliteren vanuit reguliere middelen.

2. Gezondheidsvoorlichting voor het Gentse preventieve gezondheidbeleid door een aantal cruciale actoren

Hedendaagse voorlichting als strategie voor gezondheidsbevordering bestaat voornamelijk uit het creëren van mogelijkheden voor een individu om informatie op te doen of vaardigheden aan te leren. Mensen worden dus actief in staat gesteld om bewuste keuzes te maken. Gezondheidsvoorlichting gaat dus verder dan het bijbrengen van kennis, maar gaat ook om het ontwikkelen van cognitieve en sociale vaardigheden die nodig zijn om een bewust keuze voor gezond gedrag te kunnen maken. Massamediale communicatie moet meestal ondersteund worden door andere methodieken (vb counseling, peer-to-peer-educatie) opdat er een gedragsverandering zou volgen.

In de tabel verderop worden per thema een aantal belangrijke trekkers en methodieken opgelijst, waaronder ook een aantal methodes van voorlichting (deze moet nog verder aangevuld worden door het veld). Om een efficiënte interventie te hebben, dient voorlichting vaak ondersteund te worden door andere strategieën van gezondheidsbevordering zoals het faciliteren van gezond gedrag en een ondersteunend beleidskader. Voor tal van thema's zien we dus acties waar voorlichting vaak een onderdeel van is, zoals voor voeding, drinken, bewegen, valpreventie, screening, vaccinatie, mondhygiëne en luizen.

Als uitvoerende actoren rond het preventieve gezondheidsbeleid nemen Logo Gent op stedelijk niveau en de wijkgezondheidscentra op wijkniveau een belangrijke rol op. Via de Logo-werking wordt het Vlaamse beleid inzake ziektepreventie en gezondheidspromotie lokaal uitgevoerd. Toch is er momenteel ook enige ruimte voor stedelijke accenten. Een bedreiging voor deze stedelijke actor is dat deze weinig impact heeft op de mogelijke heroriëntatie van het Vlaamse beleid en actoren voor gezondheidsbevordering. De gezondheidsdienst wil gezondheidsvoorlichting ondersteunen als partner in projecten.

⁹² Slechts drie WGC's krijgen financiële steun voor het uitwerken van wijkgerichte preventieve acties. Hierdoor worden slechts een beperkt aantal mensen bereikt.

3. Gezond gedrag faciliteren in een gezonde omgeving

De tweede basisstrategie van gezondheidsbevordering is facilitatie. Hierbij worden voorzieningen gecreëerd of aangepast zodat gezonde keuzes voor de hand liggend worden gemaakt ('gefaciliteerd') of ongezonde keuzes ontmoedigd worden. Vaak gaat het om infrastructuur en het creëren van een toegankelijk aanbod van producten en diensten. Ongezonde keuzes worden ontmoedigd door drempels in te bouwen zoals prijsverhoging of infrastructurele maatregelen (vb verkeersdrempel). Facilitatie is dus, net als pleitbezorging, gericht op het veranderen van de omgeving, om zo onrechtstreeks individueel gedrag te beïnvloeden.⁹³

Doordat het hier gaat om veranderingen in de omgeving, zien we al snel terug het intersectorale van gezondheidsbevordering. Sportschuren en stadsvernieuwingprojecten dragen bij tot de beweegvriendelijkheid van de wijken. Ook zien we tal van diensten in Gent die gezond gedrag willen bevorderen zoals gezonde kookcursussen, laagdrempelige bewegingslessen, groepsvoorlichting over diabetes, gratis borstkankerscreening. Anderzijds zijn er ook goedkope en beschikbare producten die gezond gedrag kunnen gemakkelijker maken zoals de pedometers.

Wanneer we denken aan een gezonde omgeving denken we ook aan het beschermen tegen gevaren voor de gezondheid. Vanuit de milieudienst wordt een gans beleid gevoerd om een gezonder buitenmilieu te creëren, bv. Via milieuvergunningen voor bedrijven, sensibilisatie van inwoners rond CO-uitstoot van voertuigen. Het stadslaboratorium staat via onderzoek en toezicht in voor controle op een aantal hygiënische aspecten rond voeding zoals controles in restaurants, controle op putwater en meting van gsm-straling. Rond het binnenmilieu is er nood aan meer toezicht op gevaren voor de gezondheid, zoals schimmels en elektrocutie- of brandgevaar. Tevens trachten we mensen zelf te sensibiliseren om alert te zijn en zo nodig actie te nemen rond gevaren voor de gezondheid in hun woning. Momenteel is er actie rond CO-gevaar, maar andere gezondheidsproblemen in de woning verdienen ook aandacht zoals bijvoorbeeld ongedierte voorkomen.

4. Een integraal en preventief gezondheidsbeleid met een stedelijke regiefunctie

De laatste strategie van gezondheidsbevordering is pleitbezorging. Hier gaat het om het tot stand brengen van een wetgeving, een beleidskader of een organisatorisch klimaat dat gezond gedrag en een gezonde omgeving in de hand werkt. Het beleid kan de mogelijkheden voor gezond gedrag of een gezonde omgeving vergroten of omgekeerd het ongezonde beperken.

Gezondheid staat alsmat duidelijker op de politieke en publieke agenda. Op stedelijk niveau zien we dat armoedebestrijding waaronder ook gezondheidsongelijkheid valt is de kern van het bestuursakkoord van de legislatuur 2007-2013. Hoe gezondheid aan bod komt in het beleid op verschillende niveaus werd hiervoor reeds besproken. Er is op dit moment nog geen echt alomvattende stedelijke strategie ter bevordering van de gezondheid van de Gentenaar. De gezondheidsproblemen die uit de omgevingsanalyse naar voor komen worden eerder fragmentarisch aangepakt. Het Lokaal gezondheidsoverleg Gent (Logo) richt zich naargelang de middelen in eerste instantie naar scholen en de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen. De wijkgezondheidscentra richtten zich in eerste instantie naar de noden van hun eigen wijk. De efficiënte en effectiviteit gaan soms verloren door fragmentarisch opgezette projecten. Een algemene stadsstrategie rond gezondheidsbevordering waar ook de wijken zonder wijkgezondheidscentra aan bod komen, is een must. Logo en de wijkgezondheidscentra zijn omwille van hun ervaring en expertise de fundamentele partners die daaraan kunnen verder bouwen. De opmaak van dit Gezondheidsbeleidsplan dat de richting van de Gezondheidsdienst aangeeft, is hiervoor een belangrijke stap vooruit. Idealiter wordt in de toekomst gewerkt aan een gedragen strategisch plan vanuit gans de sector met engagementen vanuit de verschillende actoren.

⁹³ Scheerder et al, 2003, Projecten voor gezondheidspromotie. Een handleiding voor kwaliteitsvol werken. VIG & Garant-Uitgevers n.v. , 211p

De stedelijke gezondheidsdienst vervult nog steeds haar traditionele taken, zoals de zorg voor hygiëne en ongediertebestrijding, die nog steeds belangrijk blijven. Maar de Gezondheidsdienst wil naast haar wettelijke verplichtingen inzake gezondheid en hygiëne de vraag volgen naar regie vanuit lokale overheden om beter in te kunnen spelen op nieuwe maatschappelijke thema's en tendensen. Deze inhoudelijke en organisatorische herstructurering van het stedelijke gezondheidsbeleid vraagt de nodige inspanningen en aanpassingstijd, voor de bestuursploeg, de gezondheidsdienst en andere stedelijke ambtenaren en de actoren in het veld..

Maar gezondheidsbeleid in Gent kan ook op kleinere schaal dan op stedelijk niveau. Verschillende organisaties worden voornamelijk door Logo-Gent ondersteund om te opteren voor een gezond organisatorisch klimaat of een echt gezondheidsbeleid te voeren. Het gaat hier in de eerste plaats om scholen, en in mindere mate om bedrijven. Een gezondheidsbeleid op school wordt nu ook gevraagd door de minister van onderwijs. Vandaar dat een convenant werd afgesloten tussen de onderwijs- en de gezondheidssector, met Logo-Gent, om scholen daarin te ondersteunen. De nadruk ligt hier in de eerste plaats vaak op een voeding, beweging en roken. Naast de leerlingen kan ook het schoolpersoneel voordeel hebben van een dergelijk gezondheidsbeleid. Ook in bedrijven kan heel wat ondernomen worden om de gezondheid van het personeel te bevorderen, wat ook economisch voordelig is. Een systematische werking om bedrijven te ondersteunen in hun gezondheidsbeleid is nog niet echt aanwezig in Gent. Ook voor het personeel van de Stad Gent kan nog veel verder gegaan worden in het faciliteren van gezond gedrag, naast bestaande maatregelen zoals de fietsvergoeding, dienstvrijstelling voor bepaalde onderzoeken of korting voor een beperkt sportaanbod. Naar reglementering toe heeft de Stad al een aantal stappen gezet om ongezond gedrag zo veel mogelijk te bannen uit de organisatie.

Tabel: Overzicht gezondheidsbevordering naar thema in Gent

THEMA	TREKKERS	SPECIFIEKE DOELGROEP (indien van toepassing)	GEBRUIKTE METHODIEKEN
gezonde voeding	WGC, samenlevingsopbouw LOGO	vaak kansarmen uit de wijk of specifiek kwetsbare doelgroepen kinderen	wijkgericht of doelgroepgericht werken met concrete lessen of begeleiding in kleine groepen of voor gezinnen gezond gedrag bevorderen op school via het aanbieden van fruit, drankbeleid op school
bewegen	LOGO WGC, samenlevingsopbouw, overleg buurtsport WGC, samenlevingsopbouw, overleg buurtsport WGC, sportnetwerk Gent-Noord allerlei wijkactoren LOGO, sportdienst, mutualiteiten WGC Brugse Poort Beweegt	personen uit de wijk, maar in de praktijk vaak allochtone en kansarme vrouwen	de Gentse bevolking sensibiliseren rond gezonde voeding via prikacties zoals gezondheidsmarkt inventarisatie van infrastructuur en aanbod rond bewegen op wijkniveau en mogelijke financiële tussenkomsten de beweegvriendelijkheid van de wijk in kaart brengen en bepleiten
roken	LOGO Sportdienst? LOGO, VRGT LOGO, Stad Gent (eigen personeel)	jongeren en schoolpersoneel	wijkgerichte beweegsessies in groep prikacties met beweegactiviteiten in de wijk verhogen actieve leefstijl van Gentse bevolking via pedometers en promoten half uur bewegen beweegprogramma met groeiende zelfstandigheid op voorschrift van huisarts (wordt verkend) stimuleren acties rond bewegen in de wijk bij andere wijkactoren
middeleengebruik (alcohol, drugs)	? CAW, drugscoördinator		stimuleren tabakspreventiebeleid op school met acties zoals rookvrije klassen en aanpassing schoolreglement affichecampagne rond sporten zonder tabak ondersteuning pilootversie van nieuw rookstopprogramma stimuleren tabakspreventiebeleid in bedrijven (in welke mate gebeurt dat ?)

THEMA	TREKKERS	SPECIFIEKE DOELGROEP (indien van toepassing)	GEBRUIKTE METHODIEKEN
mondhygiëne	WGC WGC WGC (enkel wgc botermarkt)	kinderen	gezonde mondhygiëne stimuleren via didactische koffer en acties in scholen sensibilisatie via maand van de tand en via K&G (verkenning nieuwe kanalen) individuele preventie via tandarts kabinet
zwangerschap	WGC	zwangere vrouwen	laagdrempelig informatieaanbod ahv 4 infosessies
scabiës	WGC BOT		aanbevelingen/standaard? Voor welke doelgroep? Intermediairen, patiënten?
luizen	LOGO, WGC		jaarlijkse prikactie en verspreiden sensibilisatiemateriaal
diabetes	WGC WGC	diabetespatiënten diabetespatiënten	multidisciplinair diabetesspreekuur periodiek aanbod van groepsvoorlichting
drinken en plassen	LOGO LOGO, Stad Gent	kinderen	stimuleren van een gezond drink- en plasbeleid in lagere scholen obv Britse aanbevelingen aankaarten en aanpakken aanbod van publiek sanitair in Gent
valpreventie	LOGO LOGO	senioren senioren met valprobleem	algemene sensibilisatiecampagne (primaire preventie) secundaire valpreventie bij senioren ahv valconsulent met checklist
borstanker- screening (bks)	LOGO LOGO en vele partners	werkende vrouwen 50-69j vrouwen 50-69j	bks stimuleren bij werkende vrouwen via dienstvrijstelling sensibilisering via allerlei voorlichtingsmateriaal
vaccinatie	LOGO LOGO		uitbouw vaccinatieplatform voor verbeterde samenwerking tussen actoren ondersteunen Vlaamse sensibilisatiecampagne rond griepvaccinatie

5.3. Gezondheidszorg

5.3.1. Definiëring

De curatieve gezondheidszorg bestaat uit verschillende niveaus waarnaar patiënten kunnen doorverwezen worden. Het eerste contact loopt normaal gezien via de eerstelijnsgezondheidszorg.

Eerstelijns gezondheidszorg, ook wel eerstelijnszorg of kortweg 'eerstelijns' genoemd, is de algemene, nabije en direct toegankelijke zorg die geboden wordt door o.a. de huisarts, verloskundige, tandarts, fysiotherapeut, apotheker, maatschappelijk werker, eerstelijnspsycholoog, logopedist en de thuiszorg. In de eerstelijnsgezondheidszorg neemt de **huisarts** een centrale rol in. De huisarts wordt ook wel de 'poortwachter' van de gezondheidszorg genoemd, omdat patiënten over het algemeen alleen na zijn doorverwijzing behandeld kunnen worden door hulpverleners in de tweede- of derdelijn, zoals specialisten in een ziekenhuis. Andere hulpverleners uit de eerstelijns zijn wel direct benaderbaar, dus zonder tussenkomst van een huisarts. Wil een patiënt deze hulp vergoed krijgen van de ziektekostenverzekeraar, dan moet een huisarts soms wel toestemming verlenen. De eerstelijns bestaat uit zelfstandige zorgverleners. De meesten werken van oudsher vanuit hun eigen 'bedrijf'. Steeds meer zorgverleners gaan echter samenwerken of geven hun zelfstandige beroep op en treden in dienst van een organisatie (bijvoorbeeld in een wijkgezondheidscentrum).

Als de eerstelijns niet voldoet, wordt men doorverwezen naar een specialist in de **tweedelijns gezondheidszorg** in o.a. ziekenhuizen en revalidatiecentra. In de **derdelijnsgezondheidszorg** worden al die mensen behandeld die niet in de eerste- en tweedelijns (meer) geholpen kunnen worden. Denk hierbij bijvoorbeeld aan woonhuizen voor geestelijk gehandicapten, waar de bewoners vaak hun hele leven verblijven.

5.3.2. Het aanbod: de actoren in Gent

5.3.2.1. De eerstelijnsgezondheidszorg

Er zijn ongeveer 280 **huisartsen** in Gent (incl. huisartsen in de WGC's). Niet alleen het aantal huisartsen, maar ook hun manier van werken speelt een belangrijke rol bij het aanbod aan huisartsen. Meer huisartsen openen een groepspraktijk, werken minder 's avonds of in het weekend etc.

Gent beschikt sinds 01/01/2007 ook over twee vaste **huisartsenwachtposten**. Deze vervangen in het weekend en op feestdagen de huisdokter van wacht en zijn voor een groot deel van Gent toegankelijk. Het is een initiatief dat vanuit de federale overheid werd opgezet en ondersteund wordt. Gent ondersteunt dit initiatief zowel financieel als via infrastructuur. Er zijn overeenkomsten voor drie jaar gesloten tussen de ziekenhuizen, de huisartsenvereniging en de Stad Gent.

Gent is uitzonderlijk door de aanwezigheid van maar liefst 5 actieve **wijkgezondheidscentra** en twee centra in ontwikkeling in de 19^e-eeuwse gordel. De algemene doelstelling van een Wijkgezondheidscentrum is **toegankelijke en wijkgerichte gezondheidszorg** aanbieden vanuit een multidisciplinair team (huisartsen, verpleegkundigen, kinesitherapeuten, maatschappelijk werkers, onthaalmedewerkers, coördinator en preventiewerkers) met de nodige aandacht voor preventie. In Gent hebben we een unieke situatie. Er zijn op dit moment 5 WGC actief en de mogelijke opstart van twee extra centra wordt bekeken. De huidige centra zijn (in volgorde van oprichting): WGC De Sleep vzw in de wijk Sluizeken-Tolhuis-Ham, WGC Brugse Poort vzw in de wijk Brugse poort, WGC Botermarkt vzw in Ledeborg, UGC Nieuw Gent vzw in de wijk Nieuw Gent en WGC De Kaai vzw in de Bloemekenswijk (Wondelgem).

Er zijn twee **apothekersverenigingen** in Gent: COOP Vooruit (coöperatieve) en Kovag (Koninklijk Oostvlaams apothekersgild). In groot Gent zijn er ook 173 laagdrempelige apothekers gevestigd.

5.3.2.2. De gezondheidszorgvoorzieningen

Het uitgebreide Belgische ziekteverzekeringssysteem en de voorzieningen met zo goed als geen wachtlijsten bieden inderdaad een gezondheidszorg met een grote toegankelijkheid. Voor het **aanbod** rond gezondheidszorg vervult Gent een centrumfunctie. Met zijn 7 ziekenhuissites, 3 psychiatrische instellingen en 31 rusthuizen is Gent naast Antwerpen één van de belangrijkste zorgcentra in Vlaanderen⁹⁴. Daarnaast zijn er nog voorzieningen als ambulante begeleidingsdiensten, centra voor drughulpverlening, een ruim aanbod van thuiszorg en geestelijke gezondheidszorg.

5.3.3. Hiaten in het aanbod

5.3.3.1. De eerstelijnsgezondheidszorg

Bij de eerstelijnsgezondheidszorg vinden we enkele hiaten op verschillende vlakken. We zien dat twee achtergestelde wijken Rabot en Dampoort nog niet over een **wijkgezondheidscentrum** beschikken, terwijl daar een duidelijke nood leeft bij de bevolking. De mogelijkheden van de oprichting van twee nieuwe WGC worden nagegaan. Eénmaal dit volbracht, zullen alle achtergestelde wijken voorzien zijn van een laagdrempelig wijkgezondheidscentrum.

Binnen de geestelijke gezondheidszorg blijkt een tekort aan **eerstelijnspsychologen** die sneller en makkelijker signalen van depressie of andere psychologische problemen kunnen opvangen.

Buiten hiaten in voorzieningen zijn er nog heel wat knelpunten naar **drempels** toe. Zoals we in vorig hoofdstuk aangaven ervaren mensen, vooral de kansengroepen, nog veel financiële, administratieve, communicatieve en andere drempels. Verschillende projecten kunnen hiervoor op poten gezet worden opdat de eerstelijnsgezondheidszorg laagdrempelig en dus integraal toegankelijk wordt.

Uit onderzoek blijkt echter wel dat het **aantal huisartsen** met de jaren zal afnemen. Een groot deel van de huisartsen zijn 50-plussers en er zijn minder studenten geneeskunde die afstuderen als huisarts. Het beroep van de huisarts wordt bovendien hoe langer hoe onaantrekkelijker: ze moeten veel uren kloppen, veel administratief werk verrichten en voelen zich ondergewaardeerd – financieel en professioneel – tegenover de specialisten.

5.3.3.2. De gezondheidszorgvoorzieningen

Binnen Gent zijn er 450 sociale actoren actief. Uit signalen uit het werkveld vangen we wel op dat er eigenlijk aan álle vormen van zorg een tekort is. Het aanbod rond allerlei **woonvormen** die gecombineerd worden met zorg blijft een van de grootste knelpunten.

Bij gebrek aan een passende hulpverlening maken veel zorgbehoevenden (veelal ouderen) noodgedwongen aanspraak op een verkeerde vorm van hulpverlening

Algemeen groeit de vraag vanuit cliënten en hulpverleners naar een verdere **afstemming** van het aanbod binnen de welzijnsregio, naadloze overgangen tussen de diensten in het hulpverleningstraject en een meer integrale aanpak van problemen. (O.A. Gent)

We worden momenteel ook vaak geconfronteerd met **wachtlijsten**. Zowel op het vlak van ambulante zorg (thuiszorgvoorzieningen, diensten als maaltijdverstrekking en collectief vervoer) als op het vlak

⁹⁴ *Gent in cijfers 2007, een Omgevingsanalyse*, Stad Gent, Departement Stafdiensten, Dataplanning en Monitoring, pp.77.

van wonen (aangepaste opvangvormen, residentiële voorzieningen, aangepaste/aanpasbare woningen). Op dit moment worden wachtlijsten opgemaakt door de verschillende organisaties en staan verschillende personen op verschillende lijsten. Een sluitend inzicht over de effectieve vraag kan enkel verkregen worden zodra er gewerkt zal worden met een uitgezuiverde centrale wachtlijst.

Buiten de wachtlijsten zien we nog meer problemen bij de **doorstroming**. Mensen worden verkeerd doorverwezen, er is een slechte aansluiting tussen de ambulante en residentiële zorg, bij de geestelijke gezondheidszorg is er een probleem dat er voor bepaalde aandoeningen geen plaats is, er is een oneigenlijk gebruik van de tweedelijns (vaak wordt voor problemen die perfect door de huisarts kunnen gediagnosticeerd en behandeld worden, specialisten geraadpleegd).

Op niveau van het individu moeten we vaststellen dat men binnen de (preventieve) gezondheidszorg niet vanzelfsprekend alle facetten van het individu samen in beeld brengt. Zo heeft de dienstverlener niet altijd oog voor de psychische component. Een echte totaal benadering zowel vanuit een bio-psycho-sociaal en existentieel referentiekader ontbreekt. De vaak complexe problemen worden veelal eenzijdig bekeken. **Multiple problematiek** wordt niet integraal aangepakt.

Vooraf binnen de **achtergestelde wijken** vertrekt de dienstverlening onvoldoende vanuit een sociale invalshoek. We denken hierbij aan de kenmerken laagdrempeligheid, een nauwer en langduriger persoonlijk contact tussen de zorgvrager en zorgverlener, een grotere betrokkenheid vanwege de zorgverstrekkers, een hogere tijdsbesteding en expliciete communicatieve, interculturele en samenwerkingsvaardigheden van de zorgverleners. De openbare geestelijke gezondheidszorg – met het oog op minder overlast, minder uithuiszettingen – vraagt een betere coördinatie van de hulpverlening en een beter bereik van sociaal kwetsbare mensen. Denken we hier specifiek aan patiënten met dubbele diagnose.

De Vlaamse **gezondheidszorg** wordt door de allochtone groepen over het algemeen als positief ervaren. De toegankelijkheid wordt echter door verschillende drempels bemoeilijkt. Deze drempels zijn voornamelijk taal- en cultuurgebonden. Hulpverleners weten vaak niet hoe de allochtone patiënt te benaderen en hoe met hem om te gaan. De hulpverleningsrelatie wordt daardoor in sterke, zelfs negatieve, mate beïnvloed. De **preventieve gezondheidszorg** voor kinderen wordt door de allochtonen als positief ervaren en in hoge mate gebruikt. Het gebruik van preventieve gezondheidszorg voor volwassenen ligt beduidend lager. Denken we hierbij aan tandartsbezoek, deelname aan screening van baarmoederhalskanker en borstkanker, preventie rond zwangerschap en bevalling. Cultuurgebonden aspecten bemoeilijken ook in belangrijke mate de voorlichting rond gezonde voeding. Tevens het gebruik van **professionele zorg en –verpleging, zowel thuis als residentieel**, is bij allochtonen veel lager dan bij vergelijkbare autochtone groepen. Een aangepast zorgaanbod kan hier wellicht soelaas bieden. Met betrekking tot de **geestelijke gezondheidszorg** ervaart de allochtone gemeenschap een gebrek aan psychologische hulpverlening toegespitst op de specifieke belevingswereld van de allochtonen.

5.4. Besluit

Zowel binnen de gezondheidsbevordering als de gezondheidszorg zien we dat er reeds een uitgebreid aanbod bestaat. Binnen het terrein van de **gezondheidsbevordering** is het vooral een aanbeveling om meer samen te werken met verschillende organisaties, acties op elkaar af te stemmen en een totaalbeeld te behouden van Gentse initiatieven rond bepaalde thema's naar bepaalde doelgroepen of settings. Binnen het terrein van de **gezondheidszorg** geldt ook de samenwerking en afstemming op elkaar als belangrijke aanbeveling, omdat juist daardoor de doorstroming tussen de verschillende zorgstromen optimaler kan worden en de zorgvraag op het zorgaanbod kan afgestemd worden.

Verliezen we hierbij de **sociale dimensie** niet uit het oog. Het is immers door op efficiënte en effectieve wijze preventief te werken en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg te verhogen dat we gezondheidsongelijkheid kunnen tegengaan.

6. Algemeen besluit

Om goed gezondheidsbeleid te maken, is inzicht nodig in de gezondheid en gezondheidsbeleving van de bevolking. Hoe gezond zijn we? Hoe verhouden vraag en aanbod zich voor bepaalde dienstverlening rond gezondheid? Op welke punten is het wenselijk het beleid aan te passen om de bevolking gezond te houden? Voor antwoorden op deze vragen is het belangrijk om de gezondheids situatie in Gent in kaart te kunnen brengen.

Dit kan gebeuren aan de hand van enquêtes maar ook door gebruik te maken van gegevens uit registraties of andere onderzoeken. Het gaat hier zowel om nieuwe data verzamelen (primaire data) als om bestaande data bijeen te zoeken (secundaire data). De meest interessante informatie wordt verkregen als men cijfers langdurig kan opvolgen zodat men trends kan waarnemen. Om deze cijfers te verkrijgen lijkt een monitoringsysteem⁹⁵ aangewezen waarbij een set aan data regelmatig ingezameld wordt.

Hoewel we momenteel wel over enige data rond gezondheid beschikken, is er momenteel **geen algemeen monitoringsysteem rond gezondheidsdata voor de Stad Gent**. Ook op wijkniveau waar vaak acties worden opgezet ontbreken periodieke gegevens over gezondheid. Zowel beleidsmakers als actoren in het veld voelen de nood aan onderbouwende data en willen hiervoor acties opzetten. Naast data over de gezondheidstoestand en de gezondheidsbeleving is een beleid ook sterk gebaat met evaluaties van acties en een meting van het effect van acties. Effectmeting rond gezondheid is niet evident en vraagt veel middelen en expertise. Toch blijft het belangrijk dit waar mogelijk op te nemen in initiatieven.

⁹⁵ Een monitor is een instrument waarmee periodiek veranderingen kunnen worden vastgesteld op basis van verzamelde feiten en cijfers. Doel van monitoring is te bekijken of doelstellingen zijn gehaald. Is er iets veranderd? Gaat het beter? De feiten en cijfers van deze monitors zijn afkomstig uit registraties en enquêtes.

7. Bronnen

- Raymaekers, P., Francois, G., Vandekerckhove, B., e.a. (2003), *Leefbaarheidsonderzoek bij de inwoners van Gent a.d.h.v. een leefbaarheidsmonitor*. Brussel.
- Op: <http://gent.be/docs/Departement%20Stafdiensten/Dienst%20Stedenbeleid%20en%20Internationale%20Betrekkingen/Leefbaarheidsmonitor%20Editie%20II%20-%202005%20-%20Synthese.pdf>
- *Beweging van Mensen met Laag Inkomen en Kinderen (2005), Recht op Gezondheid*, Gent.
- Op: <http://www.armoedebestrijding.be/publications/tweejaarlijksverslaggezondheid.pdf>
- Vertommen, S. & Martens, A. (2005) *Allochtone werknemers op lokale arbeidsmarkten. Working paper*, KUL, Departement Sociologie, Afdeling Arbeid en Organisatie, Leven en OVER.WERK Tijdschrift van het Steunpunt WAV 2-3/2005.
- Op: www.steunpuntwav.be/download/nl/59617/pdf
- WIV (2002) *Gezondheidsenquête door middel van Interview België 2001*, IPH/EPI Reports nr 2002-22, Brussel: Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid. Afdeling Epidemiologie.
- Op: <http://www.iph.fgov.be/epidemie/epinl/crospnl/hisnl/his01nl/his00nl.pdf>
- *Gent in cijfers 2007, een Omgevingsanalyse*, Stad Gent, Departement Stafdiensten, Dataplanning en Monitoring, pp.77.
- Op: http://www.gent.be/docs/Departement%20Stafdiensten/Dienst%20Voorlichting/Omgevingsanalyse_2007.pdf
- Stad Gent, OCMW Gent (2008) *Lokaal Sociaal Beleidsplan Gent. Strategisch meerjarenplan 2008-2013*, Omgevingsanalyse
- Op: <http://www.lokaalsociaalbeleidgent.be/documenten/publicaties%20LSB-Gent/LSB-plan%20Gent.pdf>
- Willems S., Van de Geuchte I., Impens J., De Maeseneer J., Van Nespen I., Alaluf V., Maulet N., Roland M., (2007) *Sociaal-economische gezondheidsverschillen in België: een probleemstelling*, Brussel
 - De Boeck L., Van Paepegem T. en Van Den Broucke S, (2002) *Het recht op gezondheidszorg en bescherming van de gezondheid*, VIG, pp. 41.
- Op: <http://www.wvg.vlaanderen.be/armoede/brochure/3-gezondheidbat.pdf>
- Nota van de Vlaamse Gezondheidsraad (2006), *De toekomst van het gezondheids(zorg)beleid in Vlaanderen, met bijzondere aandacht voor de eerstelijnsgezondheidszorg*, VGR.2006/02 – WG GB, pp. 40
- Op: http://www.wvg.vlaanderen.be/vgr/pdf/2006/VGRnota_gezondheidszorgbeleid.pdf
- Willems S., Snauwaert B. en De Maeseneer J. (2007), *Eindrapport. Opstellen gezondheidsprofiel van de Bloemekenswijk*, in opdracht van Gezondheidsdienst Stad Gent, Gent.
 - Legiest, E., Willems, S., De Maeseneer J. (2004), *Gezondheid in grote steden*, Universiteit Gent.
 - OCMW Antwerpen, Stad Antwerpen, *Eerste ontwerp tekst Lokaal Gezondheidsbeleidsplan stad Antwerpen*, Samen denken en doen, 24 oktober 2006
- Op: <http://www.ocmw.antwerpen.be/Ontwerptekst%20lokaal%20gezondheidsbeleidsplan%20stad%20Antwe.pdf>
- Burssens D., De Groof S., Huysmans H., Sinnaeve I., Stevens F, Van Nuffel K. (2004) *Jeugdonderzoek belicht. Voorlopig syntheserapport van wetenschappelijk onderzoek naar Vlaamse kinderen en jongeren (2000-2004)*, Vlaamse overheid, Afdeling Jeugd en Sport
- Op: <http://www.jeugdonderzoekplatform.be/publicaties/rapport.PDF>