

# BRUSSELS GEZONDHEIDSPPLAN

OPGROEIEN EN LEVEN IN GOEDE  
GEZONDHEID IN BRUSSEL



GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE



# BRUSSELS GEZONDHEIDSPLAN

## COLOFON

### REDACTIE

Het Brusselse gezondheidsplan werd opgesteld door de Leden van het Verenigd College bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, Minister Didier Gosuin en Minister Guy Vanhengel, en goedgekeurd door het Verenigd College en de Verenigde Vergadering van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. Het kwam tot stand na een uitgebreide consultatie van het werkveld met 8 bijeenkomsten waaraan 81 terreinactoren deelnamen waarbij in het totaal ongeveer 300 personen aanwezig waren. Het plan werd ook voorgelegd aan de adviesorganen van de diensten van het Verenigd College, het Beheerscomité van Iriscare en de Sociale en Economische Raad.

### SECRETARIAAT EN WETENSCHAPPELIJKE ONDERSTEUNING

Het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad

### LAYOUT

Nathalie da Costa Maya

### DEPOTNUMMER

D/2019/9334/46

### VOOR MEER INFORMATIE

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad  
Diensten van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie  
Belliardstraat 71, bus 1 - 1040 Brussel  
Tel: 02/552.01.89

# INHOUDSOPGAVE

4	<b>WOORD VOORAF VAN DE MINISTERS</b>	14	<b>PIJLER 1 ONGELIJKHEDEN OP HET VLAK VAN GEZONDHEID TERUGDRINGEN</b>
6	<b>DE GEZONDHEID VAN DE BRUSSELAARS: ENKELE BELANGRIJKE VASTSTELLINGEN</b>	17	DOELSTELLING 1 Gezondheid integreren in alle beleidslijnen door te werken rond de factoren die bepalend zijn voor gezondheid
11	<b>ZEVEN PRINCIPES WAAROP HET BRUSSELSE GEZONDHEIDSPAN GESTOELD IS</b>	24	DOELSTELLING 2 De toegang van kwetsbare doelgroepen tot gezondheidszorg en preventie bevorderen
		31	DOELSTELLING 3 Gelijke kansen bevorderen vanaf de geboorte: de gezondheid van moeders, kinderen en jongeren verbeteren

**38 PIJLER 2  
EEN TOEGANKELIJK EN  
SAMENHANGEND ZORGTRAJECT  
WAARBORGEN VOOR  
ALLE BRUSSELAARS**

- 39 DOELSTELLING 1  
Meer inzetten op preventie in  
het traject van patiënten
- 49 DOELSTELLING 2  
De eerstelijnszorg uitbreiden  
en beter organiseren
- 63 DOELSTELLING 3  
Het ziekenhuis een andere plaats  
geven in het zorglandschap
- 67 DOELSTELLING 4  
De geestelijke gezondheid van  
de bevolking verbeteren
- 72 DOELSTELLING 5  
In goede gezondheid ouder  
worden in Brussel
- 77 DOELSTELLING 6  
Het levenseinde begeleiden
- 80 DOELSTELLING 7  
De gezondheidsveiligheid versterken
- 84 DOELSTELLING 8  
De communicatie tussen de  
zorgactoren en tussen de actoren  
en de patiënten verbeteren

**86 PIJLER 3  
DE KWALITEIT VAN DE UITVOERING  
VAN HET GEZONDHEIDSBELEID  
VERBETEREN**

- 87 DOELSTELLING 1  
De participatie van patiënten vergroten  
en hun rechten ondersteunen
- 91 DOELSTELLING 2  
De kwaliteit ondersteunen en  
de veiligheid waarborgen
- 96 DOELSTELLING 3  
Innovatie ten dienste van de  
gezondheidszorg stellen
- 98 DOELSTELLING 4  
De contractualisering van de  
samenwerking met de gesubsidieerde  
organisaties bevorderen
- 99 DOELSTELLING 5  
Overleg plegen over het Brussels  
Gezondheidsplan en het evalueren
- 101 DOELSTELLING 6  
De coördinatie van de verschillende  
politieke entiteiten organiseren

**103 BIBLIOGRAFIE**

# WOORD VOORAF VAN DE MINISTERS

Het Brusselse Gezondheidsplan dat wij u hier voorleggen is de vrucht van een collectieve onderneming die zowat de hele legislatuur in beslag heeft genomen. Bij aanvang van onze beleidsperiode lag er dan ook een grote opdracht voor ons klaar. De zesde staatshervorming, die de gezondheidsbevoegdheden verder versnipperde, heeft ons tot reflectie verplicht: Hoe kunnen deze nieuwe bevoegdheden, voornamelijk in de eerstelijns- en de ouderenzorg, worden opgenomen en hoe zorgen we ervoor dat er hierbij een coherent gezondheidsbeleid wordt gevoerd?

De uitwerking van het Brusselse Gezondheidsplan heeft behoorlijk wat overleg geveerd. Onze kabinetten zijn hiertoe gaan samenzitten met heel veel mensen die rechtstreeks betrokken zijn bij de gezondheid van de Brusselse bevolking. De diensten van het Verenigd College, en in het bijzonder diens studiedienst, het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Iriscare, de professionele gezondheidswerkers en -deskundigen (waaronder de zorginstellingen en de eerstelijnszorg), de wetenschap, onze collega's in andere beleidsdomeinen en politieke entiteiten, enz. Ze hebben allemaal bijgedragen aan het resultaat dat hier voor u ligt, en wij wensen hen daar uitdrukkelijk voor te danken.

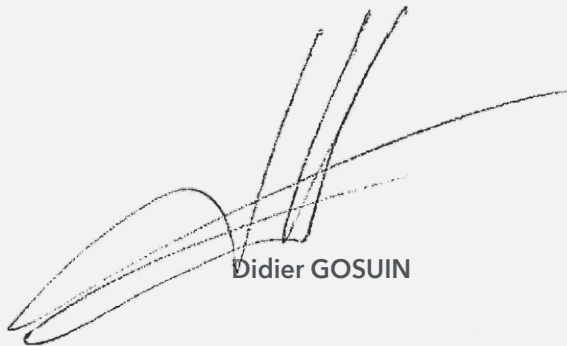
Onze visie schreven we neer in 7 principes. Het operationaliseren ervan in de huidige Brusselse realiteit mondde uit in 3 pijlers waaronder 17 doelstellingen kwamen met 44 concrete maatregelen met elk 1 of meerdere te ondernemen acties, uit te voeren doorheen de periode 2019-2025, en voorstellen voor evaluatie ervan.

De drie grote pijlers: het stuiten van de toename en het terugdringen van de grote sociale ongelijkheden in gezondheid, de afstemming van het zorgaanbod op de reële behoeften van de Brusselse populatie met een voor iedere Brusselaar toegankelijk en samenhangend zorgtraject, en de uitbouw van een kwalitatief hoogstaand gezondheidsbeleid met alle instrumenten die daarvoor nodig zijn, en de doelstellingen die we hiervoor uitwerkten, bieden ons inziens een antwoord op de grote uitdagingen die vandaag voorliggen aan de Brusselse volksgezondheid.

In die zin stelt het Brussels Gezondheidsplan een andere manier van aanpakken voor, met een integrale gezondheidsbenadering die zowel het fysieke, geestelijke als sociale aspect integreert, een systeem waarbij de gebruiker centraal staat, een benadering die zich ook richt op hoe en waar de Brusselaars met elkaar samenleven. Daarnaast overstijgt het ook het gezondheidssysteem stricto sensu door bijvoorbeeld de armoede-, huisvestings- en tewerkstellingsproblematieken, die alle een impact hebben op gezondheid, te integreren.

Een Brussels Gezondheidsplan is een dynamisch project waar na ons anderen verder mee aan de slag kunnen gaan. Wij hopen dan ook dat het een krachtig instrument is waarbij in de toekomst de verschillende actoren het gezondheidsbeleid in Brussel verder gestalte kunnen geven.

**De Leden van het Verenigd College bevoegd voor het Gezondheidsbeleid,**

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke extending to the right.

**Didier GOSUIN**

A handwritten signature in black ink, featuring a large, stylized loop at the top and a long, sweeping horizontal stroke.

**Guy VANHENGEL**

# DE GEZONDHEID VAN DE BRUSSELAARS

## ENKELE BELANGRIJKE VASTSTELLINGEN

**Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest is een gewest met specifieke kenmerken die verschillen van de twee andere gewesten: het is een stadsgewest, een gewest dat aan het groeien en aan het verjongen is, dat multicultureel, sociaal zeer heterogeen en institutioneel complex is.**

**Het Brussels gewest is een gewest in volle groei dat al meer dan 25 jaar aan het verjongen is.** Het hoge geboortecijfer en de immigratie van jonge volwassenen liggen aan de basis van deze verjonging. Al deze mensen kunnen een beroep doen op de Brusselse gezondheidsdiensten.

Hoewel het Brussels Gewest nog enkele jaren de tijd heeft voordat het zal geconfronteerd worden met een sterke stijging van het aantal ouderen, zal er wel rekening mee moeten worden gehouden dat een groeiend aandeel van deze mensen zich in een socio-economisch kwetsbare positie bevindt (in armoede) in vergelijking met de huidige oudere bevolking en een aangepaste aanpak zullen vergen. Ter illustratie: het aandeel personen met een IGO (inkomensgarantie voor ouderen) is de laatste jaren al fors toegenomen in het Brussels Gewest en steeg van 8 % in 2008 naar 12 % in 2018.

Brussel beschikt over een uitgebreid aanbod aan gezondheidsdiensten en behandelt een niet onaanzienlijk aandeel niet Brusselse patiënten. Ter indicatie: 33,5 % van de opnames in de Brusselse ziekenhuizen betreft mensen die niet in het Brussels Gewest wonen, 17,5 % zijn Vlamingen en 14,4 % Walen.

**Brussel is een stadsgewest met internationale uitstraling waar 1/3 van de bevolking een buitenlandse nationaliteit heeft** (waarvan een meerderheid (66 %) afkomstig is uit de 28 landen van de Europese Unie). Gezien het groot aantal naturalisaties zijn deze cijfers nog een onderschatting van de reële Brusselse diversiteit.

**Het is ook een zeer contrastrijk gewest vanuit sociaal-economisch oogpunt: op het vlak van belastinginkomsten vinden we er zowel de armste gemeenten van het land als gemeenten met een beduidend hoger inkomen dan het nationaal gemiddelde.** Ongeveer 1 op de 3 Brusselaars moet rondkomen met een inkomen dat onder de armoedegrens ligt. Meer dan 1 op de 4 kinderen leeft in een gezin zonder inkomen uit arbeid. Ondanks de daling in de cijfers van de laatste jaren ligt de werkloosheid, en in het bijzonder de jeugdwerkloosheid, in het Brussels Gewest hoger dan het



gemiddelde in België en is deze werkloosheid ook ongelijk verdeeld over het grondgebied. Tot slot telt Brussel het hoogste aandeel alleenstaanden en eenoudergezinnen: deze maken 60 % uit van de Brusselse gezinnen, tegenover 48 % van de Waalse gezinnen en 38 % van de Vlaamse gezinnen.

## **DE GEZONDHEIDSTOESTAND VAN DE BRUSSELAARS: GROTE GEZONDHEIDSONGELIJKHEDEN**

Sociale gezondheidsongelijkheden manifesteren zich vanaf de geboorte en gedurende de hele loop van het leven. De levensverwachting bij de geboorte verschilt naargelang het socio-economische niveau van het huishouden waarin men geboren wordt: het verschil in levensverwachting bij de geboorte tussen de bewoners van de armste en van de rijkste Brusselse gemeente bedraagt 2,6 jaar bij mannen en 2,3 jaar bij vrouwen.

Ook bij de subjectieve gezondheid (de gezondheidstoestand zoals die door de persoon zelf wordt ervaren) verschilt het aandeel personen die hun eigen gezondheidstoestand niet als goed beoordelen beduidend naargelang het socio-economisch statuut (bij gelijke leeftijd en geslacht). Onder de Brusselaars (15 jaar en ouder) met ten hoogste een diploma lager onderwijs, beschrijft meer dan de helft de eigen gezondheid niet als goed, tegenover minder dan één vijfde van de personen met een diploma hoger onderwijs.

### SOCIALE ONGELIJKHEDEN BIJ DE GEBOORTE

In 2015 werd in het Brussels Gewest iets meer dan 1 op de 5 kinderen (22 %) geboren in een huishouden zonder inkomen uit werk, wat hetzelfde aandeel is als in 2014. 39 % van de kinderen worden geboren in een huishouden met 1 inkomen. Het aandeel kinderen dat in een huishouden met een alleenstaande moeder wordt geboren neemt lichtjes toe: van 18 % in 2014 tot 19 % in 2015. Van de alleenstaande moeders beschikt 62 % niet over een arbeidsinkomen.

Vanaf de geboorte (en zelfs al voordien) wordt de gezondheid van een kind beïnvloed door het socio-economisch niveau van de ouders. In 2014-2015 lag het risico op een doodgeboorte in huishoudens zonder inkomen uit arbeid dubbel zo hoog dan bij gezinnen met 2 inkomens, en is bij de levendgeboren kinderen het risico op overlijden in het eerste levensjaar 1,7 keer groter. (9,2 per 1000 zuigelingen die in een gezin zonder arbeidsinkomsten worden geboren tegenover 5 per 1000 zuigelingen die overlijden voor de leeftijd van 1 jaar in huishoudens met 2 inkomens uit werk)

## CHRONISCHE AANDOENINGEN: 1 PERSOON OP 2 WORDT GETROFFEN

Het risico op een chronische aandoening<sup>1</sup> neemt sterk toe met de leeftijd. Tot 45 jaar, heeft de meerderheid van de bevolking geen chronische aandoening (63 %). Bij de 45-65 jarigen, is dit aandeel al gedaald tot 34 %. Dit betekent dat niet minder dan 2 op de drie personen in deze leeftijdsgroep aan minstens 1 chronische aandoening lijden. 43 % onder hen rapporteert 2 of meer chronische aandoeningen. Bij de 65-plussers lijdt meer dan de helft aan 2 of meer chronische aandoeningen.

We zien grote verschillen naargelang de financiële draagkracht<sup>2</sup> van de huishoudens. Onder de 45-65 jarigen, heeft maar liefst meer dan helft (57 %) van de personen die financieel moeilijk rondkomen 2 of meer chronische aandoeningen. Dit aandeel vermindert tot 40 % voor 45-65 jarigen met een gemiddeld financiële draagkracht. Bij de personen die gemakkelijk rondkomen is dit 31 %. Bijna drie op vier 65 plussers (73 %) die moeilijk rondkomen hebben 2 of meer chronische aandoeningen, in vergelijking met respectievelijk 65 % en 45 % in de financieel draagkrachtigere categorieën.

Er is nog een groot en onderbenut potentieel voor de preventie van chronische aandoeningen. Volgens een rapport van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) is het mogelijk om het aantal gevallen van diabetes met 90 %, cardiovasculaire aandoeningen met 82 % en kankers met 70 % te verminderen door in te zetten op de preventie van tabaksgebruik, alcoholconsumptie, overgewicht, gebrek aan fysieke activiteit en ongezonde voeding<sup>3</sup>.

## HART- EN VAATZIEKTEN VEROORZAKEN EEN DERDE VAN DE OVERLIJDENS

Cardiovasculaire aandoeningen zijn de oorzaak van een derde van de sterfgevallen onder de bevolking. Ischemische hartaandoeningen en cerebrovasculaire aandoeningen zijn nog steeds de twee belangrijkste oorzaken van sterfte door cardiovasculaire aandoeningen, ook al daalt hun aandeel in het totale sterftecijfer.

## BORSTKANKER EN PROSTAATKANKER VAAKST VOORKOMENDE KANKERS

Het totale kankersterftecijfer en de vroegtijdige kankersterfte zijn tussen 1998 en 2014 gedaald. In 2014 lag kanker aan de oorzaak van het overlijden van 2 209 Brusselaars op een totaal van 8 824 overlijdens. De vier meest voorkomende kankers bij mannen zijn prostaat-, long-, darmkanker en leukemie en lymfomen; bij vrouwen zijn dit borstkanker, darmkanker, leukemie en lymfomen en longkanker. Deze kankers zijn voor beide geslachten ook de kankertypes die het meest aantal

1 In het kader van de gezondheidsenquête worden de volgende 25 gezondheidsproblemen worden hier als chronische aandoening aangemerkt: astma, chronisch longlijden, hartlijden, hoge bloeddruk, beroerte (of de gevolgen daarvan), artritis/artrose, diabetes, allergie, maagzweer, chronische darmproblemen, leverlijden, galstenen/ontsteking van de galblaas, kanker, ernstige hoofdpijn, depressie, schildklierlijden, glaucoom, cataract, ziekte van Parkinson, epilepsie, ernstig nierlijden/nierstenen, chronische blaasontsteking, chronische vermoeidheid, osteoporose, ernstige huidziekte.

2 Gebaseerd op de enquêtevraag "Met het globale inkomen voor ogen, is uw gezin in staat om de eindjes aan elkaar te knopen?".

3 World Health Organization, "The case for investing in public health", Public Health summary report for EPHO8, 2014.

overlijdens veroorzaken. De verbeterde kansen op genezing of remissie lijken kanker te doen evolueren in de richting van een chronische ziekte, wat voor nieuwe behoeften zorgt bij de getroffen patiënten.

## GROTE ONGELIJKHEDEN IN PREVENTIE: HET VOORBEELD VAN TANDZORG

Voor een goede mondgezondheid wordt aangeraden om jaarlijks naar de tandarts te gaan. Net als in andere domeinen zien we ook beduidende sociale ongelijkheden in de toegang tot preventieve tandzorg.

Bij 5-14 jarigen met een Recht op Verhoogde Tegemoetkoming (RVT) consulteerde 26 % een tandarts voor preventieve tandzorg, tegenover 33 % van hun leeftijdsgenoten zonder RVT. Dit is des te opvallender gezien tandzorgen bij een geconventioneerde tandarts (die de tarieven toepast die zijn overeengekomen met de mutualiteiten), onder 18 jaar volledig worden terugbetaald.

## GEESTELIJKE GEZONDHEID: VIER OP TIEN BRUSSELAARS WORDT GETROFFEN

Vier op tien Brusselaars heeft te kampen met **psychisch onwelbevinden**<sup>4</sup>, wat meer is dan in de andere 2 gewesten. Dit aandeel is net als voor de meeste andere gezondheidsindicatoren hoger bij personen met een lagere opleiding (gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht). Meer dan de helft van de personen met ten hoogste een diploma lager onderwijs (56 %) rapporteert psychisch onwelbevinden, tegenover 34 % voor de hoogst opgeleiden.

De relatief hoge prevalentie van geestelijke gezondheidsproblemen in Brussel hangt samen met het stedelijke karakter van het gewest, de moeilijkheden die migranten en vluchtelingen ervaren, het grote aandeel armen, sociale isolatie, het gebrek aan aangepaste woningen, enz. We merken op dat geestelijke gezondheidsproblemen toenemen in alle 3 de Belgische gewesten.

## ZORGCONSUMPTIE: DE EERSTE LIJN WORDT NOG ALTIJD NIET GENOEG GEBRUIKT

Het stedelijke en hoofdstedelijke karakter van Brussel drukt een duidelijke stempel op de zorgconsumptie in het gewest. Een analyse van het gebruik van gezondheidszorgen heeft aangetoond dat er in het Brusselse gewest minder beroep wordt gedaan op zorg via een huisartsenpraktijk of thuiszorg, maar meer op gespecialiseerde zorgen of ziekenhuiszorg dan in de twee andere gewesten.

Een eerste verklaring hiervoor is het stedelijke karakter van het volledige gewestelijke grondgebied. Wanneer de vergelijking zou worden beperkt tot de grote steden van de andere gewesten zouden

<sup>4</sup> Psychisch onwelbevinden wordt vermoed bij personen die minstens twee psychische klachten aangeven via de "General Health Questionnaire" (GHQ-12) schaal.

er daar ook meer gelijkaardige zorgconsumptieprofielen worden vastgesteld. Daarnaast spelen er evenwel ook nog andere verklarende elementen: het zorgaanbod (met een groot aanbod aan ziekenhuizen) en het bevolkingsprofiel (multicultureel, hoog aandeel armen) zijn andere factoren die dit profiel beïnvloeden.

## ZORG UITSTELLEN OM FINANCIËLE REDENEN

De toegang tot gezondheidszorg blijft moeilijk voor heel wat Brusselse huishoudens. Volgens de Gezondheidsenquête 2013 verklaart bijna een vierde van de Brusselse huishoudens (23 %) gezondheidszorg te hebben uitgesteld om financiële redenen. Dit gebeurt ook vaker in het Brussels Gewest dan in Vlaanderen (5 %) en Wallonië (9 %).

Ook hier is de sociale gradiënt duidelijk: het uitstellen van zorg neemt af in de mate dat de beschikbare financiële middelen van een huishouden toenemen. In het Brussels Gewest verklaart bijna de helft (46 %) van de Brusselse huishoudens die aangaven moeilijk rond te komen, zich gezondheidszorgen te hebben ontzegd of te hebben uitgesteld om financiële redenen, tegenover slechts 5 % bij de huishoudens die aangeven gemakkelijk rond te komen.

## TOT SLOT

Deze enkele grote vaststellingen tonen aan dat Brussel geconfronteerd wordt met heel wat uitdagingen op het vlak van gezondheid. Vertrekkende van deze vaststellingen wil het Gezondheidsplan oplossingen en antwoorden voorstellen die de gezondheid van de Brusselaars kunnen verbeteren en de gezondheidsongelijken bestrijden.

De ploeg van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

### HET OBSERVATORIUM VOOR GEZONDHEID EN WELZIJN VAN BRUSSEL-HOOFDSTAD

Het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad staat ten dienste van iedereen die meewerkt aan de uitbouw van het gezondheids- en armoedebeleid in het Brussels Gewest: beleidsmakers, actoren op het werkveld of onderzoekers.

Het merendeel van de gepresenteerde gegevens in dit hoofdstuk komen uit de twee volgende publicaties: **Welzijnsbarometer 2018** en de **Gezondheidsindicatoren van het Brussels Gewest**. Alle publicaties van het Observatorium zijn terug te vinden op de website.

<https://www.ccc-ggc.brussels/nl/observatbru/accueil>

# **ZEVEN PRINCIPES** WAAROP HET BRUSSELS GEZONDHEIDSPAN GESTOELD IS

## **HET TERUGDRINGEN VAN DE ONGELIJKHEDEN DOOR EEN SAMENHANG IN ALLE BELEIDSLIJNEN**

De diagnostiek van de gezondheidstoestand van Brusselaars belicht het belang van sociale ongelijkheden op gezondheidsvlak. Om die aan te pakken, moet men werken aan de geografische, financiële en culturele voorwaarden voor toegang tot zorg. Er werd overigens vastgesteld dat sociale, economische en culturele factoren evenveel impact hebben op gezondheid als individueel gedrag en het gezondheidsbeleid. De bepalende sociale factoren zijn velerlei (woonklimaat, omgeving, vervoer, werk, opleiding enz.). Alle actoren moeten dus hun steentje bijdragen. Daarbij bestaat de uitdaging erin de ongelijkheden terug te dringen.

Met het Brusselse Gezondheidsplan stellen we voor om gezondheid op te nemen in alle beleidslijnen en de toegankelijkheid van het zorgaanbod uit te breiden.

## **HET AANBOD STRUCTUREREN OP GROND VAN DE BEHOEFTE**

Iedereen weet dat aanbod het belangrijkste element is bij de opbouw van onze zorgsystemen. Het historische gewicht ervan mag echter de afstemming van het aanbod op de huidige en toekomstige behoeften niet belemmeren. Met het Brusselse Gezondheidsplan stellen we voor om de invloed van het beleid uit te breiden, zodat we beleidslijnen kunnen uitwerken die inspelen op de behoeften van heel de bevolking, maar ook van specifieke doelgroepen (op grond van hun ziektebeeld of maatschappelijke kenmerken). Dat vereist een dynamische planning van het zorgaanbod, de uitbouw van behandelingsvormen die nog maar in een absoluut beginstadium zitten en een voortreffelijke organisatie van het aanbod. Voorts zal het nodig zijn oplossingen aan te reiken waarbij men rekening houdt met de verwachtingen van patiënten, zoals de wens om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen of de vraag naar buurtzorg.

## **EEN GEÏNTEGREERDE/ONTZUILDE AANPAK STIMULEREN**

Een ander aangetoond gebrek van onze gezondheidszorgsystemen is verzuiling op het vlak van benaderingen en actoren. De epidemiologische evolutie en met name de veel groter wordende behoefte aan langdurige opvang - hoofdzakelijk voor chronische ziekten - vormt een nieuwe uitdaging voor onze gezondheidszorgsystemen. Er is vandaag een sterke consensus dat het nodig is patiënten anders op te vangen, aan de hand van een geïntegreerde zorgbenadering, waarbij de actoren vakoverschrijdend werken ten gunste van patiënten. Overheden bevoegd voor gezondheid stellen voor om die paradigmaverschuivingen praktisch te ondersteunen met aangepaste instrumenten in verband met multidisciplinair werken, informatie delen, overleg tussen de actoren en de organisatie van het zorgtraject.

## **DE ONOPHOUDELIJKE VERBETERING VAN DE KWALITEIT VAN DE BEHANDELINGEN EN EVALUATIE STIMULEREN**

De culturele omgeving en met name de verwachtingen van de burgers in dat opzicht zijn gunstig voor een geformaliseerde invoering van de onophoudelijke verbetering van de kwaliteit en het logische gevolg ervan, evaluatie. Hoewel het moeilijk is de meerwaarde van beleidslijnen ter verbetering van de kwaliteit te becijferen, is het niet meer nodig de kostprijs van een gebrek aan kwaliteit op zowel financieel als menselijk vlak aan te tonen.

## **DEMOCRATISCHE GEZONDHEIDSZORG UITBOUWEN**

Relevante informatie voortbrengen om vorm te geven aan de diagnostiek van de gezondheidstoestand en de antwoorden die men erop moet bieden is een vereiste voor democratische gezondheidszorg. Die informatie moet transparant zijn om de actoren uit de verenigingswereld en de instellingen en individuele actoren te betrekken bij de implementering van het gezondheidsbeleid. Met het Brusselse Gezondheidsplan willen we inzetten op de inzameling, analyse en terbeschikkingstelling van gezondheidsgegevens aan de betrokken actoren en het grote publiek.

In het plan wordt ook voorgesteld om de gebruikers, burgers, patiënten en belastingplichtigen te betrekken, zodat ze de gezondheidszorgsystemen begrijpen en geleidelijk aan gaan deelnemen aan de politieke besluitvorming op gezondheidsvlak, zowel op macroniveau als op het niveau van de instellingen.

## **DE SOCIALE EN TECHNOLOGISCHE INNOVATIE TEN DIENSTE VAN DE PATIËNT STELLEN**

Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest is een vruchtbare voedingsbodem voor innovatie, ongeacht of het nu sociale of technologische innovatie betreft. Die creativiteit moeten we ondersteunen en zo snel mogelijk integreren in het zorgtraject. Zo is e-gezondheid een van de tools voor de transformatie van zorgpraktijken, die mogelijkheden biedt op het vlak van informatie delen en multidisciplinair werken. Onderzoek en industriële innovatie moeten ook samen worden ingezet om de volksgezondheidsdoelstellingen te behalen.

## **DE DUURZAAMHEID VAN HET SYSTEEM WAARBORGEN**

Financiële houdbaarheid vormt doorgaans geen probleem voor Brusselse beleidslijnen, maar we moeten er wel aandachtig voor blijven. Rekening houdend met de voorspellingen inzake demografische groei en gezondheid moeten alle gezondheidsbeleidslijnen doeltreffend zijn. Een toegankelijk zorgaanbod behouden en uitbouwen in Brussel moet gebeuren door efficiëntie na te streven, met name door de bestaande organisatiewijzen te optimaliseren, redundantie tegen te gaan en functies die zich daartoe lenen gemeenschappelijk te maken, zoals ondersteunende functies.

# PIJLER 1

## ONGELIJKHEDEN OP HET VLAK VAN GEZONDHEID TERUGDRINGEN

Wanneer het verslag van de OESO over de toestand van de gezondheidszorg in de Europese Unie in november 2017 uitkwam, vermeldde de Europese Commissie ongelijkheden als een van de zwakke punten van het Belgische gezondheidszorgsysteem, naast een tekort aan arbeidskrachten voor gezondheidszorgberoepen. "Mensen leven langer, hoewel er [in België] grote verschillen per [...] sociaaleconomische groep blijven bestaan."

Die vaststelling geldt helaas ook voor Brussel. Hoewel Brussel een rijke en ontwikkelde regio is, geldt er ook een grote ongelijkheid, in die mate dat we kunnen spreken van een **echte Brusselse paradox**.

Brussel is immers goed voor 18,2 % (bron: BISA) van de rijkdom van het land. Die indicator weerspiegelt echter niet de sociaaleconomische realiteit in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Het gemiddelde en het mediane inkomen op grond van de belastingaangifte liggen in Brussel immers lager dan in België in zijn geheel. Brussel is een erg contrastrijk gewest op het vlak van fiscale inkomsten en de gemeenten vormen sociaaleconomische scheidingslijnen. Binnen dit ene gewest schommelt het mediane inkomen immers tussen 14.884 in Sint-Joosten-Node (het laagste mediane inkomen van het land) en 25.280 euro in Sint-Pieters-Woluwe. De wijken met de laagste mediane inkomens liggen voornamelijk in de arme sikkels, een strook ten noordwesten van het stadscentrum.

Ongeveer een op de drie Brusselaars moet rondkomen met een inkomen dat onder de armoededrempel ligt. Dat aandeel ligt in Brussel aanzienlijk hoger dan op nationale schaal. Een vijfde van de Brusselse bevolking tussen de 18 en 64 jaar oud krijgt een sociale tegemoetkoming of werkloosheidsuitkering. 4,9 % van de Brusselaars heeft dus een inkomen uitgekeerd door het OCMW. Dat is meer dan twee keer zoveel als op nationaal vlak. Bovendien loopt dat percentage op tot 9,9 % bij jongeren tussen de 18 en de 24 jaar.

Hoewel de werkloosheidsgraad daalt, blijft 16,5 % van de hele Brusselse bevolking werkloos en loopt de jeugdwerkloosheidsgraad op tot 24,8 % (bron: Actiris 2018).



Tot slot telt Brussel het grootste aantal alleenstaanden en eenoudergezinnen. Die twee categorieën vertegenwoordigen 60 % van de Brusselse gezinnen, ten opzichte van 48 % in Vlaanderen en 38 % in Wallonië.

Tegenwoordig is sociaaleconomische kwetsbaarheid niet langer voorbehouden aan werklozen, maar kent ze vele gezichten. Dat komt door de toename van het aantal arme werknemers, gezinnen in een situatie van economische onzekerheid, eenoudergezinnen en alleenstaanden. Bij de analyse van de ongelijkheden moet men dus verder kijken dan traditionele classificaties als rijk versus arm, werkend versus werkloos.

Sociaaleconomische ongelijkheden worden weerspiegeld in ongelijkheden op het vlak van gezondheid. De Brusselse bevolking is jonger en in volle groei, onder meer door de komst van nieuwe bevolkingsgroepen. De levensverwachting stemt overeen met het Belgische en Europese gemiddelde. Net zoals andere indicatoren zijn levensverwachting en gezondheid echter niet homogeen verdeeld over de bevolking. Brusselaars die in de meest benarde sociaaleconomische situatie zitten zijn ook de meest kwetsbare op het vlak van gezondheid. In de periode 2009-2013 zien we dat de levensverwachting voor vrouwen die in een gemeente met een lage sociaaleconomische status wonen, gemiddeld tweeënhalf jaar korter is dan die voor vrouwen die in een gemeente met een hogere sociaaleconomische status wonen.

## GEZONDHEID INTEGREREN IN ALLE BELEIDSLIJNEN

Het principe “hoe armer, hoe ongezonder” zou geen noodwendigheid mogen zijn. Dit onrecht is vooral te wijten aan ongelijke toegang tot werk, opleidingen, huisvesting en een maatschappelijk draagvlak, de voornaamste factoren die gezondheid beïnvloeden. De in 2014 opgerichte Brusselse Hoofdstedelijke Regering zet vastberaden in op het terugdringen van ongelijkheden in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Wat opleiding en tewerkstelling betreft:

- Met het Opleidingsplan 2020 was het de bedoeling om een recht op opleiding te creëren om de inzetbaarheid te verhogen en werkloosheid terug te dringen, met name via maatregelen zoals alfabetisering.
- De hervormde tewerkstellingsmaatregelen moesten ervoor zorgen dat de meest kwetsbaren niet uitgesloten worden. Daarom werd de toekenningsvoorwaarde voor tewerkstellingssteun van een werkloosheidsuitkering geschrapt en volstaat het voortaan om als werkzoekende ingeschreven te zijn bij Actiris. De hervormde maatregelen maakten het ook mogelijk om de zoektocht naar werk vlotter te laten verlopen door de wachttijd tussen opleidingsmaatregelen van de overheid en de tewerkstellingsmaatregelen en de tewerkstelling zelf af te schaffen.

Om ongelijkheden op het vlak van gezondheid een halt toe te roepen, moeten we voortgaan met die geïntegreerde strategieën en een goede intersectorale en interinstitutionele samenwerking stimuleren. Daarbij moeten we ook lokale beleidslijnen integreren om zo goed mogelijk in te spelen op de realiteit in het werkveld. De aanpak voor het terugdringen van de ongelijkheden op het vlak van gezondheid moet doordringen tot alle Brusselse beleidslijnen. Ministers van Gezondheid

kunnen en mogen niet langer de enige spelers zijn die ongelijkheden op het vlak van gezondheid terugdringen. Ze moeten een collectieve reactie leiden en aanzetten tot ontzuiling.

## VERMINDERDE TOEGANG TOT ZORG

De toegang tot zorg vormt ook een uitdaging voor het terugdringen van ongelijkheden. Ondanks het systeem van universele dekking - een sterk punt in België - heeft de toegang tot zorg de neiging te verslechteren.

Het principe van proportioneel universalisme moet doeltreffend worden geïmplementeerd. Dat houdt in: beleidslijnen invoeren die zeker universeel zijn, maar die sterk uitgebreid worden voor bepaalde doelgroepen van kansarmen.

Bij de andere machtsniveaus binnen de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid zal een oproep worden gedaan om te onderstrepen dat er bij de evolutie van ons gezondheidszorgsysteem rekening moet worden gehouden met kwetsbaarheden. De inkorting van ziekenhuisverblijven heeft bijvoorbeeld niet voor iedereen dezelfde gevolgen. Die gevolgen verschillen immers naargelang de mate van sociale en economische autonomie of huisvestingsomstandigheden van de betrokkenen.

## ONRECHT VAN IN DE WIEG

Sociale ongelijkheid bij kinderen blijft een merkwaardig fenomeen. Een derde van de Brusselse kinderen leeft in een gezin waar het inkomen onder de armoedegrens ligt.

Het kindersterftecijfer in Brussel is gering en stemt overeen met het Europese gemiddelde. De spreiding van het sterftecijfer op grond van sociaaleconomische klasse is echter zorgwekkend: een kind dat geboren wordt in een gezin zonder inkomen heeft dubbel zoveel kans om doodgeboren te worden en anderhalf keer meer kans om in het eerste levensjaar te sterven dan een kind dat geboren wordt in een gezin met twee inkomens.

Er moet bijzondere aandacht worden besteed aan kinderen en hun ouders, en meer bepaald (toekomstige) moeders.

**Dat deze pijler met betrekking tot ongelijkheden op het vlak van gezondheid de eerste van het Brusselse Gezondheidsplan is, toont wat een grote uitdaging hij vormt. Er zal zeker een groot deel van de energie en de middelen aan die pijler moeten worden gewijd.. We moeten ons echter bewust zijn van hoe moeilijk de doelstellingen te bereiken zijn, rekening houdend met de vele factoren die erbij komen kijken en de geringe impact van de hefboomen uit het gezondheidsbeleid.**

**We vertrekken niet vanaf nul. Het Brusselse Gezondheidsplan moet aansluiten bij de gezondheidsaspecten van het Armoedeplan en de verschillende gewestelijke plannen.**

## DOELSTELLING 1

# GEZONDHEID INTEGREREN IN ALLE BELEIDSLIJNEN DOOR TE WERKEN ROND DE FACTOREN DIE BEPALEND ZIJN VOOR GEZONDHEID

De Wereldgezondheidsorganisatie kiest voor “health in all policies”. Gezondheid integreren in alle beleidslijnen als middel om ongelijkheden op maatschappelijk en gezondheidsvlak terug te dringen. Alle aspecten van een nationaal of gewestelijk beleid of nationale of gewestelijke economie hebben invloed op de gezondheid en gelijkheid op gezondheidsvlak van bevolkingsgroepen. De factoren die de gezondheidstoestand van de bevolking bepalen behoren tot erg uiteenlopende domeinen die soms weinig met gezondheid lijken te maken te hebben: toegang tot de arbeidsmarkt, huisvestingsomstandigheden, het milieu enz. Beslissingen die op dat vlak genomen worden werken rechtstreeks of onrechtstreeks in op de volksgezondheid, en dat net zoveel als of zelfs meer dan volksgezondheidsbeleidslijnen zelf.

Daarom moet de te hanteren strategie erin bestaan om in te zetten op de overheidsbeleidslijnen met de grootste impact op de volksgezondheid. Die aanpak blijkt een echte uitdaging, rekening houdend met de institutionele versnippering, de specifieke territoriale kenmerken van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, zijn stedelijke karakter, zijn aantrekkingskracht en zijn bevolkingsdichtheid. Dat alles gaat gepaard met grote uitdagingen op maatschappelijk (verarming, werkloosheid, huisvestingsproblemen) en milieuvlak (luchtverontreiniging, geluidshinder enz.) en lopende of toekomstige heraanleg- of mobiliteitsprojecten.

Hoewel gezondheid niet de hoofdpijler van die beleidslijnen is, moet men er ten minste op letten dat ze de gezondheid van de burger niet schaden en ze in het beste geval zelfs verbeteren. Bij de inachtneming van de uitdagingen inzake gezondheid en gelijkheid op gezondheidsvlak moet men het overheidsbeleid en de grote gewestelijke projecten integreren om te evolueren naar een echte cultuur van “gezondheidszorg in alle beleidslijnen”.

De ministers van Gezondheid willen andere politieke verantwoordelijken hiermee niet de leivieten lezen. Het doel is om informatie te verstrekken en mensen bewust te maken om een debat over de uitdagingen bij projecten en de uitdagingen op gezondheidsvlak te faciliteren. Daartoe wordt voorgesteld om:

- wederzijds begrip van de uitdagingen te creëren door kennis door te geven aan verschillende actoren;
- studies uit te voeren en aan te moedigen waarbij de impact op de gezondheid wordt ingeschat;
- de capaciteit om te anticiperen uit te breiden door grote projecten te identificeren waar men een gezondheidsaspect wil aan toevoegen, bijvoorbeeld door het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn te integreren in de Raad voor Economische Coördinatie;

- meer ruchtbaarheid te geven aan het gezondheidsbeleid bij de overheden via extra communicatie door de gezondheidsbesturen (DVC's, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn en Iriscare).

### **MAATREGEL 1: DE EVALUATIE VAN DE IMPACT OP DE GEZONDHEID VAN HET BELEID UITWERKEN**

**Visie:** De evaluatie van de impact op de gezondheid (EIG) is een maatregel die werd aanbevolen door de Wereldgezondheidsorganisatie voor elke beleidslijn die een invloed heeft op de factoren die de gezondheid bepalen. Het is een veelbelovende stap in de richting van de uitwerking van beleidslijnen die de gezondheid verbeteren en ongelijkheden op dat vlak terugdringen. De evaluatie van de impact op de gezondheid, die gekend staat als de "consensus van Göteborg", wordt gedefinieerd als een combinatie van procedures, methodes en instrumenten waarop een beleid, programma of project kan worden beoordeeld en geëvalueerd met betrekking tot hun eventuele - soms onverwachte - gevolgen voor de volksgezondheid en de spreiding van die gevolgen binnen de bevolking. Daarbij moet men gepaste acties bepalen om die gevolgen te beheersen.

Het gaat dus om een soort voorafgaande of prospectieve evaluatie: men tracht eventuele toekomstige gevolgen van een nieuw beleid of een nieuwe maatregel voor de gezondheid te voorspellen. De EIG moet zo vroeg mogelijk worden ingepast in het besluitvormingsproces, wanneer de beslissing in het uitwerkingsstadium zit: zo kan een negatieve impact snel aan het licht worden gebracht en kunnen er bijgevolg verzachtende maatregelen of vervangingsoplossingen worden overwogen. Een positieve impact kan worden belicht en eventueel versterkt.

De impacttest heeft dus niet tot doel het besluitvormingsproces te vervangen, maar om het te ondersteunen. Het is een hulpmiddel voor besluitvorming, dat tot doel heeft informatie aan te voeren voor het besluitvormingsproces en dat de beleidsmakers de mogelijkheid biedt hun besluit aan te passen.

De invoering van een impacttest vereist de uitbouw van een bijzondere expertisedienst. Die invoering kan geleidelijk gebeuren en vergezeld gaan van een bewustmakingsfase bij verschillende politieke actoren die er een beroep op zouden kunnen doen. In dat opzicht zou de impacttest niet alleen ter beschikking kunnen worden gesteld van de ministers van de gewesten en gemeenschappen, maar ook ter beschikking van de plaatselijke besturen.

## **ACTIEPLAN:**

### **Een expertisedienst uitbouwen die op vrijwillige basis impacttests kan aanbieden aan de verschillende Brusselse institutionele actoren**

**Al verwezenlijkte projecten:** De theoretische uitwerking van de EIG-tool bij het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

#### **Doelstelling 2019-2020:**

- Uitvoering van een impactevaluatie (op gezondheids- en armoedevlak) van het pilootproject met het oog op ouderen langer thuis laten wonen via een wijkaanpak en een impactevaluatie (op gezondheids- en armoedevlak) van een tewerkstellingsbeleid voor inschakelingsovereenkomsten in samenwerking met het Observatorium voor de Werkgelegenheid van Actiris;
- subsidie toegekend aan de vzw SACOPAR voor de bewustmaking van gemeentebesturen over de integratie van gezondheidszorg als integraal deel van de plaatselijke ontwikkeling. De vzw zal structurerende ondersteuning bieden voor een politieke wil om gunstig in te werken op de gezondheid en levenskwaliteit van heel de bevolking;
- Voorstellen dat de algemene beleidsverklaringen 2019-2024 zowel op gewestelijk als bicommunautair niveau geanalyseerd zouden worden door het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn om te bepalen welke ontwerpen en regelgevingen prioritair zouden moeten worden onderworpen aan de gezondheidsimpacttest.

**Doelstelling 2025:** De screening van de gewestelijke en bicommunautaire algemene beleidsverklaringen integreren om te bepalen welke ontwerpen en regelgevingen prioritair zouden moeten worden onderworpen aan de gezondheidsimpacttest.

**Projectverantwoordelijke:** Het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

**Follow-up van het welslagen van de maatregel:** Begeleidingscomité van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

#### **Budget:**

2018-2019:

- Een bestaande voltijdsequivalent uit het personeelskader van het Observatorium
- 60.000 euro toegekend aan de vzw SACOPAR voor haar opdracht van bewustmaking van de plaatselijke besturen

Vanaf 2020:

- Personeelskader opnieuw evalueren met het oog op de uitbreiding van de projecten

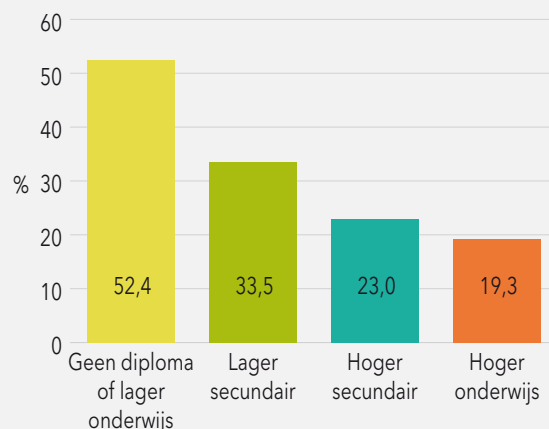
## MAATREGEL 2: DE MONITORING VAN DE ONGELIJKHEDEN UITBOUWEN

**Visie:** Om een beleid te voeren dat ongelijkheden op het vlak van gezondheid terugdringt, moet men achterhalen wat de probleemsectoren zijn, waarin er sprake is van meer ongelijkheden. De meest problematische punten identificeren zal een zo groot mogelijke doeltreffendheid van onze acties mogelijk maken. Brussel beschikt al over grote databanken (gezondheidsenquête, databanken van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Observatorium voor de Fiscaliteit, Observatorium voor de Werkgelegenheid enz.) en zal nieuwe gegevens verzamelen bij de oprichting van Iriscare. De verzameling en analyse van informatie zal worden voortgezet in samenwerking met het RIZIV en het Intermutualistisch Agentschap.

De doelstelling is om een reeks gezondheidsindicatoren in het leven te roepen. De indicatoren zullen gekozen worden op grond van of er sociale ongelijkheden uit blijken (bv. sterftecijfer, invaliditeit ...) en hoe ze verband houden met Brusselse beleidslijnen (vaccinatie, eerstelijnszorg, ziekenhuisbeleid, screening).

De analyse van die reeks indicatoren zal een monitoring van de ongelijkheden op het vlak van gezondheid vormen en uitmonden in aanbevelingen en prioritaire acties.

Aandeel van de bevolking (15 jaar of ouder) die de eigen gezondheid als niet goed beoordelen naar opleidingsniveau (gestandaardiseerd cijfer), 2013



Bron: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Gezondheidsenquête 2013

### ACTIEPLAN:

**Uitwerking van de nodige databanken voor statistiek en analyse op het vlak van gezondheid in Brussel om een reeks indicatoren op te stellen en aanbevelingen te formuleren om ongelijkheden op het vlak van gezondheid terug te dringen**

#### Al verwezenlijkte projecten:

- Medewerking aan de Belgische Gezondheidsenquêtes (Sciensano) – medegefinancierd door de GGC
- Boordtabellen gezondheid van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

**Doelstelling 2019-2020:** Uitvoering van de eerste monitoring in samenwerking met het IMA en eerste aanbevelingen

**Projectverantwoordelijke:** Het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn (in samenwerking met het IMA)

**Evaluatie en follow-up:** Doorlopende evaluatie van de reeks indicatoren

**Budget:** Terugkerend onderzoeksbudget van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

### **MAATREGEL 3: PLAATSELIJKE INITIATIEVEN ONDERSTEUNEN**

**Visie:** Een aanpak op gemeentelijk of zelfs wijkniveau is relevant om de krachten van de overheid en het verenigingsleven te bundelen rond projecten die de sociale en milieugebonden omstandigheden verbeteren. De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie stelt voor om die projecten bijvoorbeeld te ondersteunen via plaatselijke overeenkomsten. Die ondersteuning kan kaderen in het WGO-project "Brussel Gezond Stadsgewest". Brussel maakt immers sinds 2003 deel uit van het Europese netwerk van "Gezonde Steden" van de WGO. Dat label verenigt geëngageerde steden en regio's in een transversale volksgezondheidsconstructie met de volgende vier pijlers: de bestrijding van sociale ongelijkheden op het vlak van gezondheid, de integratie van gezondheid in alle beleidslijnen, participatieve democratie en werken rond sociale en economische factoren die bepalend zijn voor gezondheid.

De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie wil de plaatselijke besturen nauwer betrekken bij het project "Brussel Gezond Stadsgewest" en hun de mogelijkheid bieden plaatselijke projecten op te zetten.

De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie wil meer betrokken worden bij het Europese netwerk "Gezonde Steden" om ervaringsfeedback beter te benutten en goede praktijken en innovatieve projecten te kunnen delen.

Die contacten moeten ook leiden tot een bespreking van de rol die de gemeenten en OCMW's willen spelen op het vlak van gezondheid en welke steun zij verwachten van het gewestelijke en bicommunautaire niveau.

## ACTIEPLAN:

Het WGO-label handhaven en verder gaan door van start te gaan met plaatselijke ontwerpovereenkomsten en daarbij het WGO-label "Gezonde Steden" naleven en een uitwisselingsplatform voor goede praktijken voor "Gezonde Stad"-projecten van de WGO uit te bouwen

**Al verwezenlijkte projecten:** Brussel is sinds 2003 actief als regio binnen het WGO-label. In 2014 werd er een verslag opgesteld. Het plan Brussel Gezond Stadsgewest 2020 steunt op de opstelling van het Brusselse Gezondheidsplan

**Doelstelling 2019-2020:** Contact opnemen met de plaatselijke overheden om het belang en de haalbaarheid van plaatselijke projecten te bepalen

**Projectverantwoordelijke:** De DVC's

**Evaluatie en follow-up:** Follow-upcomité

**Budget:** geen nieuw budget te voorzien in 2019

Vanaf 2020: indien de gemeenten zich aansluiten bij het project, moet er worden voorzien in een budget ter ondersteuning van de plaatselijke overeenkomsten - *onder voorbehoud van de goedkeuring van de jaarbegrotingen in kwestie*



## MAATREGEL 4:

### DE VERBANDEN TUSSEN GEZONDHEID EN MILIEU BENADRUKKEN

**Visie:** Volgens de Europese Commissie is twintig procent van de ziekten die voorkomen bij de bevolking van geïndustrialiseerde landen te wijten aan milieufactoren. De impact van het milieu op gezondheid wordt niet meer betwist, hoewel het moeilijk blijft dat nauwkeurig te meten. Het verband tussen gezondheid en milieu wordt sinds enige tijd naar voren geschoven op verschillende bestuursniveaus. WGO Europa was de eerste autoriteit die aan de alarmbel trok en organiseert sinds 1989 om de vijf jaar conferenties. Op aansporing van de WGO heeft de Europese Unie de bescherming van de gezondheid en het milieu opgenomen in het Verdrag van Maastricht en voert ze actieprogramma's uit waaraan België meewerkt. In België heeft de institutionele versnippering op dat vlak geleid tot de oprichting van een Interministeriële Conferentie Leefmilieu en Gezondheid (IMCLG). De IMCLG volgt het Nationale Actieplan Leefmilieu en Gezondheid



(“National Environment and Health Action Plan” of NEHAP), dat voortkomt uit het initiatief van de Wereldgezondheidsorganisatie, de federale overheid, de gewesten en de gemeenschappen.

In de geest van dat plan hebben de federale, gemeenschaps- en gewestministers bevoegd voor Milieu en Gezondheid besloten om een gemeenschappelijke cel Leefmilieu-Gezondheid op te richten. Ze verbonden zich er ook toe de bestaande databanken samen te voegen en wetenschappelijk onderzoek beter te harmoniseren, wat moet toelaten overlappingen te vermijden. Voorts willen ze meer aandacht besteden aan het verband tussen milieu en gezondheid in het kader van (met name medische) opleidingen. Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest werkt dan weer verschillende maatregelen uit, zoals de oprichting van de Regionale Cel voor Interventie bij Binnenluchtvervuiling (RCIB). Die cel evalueert binnenluchtvervuilingsproblemen en kan “groene ambulances” langsturen en een medische diagnose stellen.

Bovenop de deelname van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie aan de voornoemde organen en maatregelen, wordt er voorgesteld om de banden tussen de instellingen en actoren op het vlak van milieu en gezondheid aan te halen. In de geest van het NEHAP zijn de uitbreidingsdoelstellingen de volgende:

- het opzetten van een samenwerking tussen enerzijds de Brusselse overheden bevoegd voor Leefmilieu en de bicommunautaire overheden bevoegd voor Gezondheid, met name het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn voor wat de aspecten gegevensanalyse en onderzoek betreft en de Gezondheidsinspectiedienst en anderzijds de voornoemde overheden en zorgverstrekkers;
- het vastleggen van gemeenschappelijke onderzoeksprioriteiten;
- het uitwerken van informatieverstrekkings- en bewustmakingscampagnes.

Op initiatief van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn zullen de Brusselse overheidsdiensten die bevoegd zijn voor gezondheid (waaronder het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn etc.) en voor milieu (waaronder Leefmilieu Brussel) regels opstellen met betrekking tot de samenwerking en de gedeelde verantwoordelijkheid van hun diensten met het oog op de uitvoering van deze maatregel van het Brussels Gezondheidsplan.

## **ACTIEPLAN:**

### **De banden tussen de instellingen en actoren op het vlak van milieu en gezondheid aanhalen**

**Al verwezenlijkte projecten:** /

**Doelstelling 2019-2020:** Protocolakkoord voor de samenwerking tussen Leefmilieu Brussel en de DVC (waarvan een eerste verslag aan het Verenigd College moet worden voorgesteld in het eerste kwartaal van 2019)

**Projectverantwoordelijke:** De Brusselse overheidsdiensten die bevoegd zijn voor gezondheid (onder initiatief van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn) en milieu, waarbij de geschikte actoren – en met voorrang de huisartsenkringen – betrokken worden bij de concrete maatregelen

**Evaluatie en follow-up:** Follow-upcomité

**Budget:** /

## DOELSTELLING 2

# DE TOEGANG VAN KWETSBARE DOELGROEPEN TOT GEZONDHEIDSZORG EN PREVENTIE BEVORDEREN

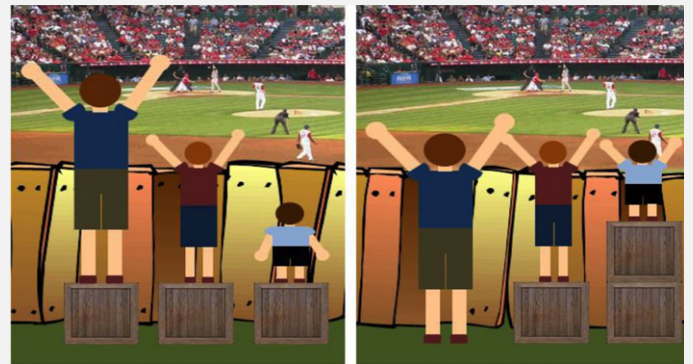
Universele toegang tot gezondheid en tot de voordelen van de sociale zekerheid, gefinancierd in functie van de middelen van eenieder, is een fundamenteel principe van onze democratie. Vanuit die gedachte moet het zorgaanbod zo universeel mogelijk zijn. De toename van ongelijkheden op het vlak van gezondheid en toegang tot gezondheidszorg is echter een verontrustend signaal. Bepaalde groepen kwetsbare mensen vinden de weg niet naar dat universele aanbod of benutten het niet volledig. Hoewel de Belgische sociale bescherming vrij volledig is, stellen we vast dat een toenemend deel van de bevolking geen toegang krijgt tot zorg, in het bijzonder in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest:

- ofwel omdat de personen uitgesloten zijn van sociale bescherming;
- ofwel omdat het niveau van sociale bescherming voor bepaalde personen, ten opzichte van het geld waarover ze beschikken, hen ertoe aanzet van zorg af te zien;
- ofwel omdat financiële, sociale of culturele barrières hen beletten een beroep te doen op het zorgaanbod zoals het ontworpen is.

Op federaal niveau bestaat er een reeks maatregelen: de maximumfactuur (waaraan de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie deelneemt sinds de zesde staatshervorming) of nog de verhoogde tegemoetkoming (ook wel voorkeurregeling genoemd), die onlangs vereenvoudigd werd en nu uitsluitend op inkomsten is gebaseerd.

Bij het inrichten van zorg binnen de bevoegdheden die werden overgedragen door de zesde staatshervorming dient de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie er aandacht aan te besteden dat er geen gevallen van uitsluiting van zorg ontstaan.

Ze moet bovendien nog verder gaan door bijzondere aandacht te besteden aan de meest kwetsbare doelgroepen. Daarom koos men voor de benadering van het proportioneel universalisme, d.w.z. een tegemoetkoming voor iedereen, maar waarbij de modaliteiten of intensiteit van de tegemoetkoming

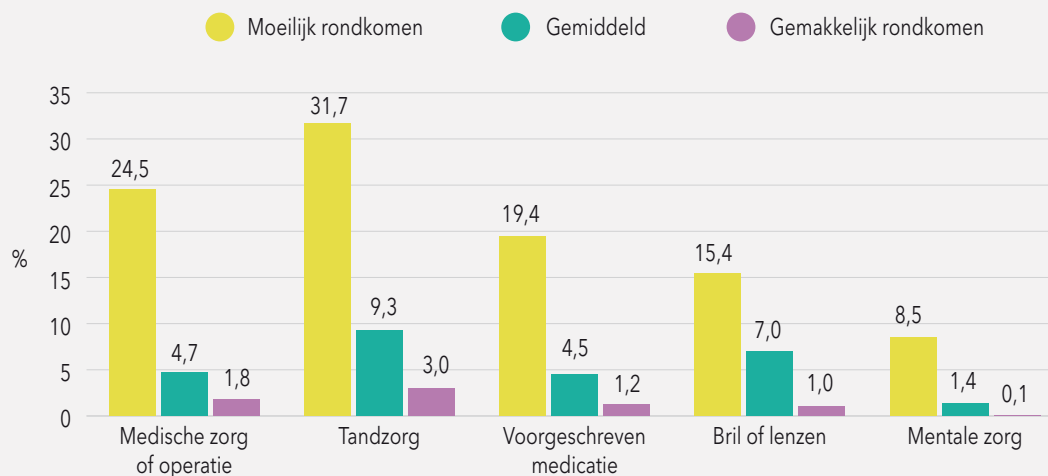


Source : Guide de l'Optique d'équité et d'inclusion, Ottawa

variëren naargelang de behoeften. Het concept werd gedefinieerd door Sir Michael Marmot in het verslag dat hij opstelde op verzoek van de Britse minister van Gezondheid in 2010.

*Alleen maar mikken op de meest kansarmen zal de ongelijkheden op het vlak van gezondheid niet voldoende terugdringen. Om de sociale gradiënt af te vlakken moeten acties universeel zijn, maar van een omvang of intensiteit die evenredig is met het niveau van sociaal nadeel. Dat noemen we dan proportioneel universalisme.*

### Percentage huishoudens die verklaren in het afgelopen jaar gezondheidszorgen te hebben moeten uitstellen om financiële redenen, naargelang financiële draagkracht, Brussels Gewest, 2013



Bron: Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid, Gezondheidsenquête 2013; berekeningen Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel

De notie van proportioneel universalisme kan worden toegepast door gedifferentieerde acties te ondernemen die aangepast zijn aan de communicatiekanalen en behoeften in kwestie. Het belangrijkste is de specifieke behoeften inzake tegemoetkoming voor bepaalde subgroepen te bepalen, zonder andere bevolkingslagen te verwaarlozen. Het principe van proportioneel universalisme moet worden toegepast bij alle projecten.

Om niet alleen de symptomen te behandelen, maar daarentegen de oorzaken van gedeeltelijke of volledige uitsluiting van de toegang tot gezondheidszorg en preventie aan te pakken, moet men overigens de achterliggende mechanismen begrijpen die ervoor zorgen dat bepaalde groepen worden uitgesloten van ziektekostenverzekering of dat ze niet hetzelfde voordeel trekken uit het gezondheidsbeleid als anderen. Die mechanismen begrijpen moet het mogelijk maken om doeltreffende sociale-inclusieacties te bepalen.

Tot slot zal, bij de uitrol van het toekomstige zorgaanbod, de nadruk worden gelegd op buurtwerking bij de organisatie van zorg en preventieondersteuning op lokaal vlak (zie pijler 2). Die logica van

buurtwerking moet gepaard gaan met een laagdrempelige aanpak. Daarom zullen zorgstructuren voor kwetsbare doelgroepen zoals het zorgverstrekkingproject Athena worden ondersteund en, na evaluatie, verder worden ontwikkeld.

## **MAATREGEL 1: DE VERSCHILLENDE GROEPEN PATIËNTEN BETER INFORMEREN EN ERVOOR ZORGEN DAT ZE HET SYSTEEM BETER BEGRIJPEN**

**Visie:** Het Belgische systeem van sociale zekerheid biedt universele toegang tot gezondheidszorg van hoge kwaliteit. Het financiële toegankelijkheidsniveau is natuurlijk nog perfectioneerbaar, maar het systeem biedt al aanzienlijke mogelijkheden voor bepaalde kwetsbare of prioritaire doelgroepen (maximumfactuur, verhoogde tegemoetkoming). De bevolking kent of benut die mogelijkheden niet genoeg. Voor kwetsbare groepen betekent minder kennis ook minder gebruikmaken van de beschikbare gezondheidszorg. Er moeten geschikte communicatiemiddelen ontwikkeld worden om patiënten beter op de hoogte te stellen van het beschikbare gezondheidszorgaanbod, hun rechten op het vlak van sociale zekerheid en de daadwerkelijke uitoefening ervan.

De ongekendheid van de gratis tandzorg voor kinderen illustreert de ruimte voor verbetering die er is voor preventiemaatregelen bestemd voor de Brusselse bevolking. Ondanks het universele en kosteloze aanbod kan de mondgezondheid bij kinderen nog aanzienlijk verbeterd worden. Ook de screenings van bepaalde kankers kunnen in dit verband worden vermeld. De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie wil informatiemiddelen ontwikkelen en ter beschikking stellen omtrent de rechten van de patiënt, het gezondheidszorgaanbod en de voorwaarden voor financiële toegang ertoe. Om die doelstelling te behalen zullen er communicatiemiddelen moeten worden ingezet die zo nauw mogelijk aansluiten bij het dagelijkse leven van de burgers (school, gemeentes, OCMW's, buurtverenigingen, Actiris enz.), en dat op verschillende manieren, die aangepast zijn aan de culturele context. Daarvoor zullen tal van actoren ingeschakeld worden: verzekeringsinstellingen, actoren in het veld (met name op het vlak van sociale cohesie), patiëntenverenigingen enz.

Voorts moet de in het witboek over de toegang tot gezondheidszorg in België opgenomen aanbeveling betreffende het opnemen in overheidsdiensten van personen die persoonlijke ervaring hebben met kansarmoede (ervaringsdeskundigen) worden onderzocht.

### **ACTIEPLAN:**

#### **De doelgroepen bepalen en geschikte informatieverstrekkingmiddelen ontwikkelen**

**Al verwezenlijkte projecten:** /

**Doelstelling 2019-2020:** Contact opnemen met de betrokken actoren om een campagne voor een specifieke doelgroep te ontwikkelen

**Doelstelling 2025:** Geschikte informatieverstrekkingmiddelen ontwikkelen

De kabinetten Gezondheidsbeleid - de DVC - Iriscare, in samenwerking met de OCMW's, de verzekeringsinstellingen, de patiëntenverenigingen, de actoren op het vlak van sociale cohesie en de actoren op het vlak van gezondheidszorg en hun vertegenwoordigers (centra voor coördinatie, revalidatie, gezinsplanning, de gehandicaptensector, enz.)

**Evaluatie en follow-up:** Deelnamegraad aan de beoogde maatregelen via de monitoring van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

**Budget:**

- Geen in 2019
- Vanaf 2020 moet het budget geraamd worden dat vereist is om geschikte informatie-verstrekkingmiddelen te ontwikkelen - *onder voorbehoud van de goedkeuring van de betrokken jaarbegrotingen*

## MAATREGEL 2: SPECIFIEKE MAATREGELEN VOOR KWETSBARE DOELGROEPEN ONTWIKKELEN



**Visie:** In het kader van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg moet meer aandacht besteed worden aan bepaalde meer kwetsbare groepen, die de eerste slachtoffers zijn van de gezondheidsongelijkheden en die uitgesloten zijn van de klassieke gezondheidszorgsystemen.

De meest kwetsbare (daklozen, personen die vallen onder de bescherming van de maatschappij of de dringende medische hulpverlening, drugverslaafden, enz.) en onder hen meest prioritaire doelgroepen zijn daklozen en groepen met risicogedrag, met name sekswerkers en drugsverslaafden.

De moeilijkheden die zij ondervinden met betrekking tot de toegang tot gezondheidszorg zijn aan verschillende factoren toe te schrijven: verlies van sociale dekking, slecht begrip van het gezondheidszorgsysteem, slechte afstemming van het aanbod op de

doelgroepen en een gebrek aan middelen. Die kwetsbare doelgroepen worden momenteel niet of slecht gedekt door de "klassieke" eerstelijnszorg. Er wordt dus voorgesteld om bij de toekomstige ontwikkeling van het eerstelijnszorgaanbod een tussenzorglijn toe te voegen, de "lijn 0,5". Volgens de definitie van het RIZIV en Dokters van de Wereld in hun witboek is de lijn 0,5 een "geheel van structuren en/of diensten met een multidisciplinaire, flexibele en proactieve benadering, waar personen die uitgesloten zijn van verzorging, primaire geneeskundige verzorging [ ... ] kunnen genieten, met niet-discriminerende toegangsvoorwaarden en gebaseerd op respect, MAAR wel met de doelstelling de patiënt op termijn in de traditionele eerstelijnszorg te integreren."

Die lijn 0,5 wordt dus beschouwd als een specifieke en tijdelijke referentiestructuur waarbij men alles in het werk moet stellen om kwetsbare patiënten terug te brengen naar de klassieke gezondheidszorglijn. Aan Dokters van de Wereld en de bicommunautaire huisartsenkring zal voorgesteld worden om een operationeel plan 0,5 te ontwikkelen, in samenwerking met de ziekenhuizen en de medische sociale coördinaties. Het Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg en de toekomstige ondersteuningsstructuur voor daklozen zullen daarbij betrokken worden.

In afwachting van dat plan zullen de zorgstructuren voor kwetsbare doelgroepen die de voorbije jaren gefinancierd werden – zoals het zorgverstrekkingsproject Athena – verder ondersteund en eventueel na evaluatie verder ontwikkeld worden. De hoofddoelstelling is de financiering van die structuren stabiliseren en eventueel hun capaciteit uitbreiden.

Andere specifieke doelgroepen en sectoren van de gezondheidszorg zullen begeleid worden. De vermelde migrantendoelgroep wordt al ondersteund door de overheid. De sector van de geestelijke gezondheid, waarvan de problematieken zich vaker voordoen bij de kwetsbare doelgroepen, moet samenwerken met de rest van de eerstelijnszorg. Het Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg werd opgedragen om de obstakels en hefbomen voor de toegang tot gezondheidszorg voor kwetsbare personen te identificeren. In dezelfde sector moet de ondersteuning van de vzw SMES overwogen worden.

## **ACTIEPLAN:**

### **Een lijn 0,5-plan ontwikkelen**

**Al verwezenlijkte projecten:** Financiering van maatregelen voor kwetsbare doelgroepen: zorgverstrekkingsproject Athena, Medimmigrant, Solentra, Medihalte (project bijstand aan personen), enz.

#### **Doelstelling 2019-2020:**

- De bestaande maatregelen stabiliseren en na een gunstige evaluatie de capaciteit ervan uitbreiden
- De lijn 0,5 uitbouwen: opdracht voor Dokters van de Wereld en de huisartsenkring(en)

#### **Doelstelling 2025:**

- De voorzieningen van de lijn 0,5 uitbouwen op grond van de ontvangen aanbevelingen

**Projectverantwoordelijke:** De DVC, Iriscare, de kabinetten Gezondheidsbeleid, de huisartsenkringen, de ziekenhuizen, Dokters van de Wereld, de medische sociale coördinaties (OCMW's) en andere te raadplegen sectoren (revalidatie, gehandcaptensector, coördinatiecentra, enz.)

#### **Budget:**

- 2019: te bepalen naargelang de behoeften voor de ontwikkeling van het plan
- 2020: te bepalen voor de ontwikkeling van de lijn 0,5  
*onder voorbehoud van de goedkeuring van de betrokken jaarbegrotingen*

### MAATREGEL 3: EEN ANALYSE COÖRDINEREN OVER DE MECHANISMEN VAN SOCIALE UITSLUITING OP HET VLAK VAN GEZONDHEIDSZORG



**Visie:** Het niet of te weinig een beroep doen op benodigde zorg zijn fenomenen die vaak aangetoond worden in de uitgavenanalyses van het RIZIV en de studies van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, met name in het armoederapport en de specifieke thematische analyses. De fenomenen waarbij onvoldoende een beroep gedaan wordt op gezondheidszorg, waarbij van rechten geen gebruikgemaakt wordt en de hinderpalen voor de toegang tot gezondheidszorg moeten verder worden geïdentificeerd. Deze fenomenen doen zich voor in alle grootsteden van het land en zijn niet specifiek voor Brussel.

De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie wil een analyse laten uitvoeren van de mechanismen die leiden tot het onvoldoende beroep doen op gezondheidszorg, maar ook tot uitsluiting van gezondheidszorg. Een beter inzicht in die mechanismen moet leiden tot de uitwerking van nieuwe oplossingen voor herintegratie in het systeem van sociale bijstand en gezondheidszorg. De eerstelijnszorgsector en de daklozensector worden verzocht om aan die analyse mee te werken. Het RIZIV en het IMA zullen ook gevraagd worden om bij te dragen aan de opbouw van deze analyse. Onder voorbehoud van ad hoc-akkoorden zullen de bevoegdheden van andere Brusselse politieke entiteiten kunnen worden ingeroepen bij de analyse.

Bij de analyse zal gefocust worden op verschillende aspecten. Voor de eerstelijnszorg zal men zich in het bijzonder toespitsen op:

- het gebruik van eerstelijnszorg onderzoeken (op basis van de gegevens van het IMA en in samenwerking met de Fédération des Maisons Médicales en de Vereniging van Wijkgezondheidscentra);
- het afnemen van een enquête in samenwerking met de huisartsenkringen om de werklast van huisartsen beter in te kunnen schatten en meer inzicht te krijgen in hun praktijken;
- bij personen die nooit een beroep doen op eerstelijnszorg de financiële, sociale of andere hinderpalen analyseren.

## ACTIEPLAN:

Samen met het RIZIV en het IMA de opbouw van deze analyse ontwikkelen en specifieke analyses uitvoeren om aanbevelingen te kunnen formuleren in functie van het gezondheidsbeleid

**Al verwezenlijkte projecten:** Studie over de niet-opname van sociale rechten en de onderbescherming op sociaal vlak in het Brussels Gewest

### Doelstelling 2019-2020:

- Evaluatie van het borstkankerscreeningprogramma met bijzondere aandacht voor de kwetsbare doelgroepen
- Analyse van het gebruik van de eerstelijnszorg

**Projectverantwoordelijke:** Het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

**Evaluatie en follow-up:** De aanbevelingen in het bicommunautair beleid opnemen

**Budget:** Opgenomen in het studiebudget van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

## MAATREGEL 4:

### SOCIOPROFESSIELE HERINSCHAKELING EN GEZONDHEIDSZORG MET ELKAAR VERBINDEN

**Visie:** Fysieke en geestelijke gezondheid hangt niet enkel af van de toegang tot kwaliteitsvolle gezondheidszorg, maar hangt natuurlijk ook samen met andere aspecten uit de levensloop waaronder bijvoorbeeld de beroepsactiviteiten die iemand ontwikkelt. Sommige revalidatie- of afkickcentra werken al rond socioprofessionele herinschakeling. Bij de sinds het begin van de legislatuur opgestarte projecten werd sociale herinschakeling dan ook opgenomen in bepaalde zorgmaatregelen voor kwetsbare doelgroepen.

In navolging daarvan kan meer rekening gehouden worden met dat aspect bij de vereisten en financiering voor zorgstructuren die met kwetsbare doelgroepen werken.

Aangezien het gaat om personen terug naar werk toe te leiden, zou een samenwerking met Actiris overwogen moeten worden, bijvoorbeeld via een platform voor de uitwisseling van informatie en goede praktijken via feedback van verschillende actoren. Als die samenwerking er komt, moet dit helpen om een beter onderling begrip tot stand te brengen tussen Actiris en de gezondheidszorgactoren.

Het gezondheidszorgaanbod dat zich richt op en aanpast aan kwetsbare doelgroepen zou ook een toegangsweg moeten zijn naar een sociale bescherming waarop de betrokkenen recht hebben, maar door omstandigheden van zijn uitgesloten.

De instellingen die zorg zullen verstrekken aan kwetsbare doelgroepen zullen ook de opdracht krijgen om de doelgroepen terug te leiden naar een correcte sociale bescherming, in samenwerking



met de gemeentes en de OCMW's. De graad van terugleiding naar de sociale bescherming zal worden gemeten.

Deze structuren zullen ook de huisartsgeneeskunde en de andere klassieke vormen die deel uitmaken van het aanbod moeten promoten.

#### **ACTIEPLAN:**

#### **Socioprofessionele herinschakeling toevoegen aan het actieterrein van bepaalde eerstelijnszorgactoren**

**Al verwezenlijkte projecten:** Jobcoachproject

**Doelstelling 2019-2020:** Inschatten of het haalbaar is om het aspect herinschakeling toe te voegen aan het actieterrein van de gezondheidszorgactoren die met kwetsbare doelgroepen werken

**Doelstelling 2025:** Het project "job coach" uitbreiden op grond van de evaluaties

**Projectverantwoordelijke:** De DVC, Iriscare en de kabinetten Gezondheidsbeleid. De revalidatieovereenkomsten zullen betrokken worden.

**Evaluatie en follow-up:** Herinschakelingsgraad van de patiënten

**Budget:** Vanaf 2017: budget voor het jobcoachproject in de begroting van de revalidatieovereenkomst van de vzw le Gué - 52.000 euro

## DOELSTELLING 3

# GELIJKE KANSEN BEVORDEREN VANAF DE GEBOORTE: DE GEZONDHEID VAN MOEDERS, KINDEREN EN JONGEREN VERBETEREN



Het relatief hoge aantal kinderen en adolescenten is een potentiële troef voor Brussel. De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie wil in zijn jonge inwoners investeren en ze van bij hun geboorte de nodige middelen geven om zich te kunnen ontwikkelen en uiteindelijk deel van de actieve beroepsbevolking te worden.

Om de gezondheidsongelijkheden doeltreffend weg te werken wordt, onder meer door de WGO in het kader van haar benadering van de gezondheid van kinderen, stellig aangeraden om al van bij de geboorte gezondheidsbevorderende en ziektepreventiemaatregelen door te voeren. Kinderen al op vroege leeftijd naar school laten gaan en de gezondheid van kinderen zijn immers twee van de determinanten met de grootste impact op de vermindering van de ongelijkheden. Een groot aantal thema's moeten behandeld worden, en daarvoor moeten de bevoegde overheden samenwerken, met bijzondere aandacht voor onder meer het Gezondheidsbevorderingsplan van de Franse Gemeenschapscommissie.

## **MAATREGEL 1:** **EEN PERINATALITEITSPAN ONTWIKKELEN OM DE** **GEZONDHEIDSONGELIJKHEDEN TE VERMINDEREN**

**Visie:** Om de gezondheidsongelijkheden te verminderen moet geïnvesteerd worden in preventiemaatregelen rond zwangerschap, geboorte en vroegste kinderjaren, dé periode waarin de eerste zaadjes van de sociale gezondheidsongelijkheden worden geplant. In een studie van het ONE van 2009 wordt bijvoorbeeld een duidelijk verband aangetoond tussen enerzijds het studieniveau van de moeder en anderzijds bepaalde gezondheids- en taalontwikkelingsproblemen bij het kind.

Perinatale sterfgevallen blijven een grote uitdaging voor het Brusselse beleid. Het aantal risico-zwangerschappen en zwangerschappen met perinatale complicaties is gecorreleerd aan de kwetsbaarheidsgraad van de bevolking. Kwetsbare zwangere vrouwen starten vaak te laat met een medische opvolging van hun zwangerschap. De uitdaging bestaat er dus in om die vrouwen snel genoeg te bereiken en ervoor te zorgen dat ze de nodige onderzoeken kunnen ondergaan en de nodige zorg kan toegediend worden.

De diensten voor perinatale zorg zijn institutioneel versnipperd. Dat helpt niet om voor een integraal en toegankelijk zorgaanbod te zorgen voor de meest kwetsbare vrouwen en hun kinderen.

De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie wil dus het initiatief nemen om de verschillende institutionele en operationele actoren bijeen te brengen om samen een Brussels perinataliteitsplan te ontwikkelen: ziekenhuizen, ONE en Kind en Gezin, de huisartsen, ...

Een van de kernmaatregelen van dat plan zou de oprichting van netwerken moeten zijn tussen de verschillende actoren in de gezondheidszorg voor moeder en kind om een globale, geïntegreerde en ook voor de meest kwetsbare vrouwen toegankelijke benadering te kunnen aanbieden. De eerste operationele doelstellingen zouden kunnen zijn dat alle zwangere Brusselse vrouwen in het eerste kwartaal van hun zwangerschap een prenataal consult krijgen en dat de kinderen van minder dan een jaar oud een aangepaste preventieve medische follow-up krijgen.

De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie wil in eerste instantie de actoren ondersteunen die nu al een toegang tot zorg aanbieden voor de meest kwetsbare vrouwen en hun kinderen.

De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie zal verder de mortaliteits- en morbiditeits-indicatoren analyseren van moeders en kinderen via studies van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn en bijdragen van het "Centre d'épidémiologie périnatale" (CEpiP)

### **ACTIEPLAN:**

#### **Een perinataliteitsplan opstellen**

**Al verwezenlijkte projecten:** Studie van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn over perinataliteit - met medewerking van het CEpiP

**Doelstelling 2019-2020:**

- Actoren ondersteunen die nu al toegang bieden tot zorg voor de meest kwetsbare zwangere vrouwen en hun kinderen (bijvoorbeeld: Aquarelle, Nasci enz.)
- Overleg opstarten met het oog op een Brussels perinataliteitsplan
- Medewerking aan het project Born in Brussels

**Doelstelling 2025:**

- Perinataliteitsnetwerken oprichten
- Verzekeren dat alle vrouwen een prenataal consult krijgen in het eerste kwartaal van hun zwangerschap

**Projectverantwoordelijke:** De DVC en de kabinetten Gezondheidsbeleid

**Evaluatie en follow-up:** Indicatoren met betrekking tot de zorg voor moeder en kind

**Budget:**

- 2019: 50.000 euro voor de ondersteuning van de structuren die kwetsbare zwangere vrouwen en hun kinderen helpen
- Vanaf 2020: te bepalen voor de ontwikkeling van netwerken en de ondersteuning van specifieke maatregelen - *onder voorbehoud van de goedkeuring van de jaarbegrotingen in kwestie*

## MAATREGEL 2: DE GEESTELIJKE GEZONDHEID VAN KINDEREN EN ADOLESCENTEN VERBETEREN

**Visie:** Ongeveer 14 % van de kinderen tussen 11 en 18 jaar oud die in België naar school gaan zijn ontevreden met hun leven. Wereldwijd heeft 20 % van de kinderen en adolescenten mentale problemen. In de helft van de gevallen treden deze geestelijke gezondheidsproblemen op voor de leeftijd van 14 jaar. Volgens de WGO is zelfmoord bij jongeren tussen 15 en 19 jaar oud de tweede grootste doodsoorzaak bij vrouwen en de derde grootste doodsoorzaak bij mannen. In de Gezondheidsindicatoren 2010 stelde het Observatorium dezelfde rangordes vast voor de zelfmoordcijfers bij 11 tot 19-jarige Brusselaars.



Brussel beschikt al over een vrij groot aanbod op het vlak van kinderpsychiatrie in de brede zin van het woord. Net zoals in andere sectoren is dat aanbod evenwel nog altijd erg versnipperd.

In 2015 keurde de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie tijdens de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid de "gids naar een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren" goed. De doelstelling van dat nieuwe beleid is een geïntegreerde benadering ontwikkelen voor de begeleiding van kinderen in crisissituaties en hun ouders. In Brussel werd dat geconcretiseerd met de oprichting van het Bru-Stars-netwerk. Bru-Stars is overigens een succesvol voorbeeld van ontzuijing tussen actoren en overheden. Het netwerk bestaat uit meer dan 30 partners uit onder meer de sector van de geestelijke gezondheidszorg, de gehandicaptenzorgsector, de onderwijssector en de kinderopvangsector en wordt ondersteund door de federale overheid en alle in Brussel bevoegde gefedereerde entiteiten.

Via het Bru-Stars-netwerk konden al crisisprogramma's ontwikkeld worden door mobiele teams op te richten en door voor een enkel crisiscontactpunt voor Brussel te zorgen. Dat crisiscontactpunt vormt een concrete oplossing voor de behoeften van personen in crisissituaties.

De Brusselse inspanningen moeten nu worden voortgezet op het vlak van opsporing en behandeling in een vroeg stadium.

## **ACTIEPLAN:**

### **Behandeling in een vroeg stadium organiseren voor kinderen en adolescenten met mentale problemen**

**Al verwezenlijkte projecten:** De oprichting van het Bru-Stars-netwerk en crisisbenaderingen en de oprichting van het crisiscontactpunt

#### **Doelstelling 2019-2020:**

- De ondersteuning van het Bru-Stars-netwerk verderzetten
- Een pilootproject voor detectie in een vroeg stadium lanceren
- Een à twee ziekenhuisseenheden voor geestelijke gezondheidszorg voor moeders en hun kinderen organiseren en financieren

**Projectverantwoordelijke:** Het Bru-Stars-netwerk, de DVC, Iriscare en de kabinetten Gezondheidsbeleid

**Evaluatie en follow-up:** Te ontwikkelen indicatoren rond geestelijke gezondheidszorg voor kinderen

#### **Budget: 2018:**

- 60.000 euro voor de ondersteuning van het centrale crisiscontactpunt - BA 03.004.34.01.3300
- 60.000 euro voor het project rond de detectie in een vroeg stadium - BA 03.004.34.01.3300
- 250.000 euro voor de oprichting van een eenheid voor moeder en kind - BA 05.002.31.06.3432 en 180.000 euro voor de infrastructuur van het project - BA 03.005.39.01.5122

### MAATREGEL 3: DE VACCINATIEDEKKING VAN KINDEREN EN ZWANGERE VROUWEN UITBREIDEN

**Visie:** De verbetering van de vaccinatieprogramma's heeft sterk bijgedragen aan de vooruitgang van de volksgezondheid en de terugdringing van talrijke voordien dodelijke ziektes. Het belang ervan moet niet alleen individueel, maar ook collectief bekeken worden. Als een voldoende hoge vaccinatiegraad wordt bereikt, is de volledige bevolking immers beschermd (groepsimmunitiedrempel). Tot nu toe blijkt uit de Brusselse indicatoren dat de vaccinatiegraad bij zuigelingen over het algemeen goed is en dat het aantal vaccinatieweigeringen verwaarloosbaar is. We moeten echter voorzichtig blijven, want de indicatoren met betrekking tot de tweede vaccinatie tegen mazelen-rodehond-bof en de vaccinatie tegen kinkhoest en griep bij zwangere vrouwen zijn nog niet optimaal. In een omgeving waarbij men weigerachtig en zelfs achterdochtig staat tegenover vaccinatie moet men waakzaam blijven en de bewustmaking over vaccinatie voortzetten. In Brussel vestigen zich bovendien heel wat mensen komende vanuit het buitenland die niet altijd voldoende gevaccineerd zijn. Het risico op een epidemie in bevolkingssubgroepen die onvoldoende gevaccineerd zijn blijft reëel. De vaccinatiestatus van personen die naar België komen zou dus onmiddellijk proactief moeten worden bijgewerkt of reactief als er ziektegevallen worden vastgesteld.



De Belgische vaccinatiecampagnes volgen de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad en de vaccinatiekalender. In Brussel verloopt vaccinatie via de consultaties van ONE en Kind en Gezin, via de diensten voor schoolgeneeskunde van de Vlaamse en Franse Gemeenschap of via privéconsultaties bij kinderartsen, huisartsen of ziekenhuisartsen. Vaccins die opgenomen zijn in het programma voor kinderen van minder dan twee jaar oud, dat wordt opgesteld op basis van de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad, zijn volledig gratis (met uitzondering van het vaccin tegen het rotavirus). Het laatste onderzoek naar vaccinatiegraad in Brussel dateert van 2012 en had betrekking op zuigelingen van 18 tot 24 maanden. Uit het onderzoek kwamen kernindicatoren naar voor om de vaccinatieprogramma's te evalueren en aan te passen. Het zal opnieuw gevoerd worden voor de periode 2018-2019.

De vaccinatiecampagnes worden voortgezet en er zal rekening gehouden worden met de conclusies van het volgende vaccinatieonderzoek. De communicatie rond en de bewustmaking van de uitdagingen van vaccinatie blijven ook bepalende factoren om ervoor te zorgen dat de bevolking zich achter het vaccinatieprogramma schaaft.

De inspectiediensten van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie houden zetten hun monitoring van epidemisch riskante aandoeningen verder en er zal herinnerd worden aan het belang van de verplichte aangifte van welbepaalde ziektegevallen. Er zullen vaccinatiecampagnes worden georganiseerd die toegespitst zullen zijn op bepaalde risicogroepen.

Vaccinatiecampagnes rond griep in zorg- en wooninstellingen, zoals in de instellingen voor ouderen, zullen georganiseerd moeten worden.

Het Brusselse publiek en de Brusselse zorgverleners willen bovendien eenvoudiger toegang krijgen tot hun vaccinatiestatus. Daartoe moet een vaccinatiegegevensbank uitgewerkt worden waar patiënten en zorgverleners toegang toe hebben. De vaccinatiegegevens zijn momenteel echter erg verspreid en zelden gedigitaliseerd. Er bestaan twee elektronische gegevensbanken - de Vlaamse gegevensbank Vaccinet en de Waalse gegevensbank e-vax -, maar deze zijn niet met elkaar verbonden. De doelstelling is dus om gesprekken op te starten met het ONE en Kind en Gezin, de instellingen die bevoegd zijn voor de Franse Gemeenschap en de Vlaamse Gemeenschap in Brussel, om binnen vijf jaar een gegevensbank te ontwikkelen waartoe het publiek en de beroepskrachten uit de gezondheidssector toegang hebben, via een oplossing in het Brussels GezondheidsNetwerk.

### **ACTIEPLAN:**

**De campagnes verderzetten om de vaccinatiedekkingsgraden te handhaven en zo mogelijk te verhogen, en specifieke campagnes ontwikkelen voor doelgroepen**

**Al verwezenlijkte projecten:** Vaccinatiedekkingsenquête en permanent vaccinatieprogramma

#### **Doelstelling 2019-2020:**

- Nieuwe vaccinatie-enquête 2018-2019 en analyse van de eerste conclusies
- Overleg met de verschillende autoriteiten om een gegevensbank te ontwikkelen met betrekking tot de vaccinatie van Brusselaars in het kader van het Brussels GezondheidsNetwerk

#### **Doelstelling 2025:**

- De vaccinatiedekkingsgraad behouden en de vaccinatiegraad van doelgroepen verbeteren
- De gegevensbank waartoe patiënten toegang hebben uitrollen

**Projectverantwoordelijke:** De DVC, de kabinetten Gezondheidsbeleid, Kind en Gezin en Abrumet

**Evaluatie en follow-up:** Vaccinatiedekkingsgraad

#### **Budget:**

2018:

- budget vaccinatieonderzoek in 2018: 50.000 euro - BA 03.001.08.01.1211
- terugkerend budget voor de vaccinatiecampagnes:
  - 635.000 euros AB 03.002.31.01.3432
  - 1.168.000 euros AB 05.002.31.13.3432

2019-2020:

- budget te bepalen om specifieke campagnes voor doelgroepen te voeren - *onder voorbehoud van de goedkeuring van de jaarbegrotingen in kwestie*

## PIJLER 2

# EEN TOEGANKELIJK EN SAMENHANGEND ZORGTRAJECT WAARBORGEN VOOR ALLE BRUSSELAARS

Ons gezondheidszorgsysteem wordt gekenmerkt door verschillende grote tendensen. Eerst en vooral zijn er de veranderingen op demografisch en epidemiologisch vlak, met de explosieve groei van chronische ziekten en afhankelijkheidsfactoren. Die evoluties vereisen steeds complexere behandelingen. Daarnaast doen ook de klinische praktijken, nog versterkt door financiële maatregelen, ook de behandelingen evolueren, waarbij meer en meer patiënten naar opvolging buiten het ziekenhuis worden verwezen. Dit zou men de ambulante conversie kunnen noemen en ze vereist meer samenwerking en coördinatie tussen de zorgbeoefenaars, aangezien de huidige praktijken in de zorg voor patiënten menige gebreken vertonen. Het gebrek aan follow-up bij het verlaten van het ziekenhuis, vermijdbare of ongepaste ziekenhuisopnames en de breuklijn tussen het opsporen van kwetsbare patiënten met een risico op afhankelijkheid en preventieve interventies vormen allemaal voorbeelden van het gebrek aan samenhang tussen de verschillende segmenten van een zorgtraject.

Deze evoluties wegen op de financiële en organisatorische houdbaarheid van het gezondheidsbeleid en doen de vraag rijzen rond het behoud van de solidariteit om de toegang tot zorg te financieren. De voorzieningen moeten permanent worden aangepast.

De plaats van de patiënten is ook grondig veranderd. Die verandering gaat verder dan de integratie van de patiëntenrechten in het gezondheidsbeleid. Steeds meer patiënten willen de regie over hun eigen gezondheid in handen kunnen nemen.

Die uitdagingen zetten de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie ertoe aan een geïntegreerde aanpak van gezondheidszorgtrajecten te bevorderen, met een preventieve en een curatieve aanpak, met ambulante zorg en zorg in de ziekenhuizen. Het is niet langer aan de orde om behandelingen te benaderen als een reeks van elkaar losstaande handelingen. Bij de zorgtrajectbenadering geeft men de voorkeur aan een transversale aanpak, aan coördinatie tussen de actoren en de integratie van de patiënt in de zorg voor diens eigen gezondheid, terwijl tegelijkertijd de keuzevrijheid van de patiënten behouden blijft. Iedereen moet een antwoord kunnen vinden op zijn behoeften, zonder continuïteitsbreuk in de behandeling en zonder redundantie in de ingezette middelen. Die aanpak is veeleisend, aangezien men de werkwijzen van alle actoren moet herzien en de hokjesgeest tussen actoren en sectoren onderling moet aanpakken.



## DOELSTELLING 1

# MEER INZETTEN OP PREVENTIE IN HET TRAJECT VAN PATIËNTEN

Het curatieve neemt nog altijd een dominante plaats in binnen ons gezondheidssysteem. Het Gewest heeft een rijk en gediversifieerd zorgaanbod, maar aan preventie wordt weinig prioriteit gegeven. De preventieve aanpak is er, maar wordt onvoldoende benut en blijft grotendeels los staan van de traditionele zorg. Het curatieve aspect kan nochtans slechts gedeeltelijk bijdragen aan de gezondheid en het welzijn. Het gezondheidsbeleid moet zich meer op preventie gaan richten. Hoewel de preventieve aanpak in de eerste plaats door huisartsen moet worden geïmplementeerd, hebben alle actoren, met inbegrip van de ziekenhuizen, daar een rol in te spelen. In dat opzicht wordt voorgesteld een geïntegreerde preventieaanpak te bevorderen. De preventie moet ook aangepast worden aan de kenmerken van kwetsbare doelgroepen. Er is nood aan afstemming met de actoren die met kwetsbare doelgroepen werken (sociale cohesie, OCMW's, huisvesting, enz.).

Er moet een specifiek preventieprogramma worden uitgewerkt in overleg met alle belanghebbende partijen. Dat programma zal de vorm aannemen van het meerjarenplan waarin de ordonnantie van 19 juli 2007 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid voorziet.

De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie is niet als enige overheid bevoegd voor gezondheid en zeker niet voor preventie in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Het preventiebeleid wordt al jaar en dag gedragen door de Franse Gemeenschapscommissie, de Franse Gemeenschap en de Vlaamse Gemeenschap. De Brusselse beleidslijnen op het vlak van preventie zouden hoe dan ook veel doeltreffender zijn als men ze zou afstemmen op gemeenschappelijke doelstellingen. Ze zouden elkaar ook onderling versterken als men complementariteit zou nastreven in de benaderingen ervan en de middelen die eraan besteed worden. Het preventiebeleid zou ook veel doeltreffender zijn als het zou doordringen in de lokale structuur en een echt buurtbeleid zou worden.

De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie neemt het initiatief om een permanent overlegplatform op te richten voor de coördinatie van preventiebeleid in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

De cultuur van preventie en gezondheidsbevordering staat nog maar in haar kinderschoenen. In een context van ongerustheid over de financiële duurzaamheid van de gezondheidssystemen moet is het nochtans belangrijk om het mogelijke investeringsrendement van preventieve initiatieven te beklemtonen, vooral door de terugdringing van uitgaven op de korte en lange termijn. De inspanningen en de gevolgen ervan moeten in rekening gebracht worden door het geheel van overheden van het land die bevoegd zijn voor gezondheid. Een financiële inspanning voor preventie door de ene overheid kan de budgetten van andere politieke entiteiten immers ten goede komen.

Tot slot dringt preventie de sociale ongelijkheid op gezondheidsvlak terug. Er moet bijzondere aandacht uitgaan naar kwetsbare doelgroepen met bepaalde ziektebeelden of verslavingen.

## **MAATREGEL 1: PREVENTIE OPNEMEN IN DE BEHANDELING VAN PATIËNTEN**

**Visie:** Preventie en patiënteneducatie beginnen deel uit te maken van de verschillende plannen die men in de voorbije jaren in België ontwikkelde, gaande van programma's voor ziekenhuiszorg (zoals pediatrie of geriatrie) tot pilootprojecten voor chronische ziekten. Door preventie op te nemen in de curatieve praktijken kunnen stilaan echte gezondheidstrajecten opgebouwd worden. Het gaat om een volksgezondheidscultuur die bij alle zorgbeoefenaars moet doordringen. De begeleidingstools voor de beroepskrachten in de gezondheidszorgsector moeten ook preventieve mechanismen ondersteunen. Dit zal zich uitstrekken tot het therapeutisch vormen van patiënten, waarmee beoogt wordt patiënten de nodige vaardigheden bij te brengen waardoor ze beter om kunnen gaan met hun ziekte (in het bijzonder bij chronische ziekten). Zodoende kan therapeutische vorming niet alleen de levenskwaliteit van de patiënten verbeteren, maar ook zware (ziekenhuis)behandelingen vermijden of verminderen.

De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie zal preventie en therapeutische vorming in de zorgtrajecten opnemen via normatieve vereisten of subsidiëringsvoorwaarden voor actoren. In het kader van de hervorming van het ziekenhuislandschap kan de herziening van bepaalde activiteitenprogramma's een eerste ervaring vormen met een meer doorgedreven integratie van preventie in de trajecten van patiënten.

### **ACTIEPLAN:**

**De preventieve dimensie integreren in de herziening van de normen van de zorgverleners, in het bijzonder de ziekenhuisnormen**

**Al verwezenlijkte projecten:** /

**Doelstelling 2019-2020:** /

**Doelstelling 2025:** Rekening houden met de aanbevelingen van de werkgroepen voor de hervorming van het ziekenhuislandschap

**Projectverantwoordelijke:** De DVC en de kabinetten Gezondheidsbeleid

**Evaluatie en follow-up:** Adviesraad

**Budget:** /

## MAATREGEL 2: EEN ENKEL INFORMATIEVERSTREKKINGS- EN AANSPREEKPUNT CREËREN VOOR PREVENTIE

**Visie:** Het informatieverstrekkingbeleid op het vlak van preventie, gezondheidsbevordering, screening en vaccinatie is in Brussel nog heel gefragmenteerd. De screening van colorectale kanker bijvoorbeeld kan op een andere manier aangepakt worden naargelang de organiserende gemeenschap.

Door een enkel punt voor preventiebeleid op te richten, wil de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie een vlottere toegang verschaffen tot informatie over gezondheidspreventie en in het

bijzonder over preventie-, screenings- en vaccinatiecampagnes. Het zou de naam "Brupreventie" - "Brupr vention" kunnen krijgen. Dit unieke punt zal volgende opdrachten hebben:

- het publiek informeren;
- preventieprogramma's opstellen op een wetenschappelijke basis (met de hulp van een op te richten wetenschappelijke raad) en in overleg met alle actoren, rekening houdend met de specifiek Brusselse kenmerken, in het bijzonder de aanpak voor kwetsbaardere doelgroepen. Concreet moeten de campagnes zo coherent en eenvormig mogelijk worden opgezet. Deze programma's zullen de reeds georganiseerde campagnes dus kunnen overstijgen;
- de preventieve campagnes organiseren en coördineren (screening, vaccinatie, bewustmaking). Huisartsen zullen nauw betrokken worden bij de uitwerking en uitvoering van de preventiecampagnes. Zij moeten de spil gaan vormen van het preventiebeleid;
- de preventie maatregelen evalueren in samenwerking met het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn.



In Brussel wordt colorectale kankerscreening momenteel georganiseerd door de Vlaamse Gemeenschap en door de Franse Gemeenschapscommissie, met verschillende procedures en leeftijden voor de doelgroep. Alleen voor de opsporing van borstkanker, Mammotest genoemd, bestaat een enkel gecoördineerd programma van de verschillende Brusselse entiteiten: de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, de Vlaamse Gemeenschap en de Franse Gemeenschapscommissie. De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie is verantwoordelijk voor de institutionele coördinatie en de vzw Brumammo voor de effectieve organisatie.

Door de herziening van de preventieprogramma's en vooral van de screeningprogramma's en de betere afstemming ervan op kwetsbare doelgroepen moeten de preventiemaatregelen meer mensen bereiken. In afwachting van de oprichting van deze structuur werd een extra opdracht toegewezen aan Brumammo. Die opdracht bestaat erin een screeningsysteem voor colorectale kanker te ontwikkelen dat de screeningspercentages bij de Brusselse bevolking zal verbeteren.

Op termijn zullen de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, de Franse Gemeenschapscommissie en de Vlaamse Gemeenschap verantwoordelijk zijn voor deze structuur. De entiteiten voeren momenteel overleg in die zin.

### ACTIEPLAN:

#### Een structuur oprichten die de bevolking informeert over preventie en die preventiecampagnes uitwerkt en uitvoert

**Al verwezenlijkte projecten:** Nieuw screeningsproject voor colorectale kanker (lancering operationeel vierde kwartaal 2018)

**Doelstelling 2019-2020:** Oprichting van een enkel aanspreekpunt op het vlak van preventie

**Projectverantwoordelijke:** De DVC en de kabinetten Gezondheidsbeleid

**Evaluatie en follow-up:** Opgvolgingscomité gestuurd door de administratie (Observatorium) om de vaccinatie- en screeningmaatregelen en (vooral) het pilootproject "Bevolkingsonderzoek colorectale kanker" te evalueren. Dekkingsindicatoren te bepalen per screening

**Budget:** 81.000 euro voor de herziening van de screening van colorectale kanker - BA 03.002.08.01.12.11

### MAATREGEL 3:

#### SPECIFIEKE MAATREGELEN ONTWIKKELEN - TUBERCULOSE

**Visie:** Op het vlak van tuberculose wordt Brussel geconfronteerd met een specifieke uitdaging door de komst van mensen uit landen met een hoge incidentie. De incidentiegraad voor tuberculose is in Brussel bij de hoogste in België: 27,9 gevallen op 100.000 personen, terwijl de Belgische incidentiegraad 9,3 gevallen op 100.000 personen bedraagt. De screening en opvolging van de sterkst getroffen populaties is bijzonder complex omdat men te maken heeft met de meest kwetsbaren, in het merendeel van de gevallen daklozen. De prioritaire doelgroepen zijn migranten, daklozen en mensen in detentiecentra.

Met het oog op de opsporing en screening moeten meerdere institutionele actoren worden bewustgemaakt van de nood hun inspanningen verder te zetten: in de eerste plaats Fedasil en de gevangenisautoriteiten. Mensen die medisch opgevangen worden door Fedasil en personen die opgenomen worden in wacht- en detentiecentra moeten automatisch gescreend worden. Bij de doelgroep van daklozen kan de Gezondheidsinspectiedienst van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie in de gaten houden of patiënten zich aan hun behandeling houden en



tussenkomen wanneer dit niet het geval is. Er kunnen afzonderingsmaatregelen worden genomen. Mogelijks worden er "collectieve" screeningmaatregelen getroffen in samenwerking met actoren zoals FARES en de VRGT. De actoren in het veld die in aanraking komen met deze doelgroepen werden al bewustgemaakt van de problematiek. Best wordt nagegaan of bijkomende bewustmakingsacties of opleidingen nodig zijn. Die opdracht kan toevertrouwd worden aan FARES.

Wat de medische opvolging betreft, ligt de moeilijkheid in de "traceerbaarheid" van getroffen personen die enkele maanden lang een antibioticakuur moeten volgen, terwijl ze geen vaste woonplaats hebben. Door hun leefsituatie houden ze zich vaak niet voldoende aan de behandelingsvoorschriften, wat hun persoonlijke situatie en hun

besmettelijkheid dreigt te verergeren.

De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie betaalt in dit verband de oprichting van een gespecialiseerde eenheid in het Sint-Pietersziekenhuis, met inbegrip van een "subeenheid voor multiresistente gevallen". Aangezien de ziekte de voorbije jaren zo goed als verdwenen was, werden deze gespecialiseerde eenheden gesloten. Gelet op de prevalentie van tuberculose in Brussel was het nodig om dit type eenheid opnieuw te openen.

De stichting BELTA (FARES/VRGT) krijgt ook steun van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie om een specifieke ambulante raadpleging voor tuberculose te organiseren in het Sint-Pietersziekenhuis. Dit centrum voor tuberculosebestrijding maakt deel uit van de laagdrempelige zorglijn, de zogenaamde "lijn 0,5". Rekening houdend met de specifieke kenmerken van de met tuberculose besmette doelgroep zou de opleiding van de actoren in het veld, en vooral van "straatwerkers", moeten worden versterkt. Gelet op de specifieke aanpak van tuberculose zal men de stichting BELTA vragen om een plan van aanpak voor te stellen voor kwetsbare doelgroepen (in lijn met de lijn 0,5 - cf. pijler 1), naast een plan voor de bewustmaking en opleiding van de actoren.

De WGO heeft zich tot doel gesteld om tuberculose tegen 2050 uit te roeien. Om dat doel te bereiken, moet België zijn incidentie met 12 % per jaar verlagen. Alle overheden en alle actoren zullen moeten meewerken om deze doelstelling te bereiken.

## ACTIEPLAN:

### De maatregelen voor screening en follow-up van tuberculosepatiënten versterken

**Al verwezenlijkte projecten:** Steun aan de ambulante raadpleging van FARES/de VRGT

**Doelstelling 2019-2020:**

- Opening van de vernieuwde gespecialiseerde eenheid in het Sint-Pietersziekenhuis
- Bewustmakings- en opleidingsplan

**Doelstelling 2025:** Verlaging van het tuberculosepercentage

**Projectverantwoordelijke:** De DVC, FARES/VRGT, BELTA, het Sint-Pietersziekenhuis

**Evaluatie en follow-up:** Tuberculosepercentage

**Budget:** 2019-2020 te bepalen op basis van het door FARES voorgestelde plan – *onder voorbehoud van de goedkeuring van de jaarbegrotingen in kwestie*

## MAATREGEL 4:

### SPECIFIEKE MAATREGELEN ONTWIKKELEN - SEKSUEEL OVERDRAAGBARE AANDOENINGEN

**Visie:** De gemeenschappen nemen al een groot aantal preventieve maatregelen, vooral in de vorm van bewustmakingscampagnes. Nieuwe (niet-gemedicaliseerde) manieren om te screenen op hiv moeten sterk bevorderd worden. Die screenings moeten wel afgestemd worden op een medische behandeling. De prioritaire doelgroep daarbij zijn sekswerkers. De screeningscampagnes moeten vernieuwd worden op grond van de voorstellen van de Vlaamse Gemeenschap en de Franse Gemeenschapscommissie.

De Gezondheidsinspectiedienst van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie kan optreden wanneer niet-behandelde gevallen vastgesteld worden in het kader van ziekten waarvoor een aangifteplicht bestaat.

De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie wil campagnes ter verspreiding van preventiemiddelen ondersteunen, alsook verenigingen die opkomen voor de personen die het meest aan risico's worden blootgesteld.

## ACTIEPLAN:

### De risico's verder terugdringen en de steun voor preventiecampagnes voortzetten

**Al verwezenlijkte projecten:** /

**Doelstelling 2019-2020:** Steun aan verenigingen voor risicopersonen (sekswerkers), in samenwerking met de andere subsidiërende entiteiten

**Projectverantwoordelijke:** De DVC, de kabinetten Gezondheidsbeleid

**Evaluatie en follow-up:** Verlaging van de besmettingspercentages

**Budget:** 2019-2020: te bepalen - *onder voorbehoud van de goedkeuring van de jaarbegrotingen in kwestie*

## MAATREGEL 5:

### SPECIFIEKE MAATREGELEN ONTWIKKELEN - VERSLAVINGEN - TABAK

**Visie:** Ondanks de toenemende bewustwording van de voorbije decennia blijft tabaksverbruik een belangrijke uitdaging voor de volksgezondheid. De consumptie van tabak is het belangrijkste vermijdbare gezondheidsrisico in de Europese Unie. Tabak is de vaakst voorkomende oorzaak van vroegtijdig overlijden en doodt elk jaar bijna 700.000 personen in de Europese Unie. Bijna de helft van de rokers sterft vroegtijdig, gemiddeld 14 jaar eerder dan niet-rokers.

Ondanks de aanzienlijke vooruitgang die de voorbije jaren geboekt werd, blijft het aantal rokers hoog in de Europese Unie: ze vertegenwoordigen 26 % van de totale bevolking en 25 % van de 15- tot 24-jarigen. België situeert zich rond het Europese gemiddelde. Het tabaksverbruik ligt hoger bij sociaaleconomisch kwetsbare bevolkingsgroepen.

Sinds de zesde staatshervorming is de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie verantwoordelijk voor het Verslavingsfonds. Momenteel financiert de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie via dit fonds de behandeling van werkloze jongeren (via steun aan de vzw "Les Amis de Bordet"), de opleiding van de tabakologen (via FARES) en de Tabakstoplijn (via steun, samen met andere deelstaten, aan de Stichting tegen Kanker).

Op het vlak van bewustmaking vallen verschillende elementen buiten de bevoegdheid van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie: de versnelde verplichte invoering van neutrale pakjes, strengere maatregelen voor verkoop aan jongeren, enz. Voor die punten werd een aanvraag ingediend bij de Interministeriële Conferentie.

De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie blijft de uitbouw van tabaksontwenning verder ondersteunen, meer bepaald door financiering van de opleiding van tabakologen en een tegemoetkoming in de consultatiekosten.

Bepaalde sociaaleconomisch kwetsbare doelgroepen doen te weinig een beroep op de diensten voor tabaksontwenning. Men zal de actoren die op dat vlak actief zijn in Brussel vragen een plan van aanpak op te stellen voor deze kwetsbare doelgroepen.

## ACTIEPLAN:

### De risico's verder terugdringen en de steun voor tabaksontwenning versterken

**Al verwezenlijkte projecten:** De overname van het Verslavingsfonds en de financiering van de opleiding van tabakologen

**Doelstelling 2019-2020:** Plan voor kwetsbare doelgroepen

**Projectverantwoordelijke:** De DVC, FARES/VRGT, de Stichting tegen Kanker, Les Amis de Bordet en de rookstopcentra

**Evaluatie en follow-up:** Verlaging van het aantal rokers

#### Budget:

- 2015-2018: 524.000 euro - BA 05.002.31.08.3432 en BA 05.002.31.09.3432
- 2019-2020: aanvullend budget te bepalen op basis van het door FARES voorgestelde plan - *onder voorbehoud van de goedkeuring van de jaarbegrotingen in kwestie*

## MAATREGEL 6:

### SPECIFIEKE MAATREGELEN ONTWIKKELEN - VERSLAVINGEN - DRUGS

**Visie:** Omtrent cannabisgebruik wijst het rapport 2017 van Eurotox op de prevalentiecijfers uit de Gezondheidsenquête 2013: het gebruik van cannabis in de loop van het leven (eenmaal in zijn leven met cannabis geëxperimenteerd hebben) bij de Brusselse populatie van 16- tot 65-jarigen is toegenomen sinds 2001, hoewel het nu wel wat gestabiliseerd lijkt (22 %). Het recente gebruik (12 laatste maanden) en het huidige gebruik (30 laatste dagen) zijn stabiel gebleven: het gaat om 8 % voor het recente gebruik en 5 % voor het huidige gebruik. Dat lijkt erop te wijzen dat, ondanks een toename van het aantal personen die eenmaal in hun leven met cannabis experimenteren, het aantal regelmatige gebruikers niet stijgt. Het experimenteren met andere illegale drugs dan cannabis blijft eveneens stabiel (rond 5 %).

Het gebruik van cannabis en andere drugs bij schoolgaande jeugd van 15 tot 20 jaar in Brussel daalt.

Er werd een drugsplan uitgewerkt in het kader van het Globale Veiligheids- en Preventieplan van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Dat plan voorziet meer bepaald in de financiering van een heel laagdrempelig, geïntegreerd centrum, een project dat wordt toevertrouwd aan de vzw's Transit, Dokters van de Wereld en het Project Lama. De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie ondersteunt van haar kant het Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg om als regionale partner van het WIV gegevens over verslaving in te zamelen en te analyseren. Het platform organiseert ook overleg tussen de actoren die met verslaving en geestelijke gezondheidszorg te



maken hebben, om de samenwerking tussen de gezondheidsberoepskrachten te bevorderen en het werken in netwerken te versterken.

De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie vraagt aan het platform om zijn werk af te stemmen op het Globale Veiligheids- en Preventieplan en onder meer de mogelijke ontwikkeling van de laagdrempelige toegang te onderzoeken.

### ACTIEPLAN:

#### Het werk van het Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg afstemmen op het Globale Veiligheids- en Preventieplan en de mogelijke ontwikkeling van laagdrempelige toegang onderzoeken

**Al verwezenlijkte projecten:** Ondersteuning van het Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg in zijn rol van sub-focal point van het WIV

**Doelstelling 2019-2020:** Ontwikkeling van laagdrempelige toegang

**Projectverantwoordelijke:** De DVC, het Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg en Brussel Preventie & Veiligheid

**Evaluatie en follow-up:** Behandelingspercentage

**Budget:** 2019-2020: te bepalen

### MAATREGEL 7:

#### SPECIFIEKE MAATREGELEN ONTWIKKELEN - VERSLAVINGEN - ALCOHOL

**Visie:** Volgens cijfers van de WGO (2014) leidt alcoholmisbruik wereldwijd tot 3,3 miljoen overlijdens per jaar, wat overeenstemt met 5,9 % van de overlijdens. In de leeftijdscategorie 20-39 jaar is bijna 25 % van het totale aantal overlijdens toe te schrijven aan alcohol. Nog altijd volgens de WGO is alcohol overigens een onderliggende factor bij meer dan 200 ziekten en letsels. Alcohol wordt in verband gebracht met het risico op gezondheidsproblemen zoals psychische en gedragsstoornissen, met inbegrip van alcoholverslaving, zware niet-overdraagbare ziekten zoals levercirrose, bepaalde kankers en hart- en vaatziekten, alsook letsels die voortvloeien uit gewelddaden en verkeersongevallen. Tot slot werd een oorzakelijk verband aangetoond tussen alcoholgebruik en de aanwezigheid van besmettelijke ziekten zoals tuberculose en de evolutie van hiv/aids. Alcoholgebruik door zwangere vrouwen kan tot foetaal alcoholyndroom of complicaties wegens vroeggeboorte leiden. De "Société Scientifique de Médecine Générale" raamt dat 5 tot 6 % van de Belgische bevolking verslaafd is aan alcohol. Slechts 8 % van deze verslaafden wordt effectief behandeld.

Het is mogelijk om gezondheidsproblemen, veiligheidsproblemen en sociaaleconomische problemen ten gevolge van alcoholgebruik te verminderen, maar dat vereist het engagement van alle bestuursniveaus om zowel iets te doen aan alcoholgebruik als aan de ruimere sociale determinanten van gezondheid. In die optiek pleit de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie in de Inter-

ministeriële Conferentie Volksgezondheid voor een strengere reglementering op reclame en verkoop van alcohol (vooral aan jongeren) en de controle daarop. Van haar kant zet de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie de financiering voort van de opvangstructuren voor mensen die alcoholgerelateerde problemen hebben. De financierings- en organisatieregels van die structuren maken het momenteel onmogelijk om personen te behandelen die uitgesloten zijn uit het systeem van sociale zekerheid (ziekteverzekering). Er wordt nagedacht over een aanpassing van de financieringsregels. Misschien kan er een oplossing worden gevonden bij de uitwerking van de "lijn 0,5".

De vroegtijdige opsporing van alcoholgerelateerde stoornissen moet overigens geïntegreerd worden in de eerstelijnszorg. Daarvoor moet de bewustmaking van de eerstelijnsactoren worden versterkt.

### **ACTIEPLAN:**

#### **De risico's die verbonden zijn aan alcoholgebruik verder terugdringen**

**Al verwezenlijkte projecten:** Ad hoc financiering van revalidatieovereenkomst

**Doelstelling 2019-2020:**

- Ontwikkeling lijn 0,5 (zie pijler 1)
- Bewustmakingscampagne bij eerstelijnszorg

**Projectverantwoordelijke:** De DVC, de huisartsenkringen, SSMG, de medische sociale coördinaties (OCMW's)

**Evaluatie en follow-up:** Verlaging van het aantal personen met problematisch alcoholgebruik

**Budget:** 2019-2020: te bepalen in het budget van de huisartsenkring - *onder voorbehoud van de goedkeuring van de jaarbegrotingen in kwestie*

## DOELSTELLING 2

# DE EERSTELIJNSZORG UITBREIDEN EN BETER ORGANISEREN

De centrale doelstelling van het Brusselse Gezondheidsplan is de patiënten te verzekeren van een allesomvattende, geïntegreerde behandeling die op hun behoeften gericht is en waarbij ze op ieder zorgniveau op het juiste moment terecht kunnen. Om zo'n geïntegreerd en samenhangend traject aan te kunnen bieden, moeten er over voldoende geschikte en georganiseerde gezondheidsdiensten beschikbaar zijn. De eerstelijnszorg verzamelt alle actoren van de ambulante sector die zowel een generalistische als een nabijheidsbenadering kunnen bieden. Deze eerstelijnszorgbeoefenaars (thuisverpleging, coördinatiecentra, kinesitherapeuten, tandartsen, apothekers, enz.), en in het bijzonder de huisartsen, staan centraal bij alle hervormingsuitdagingen van onze gezondheidssystemen (epidemiologische transitie, ambulante conversie, demografische evoluties) en ze kunnen de veranderingsactoren zijn van het Brusselse gezondheidsbeleid. De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie wil hen begeleiden bij die verandering door de verschillende uitdagingen in de eerstelijnszorg te helpen aanpakken. Met de bevoegdheden die ze door de zesde staatshervorming kreeg kan de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie een betere organisatie van de eerstelijnszorg ondersteunen en het zorgaanbod op een gepaste manier versterken.

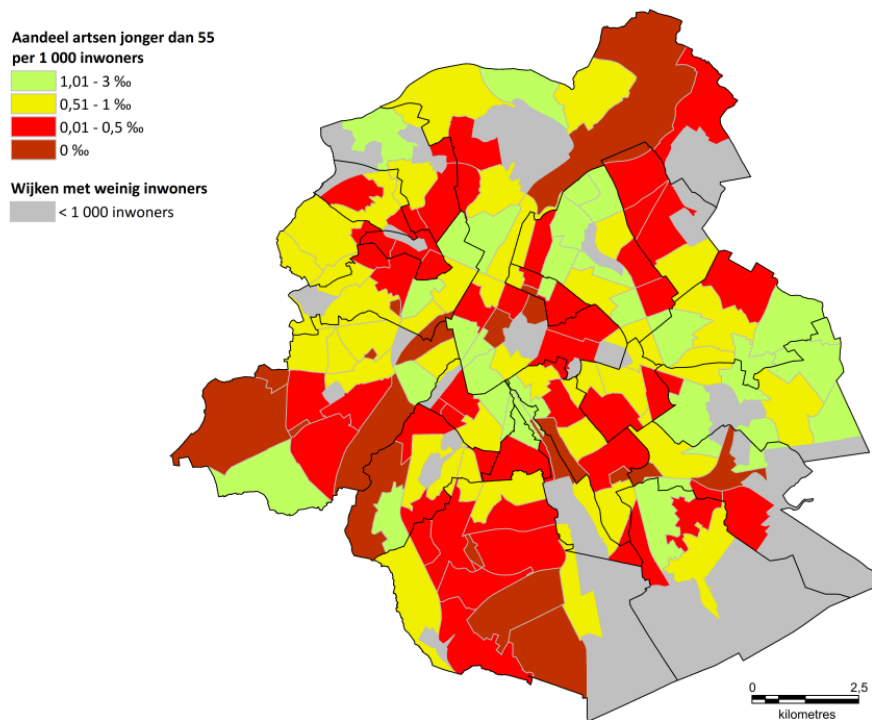
Het aanbod aan eerstelijnszorgbeoefenaars in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest is groot. Maar net zoals bij de huisartsen lijkt dit te slinken. We kunnen nog wel niet spreken van een echt huisartsentekort in Brussel, maar toch gaan er al wat signalen op rood wanneer we de demografische curve bij de huisartsen, de te trage hernieuwing, de praktijkwijzigingen en vooral enkele tekorten in bepaalde wijken zien. De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie moet ervoor zorgen dat het Brussels Hoofdstedelijk Gewest over de nodige beroepskrachten beschikt die bereikbaar en goed verspreid zijn over het gehele grondgebied.

Een andere uitdaging is de samenwerking tussen de beroepskrachten te bevorderen. Zorgtrajecten kunnen niet doeltreffend georganiseerd worden als men in hokjes denkt. Samenwerking tussen de zorgverstrekkers is onmisbaar om patiënten kwaliteitsvolle zorg te garanderen. Dergelijke samenwerkingen bestaan nu al, maar berusten op individuele initiatieven. De uitdaging bestaat er dus in performante manieren van samenwerking op te bouwen en te bestendigen. Er zijn talrijke coördinatie-niveaus: tussen eerstelijnszorgverstrekkers en het ziekenhuis, tussen zorg en hulp, tussen professionele zorgverstrekkers en mantelzorgers. Al deze aspecten moeten worden aangepakt.

## MAATREGEL 1: DE AFSTEMMING VAN DE HUMAN RESOURCES EN HUN SPREIDING OVER HET GRONDGEBIED VERBETEREN

**Visie:** Om eerstelijnszorg aan te bieden die in staat is de Brusselse bevolking van morgen op te vangen, - met haar demografische (algemene bevolkingstoename, instroom van nieuwe bevolkingsgroepen, vergrijzing en toename van de afhankelijkheid) en epidemiologische (explosieve toename van chronische ziekten) evoluties - moeten de professionele resources toereikend, afgestemd en goed over het grondgebied verspreid zijn.

Met resources bedoelen we alle medische beroepen: artsen, verpleegkundigen, apothekers, kinesisten, mensen met een zorgberoep. Voor huisartsen kwam er in 2014 een eerste stap met de overname en de aanpassing aan de Brusselse context van de federale steunmaatregelen voor huisartsgeneeskunde, het zogenaamde "Impulseo-fonds". Die steunmaatregelen moeten, met het oog op de toekomst, worden aangepast om een doeltreffend instrument te kunnen worden om het tekort aan huisartsen in Brussel op te vangen. De studie van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn over de huisartsen (april 2018) toont aan dat er momenteel nog geen tekort is voor het volledige Brusselse grondgebied. Een reeks indicatoren wijst echter op een risico op de middellange termijn: 44 % van de Brusselse huisartsen is 55 jaar of ouder en de vervanging komt maar traag op gang, en de praktijken van huisartsen ondergaan veranderingen. De spreiding van de huisartsen over het Brussels Hoofdstedelijk Gewest is bovendien niet homogeen. In minstens een derde van de Brusselse wijken zien we nu al tekorten verschijnen.



De toekomstige steunmaatregelen moeten nieuwe huisartsen er echt toe aansporen zich in wijken van Brussel te vestigen waar er een tekort is. Om daarvoor te zorgen, moeten de Impulseo-steunmaatregelen inspelen op de verwachtingen van jonge artsen die niet meer dezelfde behoeften of praktijkvisie hebben als hun oudere collega's. De verwachtingen uitgedrukt door jonge artsen zijn gericht op groepspraktijken, ondersteuning in de vorm van professionele coaching maar ook op de ingewikkelde kwestie van huisvesting.

De andere eerstelijnszorgberoepen, en in de eerste plaats de verpleegkundigen, zullen op eenzelfde manier geanalyseerd worden als de huisartsen. Op grond daarvan zullen aanbevelingen worden geformuleerd.

### **ACTIEPLAN:**

**De tekorten aan gezondheidszorgbeoefenaars analyseren om maatregelen te nemen die hen ertoe aansporen zich in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest te vestigen.**

**Al verwezenlijkte projecten:** Studie van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn naar huisartsen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest

**Doelstelling 2019-2020:**

- Aanpassing van de steunmaatregelen voor huisartsen
- Planningsstudie voor de andere eerstelijnszorgberoepen

**Projectverantwoordelijke:** Het Observatorium en de ondersteuningsstructuur voor de eerstelijnszorg voor de analyse; de DVC, de kabinetten Gezondheidsbeleid en de actoren in de huisartsgeneeskunde voor de aanpassing van de steunmaatregelen voor de huisartsen

**Evaluatie en follow-up:** Indicator: aantal huisartsen en verdeling over het grondgebied

**Budget:** 2.350.000 euro aan steunmaatregelen voor de huisartsgeneeskunde - BA 05.002.31.11.3432

### **MAATREGEL 2:**

#### **DE EERSTELIJNSZORG UITBOUWEN EN STRUCTUREREN**

**Visie:** Brussel beschikt over een heel gediversifieerd eerstelijnszorgaanbod, dat samengesteld is uit individuele actoren die geëngageerd zijn en dicht bij de bevolking staan. Iedereen erkent echter dat het Brusselse gezondheidszorgsysteem enkele struikelblokken kent: de complexiteit van de instellingen en van het aanbod, het gebrek aan zichtbaarheid en het gebrek aan efficiëntie wegens de verzuiling bij de actoren. De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie wil de strategische richting bepalen bij de uitbouw en structurering van de eerstelijnszorg. Die zal een geïntegreerd zorgmodel moeten ondersteunen, dat op mensen is gericht: ontzuiling van de zorgberoepen en de zorg, een nabijheidsbenadering die vermijdbare ziekenhuisopnames moet voorkomen en een coördinatie van de zorgtrajecten van patiënten, in het bijzonder patiënten met chronische aandoeningen.

Ter structurering van de ondersteuning aan de sector moet er een eerste stap worden gezet. Om de eerstelijnszorgverstrekkers in staat te stellen beter gecoördineerd te werken, zal er een gewestelijke ondersteuningsstructuur voor de eerstelijnszorg opgericht worden die zal vertrekken van de bestaande actoren: het Lokale Multidisciplinaire Netwerk, de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging en het platform voor palliatieve zorgen. In overleg met deze actoren zullen er, voor een eerste fase van dit toekomstige platform, opdrachten uitgewerkt worden omtrent de productie van ondersteuningsinstrumenten voor gezondheidszorgbeoefenaars (in kaart brengen, informatieverstrekking), over de organisatie van de opleiding van eerstelijnsprofessionals en over het overleg dat nodig is om netwerking uit te bouwen in de eerstelijnszorg en tussen de verschillende zorglijnen. Eens het platform opgericht is, moet het een reeks actoren samenbrengen om haar doelen te kunnen bereiken (huisartsen, ziekenhuizen, actoren van de lijn 0,5, het Brussels Gezondheidsnetwerk, apothekers, thuiszorg, het Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg, enz.).

Een tweede fase zal bestaan uit het daadwerkelijk uittekenen van de zorgtrajecten door conclusies te trekken uit de verschillende lopende projecten rond de geïntegreerde en nabije aanpak (met als prioriteit de wijkprojecten en het geïntegreerde zorgproject "Boost") en door zich op geïdentificeerde goede praktijken te baseren. In deze tweede fase zullen nog andere actoren betrokken worden, zoals de zorgcoördinatiecentra.

Naast de oprichting van het platform zal de sector verder worden uitgebouwd door het ondersteunen van de oprichting van de lijn 0,5, die - ter herinnering - finaal beoogt patiënten terug te leiden naar de klassieke gezondheidszorg, en via de ondersteuning van nieuwe zorgpraktijken.

## **ACTIEPLAN:**

### **De eerstelijnszorg uitbouwen en structureren om een geïntegreerde aanpak op mensenschaal te ondersteunen**

**Al verwezenlijkte projecten:** Overname van de bevoegdheden met betrekking tot de steun aan eerstelijnszorgberoepen

#### **Doelstelling 2019-2020:**

- Ordonnantie betreffende de eerstelijnszorg
- Oprichting van de gewestelijke ondersteuningsstructuur voor de eerstelijns zorgverleners
- Eerste beheersovereenkomst voor de gewestelijke ondersteuningsstructuur

#### **Doelstelling 2025:**

- De zorgcoördinaties betrekken om de verzorging op een meer geïntegreerde manier te organiseren
- De sectoren uit Bijstand aan Personen structureel betrekken in de ondersteuningsstructuur

**Projectverantwoordelijke:** De DVC en de ondersteuningsstructuren, met betrekking van de ziekenhuissector, de rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen en de patiëntenverenigingen

**Evaluatie en follow-up:** In de beheersovereenkomst vast te leggen indicatoren

**Budget:**

Ondersteuningsstructuur:

- 140.000 euro: platform voor palliatieve zorgen – BA 03.001.34.02.3300
- 120.000 euro: GDT Conectar – BA 03.003.34.02.3300
- 360.000 euro: platform voor palliatieve zorgen – BA 05.002.34.02.3300
- 470.000 euro: RLM – BA 05.002.31.10.3432
- 48.880 euro: GTD Conectar – BA 05.002.31.10.3432 (tot in 2018 rechtstreeks door de federale overheid betaald)
- 146.000 euro: GDT Brussel – BA 05.002.31.10.3432 (tot in 2018 rechtstreeks door de federale overheid betaald)

Huisartsenkring (valt niet onder de ondersteuningsstructuur):

- 381.000 euro: FAMGB – BA 05.002.31.10.3432

Lijn 0,5:

- 58.000 euro: Medimmigrant – BA 03.004.34.04.3300
- 145.000 euro: Dokters van de Wereld – BA 03.001.34.01.3300 (120.000 euro) en BA 03.001.34.01.3300 (25.000 euro)
- 272.700 euro: zorgverstrekkingproject – BA 03.001.34.01.3300

**MAATREGEL 3:****DE VERBINDING TUSSEN ZIEKENHUIZEN EN DE EERSTELIJNSZORG VERBETEREN**

**Visie:** De organisatiepraktijken bij het opnemen van zorg voor patiënten staan voor een grondige hervorming. Zelfs de financieringswijzen die nu de zorgactoren op geïndividualiseerde prestaties richten, zijn aan het veranderen. De op gang gebrachte beweging zal de verschillende zorgniveaus aansturen om samen te werken, om rekening te houden met de behoeften van de bevolking en om het begrip parcours of zorgtrajecten in hun praktijk te verankeren. Onder “zorgtraject” moet verstaan worden dat er wordt afgestapt van de behandeling van patiënten als een opeenvolging van van elkaar losstaande handelingen. In plaats daarvan zal de behandeling als een echt zorgproject beschouwd worden, waarbij elke fase deel uitmaakt van een gecoördineerd proces. Dat moet het mogelijk maken om continuïteitsbreuken in de zorg en onnodige of vermijdbare zorg te vermijden. Hoewel het belang van van deze verandering al goed is doorgedrongen, beantwoorden de praktijken hier nog niet homogeen en doeltreffend genoeg aan. Ziekenhuizen en eerstelijnszorg zijn intrinsiek complementair. De goede praktijken die tot doel hebben de coördinatie tussen beide te verbeteren, zoals de SILOS-projecten, moeten verder ondersteund en uitgebouwd worden. De gewestelijke ondersteuningsstructuur voor de eerstelijnszorg zal gevraagd worden om een overleg met de ziekenhuizen te organiseren.

Er moeten trouwens ook geleidelijk aan richtlijnen voor de coördinatie tussen ziekenhuizen en eerstelijnszorg worden opgenomen in de regelgeving. In een eerste fase zullen er erkenningsnormen worden aangenomen om de informatiestroom tussen het ziekenhuis en de eerstelijnszorg te verbeteren op het moment van de ziekenhuisopname en later bij het ontslag van de patiënt. Het juridische kader moet de continuïteit van de behandeling bevorderen door de systematisering van het doorsturen van gegevens door huisartsen naar het ziekenhuis bij een ziekenhuisopname.

Omgekeerd moeten ziekenhuizen ook systematisch gegevens versturen naar de doorverwijzende huisarts en de eerstelijnszorgverstrekkers verantwoordelijk voor de follow-up van de patiënt. Dit juridische kader kan ook ondersteunend zijn om het ontslag van de patiënt zo vroeg mogelijk (van bij de opname of zelfs bij de vooropname) voor te bereiden, in lijn met de te bepalen zorgtrajecten. De normering zal onder andere betrekking hebben op de toekomstige ziekenhuisnetwerken (zoals bedoeld in de ziekenhuiswet die momenteel hervormd wordt). Er zal samen met de actoren nagedacht worden over de haalbaarheid van een procedure voor het ontslag van een patiënt uit het ziekenhuis, waarbij de eerstelijnszorgactoren worden betrokken, die opgenomen is in het regelgevingskader. zo een procedure is ook denkbaar als een vorm van accreditatie. De gewestelijke ondersteuningsstructuur voor de eerstelijnszorg zal sterk betrokken worden bij de verdere uitwerking van de normen die de verbindingen tussen ziekenhuizen en de eerstelijnszorg omkaderen in functie van een betere coördinatie en follow-up buiten het ziekenhuis.



De communicatie tussen de actoren, ten slotte, is een belangrijke succesfactor in de toenadering tussen ziekenhuizen en de eerstelijnszorg. Daartoe werd het instrument voor de elektronische uitwisseling van patiëntengegevens, het Brusselse Gezondheidsnetwerk, de laatste jaren sterk ondersteund. De uitbouw van het BGN en de multidisciplinaire kluis bij ziekenhuizen en huisartsen verliep goed, wat op termijn zal zorgen voor een vlotte, veilige en betrouwbare gegevensuitwisseling. De ontwikkeling ervan moet nog verder worden opgevolgd.



## ACTIEPLAN:

Een kader invoeren voor samenwerking en netwerking tussen ziekenhuizen en de eerstelijnszorg en het overleg tussen de sectoren ondersteunen

**Al verwezenlijkte projecten:** Uitbouw van het Brusselse Gezondheidsnetwerk

**Doelstelling 2019-2020:**

- Goedkeuring van de eerste normen over de transversaliteit op het ogenblik van de ziekenhuisopname en het ontslag uit het ziekenhuis
- De gewestelijke ondersteuningsstructuur voor de eerstelijnszorg de opdracht gegeven overleg te organiseren

**Projectverantwoordelijke:** de DVC, gewestelijke ondersteuningsstructuur voor de eerstelijnszorg en de ziekenhuiskoepels

**Evaluatie en follow-up:** Naleving van de normen, statistieken van ziekenhuisopnames of vermijdbare heropnames in het ziekenhuis

**Budget:** /

## MAATREGEL 4:

### DE NIEUWE AMBULANTE DIENSTEN OMKADEREN

**Visie:** De transformatie van de zorgpraktijken en het begin van de ambulante conversie hebben ertoe geleid dat talrijke actoren initiatieven namen die op de behoeften van hun patiënten inspeelden zonder dat de overheid deze nieuwe antwoorden had voorzien en dus het juridische kader voor die nieuwe alternatieve vormen van zorg niet gepreciseerd had.

Uiteraard zijn niet al deze “nieuwe ambulante diensten” even ver ontwikkeld en ze kunnen dus niet allemaal zomaar verspreid worden in hun huidige vorm. Sommige ervan moeten nog even verder geobserveerd worden.

Een van de meest beproefde systemen, de wijkgezondheidscentra (maisons médicales), is een formule die zichzelf al bewezen heeft, onder andere bij de meest kwetsbare doelgroepen. De geïntegreerde aanpak van de wijkgezondheidscentra past helemaal binnen de visie van het Brusselse Gezondheidsplan. De wijkgezondheidscentra kregen federale financiering, zonder een echt juridisch kader en zonder strakke vereisten met betrekking tot de dienstverlening aan patiënten. Dat bevorderde de oprichting van wijkgezondheidscentra zonder dat er van een echt geïntegreerd project sprake was. De wijkgezondheidscentra zijn nu zo ver ontwikkeld dat het noodzakelijk is geworden om deze sector te reglementeren om een minimum aan kwaliteit te bieden. Als de regeling van de erkenning onmogelijk blijkt op het niveau van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie kan een benadering van certificatie of accreditatie overwogen worden.

Andere diensten worden ontwikkeld voor de praktijk van thuishospitalisatie in de brede zin. Dit betekent niet alleen de vervanging van een ziekenhuisopname door een ambulante behandeling,

maar ook behandelingen buiten het ziekenhuis als gevolg van de inkorting van de hospitalisatieduur en de behandelingen van het type "nazorg", die een aanvulling moeten vormen op het concept van palliatieve zorgen zoals deze momenteel afgebakend zijn.

De diensten die we onder de noemer "thuishospitalisatie" kunnen plaatsen, worden momenteel dus uitgewerkt met enkele actoren die pioniers waren op dit vlak, met name in de sector van de palliatieve zorg, zoals Aremis of met andere meer recente projecten, zoals de pilootprojecten inzake thuishospitalisatie die op het federale niveau opgestart werden en waarvan de resultaten nog onvoldoende in kaart zijn gebracht. Voor die nieuwe ambulante structuren moet er een juridisch kader - hoe minimaal ook - worden uitgewerkt. Het juridische kader mag echter niet los staan van de financiële benadering. Aangezien het grootste deel van de financiering van dit type structuur een federale bevoegdheid is, moet er noodzakelijkerwijs interministerieel overleg georganiseerd worden.

### **ACTIEPLAN:**

**Een strategisch plan opstellen voor het juridische en financiële kader voor de nieuwe ambulante structuren.**

**Al verwezenlijkte projecten:** Follow-up van de lopende pilootprojecten

**Doelstelling 2019-2020:**

- Overleg met de sector van de huisartsgeneeskunde, de Franse Gemeenschapscommissie en het RIZIV om een minimale kwaliteitseisenbasis voor de wijkgezondheidscentra uit te werken.
- Erste conclusies van de Brusselse pilootprojecten inzake thuishospitalisatie

**Doelstelling 2025:** Normatief kader voor de nieuwe ambulante diensten

**Projectverantwoordelijke:** De DVC

**Evaluatie en follow-up:** Voorlegging van het normatieve kader

**Budget:** /

### **MAATREGEL 5:**

#### **DE HUISARTSENWACHTDIENST EN DE BANDEN TUSSEN DE SPOEDDIENSTEN EN DE HUISARTSEN VERSTERKEN**

**Visie:** Het debat over de onnodige toevlucht tot de spoeddiensten van ziekenhuizen wordt al jarenlang gevoerd zonder dat enige normatieve of financiële ingreep doeltreffend bleek om het probleem aan te pakken.

Het is onzin te beweren dat er een mirakeloplossing zou zijn om de spoeddiensten van de ziekenhuizen te ontlasten. De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie wil in deze complexe problematiek enkele elementen aanbrengen om het gedrag van patiënten bij te sturen. Die



elementen zijn voornamelijk opgebouwd rond bevoegdheden verbonden aan de huisartsgeneeskunde.

Sinds de overdracht van bepaalde bevoegdheden in het kader van de zesde staatshervorming, is er bijzondere aandacht besteed aan de huisartsenwachtdiensten. De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie financiert de telefooncentrale van de Brusselse wachtdienst. De doelstelling op de lange termijn is om Brusselaars een enkel telefoonnummer aan te bieden, waarbij de patiënten worden opgedeeld en doorverwezen naar ofwel de huisartsenwachtdienst, ofwel de spoeddienst. De invoering van dit unieke nummer (van het type 1733) stoot op organisatieproblemen in Brussel. In een eerste fase zal de Brusselse wachtdienst, in

afwachting van dit unieke nummer, verder ondersteund worden. De Brusselse wachtdienst is trouwens een uitzondering in het Belgische landschap aangezien de vzw Garde bruxelloise - Brusselse wachtdienst "GBBW" erin geslaagd is een eengemaakte wachtdienst te organiseren die 's avonds, 's nachts, in het weekend en op feestdagen werkt op het volledige Brusselse grondgebied. En, wat uitzonderlijk is: de GBBW heeft geen tekort aan huisartsen die aan de wachtdienst wil deelnemen. Naast dit succes is het nodig om de bewustmaking van het grote publiek voort te zetten zodat ze in eerste instantie de huisarts gaan raadplegen. In samenwerking met de huisartsenkringen die op het Brusselse grondgebied actief zijn, zal er een promotiecampagne voor huisartsgeneeskunde georganiseerd worden. De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie zal er ook op toezien dat er een voldoende groot aanbod van wachtdiensten is in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Aangezien dit een federale bevoegdheid blijft, zal er binnen de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid opnieuw gevraagd worden betrokken te worden bij de federale denksporen voor het wachtdienstenbeleid.

Tegelijkertijd zal er gewerkt worden aan de versterking van de verbindingen tussen de spoeddiensten van ziekenhuizen en huisartsen. Het overleg tussen die sectoren, dat reeds bij de eerste bijeenkomsten omtrent de lancering van het Gezondheidsplan opgestart werd, zal voortgezet en structureel gemaakt worden om te komen tot een set van minimumnormen die enerzijds betrekking hebben op de verplichting gestructureerde partnerschappen tussen ziekenhuizen en huisartsen te creëren en anderzijds betrekking hebben op de invoering van een procedure voor doorverwijzing naar de huisarts. De doelstelling is die twee aspecten in de erkenningsnormen te integreren, bijvoorbeeld in de vorm van een "te accrediteren proces".

De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie wil ten slotte de discussie over het oneigenlijke beroep doen op de spoeddiensten van ziekenhuizen op een andere manier benaderen door doelgericht na te denken over twee prioritaire groepen: kinderen (omdat de Brusselse ziekenhuizen een explosieve toename van het gebruik van de pediatrie spoeddiensten vaststellen) en bejaarden (omdat de ziekenhuisopname via de spoeddiensten een typisch kenmerk van een sleutelmoment in de institutionalisering en het verlies van autonomie is). Met betrekking tot die laatste prioritaire doelgroep lijkt het vanzelf te spreken dat de toevlucht tot de spoeddiensten door bejaarden in kritieke toestand een teken is van een tekortkoming van preventie en gebrek aan coördinatie tussen de zorglijnen. Het Observatorium voert een studie uit bij deze twee doelgroepen: de pediatrie en de geriatrie spoeddiensten.

De conclusies hiervan, die tegen midden 2019 worden verwacht, zullen gebruikt worden om nieuwe maatregelen op te stellen als antwoord op dit probleem.

## **ACTIEPLAN:**

### **De verbindingen tussen huisartsen en spoeddiensten versterken opdat een adequater gebruik van de huisartsen bevorderd wordt**

#### **Al verwezenlijkte projecten:**

- Financiering van de Brusselse huisartsenwachtdienst
- Opstart van de studie over pediatrie en geriatrische spoeddiensten

#### **Doelstelling 2019-2020:**

- Conclusies van de studie van het Observatorium over pediatrie en geriatrische spoeddiensten
- Overleg tussen de ziekenhuizen en huisartsen voor de invoering van normen met betrekking tot partnerschappen en doorverwijzing

#### **Doelstelling 2025:**

- De volledige inwerkingtreding van de nieuwe normen met betrekking tot partnerschappen en doorverwijzing, inspectie en/of audit van de processen
- Invoering van een uniek oproepnummer gekoppeld aan een medische schifting

**Projectverantwoordelijke:** Het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn (studie), de DVC, de ziekenhuiskoepels, de huisartsenkringen en, eens opgericht, de gewestelijke ondersteuningsstructuur voor de eerstelijnszorg

**Evaluatie en follow-up:** Indicator: aantal keer dat een oneigenlijk beroep wordt gedaan op de spoeddiensten.  
Op te volgen door het Observatorium

#### **Budget: 2019:**

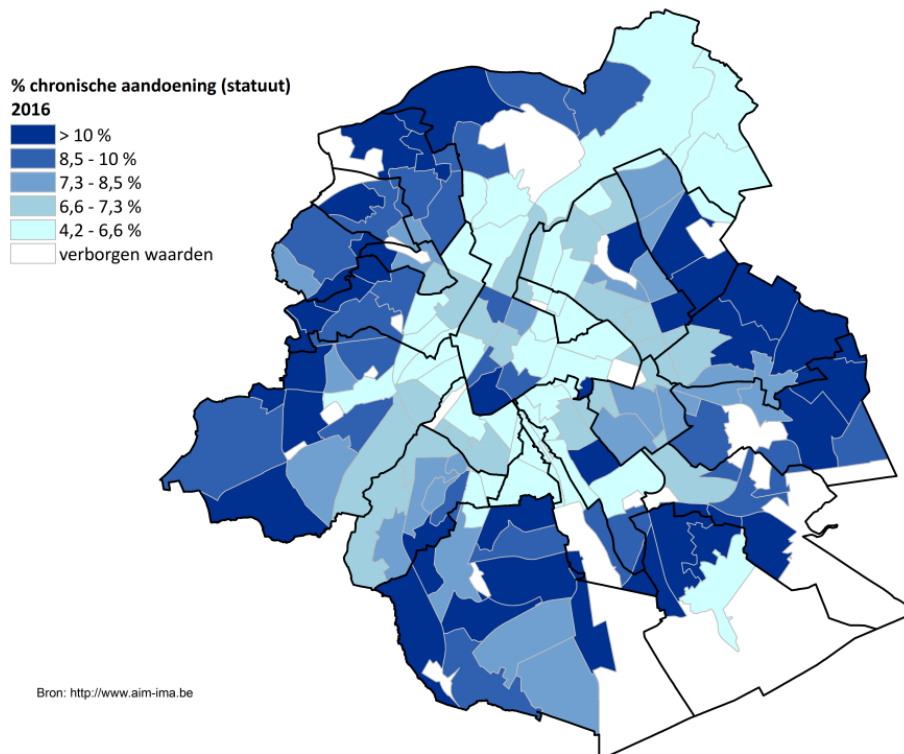
- Studie over pediatrie en geriatrische spoeddiensten: voorzien in de begroting voor studies van het Observatorium
- Promotiecampagne voor huisartsgeneeskunde: 80.000 euro - BA 05.002.31.11.3432

## MAATREGEL 6:

### HET TRAJECT VAN PATIËNTEN MET CHRONISCHE OF COMPLEXE ZIEKTES VERSTERKEN

**Visie:** Het aantal patiënten met chronische aandoeningen neemt toe. Zij vormen op zichzelf al een financiële uitdaging voor de gezondheidszorgsystemen, nog des te meer wanneer verschillende aandoeningen gecumuleerd worden en een complex geval vormen. De follow-up van die patiënten versterken is noodzakelijk om acute behandelingen, in het bijzonder ziekenhuisopnames, te vermijden.

In het laatste decennium hebben de gezondheidszorgberoepskrachten, de federale staat en, recenter, de deeltentiteiten een nieuwe benadering van chronische ziektes ontwikkeld. Het gaat om een proactieve, geïntegreerde, multidisciplinaire aanpak die ook gebaseerd is op de meest recente wetenschappelijke aanbevelingen. Deze benadering berust op drie pijlers: kwaliteitsverbetering, de samenwerking tussen de verschillende zorgverstrekkers die met een patiënt werken (huisartsen, specialisten en zorgverstrekkers, waarbij de huisarts een coördinerende rol krijgt), en de actieve participatie van de patiënt (empowerment en zelfregulatie).



Deze benadering heeft zich sinds 2009 vertaald in de zorgtrajecten die door het RIZIV worden ondersteund. Er bestaan al trajecten voor twee aandoeningen: diabetes type 2 en nierinsufficiëntie. Het Lokale Multidisciplinaire Netwerk Brussel (LMN-B), dat zal verzocht worden

de ondersteuningsstructuur voor de eerstelijnszorg te integreren, heeft als opdracht een netwerk van gezondheidszorgbeoefenaars, die moeten tussenkomen in een zorgtraject, op te zetten en aan te sturen. Uit de eerste evaluaties van de zorgtrajecten (ACHIL-studie 2013) zijn de positieve tendensen in de behandeling van patiënten die zijn ingeschreven in een zorgtraject duidelijk naar voor gekomen (verbeterde follow-up van de patiënt en van de resultatenparameters). De zorgtrajecten worden voortgezet door het RIZIV en sinds 2015 is de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie bevoegd voor de organisatie van het netwerk rond de zorgtrajecten. De geïntegreerde en multidisciplinaire aanpak zoals ontwikkeld in de zorgtrajecten wordt voortgezet bij de recente pilootprojecten rond personen met chronische ziekten. Die projecten komen voort uit het protocolakkoord dat afgesloten werd tussen de federale overheid en de deelstaten en zijn gebaseerd op een geïntegreerde benadering van de hulp en de zorg in het kader van chronische ziekten. Het "BOOST"-project dat voor Brussel geselecteerd werd, is gebaseerd op een organisatiemodel dat drie functies omvat: die van nabije doorverwijzer, die van ziekenhuisdoorverwijzer die de verbinding verzekert en een overlegfunctie. De visie die de Brusselse overheden (Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en Franse Gemeenschapscommissie) ondersteunen en die de 47 partners van BOOST verkozen zich door te laten leiden is een lokale zorgorganisatie (nabije actoren, toegankelijkheid) die participatief (actieve rol van de patiënt en zijn omgeving) en geïntegreerd werkt (overleg van de actoren). Het BOOST-project zal bestaan uit 49 acties die zullen uitgevoerd worden tussen september 2018 en eind 2021. Het LMN-B is nauw betrokken bij de opvolging van het BOOST-project. Op grond van de conclusies van het BOOST-project zal er beslist worden om de benadering al dan niet uit te rollen over heel het grondgebied van het Brussels Gewest.

Om de structurele integratie in het Brusselse landschap voor te bereiden vanuit een geïntegreerde visie op zorg, moet er nagedacht worden over de benodigde regelgeving en werkkaders waarbinnen deze geïntegreerde visie kan geconcretiseerd worden. Hiertoe zal er een project worden opgestart.

## ACTIEPLAN:

### Het traject van patiënten met chronische en complexe aandoeningen versterken en structureel maken

**Al verwezenlijkte projecten:** Overname van de bevoegdheid voor het Lokale Multidisciplinaire Netwerk

#### Doelstelling 2019-2020:

- Integratie van het LMN-B in de gewestelijke ondersteuningsstructuur voor de eerstelijnszorg en opstart van het BOOST-pilootproject
- Lancering van een project dat nagaat of het Brussels Hoofdstedelijk Gewest klaar is voor de uitbouw van een geïntegreerde visie op zorg en over de nodige referentiekaders beschikt voor deze ontwikkeling

**Doelstelling 2025:** uitbreiding van de projecten naar het volledige grondgebied van het gewest op grond van de conclusies van het BOOST-project en van de laatste evaluaties van de zorgtrajecten

**Projectverantwoordelijke:** LMN-B en de partners van het BOOST-project, met betrekking van de coördinatiecentra

**Evaluatie en follow-up:** Indicatoren voor follow-up en kwaliteitsverbetering van de patiënten die behandeld worden in de zorgtrajecten en het BOOST-project

**Budget:** 2019:

- budget ondersteuningsstructuur
- budget project geïntegreerde visie: 400.000 euro

## **MAATREGEL 7: DE HUISARTSEN ONDERSTEUNEN IN DE BEHANDELING VAN GEESTELIJKE GEZONDHEIDSPROBLEMEN**

**Visie:** De prevalentie van geestelijke gezondheidsproblemen ligt hoog in Brussel (cf. doelstelling 4 van deze pijler). Vaak komen huisartsen als eerste in contact met patiënten met dit soort problemen. Zoals in het zwartboek van de huisartsgeneeskunde werd aangegeven, vinden huisartsen dat ze niet voldoende toegerust zijn om deze situaties te behandelen. Ze vragen om een betere toegang tot de psychiatrie, betere communicatie en een betere coördinatie tussen de actoren.

Vanuit een logica van verbetering van de structurering en van de coördinatie van de eerstelijnszorgen, wil de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie beantwoorden aan de behoeften van huisartsen die met patiënten met geestelijke gezondheidsproblemen geconfronteerd worden. Om hun bezorgdheden te integreren heeft de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie in de legislatuur 2014-2019 de aanwezigheid van huisartsen in het Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg verplicht.

De volledige geestelijke gezondheidssector deelt de wens van de huisartsen over de vereenvoudigde toegang tot het aanbod aan geestelijke gezondheidszorg in het algemeen en bij crisissituaties in het bijzonder. Om daarop in te spelen werd er binnen het BRUSTARS-netwerk een uniek crisispunt voor kinderen en adolescenten opgericht. Dit initiatief oogst veel bijval bij alle zorgverstrekkers uit de sector en hun patiënten. Er wordt dus voorgesteld het initiatief uit te breiden naar volwassenen om zo een uniek contactpunt voor geestelijke gezondheid voor het Brussels gewest te creëren.

De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie zal daarnaast ook de pilootprojecten ondersteunen die gericht zijn op het vestigen van eerstelijnspsychologen zo dicht mogelijk bij de huisartsenpraktijken. Deze praktijk, waarbij psychologen betrokken worden bij de huisartsenpraktijk, bestaat al in de wijkgezondheidscentra. Er zal rekening worden gehouden met hun manier van werken en hun aanbevelingen bij de evaluatie van de pilootprojecten met het oog op eventuele uitbreiding.

Ten slotte hebben de huisartsen ook nog te kampen met situaties waarin geestelijke gezondheidsproblemen en kwetsbaarheid door elkaar lopen. Het is wenselijk dat de men bij de aanpak van kwetsbaarheid, onder meer in het kader van de opvang van daklozen, de sector van de huisartsen betreft.

## **ACTIEPLAN:**

### **De huisartsensector ondersteunen bij de behandeling van geestelijke gezondheid**

**Al verwezenlijkte projecten:** Oprichting van een uniek crisispunt voor kinderen en adolescenten

**Doelstelling 2019-2020:** Opstart van een eerste pilootproject "eerstelijnspsycholoog"

**Doelstelling 2025:**

- Evaluatie van de pilootprojecten "eerstelijnspsycholoog" en, desgevallend, uitbreiding ervan
- Oprichting van een uniek contactpunt voor iedereen die met geestelijke gezondheidsproblemen wordt geconfronteerd

**Projectverantwoordelijke:** Het Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg

**Evaluatie en follow-up:** Conclusies van het pilootproject - activiteitencijfers van het crisispunt

**Budget:** 2019:

- 60.000 euro contactpunt Bru-Stars - BA 03.004.34.01.3300
- 70.000 euro pilootproject eerstelijnspsycholoog - BA 03.004.34.01.3300

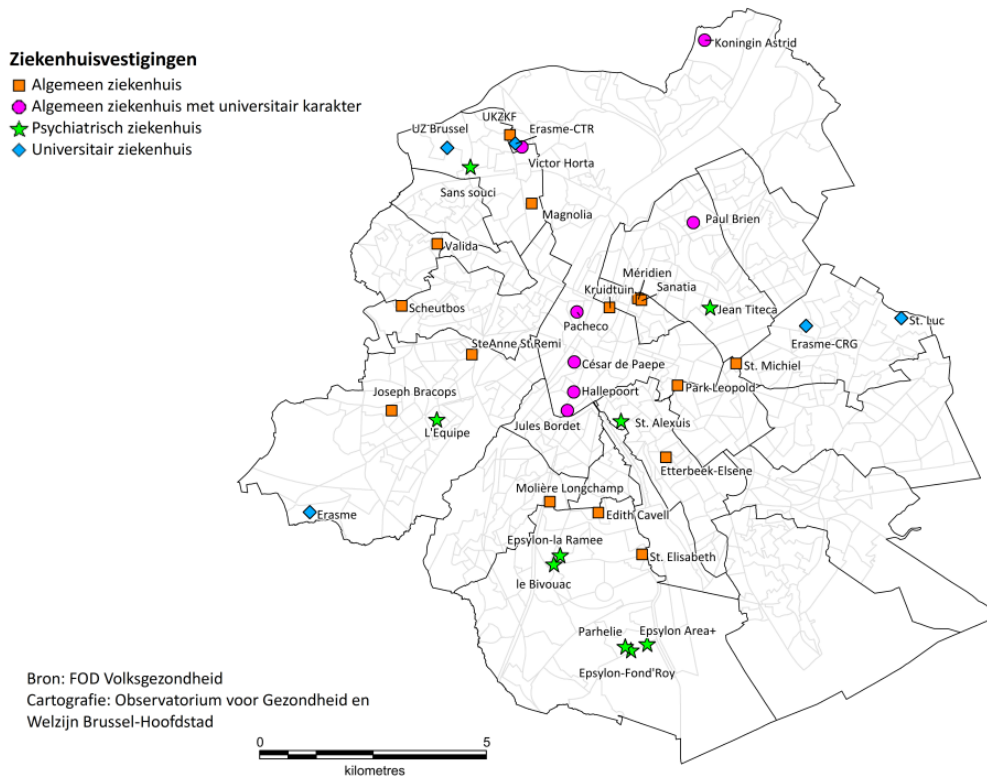


## DOELSTELLING 3

# HET ZIEKENHUIS EEN ANDERE PLAATS GEVEN IN HET ZORGLANDSCHAP

De ziekenhuissector blijft een fundamentele rol spelen bij het verzekeren van het recht van elke burger op toegankelijke en kwaliteitsvolle ziekenhuisgezondheidszorg, ongeacht of het daarbij gaat om preventieve of curatieve zorg. Wat betreft het ziekenhuisbeleid verbond het Verenigd College zich ertoe om te werken aan een gepaster wetgevend kader. De benadering van het nieuwe erkenningsconcept wordt in pijler 3 van dit plan uiteengezet. Het netwerkplan zal samenwerkingen en synergiën eenvoudiger moeten maken bij de activiteiten die direct verbonden zijn aan patiënten, maar ook op vlak van logistieke en administratieve ondersteuning.

De ziekenhuissector onderging in de laatste decennia verschillende rationaliseringgolven, waarbij bedden, eenheden en zelfs hele ziekenhuiscampussen werden afgebouwd en gesloten en de activiteiten werden omgeschakeld. In Brussel kwamen zo al hergroeperingen tot stand en zijn sommige ervan nog aan de gang.



Net zoals bij onze Europese burens het geval is, zijn de Belgische ziekenhuizen nog niet klaar met hun reorganisatie. Ze hebben daarbij te kampen met demografische, epidemiologische, technologische en organisatorische veranderingen. De nieuwe noden zijn voldoende bekend: de toenemende vergrijzing en afhankelijkheid, de explosieve toename van chronische ziekten, de medische en technologische evolutie die voor almaar kortere ziekenhuisopnames mogelijk maakt of deze zelfs helemaal kan vermijden.

Rekening houdend met die evoluties zal de rol van het ziekenhuis grondig wijzigen: een toename van het acute karakter (aangezien langdurige zorg meer en meer buiten het ziekenhuis plaatsvindt), toegenomen specialisatie, samenwerking met de eerstelijnszorg voor de follow-up van patiënten, ... Het doel zal er in bestaan om ziekenhuizen de nodige tools te verschaffen om tegen 2025 hun nieuwe rol volledig op te kunnen nemen.

De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie wil op 2 vlakken hervormen. Een eerste verandering betreft de aanpassing en afstemming van het aanbod van ziekenhuizen aan de behoeften van de bevolking en kadert binnen de logica van de netwerken die door de federale minister van Volksgezondheid werden opgestart. De andere hervormingsas wil een antwoord bieden op de ambulante conversie door de ziekenhuizen te betrekken bij de behandeling van patiënten buiten het ziekenhuis.

### **MAATREGEL 1:** **DE ZIEKENHUISNETWERKEN UITBOUWEN VOOR EEN BETERE AFSTEMMING VAN HET AANBOD**

**Visie:** De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie steunde de doelstellingen van de hervorming van Maggie De Block door in 2015 een gemeenschappelijke verklaring van alle overheden bevoegd voor Gezondheid mee te ondertekenen. Die hervorming bestaat erin de rol van het ziekenhuis in het zorglandschap te herbepalen en ziekenhuizen de nodige instrumenten te bieden om deze nieuwe rol te vervullen. De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie steunt de hervorming die op het federale niveau werd opgestart, niet om de begroting op korte termijn onder controle te houden, maar vooral om de zorg doeltreffender en kwaliteitsvoller te maken en het model duurzamer te maken. De oprichting van netwerken moet, aanvullend op de toekomstige programmatie van activiteiten, toelaten een compleet basisaanbod te garanderen in elk netwerk en bepaalde meer gespecialiseerde activiteiten - die op het vlak van deskundigheid, human resources en financieel zwaarder wegen - te concentreren. Het netwerk verzekert dat de basisdienst toegankelijk is voor de bevolking, zonder dubbel werk te verrichten dat tot efficiëntieverlies leidt. De ziekenhuizen zullen een echt reorganisatiebeleid voor hun activiteiten moeten voeren om een driedelige doelstelling te behalen: nabijheid, kwaliteit en efficiëntie.

Gelet op de nieuwe bevoegdheidsverdeling tussen de politieke entiteiten door de zesde staats-hervorming kan de ziekenhuishervorming alleen maar slagen bij een perfecte coördinatie tussen de verschillende bevoegdheidsniveaus. Als de federale staat de basisregels voor de netwerken vastlegt, zal het de taak zijn van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie om die basisregels aan te vullen en de netwerken en ziekenhuizen die er deel van uitmaken te erkennen. De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie moet ook voorzien in nieuwe regelgeving voor

de investeringen in infrastructuur, die coherent is met de netwerkbenadering. In de toekomst zal een ziekenhuis dat een tegemoetkoming wil krijgen van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie voor de uitbreiding of het onderhoud van zijn infrastructuur een strategisch plan moeten voorleggen. Daarin moet het aantonen dat het ziekenhuisaanbod op een rationele manier inspeelt op de noden van de bevolking.

De bepaling van de activiteiten die de locoregionale netwerken moeten uitvoeren, zal gebaseerd worden op een gezamenlijke reflectie van de overheden en de sector over drie activiteiten die als prioritair beschouwd worden: de moeder kind pijler, bejaarden en de spoeddiensten.

Rekening houdend met de aanwezigheid van universitaire ziekenhuizen op het Brussels grondgebied, die onder de bevoegdheid van de Gemeenschappen vallen, zullen de gefedereerde entiteiten samenwerken om te komen tot een eengemaakte benadering voor de erkenning van de netwerken.

## **ACTIEPLAN:**

### **De ziekenhuisnetwerken uitbouwen**

#### **Al verwezenlijkte projecten:**

- Voortzetting van de bouwplanning
- Gemeenschappelijke verklaring van 29 juni 2015 en voorbereidend werk in de Interministeriële Conferentie

#### **Doelstelling 2019-2020:**

- Programmatie en erkenning van de Brusselse ziekenhuisnetwerken in het kader van de federale hervorming
- Nieuwe regelgeving betreffende de tegemoetkoming in de financiering van de infrastructuur

**Projectverantwoordelijke:** De DVC, de ziekenhuiscoepels

**Evaluatie en follow-up:** Erkenningsinspecties

**Budget:** /

## **MAATREGEL 2:**

### **DE BEHANDELING EN FOLLOW-UP BUITEN HET ZIEKENHUIS UITBOUWEN**

**Visie:** De ziekenhuisgeneeskunde hanteert een bijna uitsluitend acute aanpak bij de behandeling van patiënten. Dat was misschien nog begrijpelijk in een context waarin patiënten in het ziekenhuis bleven tot ze volledig genezen waren. Deze context bestaat vandaag evenwel niet meer. De verblijfsduur in het ziekenhuis wordt almaar ingekort en het aantal daghospitalisaties neemt toe. De revalidatie gebeurt buiten de muren van het ziekenhuis. Kortom, een patiënt in de ziekenhuisgeneeskunde brengt steeds minder tijd door onder de controle van de ziekenhuisactoren. Het ziekenhuis wordt opgeroepen om de fakkel door te geven aan andere eerstelijns zorgverstrekkers die zich op hun beurt moeten bekwamen om patiënten met steeds complexere aandoeningen

te behandelen. De fakkel doorgeven betekent echter niet hetzelfde als zich terugtrekken uit de opvolging. De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie wil dat ziekenhuizen actoren blijven die zich blijven bezighouden met de behandeling en opvolging van hun patiënten, ook wanneer die het ziekenhuis hebben verlaten. Alle actoren zien wel het belang in van zo een hervorming, maar de manier waarop de verbindingen tussen ziekenhuizen en de eerstelijnszorg georganiseerd wordt, is op dit moment verre van homogeen of structureel.

Ziekenhuizen zijn al betrokken bij meerdere maatregelen van het Gezondheidsplan om een gecoördineerde en geïntegreerde aanpak voor de behandeling van patiënten op te zetten. We vinden die benadering voornamelijk terug in doelstelling 2, die betrekking heeft op de eerstelijnszorg.

Het doel is de verplichtingen met betrekking tot de invoering van echte partnerschappen met de eerstelijnszorg, de ontslagprocedures van patiënten en de uitwisseling van gegevens tussen de ziekenhuizen en de eerstelijnszorg, in het bijzonder met huisartsen, op te nemen in de juridische omkadering van ziekenhuizen. Partnerschap zal een erkenningsvoorwaarde worden voor ziekenhuizen en netwerken.

Dat juridische kader zou ertoe kunnen leiden dat de coördinatie en de opvolging buiten het ziekenhuis een volwaardige functie wordt.

Aan de ziekenhuizen zal ook worden gevraagd om te investeren in alternatieven voor ziekenhuisopnames. De nieuwe regelgeving betreffende infrastructuur zal mogelijkheden bieden om deze nieuwe behandelingsvormen te ondersteunen.

## **ACTIEPLAN:**

### **De behandeling en opvolging buiten het ziekenhuis uitbouwen**

**Al verwezenlijkte projecten:** /

**Doelstelling 2019-2020:** Het juridische kader opstellen voor de betrekkingen tussen de ziekenhuizen en de eerstelijnszorg om de behandeling en opvolging van patiënten te verbeteren

**Projectverantwoordelijke:** De DVC, de ziekenhuiscoepels en de gewestelijke ondersteuningsstructuur voor de eerstelijnszorg

**Evaluatie en follow-up:** Kwaliteitsindicatoren voor de samenwerking tussen het ziekenhuis en de eerstelijnszorg - nog te ontwikkelen

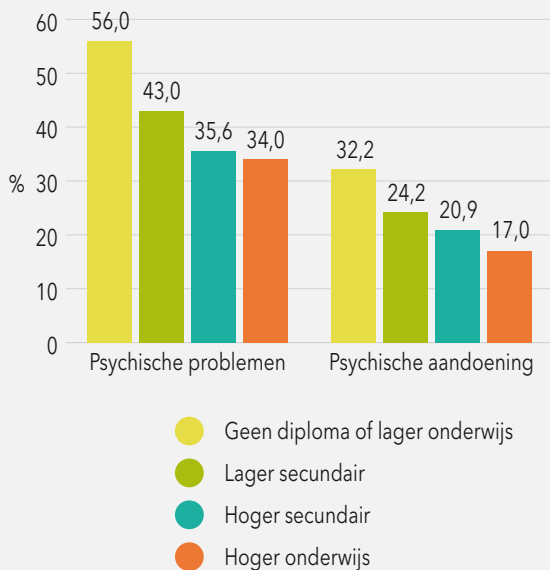
**Budget:** /

## DOELSTELLING 4

# DE GEESTELIJKE GEZONDHEID VAN DE BEVOLKING VERBETEREN

Het betreft hier geestelijke gezondheid in de ruime zin van het woord en niet enkel psychiatrische aandoeningen. Wereldwijd is bijna een derde van de gevallen van arbeidsongeschiktheid toe te schrijven aan geestelijke gezondheidsproblemen. Een persoon op vier zal op een zeker moment in zijn of haar leven aan een psychische aandoening lijden.

**De prevalentie van psychische problemen en een psychische aandoening onder de bevolking van 15 jaar of ouder volgens opleiding\*, Brussels Gewest, 2013**



Bron: Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid, Gezondheidsenquête 2013; berekeningen Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel

\* Gestandaardiseerd voor geslacht en leeftijd (Europese referentiepopulatie 2013)

De prevalentie van psychische stoornissen ligt hoger in grote steden.

Uit de gezondheidsenquête 2013 (WIV) blijkt dat psychische problemen toenemen in België en dat de situatie in Brussel slechter is dan in de twee andere gewesten. Het percentage personen met psychische problemen en het percentage personen met een verhoogd risico hierop liggen beduidend hoger: respectievelijk 40 % en 25 %, tegenover 29 % en 16 % in Vlaanderen en 35 % en 20 % in Wallonië. De enquête toont aan dat laaggeschoolde personen kwetsbaarder zijn op het vlak van geestelijke gezondheid.

De ernst van de situatie vraagt om een paradigmaverschuiving.

In de geestelijke gezondheid komen een aantal problematieken samen: sociale determinanten van gezondheid, kansarmoede, tewerkstelling, het isolement van ouderen, verslavingen, de moeilijkheid van de eerstelijnszorg om geestelijke gezondheidsproblemen te behandelen.

Deze doelstelling moet gezien worden als aanvullend op de andere onderdelen van het Brussels Gezondheidsplan, waaronder de benadering van de eerstelijnszorg.

Daarnaast moet er een goede afstemming blijven bestaan met de andere Brusselse en Belgische

overheden bevoegd voor gezondheid voor de uitbouw van netwerken voor volwassenen, jongeren en kinderen, en de uitwerking van de plannen op het vlak van verslaving en internering.

De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie staat voor de uitdaging om een geïntegreerde en allesomvattende aanpak te ontwikkelen waarin de patiënt centraal staat en die gericht is op herinschakeling. Er moet verder werk gemaakt worden van de netwerklogica, die in 2002 werd ingevoerd en sinds 2015 nog is versterkt, door de verschillende zorgactoren rond de patiënt samen te brengen, maar ook door het aanwenden van andere bevoegdheden die noodzakelijk zijn voor de functionele, sociale en persoonlijke verbetering van de situatie van de patiënt: huisvesting, tewerkstelling, onderwijs, enz.

Om het grote publiek beter te informeren en personen met mentale problemen niet te stigmatiseren, moet de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie een bewustmakingscampagne opzetten waarbij relevante informatie wordt verstrekt en het werk van de actoren op het veld wordt gewaardeerd.

## **MAATREGEL 1: DE NETWERKEN UITBOUWEN EN VOOR EEN UNIEK CONTACTPUNT ZORGEN**

**Visie:** Sinds 2002 en vooral sinds het laatste protocolakkoord van 2015 voeren de federale staat en de gemeenschappen en gewesten een model in om een antwoord te bieden op de behoeften inzake geestelijke gezondheid op een bepaald grondgebied, in dit geval dat van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Zo wil men de patiënt een globale en geïntegreerde behandeling aanbieden, ongeacht waar deze in de zorg instapt. Met dat model wil men alle beschikbare middelen op het grondgebied groeperen en rond 5 functies structureren: functie 1 - preventie en screening; functie 2 - ambulante zorg; functie 3 - herstel; functie 4 - intensieve zorg; functie 5 - langdurige opname.

In Brussel, met zijn nochtans complexe institutionele landschap, neemt het netwerk voor geestelijke gezondheidszorg (netwerk 107 genoemd) stap voor stap vaste vorm aan. Het overlegplatform betreft alle actoren - inclusief huisartsen - hierbij om tegemoet te komen aan alle noden in het hele gewest.

Sinds 2016 wordt voor elke beslissing over het aanbod of de organisatie van de mentale gezondheidszorg overleg gepleegd via het netwerkcomité.

De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie wil haar steun aan het Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg voortzetten, zodat dit platform het netwerk voor geestelijke gezondheid verder kan uitbouwen. We herinneren eraan dat tijdens de legislatuur 2014-2019 in Brussel ook een specifiek netwerk opgericht werd voor kinderen en jongeren, Bru-Stars genoemd, dat in een crisiscontactpunt voorziet voor kinderen en jongeren.

Een van de opdrachten die tussen nu en 2025 aan het platform gegeven zou worden, is de oprichting van een uniek contactpunt voor alle doelgroepen in de geestelijke gezondheid. Dit contactpunt maakt het onder meer mogelijk om het werk van de huisartsen te ontlasten, doordat ze hun patiënten ernaar kunnen doorverwijzen.

## ACTIEPLAN:

### De uitbouw van het netwerk voortzetten en een uniek contactpunt oprichten

**Al verwezenlijkte projecten:** Steun aan het Netwerk 107 en versterking van de coördinatie met onder meer de integratie van de huisartsen in het Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg

**Doelstelling 2019-2020:** Er verder voor zorgen dat het netwerk 107 het hele grondgebied afdekt

**Doelstelling 2025:** Een uniek contactpunt creëren

**Projectverantwoordelijke:** Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg

**Evaluatie en follow-up:** Het Platform en het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

**Budget:** 2018:

- platform 240.000 euro - BA 05.002.34.01.3300 en 275.000 - BA 03.004.34.02.3300
- verschillende projecten (BRUSTARS, Solentra, Lerni, NORWEST, "en route", enz.) 964.000 - BA 03.004.34.01.33000

## MAATREGEL 2:

### DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORGSTRUCTUREN TOEGANKELIJKER MAKEN

**Visie:** Alle zorgactoren erkennen dat er in Brussel te weinig opvangplaatsen zijn voor geestelijke gezondheidsproblemen, in het bijzonder voor acute situaties. Met in totaal 1.608 psychiatriebedden is het aanbod in Brussel ruim ontoereikend om te beantwoorden aan de noden van Brusselse patiënten en van de niet-Brusselse patiënten die in Brusselse instellingen behandeld worden. Het Kenniscentrum voert momenteel een kwantitatief onderzoek naar de noden op het vlak van geestelijke gezondheid. De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie heeft aan de Faculteit Volksgezondheid van de UCL opdracht gegeven voor een aanvullende studie over de situatie in Brussel.

In afwachting van de resultaten van die onderzoeken is de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie opvangplaatsen buiten de ziekenhuizen en andere alternatieven beginnen uitbouwen.

De geestelijke gezondheidssector is wachtende op een toename van het aantal plaatsen buiten ziekenhuizen, in psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT's) en in initiatieven voor beschermt wonen (IBW's). Bij gebrek aan beschikbare plaatsen van dit type blijven de patiënten opgenomen worden in psychiatrische ziekenhuisdiensten of verblijven ze in niet-aangepaste structuren, zoals rusthuizen of niet-erkende huisvestingsstructuren, of zelfs op straat.

Tussen nu en 2019 zal de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie 74 nieuwe plaatsen in PVT's erkennen. Tegen 2025 zouden er 180 nieuwe plaatsen in PVT's en 45 nieuwe plaatsen in IBW's moeten kunnen bijgemaakt worden.

Gelet op de noden is er zeker nog ruimte voor nog te ontwikkelen alternatieve initiatieven. In dit licht kan worden verwezen naar het pilootproject "BRU4HOME", waarbij huisvesting wordt gezocht, en werd opgericht door 15 actoren uit de geestelijke gezondheid, de daklozensector en de sector gehandicapten.

Tegen eind 2018 zullen er negen ziekenhuisbedden operationeel zijn voor patiënten met een dubbele diagnose (geestelijke gezondheid en handicap) die in een crisissituatie verkeren: 7 bedden in het Ziekenhuiscentrum Titeca en 2 bedden in Kliniek Sint-Jan. De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie financiert bovendien een specifiek mobiel team voor patiënten met een dubbele diagnose.

Daarnaast moeten de omkaderingsnormen van de verschillende structuren, waaronder de ziekenhuisbedden, herzien worden in samenwerking met de sector met het oog op een hogere kwaliteit van de opvang en de leefbaarheid in de instellingen. Brussel en de federale staat zullen zich samen moeten inzetten voor de hervorming van de omkadering van ziekenhuisbedden.

## **ACTIEPLAN:**

### **De toegankelijkheid verbeteren door het aanbod uit te breiden**

**Al verwezenlijkte projecten:** 14 nieuwe plaatsen in erkende PVT's sinds 2014

#### **Doelstelling 2019-2020:**

- Creatie van 60 nieuwe plaatsen in PVT's
- Ontvangst van de studies (KCE en Brusselse studie)

#### **Doelstelling 2025:**

- Nieuwe planning van het aanbod
- Herziening van de revalidatieovereenkomsten

**Projectverantwoordelijke:** De DVC en Iriscare

**Evaluatie en follow-up:** Verhoging van het aantal behandelde patiënten

#### **Budget:**

- 2018: 120.000 euro voor het mobiele team dubbele diagnose - BA 03.004.34.01.3300
- 2019: 480.000 euro voor het mobiele team dubbele diagnose - BA 03.004.34.01.3300 en budget PVT - BA 05.002.31.05.3432
- te plannen tussen nu en 2025:
  - 8.640.000 euro voor de opening van de 180 nieuwe plaatsen in PVT's
  - 765.000 euro voor de opening van 45 nieuwe plaatsen in IBW's - *onder voorbehoud van de goedkeuring van de jaarbegrotingen in kwestie*



### MAATREGEL 3: BEWUSTMAKING EN DOORBREKEN VAN STIGMA'S



**Visie:** Stigmatisering is een complex sociaal fenomeen. Mensen die aan een "geestesziekte" lijden, krijgen heel vaak een etiket opgeplakt en zijn het slachtoffer van stereotypering. Ze boezemen angst in, wat tot afwijzing leidt. De WGO stelde al in 2001 dat stigmatisering "het belangrijkste obstakel was dat moet overwonnen worden". Bij velen veroorzaakt deze stigmatisering meer leed dan de ziekte zelf.

De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie zal projecten steunen die in samenwerking met patiëntenverenigingen en zorgverstrekkers uitgewerkt worden om de stigmatisering van geesteszieken tegen te gaan en het publiek correct te informeren over mentale aandoeningen en het werk van de actoren in het veld.

De projecten "en route" en "Norwest", die de omstandigheden creëren om van de betrokken personen patiënten-partners te maken, krijgen al financiële steun van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.

Er zal nagedacht worden over steun aan, of het aanzetten tot, projecten waarbij een groep met psychische stoornissen gemengd wordt met andere groepen, om zo voor meer inzicht te zorgen in de problematieken van geestelijke gezondheid, onder meer via een artistieke benadering.

Daarnaast zullen de werkgevers bewustgemaakt worden van de problematieken van geestelijke gezondheid.

#### ACTIEPLAN:

**Een beleid van bewustmaking over en het wegwerken van stigma's rond geestesziekten ontwikkelen**

**Al verwezenlijkte projecten:** Projecten "en route" en "Norwest"

**Doelstelling 2019-2020:** een bewustmakingscampagne ontwikkelen

**Projectverantwoordelijke:** het Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg, in samenwerking met de patiëntenverenigingen en verzekeringsinstellingen

**Evaluatie en follow-up:** Enquête over de bekendheid van de campagne

**Budget:** 2019 te bepalen

## DOELSTELLING 5

# IN GOEDE GEZONDHEID OUDER WORDEN IN BRUSSEL

Iedereen wil graag oud worden én gezond blijven, en een groot aantal ouderen in ons land slagen daar ook in. Toch zijn er onder hen ook velen die vroeg of laat zorg nodig hebben. Een brede waaier aan diensten zoals thuiszorg, dagopvang, kortverblijf, enz. zouden hen de mogelijkheid moeten bieden om langer in hun vertrouwde omgeving te blijven. Soms is een opname in een instelling toch noodzakelijk. In beide gevallen is het voor die personen, hun naasten en het zorgpersoneel van essentieel belang om de nodige hulp en zorg betaalbaar te houden en in omgeving waarin het goed leven is.

Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest staat niet voor dezelfde uitdagingen als Vlaanderen en Wallonië wat de evolutie van de behoeften en het aanbod op het vlak van ouderenzorg betreft.

In verhouding zijn er minder 65-plussers in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest dan elders. Maar binnen die groep van 65-plussers is het aandeel van 80-plussers wel groter dan in de andere gewesten. Bovendien zal een toenemend deel van deze populatie in kwetsbare omstandigheden leven.



Het zorgaanbod voor ouderen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest moet met een flinke handicap vertrekken. Het aanbod kan dan wel toereikend lijken in aantal bedden, het is helemaal niet aangepast aan de behoeften. Het aantal bedden in rust- en verzorgingstehuizen (RVT's) ligt veel lager dan in de andere gewesten:

- In Brussel zijn 38,7 % van de bedden RVT-bedden
- In Wallonië zijn 43,6 % van de bedden RVT-bedden
- In Vlaanderen zijn 61,8 % van de bedden RVT-bedden

Het Brusselse aanbod biedt bovendien niet genoeg alternatieven voor huisvesting, dagverzorgingscentra en bedden voor kortverblijf.

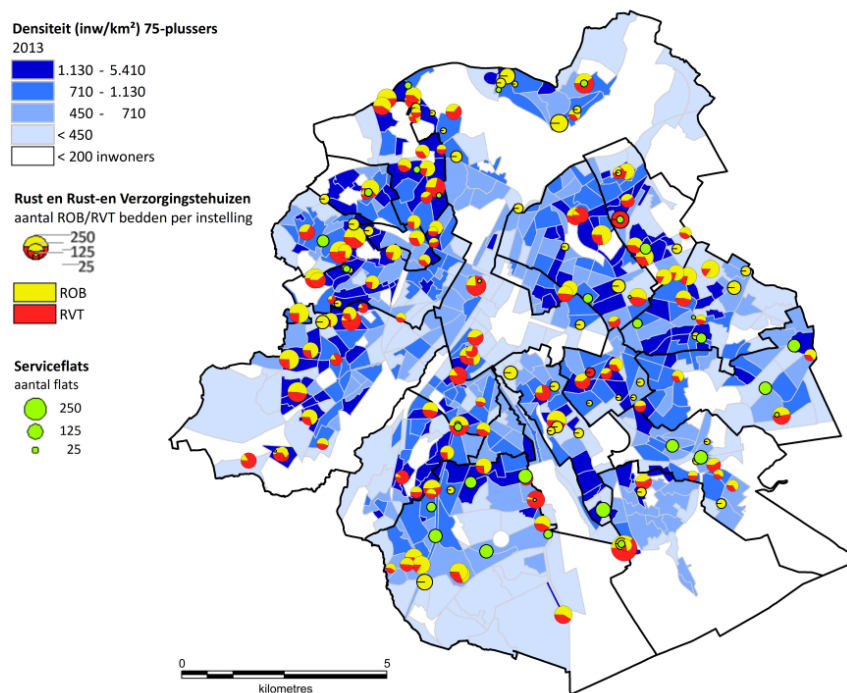
Ook de financiële houdbaarheid van het systeem vormt een uitdaging. Rekening houdend met de demografie, de langere levensverwachting en de explosieve toename van chronische ziekten, moeten de budgetten zo efficiënt mogelijk worden aangewend.

## MAATREGEL 1: HET RESIDENTIEEL AANBOD AANPASSEN AAN DE NODEN VAN MORGEN

**Visie:** Wat het huisvestings- en zorgaanbod betreft, volstaat het aantal bestaande en geplande bedden in rusthuizen rekening houdend met de vergrijzing van de bevolking. Ze zijn ook vrij goed verspreid over het Brusselse grondgebied. De ouderen die in Brussel in een instelling opgenomen zijn, vertonen verhoudingsgewijs een lichter afhankelijkheidsprofiel dan in de andere gewesten. Dat heeft onder meer te maken met het gebrek aan alternatieve opvang- en huisvestingsstructuren, het grotere aandeel alleenstaanden in Brussel, de duurdere en weinig aangepaste woningen, enz.

In Brussel is ruim een derde van de bewoners van rust- en verzorgingstehuizen nog relatief zelfredzaam (profielen O en A op de Katz-schaal). In een recente studie van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, in samenwerking met de ULB, onderzocht men de profielen en levensloop van die mensen in rusthuizen. Op die manier wil men meer inzicht krijgen in dit fenomeen in Brussel en eventueel het aanbod en de organisatie van de hulp en zorg aanpassen, en zo het welzijn en de gezondheid van onze ouderen in Brussel bevorderen.

Er moet een nieuwe programmatie van het zorgaanbod voor ouderen komen om een beweging mogelijk te maken aan de beide uiteinden van het spectrum van opvang en van afhankelijkheid: enerzijds moet er voor gezorgd worden dat nog zelfredzame mensen zolang mogelijk thuis kunnen blijven wonen, en anderzijds moet worden voorzien in een toereikend aanbod aan plaatsen voor sterk afhankelijke patiënten (met inbegrip van de dementieproblematiek).



Het doel bestaat erin om tegen 2020 over een nieuwe programmatie te beschikken en die tegen 2025 uit te voeren. De programmatie zal de klassieke huisvestingsstructuren omvatten (rusthuizen voor bejaarden, RVT's, kortverblijf, ...), inclusief bedden voor specifieke profielen (dementie, alzheimer, ...), maar ook alternatieve structuren die het mogelijk maken langer thuis te blijven wonen. Die nieuwe programmatie kan onder meer gerealiseerd worden door de conversie van bestaande bedden of bedden in portefeuille. Hierbij moet ernaar gestreefd worden het evenwicht te herstellen tussen de beschikbare plaatsen van de sectoren die actief zijn in Brussel.

De kwaliteit van de opvang in de structuren voor ouderen hangt in grote mate af van de geschiktheid en kwaliteit van het personeel in die structuren. Er zal nagedacht worden over de aanpassing van de omkaderingsnormen voor deze structuren. Geleidelijk aan zal een kwaliteitsdimensie opgenomen worden in de overheidscontrole op de structuren voor ouderen, met onder meer de creatie van kwaliteitsindicatoren en de organisatie van thematische inspecties.

## **ACTIEPLAN:**

### **Het aanbod afstemmen op de zorgbehoeften van ouderen**

**Al verwezenlijkte projecten:** De ordonnantie van 13 juli 2017 dat een moratorium instelt van het aantal bedden voor bepaalde voorzieningen voor opvang of huisvesting van bejaarde personen

**Doelstelling 2019-2020:** Besluiten in verband met de nieuwe programmatie

**Doelstelling 2025:** Nieuwe programmatie gerealiseerd

**Projectverantwoordelijke:** Iriscare

**Evaluatie en follow-up:** Indicatoren in verband met de patiëntenprofielen

**Budget:** 2019-2020: omschakeling binnen een constant budget: 263 miljoen euro - BA 05.002.31.01.3432

## **MAATREGEL 2:**

### **NABIJHEIDSZORG ORGANISEREN OM AFHANKELIJKHEID TE VOORKOMEN EN OUDEREN IN HUN EIGEN LEEFOMGEVING TE KUNNEN HOUDEN**

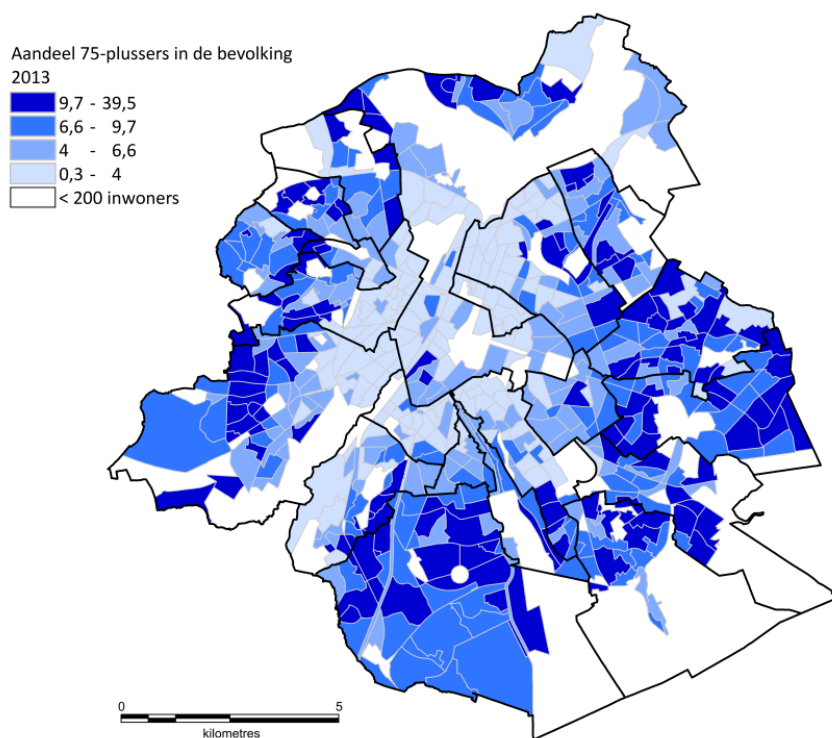
**Visie:** Een groot aantal opnames van ouderen in een instelling zou vermeden kunnen worden indien er meer werd geïnvesteerd in de mogelijkheden om langer thuis te blijven wonen: aanpassing van de woning, versterking van het sociale netwerk in de buurt, ouderen betrekken bij de sociale en culturele activiteiten in de wijk, enz.

In dat kader zal een geïntegreerde aanpak met een nabijheidsdimensie ontwikkeld worden. Die bestaat erin opnieuw een sociaal netwerk uit te bouwen en aandacht te besteden aan preventieve zorg, en daarbij zo goed mogelijk in te spelen op de wensen en behoeften van ouderen, zodat ze in goede omstandigheden thuis kunnen blijven wonen.

Er werden drie pilootprojecten geselecteerd om een geïntegreerd organisatiemodel van hulp en zorg per wijk uit te testen dat het gemakkelijker moet maken voor ouderen om langer thuis te blijven wonen. Ook sociale en technologische innovatie zullen worden ingezet om dit te bereiken. Om zorgverleners te helpen de thuiszorg zo goed mogelijk te organiseren, worden er in het kader van e-gezondheid projecten ontwikkeld om eerstelijns zorggegevens te delen.

Op basis van de conclusies van die pilootprojecten moet de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie haar beleid bepalen gericht op het langer thuis kunnen blijven wonen, onder meer door de uitbreiding van de lokale doorverwijzers (wijkniveau) over het volledige grondgebied.

De aanpak per wijk zal geïmplementeerd en opgevolgd worden in samenwerking met de ondersteuningsstructuur voor de eerstelijnszorg en geëvalueerd worden door het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn.



## **ACTIEPLAN:**

**Buurtzorg organiseren om afhankelijkheid te voorkomen en ouderen in hun leefomgeving te houden**

**Al verwezenlijkte projecten:** Geselecteerde pilootprojecten in de wijk

**Doelstelling 2019-2020:** Werking van de pilootprojecten en opvolging van de projecten

**Doelstelling 2025:** Integratie van de conclusies van de pilootprojecten bij de bepaling van het beleid voor langer thuis blijven wonen

**Projectverantwoordelijke:** De DVC, de ondersteuningsstructuur voor de eerstelijnszorg, drie pilootprojecten

**Evaluatie en follow-up:** Het Observatorium

**Budget:** 300.000 euro pilootprojecten - BA 03.003.34.02.3300

## DOELSTELLING 6

### HET LEVENSEINDE BEGELEIDEN

De begeleiding van het levenseinde is een element uit de gezondheidszorg dat soms verwaarloosd wordt of onvoldoende bekend is bij zorgverleners, maar ook en vooral bij het grote publiek. Rekening houdend met de evolutie van de geneeskunde en de bevolkingstoename zullen nochtans steeds meer mensen in aanraking komen met palliatieve of continue zorg. Volgens de medische beroepsbeoefenaars hebben momenteel 10.000 tot 20.000 patiënten in België nood aan palliatieve zorg. Die raming wijst op de noodzaak van een goed palliatief zorgaanbod in alle zorginstellingen in de geest van de wet op de palliatieve zorg, zoals gewijzigd in 2016. Die wetswijziging verruimde de definitie van palliatieve zorg, waarbij gepleit wordt voor de vroegtijdige inzet van palliatieve zorg op basis van de behoeften en wensen van de patiënt, die gedurende een bepaalde tijd gepaard gaat met levensverlengende behandelingen. Het is jammer dat de geest van deze wet tot nog toe maar beperkt werd vertaald in de federale wetgeving.

In Brussel valt de begeleiding van het levenseinde - zoals tal van andere aangelegenheden - onder verschillende bevoegdheidsniveaus, wat geïllustreerd wordt in de tabel hieronder. Overleg en coördinatie tussen de verschillende actoren in het veld is absoluut noodzakelijk met het oog op een doorlopende en samenhangende behandeling van de patiënt.

Verantwoordelijke autoriteiten	Type behandeling
Federaal	<ul style="list-style-type: none"><li>• Palliatieve thuiszorg (forfait palliatieve zorg, nomenclatuur algemene geneeskunde, verpleegkundige zorg en kinesitherapie)</li><li>• Financiering van de palliatieve zorg in het ziekenhuis (palliatieve functie in de ziekenhuizen, functie "pediatrische liaison")</li></ul>
Voor de gemeenschappen in Brussel: Franse Gemeenschap, Franse Gemeenschapscommissie, Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, Vlaamse Gemeenschap- Vlaamse Gemeenschapscommissie	<ul style="list-style-type: none"><li>• Therapeutische huisvesting (Cité Sérine)</li><li>• Diensten voor palliatieve en continue zorg: Continuing Care, Brusselse Federatie voor Palliatieve Zorg, Aremis, Centre de PsychoOncologie, Cancer et Psychologie, Cité Sérine en Cefem</li><li>• Multidisciplinaire palliatieve teams: Interface</li><li>• Multidisciplinair palliatief team (Sémiramis en Continuing Care)</li><li>• Platform voor palliatieve zorg</li><li>• Palliatieve functie in rusthuizen</li><li>• Multidisciplinair palliatief team Omega voor de NL-patiënten in Brussel</li><li>• Palliatieve functie in rusthuizen</li></ul>

De beschikbare ambulante diensten in Brussel voldoen momenteel niet aan de vraag naar palliatieve zorg. Een uitbreiding van het aanbod dringt zich dus op.

Bovendien leiden de omvang van de kwetsbare populaties in Brussel en het sterk multiculturele karakter in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest tot specifieke behoeften en een specifieke aanpak waarmee rekening gehouden moet worden.

Tot slot vereist de mobiliteit van de patiënten tussen de verschillende zorglocaties (ziekenhuis, rusthuis, thuis) coördinatie tussen de actoren om te voorkomen dat de zorg onderbroken wordt. De coördinatie van de actoren is een opdracht die toevertrouwd wordt aan de gewestelijke ondersteuningsstructuur voor de eerstelijnszorg.

### **MAATREGEL 1:** **HET AMBULANTE AANBOD AAN CONTINUE EN PALLIATIEVE** **ZORG VERDER UITBOUWEN EN BETER ORGANISEREN**

**Visie:** Het komt erop aan het aanbod aan palliatieve thuiszorg dringend te ontwikkelen. Dat zal het mogelijk maken het gebrek aan palliatieve zorgplaatsen in ziekenhuizen en andere instellingen te verhelpen en tegemoet te komen aan de wens van de Brusselaars om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen. Dat is vooral een bekommernis bij kinderen. De behoeften zullen gemonitord moeten worden. Die opdracht kan eventueel toevertrouwd worden aan de Brusselse Pluralistische Federatie voor Palliatieve en Continue Zorg.

Gelet op de versnippering van de bevoegdheden op dat vlak moet er overleg komen met de bevoegde overheden in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest om een “levenseindeplan” op te stellen. De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie wil haar institutionele en financiële hefboomen inzetten om de multidisciplinaire teams onmiddellijk te vergroten en zo hun behandelingscapaciteit te verhogen. De in 2018 vrijgemaakte budgetten maken een capaciteitsverhoging met 300 patiënten mogelijk.

In het kader van een te bespreken plan met alle andere Brusselse institutionele actoren wil de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie een multidisciplinaire, geïntegreerde en degelijke visie verdedigen die gericht is op de capaciteiten en wensen (ook van culturele aard) van de patiënt. Volgens die visie moet de continuïteit van goede palliatieve zorg tussen de ziekenhuizen en de eerstelijnszorg verzekerd kunnen worden, zodat patiënten thuis kunnen blijven of naar huis kunnen terugkeren of in structuren voor ouderen kunnen verblijven, waarbij eventueel een palliatief of continu zorgtraject wordt vastgelegd. De opdrachten van de verschillende zorgactoren en hun onderlinge afstemming zouden beter bepaald moeten worden om onderbrekingen of overlappingen in de behandeling te voorkomen. Ook op dat punt is overleg tussen alle politieke entiteiten absoluut noodzakelijk.

Tot slot zijn bewustmakingcampagnes rond de uitdagingen van het levenseinde en de bijbehorende begeleiding nodig om de bevolking te doen nadenken over deze problematiek.



## **ACTIEPLAN:**

### **Het aanbod aan palliatieve zorg uitbreiden en beter organiseren**

#### **Al verwezenlijkte projecten:**

- Overname van de bevoegdheid van het Brusselse platform “Palliabru” (pluralistische vereniging voor palliatieve zorg van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest)
- Financiering van de capaciteitsuitbreiding van de multidisciplinaire teams

**Doelstelling 2019-2020:** Oprichting van de ondersteuningsstructuur voor de eerstelijnszorg, die de opdrachten van Palliabru overneemt

#### **Doelstelling 2025:**

- Interinstitutioneel Brussels plan voor de begeleiding van het levenseinde
- Herbepaling van de erkenningsnormen en -criteria voor de diensten die actief zijn in palliatieve zorg, onder meer de multidisciplinaire palliatieve teams en de rust- en verzorgingstehuizen

**Projectverantwoordelijke:** De DVC, de kabinetten Gezondheidsbeleid en de gewestelijke ondersteuningsstructuur voor de eerstelijnszorg

**Evaluatie en follow-up:** Aantal behandelde patiënten

**Budget:** 2018

- Platform 500.000 euro - BA 05.002.34.02.3300 en 03.001.34.02.3300
- Multidisciplinaire teams: 660 000 euro - BA 05.002.31.10.3432

## DOELSTELLING 7

### DE GEZONDHEIDSVEILIGHEID VERSTERKEN

De beheersing van gezondheidsrisico's, epidemieën in het bijzonder, en de herintrede en verschijning van bepaalde ziektes maken fundamenteel deel uit van de volksgezondheidsopdrachten van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. Die taak kadert in de samenwerking met de bevoegde instellingen en deskundigen. De opkomst van nieuwe risico's zoals infecties, milieuproblemen of gevaren in verband met biologisch terrorisme en de bewustwording daarvan hebben de maatschappelijke verwachtingen op dat vlak doen evolueren. Die vereiste moet ons ertoe aanzetten de bescherming van burgers uit te breiden en te professionaliseren en de acties op het vlak van gezondheidscontrole en -beveiliging doorzichtiger te maken. Op dat vlak wil de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie een coördinerende rol spelen tussen de verschillende federale en Brusselse instellingen, met name door verder betrokken te blijven bij de uitwerking en bijstelling van de procedures alsook bij de controle op de invoering ervan in de zorginstellingen.



Het beleid omtrent gezondheidsveiligheid zal in samenhang met het globaal veiligheids- en preventieplan van het Brussels Gewest ontwikkeld en uitgevoerd worden.

## **MAATREGEL 1:** **HET UNIEKE MELDPUNT BEKENDMAKEN ALS BRUSSELSE OVERHEID BEVOEGD VOOR GEZONDHEID**

**Visie:** De DVC beschikt over een gezondheidsmeldpunt voor Brussel. Elk risico voor de volksgezondheid (voornamelijk van infecties) wordt meegedeeld aan een dienst die uit verschillende artsen en verpleegkundigen bestaat. Voor dit meldpunt ontwikkelde de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie een website die voor iedereen toegankelijk is en een wachtdienstnummer dat de klok rond en elke dag van de week bereikbaar is. De dienst die bij de DVC verantwoordelijk is voor de gezondheidsveiligheid, organiseert doorlopend feedback tussen de dienst en gezondheidszorgbeoefenaars om eventuele crisissen op gezondheidsvlak of die een gevaar vormen voor de volksgezondheid te beheersen.

Het meldpunt kan maar functioneren bij de gratie van de verplichte aangifte van bepaalde infectieziekten, waarvoor er volksgezondheidsmaatregelen opgelegd kunnen worden. Deze dienst moet nog beter bekend worden gemaakt bij de gezondheidszorgverstrekkers, met het doel om het toezicht op de volksgezondheid nog verder te verbeteren en alarmerende toestanden te kunnen opvolgen en beheersen.

### **ACTIEPLAN:**

**De coördinatie met de andere instellingen bevoegd voor preventie en met de actoren in het veld verbeteren**

**Al verwezenlijkte projecten:** Oprichting van het meldpunt

**Doelstelling 2019-2020:** Een bewustmakingscampagne organiseren voor de gezondheidszorgverstrekkers

**Projectverantwoordelijke:** De DVC - Dienst Gezondheidsinspectie

**Evaluatie en follow-up:** Onderzoek naar de gekendheid van de dienst dat een halfjaar na de campagne wordt gevoerd

**Budget:** Te bepalen voor 2019

## MAATREGEL 2: HET TOEZICHT OP DE ZIEKTES MET AANGIFTEPLICHT BEVORDEREN

**Visie:** Het systeem van aangifteplicht van infectieziektes bestaat al bij de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. Het gaat hier om de ordonnantie van 19 juli 2007 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid en het besluit van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van 23 april 2009 betreffende de profylaxe tegen overdraagbare ziekten. De doelstelling is de prevalentie van infectieziektes op het grondgebied in kaart te brengen, maar ook om zo snel mogelijk gezondheidsbeschermingsmaatregelen te kunnen treffen tot en met de afkondiging van crisisplannen.

De aanbevelingen van de WGO met betrekking tot de lijst van ziekten die verplicht aangegeven moeten worden, zijn geëvolueerd. Deze evoluties zullen in de Brusselse werking geïntegreerd worden.

Daarnaast, en ondanks een eerste communicatiecampagne tussen 2014 en 2018 die gericht was naar de gezondheidszorg-beoefenaars, kan de kennis van de reglementaire verplichtingen nog sterk verbeterd worden.

Er moeten inspanningen geleverd worden om de bewaking van de volksgezondheid te perfectioneren door de institutionele en individuele actoren te mobiliseren, met name via labonetwerken en de huisartsenpeilpraktijken. Om de gezondheidsveiligheid verder te versterken is het noodzakelijk dat de zorgverstrekkers maar ook de patiënten zich de mechanismen van gezondheidsbewaking eigen maken.

Daarover wordt overlegd gepleegd tussen de deeltiteiten en de federale staat om de informatiestromen en de goede praktijken voortdurend te verbeteren.

### ACTIEPLAN: De aangifte van infectieziekten bevorderen

#### Al verwezenlijkte projecten:

- Juridisch en operationeel aangiftesysteem
- Communicatieplan bestemd voor de actoren tussen 2014 en 2018

#### Doelstelling 2019-2020:

- Herziening van de lijst van ziektes waarvoor een aangifteplicht bestaat
- Lancering van een nieuwe informatiecampagne in samenwerking met de eerstelijnszorgactoren

**Projectverantwoordelijke:** De DVC - Dienst gezondheidsinspectie

**Evaluatie en follow-up:** Aandeel aangiftes ten opzichte van het werkelijke aantal gevallen

**Budget:** Te bepalen voor 2019 voor wat de bewustmakingscampagne betreft

### **MAATREGEL 3:**

## **DE UITWERKING EN IMPLEMENTERING VAN DE PROCEDURES VOOR HET BEHEER VAN GEZONDHEIDSCRISSEN VERBETEREN**

**Visie:** De toename van gezondheidsdreigingen van natuurlijke, ecologische, terroristische of technologische oorsprong toont aan dat er standaardprocedures moeten uitgewerkt worden die in noodsituaties toegepast kunnen worden. Het gaat om een dynamisch proces waartoe elke bevoegde instelling moet bijdragen. De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie wil het initiatief nemen om de procedures voor het beheer van gezondheids crisissen uit te werken of te vervolledigen.

### **ACTIEPLAN:**

#### **De uitwerking en implementering van de procedures voor het beheer van gezondheids-crisissen verbeteren**

**Al verwezenlijkte projecten:** Deelname aan de federale instanties over het gezondheidsrisico en herziening van de bestaande procedures

**Doelstelling 2019-2020:** De risico's en behoeften analyseren

**Projectverantwoordelijke:** De DVC - Dienst Gezondheidsinspectie

**Evaluatie en follow-up:** Ter beschikking stelling van de procedures en controle van de implementering ervan in de zorginstellingen of bij de betrokken actoren

**Budget:** /

## DOELSTELLING 8

# DE COMMUNICATIE TUSSEN DE ZORFACTOREN EN TUSSEN DE ACTOREN EN DE PATIËNTEN VERBETEREN



De noodzaak om zorgtrajecten te verbeteren - de rode draad doorheen deze pijler van het Brusselse Gezondheidsplan - veronderstelt een betere communicatie tussen de zorgactoren en tussen de actoren en hun patiënten. De elektronische uitwisseling van medische gegevens kan een beslissende rol spelen in de verbetering van de communicatie. In 2017 werd er een Brussels strategisch plan "e-gezondheid" gelanceerd. De prioriteit van de e-gezondheidsstrategie in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest is de ontplooiing van instrumenten voor het delen van informatie tussen de zorgverstrekkers, en aan de patiënt. Daarbij wordt een driedelige doelstelling nagestreefd:

- de kwaliteit en de veiligheid van de zorg ondersteunen: e-gezondheid maakt medische en medisch-sociale gegevens beschikbaar voor gezondheidszorgbeoefenaars. Er zijn almaar meer van die gegevens beschikbaar, ze zijn sneller beschikbaar, en zijn van een hogere kwaliteit, omdat al de gegevens gevalideerd worden door andere beroepskrachten.

Zodoende verbetert een correct gebruikte gegevensdeling de kwaliteit en veiligheid van de behandeling van patiënten.

- de coördinatie van de zorgverstrekkers en de multidisciplinariteit van de behandeling versterken: dankzij e-gezondheid kunnen gezondheidszorgbeoefenaars door de beschikbaarheid van gegevens de kunnen de acties meer en beter gecoördineerd worden. E-gezondheid vergemakkelijkt de ontschotting tussen ziekenhuizen en de eerstelijnszorg, bijvoorbeeld door de opbouw van ervaringen met ambulante behandelingen en alternatieven voor ziekenhuisopnames. E-gezondheid ondersteunt het beleid dat kwetsbare en afhankelijke personen langer thuis wil kunnen laten wonen en vergemakkelijkt de opvolging van chronisch zieken.
- de patiënt helpen om een actieve partner van zijn gezondheid te worden: de lopende ontwikkelingen in de e-gezondheid hebben ook tot doel de patiënt nauwer te betrekken bij zijn gezondheidstraject. De betrokkenheid van de patiënt via e-gezondheid gaat dus verder dan zijn recht op informatie. Bij middel van e-gezondheidsapps zal informatie die de patiënt aangaat tot diens beschikking worden gesteld en zal hij ook kunnen communiceren met de zorgverstrekkers die hem behandelen.

De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie is uiteraard niet de enige overheid die bevoegd is voor het gezondheidsdomein in het algemeen, noch voor e-gezondheid in het bijzonder. De Brusselse bicommunautaire overheid beschikt echter wel over juridische en financiële hefboomen die de ontwikkeling van e-gezondheid moeten ondersteunen. De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie heeft onder meer de eerstelijns zorgverstrekkers begeleid bij het leren over en het gebruiken van gegevensdeling. De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie zorgde er ook voor dat er tools werden ontwikkeld voor elektronische gegevensdeling. De tools voor gegevensdeling moeten uitgewerkt worden op gewestelijk niveau om de systemen samenhangend te maken en schaalvoordelen te doen ontstaan. In dat opzicht erkent de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie de vzw Abrumet als de hoofdactor voor de uitbouw van de e-gezondheid en belast ze die met de oprichting en het beheer van het Brussels Gezondheidsnetwerk en de multidisciplinaire kluis (Brusafe).

## PIJLER 3

# DE KWALITEIT VAN DE UITVOERING VAN HET GEZONDHEIDSBELEID VERBETEREN

Het Gezondheidsplan vormt de eerste poging in Brussel, misschien zelfs nationaal, om een globale beleidsvisie te ontwikkelen in een ingewikkeld en snel veranderend beleidsdomein. Voor het welslagen van de verschillende maatregelen en doelstellingen van dit plan moet het Brusselse gezondheidsbeleid alle actoren mobiliseren die betrokken zijn bij de volksgezondheid. Deze laatste pijler definieert de noodzakelijke instrumenten en hefboomen voor een doeltreffend gezondheidsbeleid.





## DOELSTELLING 1

# DE PARTICIPATIE VAN PATIËNTEN VERGROTEN EN HUN RECHTEN ONDERSTEUNEN

Zowel op het niveau van de federale staat als bij de gemeenschappen en gewesten werden de voorbije vijftien jaar een aantal initiatieven genomen om patiënten te betrekken bij de besluitvorming op het vlak van gezondheidszorg, gaande van de wet betreffende de rechten van de patiënt in 2002 tot de verschillende subsidies toegekend aan patiëntenverenigingen. In de ons omringende landen staat men echter al een eind verder op het vlak van patiëntparticipatie.

De grotere participatie van de patiënt in het Brusselse gezondheidssysteem beoogt twee doelstellingen. Ten eerste wil men meer democratie in de gezondheidszorg. De patiënt is niet alleen een zieke aan wie zorg wordt verstrekt, het is ook een actieve burger die advies kan geven over de organisatie van de gezondheidszorg. Een tweede betrachting is een efficiënter zorgbeleid en een betere kwaliteit van de zorg. De participatie van de patiënten draagt bij tot een betere gezondheidszorg, op individueel vlak én op vlak van de samenleving. Dat trachten internationale organisaties als de WGO en de Europese Unie duidelijk te maken.

De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie wil de participatie van patiënten verbeteren door hen mee te betrekken in advies- en besluitvormingsstructuren en zorginstellingen. Bij deze integratie moet men echter nog afrekenen met tal van vooroordelen en koudwatervrees, dus zal ze moeten worden voorbereid door voorlichting, bewustmaking en overleg.

Naast een formele en georganiseerde vertegenwoordiging van de patiënten in de adviesorganen en instellingen zou er ook gedacht kunnen worden aan permanent overleg met de platforms van patiëntenverenigingen. Die mogelijkheid en hoe dat zou moeten gebeuren om haalbaar te zijn zal besproken worden met de patiëntenplatforms die al opgebouwd zijn: LUSS (fr) en VPP (nl).

Ervaringsdeskundigheid moet gevaloriseerd kunnen worden en benut kunnen worden om de trajecten van patiënten te verbeteren. Er zullen in die richting pilootprojecten worden opgestart.

## MAATREGEL 1: DE PARTICIPATIE VAN PATIËNTEN EN GEBRUIKERS IN INSTELLINGEN EN ADVIESORGANEN ORGANISEREN

**Visie:** De participatie van patiënten en gebruikers binnen de bestaande voorzieningen en bij de bepaling van het gezondheidsbeleid beoogt zowel een democratisch doel als een verbetering van de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Er bestaan al een aantal initiatieven op dat vlak. Ze zijn wettelijk verplicht, zoals in de structuren voor bejaardenzorg, of worden vrijwillig georganiseerd, zoals de patiëntencomités in de geestelijke gezondheidszorg. Het uiteindelijke doel is de patiënten (beter) te integreren in de Brusselse adviesorganen en zorginstellingen.

Die participatiemaatregelen kunnen hun doel alleen bereiken in een klimaat van wederzijds vertrouwen en erkenning. Op de eerste plaats moet er dus werk gemaakt worden van een echte participatiecultuur. Verschillende maatregelen die uitgewerkt worden in overleg met de platforms van patiëntenverenigingen en de gezondheidszorgbeoefenaars moeten bijdragen tot deze participatiecultuur. Een van die maatregelen is de uitwerking van opleidingsprogramma's voor enerzijds patiëntenvertegenwoordigers en ervaringsdeskundigen zodat ze over de nodige instrumenten beschikken voor inspraak in het gezondheidsbeleid en anderzijds voor de actoren om te leren luisteren naar patiënten en hun vertegenwoordigers en niet in een technische uiteenzetting te vervallen.

Voor een grotere publieke bewustwording rond gezondheidsdemocratie zou de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie ieder jaar een bijzondere dag kunnen organiseren rond deze thematiek. In lijn hiermee werd de organisatie van de "dag van de digitale kloof" al toevertrouwd aan LUSS en VPP in het kader van de Brusselse e-gezondheidsweek. Die samenwerking kan als pilootproject dienen voor een meer structurele samenwerking.

De wenselijkheid en haalbaarheid van deze voorstellen werd nog niet grondig onderzocht. Daarom zal aan de patiëntenplatforms voorgesteld worden een concreter actieplan op te stellen.

Het nadenken over participatie van patiënten aan het gezondheidszorgsysteem strekt zich uit tot de gebruikers van de diensten voor bijstand aan personen en in het bijzonder de personen met een handicap.

### ACTIEPLAN:

#### De participatie van de patiënten in gezondheidsinstellingen en adviesorganen organiseren

**Al verwezenlijkte projecten:** Conferentie over de digitale kloof tijdens de e-gezondheidsweek

**Doelstelling 2019-2020:** Uitwerking van een actieplan voor bewustmaking rond patiëntparticipatie

**Doelstelling 2025:** Integratie van de platforms van patiëntenverenigingen in de adviesorganen en oprichting van comités die patiënten integreren in de zorginstellingen

**Projectverantwoordelijke:** De DVC, Iriscare en de platformen van patiëntenverenigingen

**Evaluatie en follow-up:** Effectieve participatie van de platforms van patiëntenverenigingen

**Budget:** /

## MAATREGEL 2: PARTNER-PATIËNT PILOOTPROJECTEN UITWERKEN

**Visie:** Niemand weet beter dan de patiënt en zijn omgeving wat het inhoudt te moeten leven met een ziekte of handicap en welke dagelijkse problemen dat met zich meebrengt. Die kennis wordt echter te weinig benut. Het verzamelen en aanwenden van deze ervaringskennis draagt bij tot de verbetering van de patiëntentrajecten. De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie wil de zorgactoren aanmoedigen pilootprojecten op te zetten van het type "partner-patiënt". Die pilootprojecten vertrekken vanuit de wil om de relatie tussen patiënt en zorgverstreker te verbeteren, met meer nadruk op samenwerken en het samen iets opbouwen. In andere landen, zoals Canada, hebben dergelijke projecten geleid tot een grotere wederzijdse tevredenheid van patiënten en gezondheidszorgbeoefenaars, toegenomen therapietrouw, een vermindering van het aantal klachten en ongewenste neveneffecten en zelfs een daling van de uitgaven, dankzij een kortere behandelings- of hospitalisatieduur.

### ACTIEPLAN: Partner-patiënt projecten ontwikkelen

**Al verwezenlijkte projecten:** /

**Doelstelling 2019-2020:** In 2018-2019 gelanceerde projecten

**Projectverantwoordelijke:** De kabinetten Gezondheidsbeleid en de DVC; PAQS en de platformen van patiëntenverenigingen voor de follow-up

**Evaluatie en follow-up:** Conclusies uit pilootprojecten

**Budget:** 50.000 euros - AB 03.001.34.01.3300

### MAATREGEL 3: DE ORGANISATIE VAN DE BEMIDDELING BIJ PATIËNTENRECHTEN HERBEKIJKEN

**Visie:** De wet over patiëntenrechten geeft het recht om een klacht in te dienen bij een bemiddelingsdienst. Een dergelijke bemiddelingsfunctie werd op federaal niveau gecreëerd. Daarnaast werden bepaalde zorginstellingen bij wet verplicht om in hun instelling een ombudsdienst ter beschikking van de patiënten te stellen. Voor instellingen die niet aan die verplichting onderworpen zijn, kunnen patiënten zich wenden tot de federale ombudsdienst. Die mogelijkheid van bemiddeling en de eraan gekoppelde functie zijn niet erg bekend bij het grote publiek en de gebruikers ook zijn niet tevreden over de organisatie ervan.

De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie beschikt over de bevoegdheid om te bepalen hoe de ombudsdienst in het veld georganiseerd kan worden. De DVC en de kabinetten Gezondheidsbeleid zullen een werkgroep samenstellen uit leden van de Adviesraad, de Beheerraad voor Gezondheid en Bijstand aan Personen van Iriscare en de platforms van patiëntenverenigingen, die voorstellen moet uitwerken voor een betere organisatie van de ombudsdienst in Brussel.



#### ACTIEPLAN:

##### De organisatie van de ombudsdienst patiëntenrechten verbeteren

**Al verwezenlijkte projecten:** Overname van de bevoegdheid met betrekking tot rapporten van de ombudsdiensten in ziekenhuizen

**Doelstelling 2019-2020:** Conclusies van de werkgroep die verbeteringsvoorstellen voor de organisatie van de ombudsdienst moet uitwerken

**Doelstelling 2025:** Opname van de aanbevelingen in de regelgeving en invoering van de hervormde ombudsdienst

**Projectverantwoordelijke:** De DVC verzorgen het secretariaat van de werkgroep

**Evaluatie en follow-up:** Opname van de aanbevelingen in de regelgeving

**Budget:** /

## DOELSTELLING 2

# DE KWALITEIT ONDERSTEUNEN EN DE VEILIGHEID WAARBORGEN

Ons gezondheidszorgsysteem efficiënter maken gaat hand in hand met het verbeteren van de kwaliteit van de dienstverlening. Het is niet gemakkelijk een getal te klevan op het terugverdieneffect van het kwaliteitsbeleid, maar iedereen is het erover eens dat het ontbreken van kwaliteit nadelig is voor zowel patiënt en gezondheidszorgbeoefenaar als voor het systeem zelf. Zich hierop baserend wordt er progressief een beleid van voortdurende verbetering van de zorgprocessen ingevoerd.

De laatste tien jaar zien we een meer en meer een cultuur van kwaliteitsmanagement zich installeren binnen onze gezondheidsinstellingen. De impuls hiertoe werd gegeven door de FOD Volksgezondheid, die in 2007 een eerste meerjarenprogramma “coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid” voor de zorginstellingen goedkeurde. De sectoren zelf hebben ingezien dat het tijd is om te handelen en ontwikkelden een aantal initiatieven, zoals de oprichting van de vzw PAQS, een platform ter verbetering van de kwaliteit en veiligheid in de zorg, opgericht op initiatief van de Brusselse en Waalse ziekenhuizen, de ziekenfondsen en de universitaire faculteiten gezondheidszorg.

Een aantal landen, zoals onze buurlanden Frankrijk en Nederland, met een cultuur die zeer sterk bij de onze aanleunt, kozen voor een voortdurende verbetering van de kwaliteit en veiligheid door de invoering van accreditatiesystemen. België heeft dat voorbeeld niet gevolgd, maar heel wat ziekenhuizen, het merendeel behorend tot de Vlaamse Gemeenschap, hebben niettemin gekozen voor een formule van accreditering volgens het Canadese of Amerikaanse systeem. De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie wil vooralsnog de instellingen geen accreditatieverplichting opleggen. Een accreditatie heeft immers alleen maar nut als de instellingen daar zelf op vrijwillige basis voor kiezen. De meeste landen die vandaag een verplicht accreditatiesysteem hebben, kenden eerst een periode met vrijwillige accreditatie.

De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie heeft de plicht erop toe te zien dat de zorg die geboden wordt aan de patiënten voldoet aan alle eisen op het vlak van kwaliteit en veiligheid. Ze zal er zich op toeleggen om de voortdurende verbetering van kwaliteit en veiligheid te bevorderen. Verschillende werven moeten prioritair worden aangepakt in de komende jaren: een aanpassing van de normen, de invoering van een evaluatiebeleid, met onder meer de uitwerking van indicatoren voor het meten van de te evalueren situaties, het betrekken van de patiënt bij de verbetering van de veiligheid en de kwaliteit en beleidsmaatregelen gericht op transparantie en communicatie naar de gebruikers.

Deze werven moeten progressief doorgevoerd worden in alle zorgsectoren en -instellingen door middel van een “kwaliteits- en gezondheidsplan”.

De implementatie van die plannen zal gebeuren met de steun van organisaties die beschikken over de nodige relevante kennis: het PAQS, als ondersteunende organisatie voor kwaliteit en veiligheid, en de sectorale organisaties (platform mentale gezondheidszorg, de ondersteuningsstructuur voor de eerstelijnszorg, de ziekenhuiskoepels).

## **MAATREGEL 1: EEN NIEUW ERKENNINGSMODEL UITWERKEN TER BEVORDERING VAN EEN CONSTANTE VERBETERING VAN DE KWALITEIT EN INSPRAAK VAN DE PATIËNT**

**Visie:** De laatste tiental jaren is er een cultuurverandering aan de gang in de richting van meer aandacht voor veiligheid en kwaliteit. Een evolutie waarvan de eerste bescheiden tekenen merkbaar zijn in de recentste erkenningsnormen voor ziekenhuizen (bijvoorbeeld met betrekking tot kinderczorgprogramma's) of in de normen voor rust- en verzorgingstehuizen. Lange tijd werd aangenomen dat het naleven van normen automatisch ook moet samenhangt met een controle van de kwaliteit van een instelling en diens werking. Die aanname wordt vandaag niet langer aanvaard en is ook niet langer aanvaardbaar. Erkenningsnormen blijken geregeld achterhaald te zijn, hanteren bijna uitsluitend kwantitatieve indicatoren, en kunnen niet aan de reële activiteiten van de instelling worden aangepast. De concepten van constante verbetering en evaluatie vinden geleidelijk ingang in de managementpraktijk, onder meer door de toepassing in het ziekenhuis van de theorieën rond veiligheid en kwaliteit die sinds de jaren 60 ontwikkeld zijn in een groot aantal industriële en commerciële sectoren, zoals accreditatie, het ISO-label, certificaten, "lean management", enz. In 2014-2015 voerden de faculteiten gezondheidszorg van de Brusselse universiteiten een onderzoek uit rond het erkenningsysteem voor ziekenhuizen. Die studie ligt samen met het advies van de Adviesraad aan de basis van onderstaande richtsnoeren. Momenteel wordt accreditatie voorlopig nog niet opgelegd aan de instellingen, maar wel aangemoedigd en zelfs gestimuleerd als dit haalbaar en relevant is. De erkenningsnormen en de bijhorende inspectie behouden hun relevantie voor het waarborgen van de regelgeving in de sectoren. Ze kunnen echter aangepast worden zodat ze tegelijk een instrument worden voor een constante verbetering van de kwaliteit en veiligheid. Daarom zal actie ondernomen worden om de volgende elementen in de normen van de verschillende sectoren te integreren:

- de verplichting een plan voor de verbetering van veiligheid en kwaliteit uit te werken;
- de inspraak van de patiënten bij de opmaak en evaluatie van de kwaliteits- en veiligheidsplannen;
- indien wenselijk, de verplichting te beschikken over of een beroep te kunnen doen op een kwaliteitscoördinator;
- gebruikmaking van referentiesystemen voor zaken die als essentieel beschouwd worden door de richtlijnen van de WGO en de Europese Unie en die als basisvoorwaarden opgenomen worden in de accreditatievoorwaarden. We denken hierbij aan de volgende basisvoorwaarden, naargelang het type instelling: identitovigilantie, "safe surgery", hygiëne en ziekenhuisinfecties, communicatie, procedures voor het ontslag van de patiënt en de communicatie met de zorgverstrekkers buiten het ziekenhuis, de melding van ongewenste voorvallen in het patiënttraject;
- de eventuele opname van instellingsgerelateerde thematische referentiesystemen (zoals een referentiesysteem voor de kinderspoeddienst).

De sectoren zullen geleidelijk evolueren naar een nieuw model van erkenning en evaluatie van de kwaliteit van de zorginstellingen. Bijgevolg zullen de erkenningsprocedure en de regelmatige controle in twee delen uiteen vallen:

- een administratief/kwantitatief deel (de huidige normen, bijvoorbeeld: aantal verpleegsters per afdeling, architecturale eisen, enz.) dat behouden moet worden, maar in vereenvoudigde vorm en afgestemd op de nieuwe eisen;
- en het zogenaamde "compliance'-deel, dat verrijkt is met elementen die gericht zijn op een constante verbetering van de kwaliteit en de veiligheid. Bij compliancecontroles moet de instelling voldoen aan een basisniveau van eisen en moet ze verbeteringen ten opzichte van de vroegere toestand kunnen aantonen. De compliance-inspectie beperkt zich vandaag niet meer tot een controle op de naleving van de normen, maar geeft ook individuele feedback en aanbevelingen voor verbetering.

De instelling kan een beroep doen op organisaties met de nodige expertise, zoals degene die erkend zullen worden door de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, die hen instrumenten kunnen aanreiken voor een voortdurende kwaliteitsverbetering.

De instelling wordt vrijgesteld van dit compliancegedeelte van de erkenning als zij al gebruik maakt van een accreditatiesysteem (geaccrediteerd door Isqua).

Deze verschillende elementen leiden tot een ander erkenningsstelsel, omdat een deel van de gecontroleerde normen voortaan het voorwerp zullen uitmaken van een audit op de processen en niet langer aan de hand van een administratieve controle van kwantitatieve of volledig gestandaardiseerde elementen. Deze quasi-culturele verandering moet voorbereid worden binnen de inspectiediensten.

Deze richtlijnen zullen ingeschreven worden in de erkenningsnormen voor alle zorgsectoren, maar zullen in de eerste plaats toegepast worden in de ziekenhuissector en bij de normen op het vlak van het patiënttraject tussen het ziekenhuis en de eerstelijnszorg.

Ten slotte zal de voortdurende kwaliteitsverbetering ook ondersteund worden door de creatie van kwaliteitsindicatoren afgestemd op de verschillende activiteiten.

## **ACTIEPLAN:**

**De ontwikkeling van een nieuw erkenningsmodel dat een constante verbetering van de kwaliteit en meer inspraak van de patiënt nastreeft**

### **Al verwezenlijkte projecten:**

- Studie “Vers un nouveau modèle d’agrément pour les hôpitaux bicommunautaires bruxellois? Etude exploratoire et pistes de scénario”, UCL, ULB, VUB 2014-2015
- Advies van de Adviesraad van 20 mei 2015 over voornoemde studie

### **Doelstelling 2019-2020:**

- Opleiding van de inspectiediensten rond de begrippen van voortdurende verbetering van kwaliteit en veiligheid
- Werkgroep met de Adviesraad voor de wijziging van de erkenningsnormen voor ziekenhuizen, waarin een voortdurende verbetering van de kwaliteit en de veiligheid en de inspraak van de patiënt geïntegreerd worden, inclusief de normen voor het patiënttraject tussen het ziekenhuis en de eerstelijnszorg

### **Doelstelling 2025:**

- Wijziging van de erkenningsnormen, met de integratie van een voortdurende verbetering van de kwaliteit en de veiligheid en de inspraak van de patiënt in volgende sectoren: IBW, PVT, WZC, revalidatieovereenkomsten,
- Eerste inspectie aan de hand van de aangepaste normen

**Projectverantwoordelijke:** De DVC, Iriscare en de adviesraad

**Evaluatie en follow-up:** Gewijzigde normen

**Budget:** 2019-2020: budget te bepalen voor de opleidingen voor de inspectiediensten



## MAATREGEL 2: SECTORALE KWALITEITS- EN VEILIGHEIDSPANNEN OPSTELLEN

**Visie:** Met het oog op een voortdurende verbetering van de kwaliteit en veiligheid in de zorginstellingen wil de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie meerjarige sectorale plannen uitwerken voor de zorgsectoren.

Die plannen moeten de volgende elementen bevatten:

- Erkenningsnormen gekoppeld aan referentiesystemen voor de voortdurende verbetering van de kwaliteit en de veiligheid. Dit punt en de bijhorende inspectie werden uitvoerig beschreven in voorgaande maatregel.
- Ondersteuning op het gebied van methode en organisatie, die geleverd kan worden door organisaties die de nodige kennis in huis hebben, zoals het platform PAQS, dat al een partner is van het Brusselse beleid.
- De noodzakelijke instrumenten voor een beleid van permanente evaluatie en verbetering van de kwaliteit, met onder meer informatiesystemen.
- De bepaling van indicatoren voor het meten van de te evalueren situaties, feedback over deze metingen aan de instellingen.
- De maatregelen op het vlak van de transparantie van het kwaliteits- en veiligheidsbeleid en de communicatie met het publiek.
- De deelname van de patiënten aan de beleidsvorming op het vlak van kwaliteit en veiligheid en aan de evaluatie ervan door de samenstelling van patiëntencomités en het opzetten van partner-patiënt pilootprojecten.

### ACTIEPLAN:

#### Sectorale meerjarenplannen uitwerken voor de verbetering van de kwaliteit en de veiligheid van de patiënten

**Al verwezenlijkte projecten:** Verslag van het platform PAQS: “Définition d’un set d’indicateurs de qualité commun aux hôpitaux bruxellois et wallons”, februari 2018, opgesteld voor de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en het Waals Gewest.

**Doelstelling 2019-2020:** Opstelling van een eerste meerjarenplan voor de ziekenhuissector

**Doelstelling 2025:** Opstelling van de sectorale plannen voor de sectoren bejaardenzorg en mentale gezondheidszorg

**Projectverantwoordelijke:** De DVC, Iriscare, de adviesraad en de kabinetten Gezondheidsbeleid

**Evaluatie en follow-up:** Er is in evaluatiemaatregelen voorzien door de sectorale plannen – op te richten evaluatiecomités

**Budget:** 2019-2020: budget te bepalen voor de ondersteuning van de werkgroepen door een organisatie die beschikt over de nodige deskundigheid  
Als de opdracht toegekend wordt aan het PAQS, maakt dit deel uit van zijn opdrachtbudget – BA 03.001.34.01.3300

## DOELSTELLING 3

# INNOVATIE TEN DIENSTE VAN DE GEZONDHEIDSZORG STELLEN

Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest beschikt over tal van wetenschappelijke, medische en industriële troeven om een expertisecentrum op gezondheidsvlak te worden. Er bevinden zich drie universiteiten op haar grondgebied. Daarnaast zijn er in het gewest verschillende universitaire en niet-universitaire ziekenhuizen met expertisecentra in tal van domeinen (pediatrie, oncologie, enz.) en een gediversifieerd eerstelijnszorgaanbod. Bovendien hebben zich in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest opvallend veel industrieën op het vlak van medische technologie gevestigd. 582 zogenaamde "healthtech"-bedrijven stellen in Brussel 15.149 mensen tewerk en de Belgische start-ups op het vlak van medische technologie vestigen zich in meer dan de helft van de gevallen in Brussel, eerder dan in de andere gewesten.

Deze combinatie van troeven moet aangewend worden in het belang van de gezondheid van de Brusselse bevolking en van patiënten van buiten Brussel die een beroep doen op de diensten van de Brusselse zorginstellingen.

## MAATREGEL 1:

### BRUGGEN BOUWEN TUSSEN DE INNOVATIEVE GEZONDHEIDSINDUSTRIE EN DE ZORGINSTELLINGEN EN HUN PATIËNTEN

**Visie:** Om de innovaties op het vlak van gezondheidstechnologie zo snel mogelijk ten dienste van de gezondheidszorgbeoefenaars en hun patiënten te stellen, wil de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie de krachten van de verschillende actoren bundelen. Ze startte dit proces in 2016 op met de oprichting van e-gezondheid.brussels, een platform dat de ministers Volksgezondheid van beide gemeenschappen, de cluster LifeTech, de werkgeversfederatie Agoria, de vzw Abrumet en Innoviris samen brengt. Die actoren hebben de ambitie om samen innoverende oplossingen op het vlak van gezondheid op punt te stellen en bekend te maken bij de sectoren en beroepskrachten in de gezondheidszorg. Het platform geeft een globale en coherente visie op innovatie in de gezondheidssector en steunt de ontwikkeling van een ecosysteem voor de groei van de healthtechindustrie. Het platform werd opgebouwd rond e-gezondheidstechnologieën, maar de dynamiek ervan strekt zich ook uit tot andere technologieën. Onlangs ontwikkelde de cluster Lifetech een netwerk van innoverende ziekenhuizen die rechtstreeks in contact gebracht worden met Brusselse start-ups om samen met hen nuttige oplossingen uit te werken voor een betere werking van de zorginstellingen.

#### ACTIEPLAN:

#### bruggen bouwen tussen enerzijds de innovatieve healthtechindustrie en anderzijds de zorginstellingen en hun patiënten

**Al verwezenlijkte projecten:** Oprichting van het platform

**Doelstelling 2019-2020:** Voortzetting van de acties van het platform e-gezondheid.brussels

**Projectverantwoordelijke:** De kabinetten Gezondheidsbeleid en het platform e-gezondheid.brussels

**Evaluatie en follow-up:** Aantal opgerichte start-ups, aantal e-gezondheidsapplicaties of innoverende oplossingen geïntegreerd in de werking van de zorginstellingen

**Budget:** /

## DOELSTELLING 4

# DE CONTRACTUALISERING VAN DE SAMENWERKING MET DE GESUBSIDIEERDE ORGANISATIES BEVORDEREN

Om de verschillende gezondheidszorgactoren nog nauwer te betrekken bij de doelstellingen van het Brussels Gezondheidsplan, wordt voorgesteld meer in te zetten op contractualisering. Zo wil men de samenwerking tussen de overheid en de door de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie gesubsidieerde gezondheidszorgactoren opwaarderen. De contractualisering richt zich vooral op het behalen van vastgelegde doelstellingen en de bijhorende rapportering, indien nodig vergezeld van de uitwerking van een meerjarige beheersovereenkomst. Die aanpak legt meer verantwoordelijkheid bij de actoren. De verantwoording en controle van de toegekende subsidies zal wel eenvoudiger worden.

De DVC zijn verantwoordelijk voor de opmaak van een plan dat de regelgeving inzake subsidiëring moet herzien en meer nadruk moet leggen op het principe van contractualisering tussen de overheid en gesubsidieerde actoren.

## DOELSTELLING 5

# OVERLEG PLEGEN OVER HET BRUSSELS GEZONDHEIDSPAN EN HET EVALUEREN

De evaluatie van het succes van dit gezondheidsplan, de relevantie van de voorstellen en de bijwerking ervan vereisen een degelijke opvolging. De uitvoering en bijwerking ervan moeten gebeuren op grond van overleg.

### **MAATREGEL 1: DE OPVOLGING EN EVALUATIE VAN HET PLAN VERZEKEREN EN EEN METHODE VOOR PERMANENT OVERLEG ONTWIKKELEN**

**Visie:** Het Brussels Gezondheidsplan, voor de eerste keer gepresenteerd in 2018, is bedoeld om regelmatig geëvalueerd en bijgewerkt te worden, idealiter iedere 5 jaar. Een eerste evaluatie en bijstelling kan voorzien worden in 2020. Om deze evaluatie te ondersteunen dient er een opvolgingsinstrument ontwikkeld te worden voor de realisaties van de verschillende doelstellingen en moeten ook alle aanbevelingen in rekening worden genomen die voortkomen uit de verschillende studies en pilootprojecten die door het Brussels Gezondheidsplan ondersteund worden. Deze opdracht wordt toevertrouwd aan het Brussels Observatorium voor Gezondheid en Welzijn.

Het betrekken en mobiliseren van alle gezondheidszorgactoren rond de doelstellingen van het Brussels Gezondheidsplan is noodzakelijk voor de effectieve implementering ervan in heel het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie engageert zich daarom om een overlegmethode op punt te stellen waarbij de Brusselse gezondheidszorgactoren zo vroeg mogelijk in het proces betrokken kunnen worden. Dit overlegsysteem vervangt de adviesprocedures voorgeschreven door de verschillende ordonnanties en besluiten van het College niet. Het moet het advies en de expertise van actoren in het veld inzamelen om zo een zo groot mogelijke consensus tot stand te brengen over de door te voeren beleidsmaatregelen en projecten. Er werd gekozen voor de oprichting van een platform voor permanent overleg, dat ad hoc werkgroepen zal kunnen organiseren. Het platform zal samengesteld zijn uit:

- de Leden van het Verenigd College bevoegd voor het Gezondheidsbeleid;
- de verschillende sectorale actoren, te weten een vertegenwoordiging van de Adviesraden en de Raad van Beheer van Iriscare, desgevallend aangevuld door bepaalde organisaties die niet vertegenwoordigd zijn in deze organen en met garantie van een vertegenwoordiging van de patiëntenverenigingen;
- een vertegenwoordiging van de Economische en Sociale Raad;
- het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, dat het secretariaat van het platform zal verzorgen met de technische ondersteuning van de DVC en de diensten van Iriscare.

De doelstelling van dit overleg zal zijn de permanente medewerking van de belanghebbende partijen aan de opvolging en de evaluatie te verzekeren, met name voor:

- de ontwikkeling van een methodologie voor de planning en de kwantificering van de behoeften;
- de vaststelling van gemeenschappelijke prioriteiten;
- de bijwerking van het plan.

De voorstellen die door het overlegplatform worden geformuleerd zullen desgevallend aan de Adviesraad en de Raad van Beheer van Iriscare voorgelegd.

### **ACTIEPLAN:**

#### **Het overleg rond het Brussels Gezondheidsplan en de implementering ervan uitbouwen**

**Al verwezenlijkte projecten:** /

**Doelstelling 2019-2020:** Oprichting van het overlegplatform

**Projectverantwoordelijke:** Het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, de DVC en de diensten van Iriscare

**Evaluatie en follow-up:** Voorwerp van de maatregel

**Budget:** Evaluatie van de behoeften van het Observatorium tijdens de opstelling van het budget 2020

## DOELSTELLING 6

# DE COÖRDINATIE VAN DE VERSCHILLENDE POLITIEKE ENTITEITEN ORGANISEREN

Op het grondgebied van Brussel zijn er acht ministers die een bevoegdheid hebben op het domein van de gezondheid:

- de federale bevoegdheid;
- de bevoegdheden van de Franse Gemeenschap met betrekking tot het jonge kind, de erkenning en contingentering van de gezondheidsberoepen en de universitaire ziekenhuizen;
- de bevoegdheden van de Vlaamse Gemeenschap;
- de bevoegdheden van de Franse Gemeenschapscommissie;
- de bevoegdheden van de Vlaamse Gemeenschapscommissie;
- en ten slotte de bevoegdheden van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.

Het gezondheidsbeleid vereist in velerlei opzicht een coherente aanpak en dus doorgedreven overleg tussen deze verschillende overheden bevoegd voor Gezondheid. Er bestaat al een ruimte voor overleg in de vorm van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, waarin men al heel wat resultaat heeft geboekt, maar niet specifiek voor de Brusselse situatie. Tal van informeel en vaak bi- of trilateraal overleg vindt met succes plaats tussen deze verschillende instanties. De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie wil het overleg en de samenwerking tussen deze instanties nog beter organiseren zodat men coherente gezondheidsprogramma's krijgt die de Brusselse bevolking ten goede komen.

Overigens, het gevoerde gezondheidsbeleid impliceert vaak dat ook de bevoegdheden met betrekking tot Bijstand aan Personen hierbij betrokken worden. De ministers verantwoordelijk voor deze aangelegenheden in Brussel zouden dus bij dit overleg, of althans een deel ervan, betrokken moeten kunnen worden.

## **MAATREGEL 1: EEN PERMANENT OVERLEGPLATFORM ORGANISEREN TUSSEN DE OVERHEDEN MET GEZONDHEIDSBEVOEGDHEDEN IN BRUSSEL**

**Visie:** De doeltreffendheid en coherentie van de besluitvorming in het Brusselse gezondheidsbeleid blijft een echte uitdaging in ons Brussels institutioneel systeem.

De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie wil het overleg en de samenwerking tussen de verschillende instanties beter organiseren om te komen tot coherente gezondheidsprogramma's en gemeenschappelijke projecten in het belang van de Brusselse bevolking. We mogen hierbij niet vergeten dat artikel 136 van de Grondwet de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie de functie van overlegorgaan tussen de Gemeenschappen toekent.

Daarom wordt voorgesteld een permanent overlegplatform te organiseren tussen de verschillende overheden die op het grondgebied bevoegd zijn voor Gezondheid en dat overleg indien nodig ook uit te breiden naar de ministers bevoegd voor Bijstand aan Personen.

Het overleg moet niet alleen georganiseerd worden op beleidsniveau, maar ook op bestuurlijk niveau. Een denkoefening over de relevantie en haalbaarheid van overleg tussen sectoren die ressorteren onder verschillende institutionele overheden behoort ook tot de mogelijkheden.

Omdat de leden van het Verenigd College verantwoordelijk voor het Gezondheidsbeleid beide gemeenschappen vertegenwoordigen en hun bevoegdheden recent nog werden uitgebreid, wordt voorgesteld het voorzitterschap en secretariaat van dit overlegplatform aan hen toe te vertrouwen.

De noodzaak om dit overleg formeel vast te leggen in een Samenwerkingsakkoord zal onderzocht worden door de overheden die aanvaard hebben deel te nemen aan het overlegplatform zoals voorgesteld.

### **ACTIEPLAN:**

#### **Het overleg en de samenwerking versterken tussen de overheden bevoegd voor Gezondheid en indien nodig ook die bevoegd voor Bijstand aan Personen**

**Al verwezenlijkte projecten:** Informeel overleg

**Doelstelling 2019-2020:** Opstart van een permanent overlegplatform

**Projectverantwoordelijke:** De kabinetten Gezondheidsbeleid en de DVC

**Evaluatie en follow-up:** /

**Budget:** Indien nodig voor het secretariaat: binnen de werkingsbudgetten van de DVC



# BIBLIOGRAFIE

- ABRUMET. 2016. Jaarverslag 2017. Brussel.
- Agence Régionale de Santé Ile-de-France (ARS). 2013. Le Projet Régional de Santé 2013 - 2017. Améliorer la santé des Franciliens et combattre les inégalités de santé. Paris.
- AGNES, Accompagnement dans la grossesse, la naissance et le Postnatal : quelles exigences et quelles solutions? " Etude sur le profil des mères nouvellement accouchées ". Rapport final. 2008. [http://www.one.be/fileadmin/user\\_upload/one\\_des/rech2008n\\_2\\_AGNES\\_-\\_Profil\\_des\\_meres\\_accouchees.pdf](http://www.one.be/fileadmin/user_upload/one_des/rech2008n_2_AGNES_-_Profil_des_meres_accouchees.pdf)
- Aissou M., Danos J.-P., Jolivet A. 2014. Décideur Santé. *Structurer les parcours de soins et de santé. Politiques, méthodes et outils pour la mise en œuvre de la loi Santé*. Bordeaux.
- Belgian paediatric short stay study (BePASSTA Study Group). 2011. Organisation et financement des activités pédiatriques des courts séjours. Rapport final. Bruxelles.
- Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek. 2015. Advies n°64 van 14 december 2015 - vaccinatieverplichting. Brussel. [https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/advies\\_64\\_vacc\\_verplichting\\_1.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/advies_64_vacc_verplichting_1.pdf)
- Bielen F., Janssens S., Ronsmans M., Het zorgtraject diabetes type 2: Evaluatie van de patiënttevredenheid en perceptie van de ervaren. Analyse en eerste conclusies op het rapport van BSM, door de Vlaamse Diabetes Vereniging (VDV) en de Association Belge du Diabète (ABD). 2013. <https://www.trajetdesoins.be/nl/Bibliotheek/pdf/rapport-annexe2b.pdf>
- Blanchet C., Hamel D., Lamontagne P., Lasnier B., Nolin B., Tessier S. (2015). Facteurs favorables à la santé et problèmes de santé chroniques chez les aînés québécois. Collection Vieillesse et santé. Institut national de santé publique du Québec.
- Bremond M., Fieschi M., Le partage d'informations dans le système de santé. Presses de sciences Po (P.F.N.S.P.). Les Tribunes de la Santé 2008/4 (n°21). CAIRN. 2008. DOI 10.3917/seve.021.0079. <http://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2008-4.htm>
- Commission Communautaire française de la région de Bruxelles-Capitale (COCOF). 2014. Outil de programmation des services ambulatoires en Région bruxelloise - Arrêté 2013/1326. Bruxelles.
- Cremers A., Labat A., Sow M., Accompagnement autour de la naissance pour les familles précarisées : offre et besoins. Fondation Roi Baudouin. 2013. Bruxelles.

- Culture et santé asbl. 2016. La littéraire en santé. D'un concept à la pratique. Guide d'animation. Bruxelles.
- Denis A., Teller M. Hefbomen voor een betere patiëntenparticipatie. Nieuwe praktijken en mogelijkheden voor erkenning en financiering, Koning Boudewijnstichting. Reeks: Patiëntenparticipatie in gezondheidszorg en gezondheidsbeleid. 2011. Brussel.
- Deschodt M., Claes V, Van Grootven S., Milisen K., Boland B., Flamaing J., Denis A., Daue F., Mergaert L., Devos C., Mistiaen P., Van den Heede K., GLOBALE GERIATRISCHE BENADERING: ROL VAN DE INTERNE GERIATRISCHE LIAISON TEAMS - Synthese. Health Services research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2015. Reports 245Bs.
- Eikemo T. A., Huijts T., Bambra C., McNamara C., Stornes P., Balaj M. Social inequalities in health and their determinants: European Social Survey Round 7. European Social Survey, 2016. London.
- Farfan-Portet M-I., Denis A., Mergaert L., Daue F., Mistiaen P, Gerkens S. THUISHOSPITALISATIE: OPTIES VOOR EEN BELGISCH MODEL - Synthese. Health Services research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2014. KCE Reports 250Bs. 2014. D/2014/10.273/66
- Federatie van de Brusselse HuisArtsen Verenigingen (FBHAV) met de Brusselse HuisartsenKring (BHAK). 2015. Le droit aux soins de santé pour tout individu vivant dans la Région de Bruxelles-Capitale. Accessibilité aux soins pour tout individu vivant dans la Région de Bruxelles-Capitale, une utopie? 2015. Bruxelles.
- Federatie van de Brusselse HuisArtsen Verenigingen (FBHAV). 2013. Le Livre Blanc de la Médecine Générale à Bruxelles. Bruxelles.
- Federatie van de Brusselse HuisArtsen Verenigingen (FBHAV). 2015. Soins de santé primaires à Bruxelles. Manifeste de la Première Ligne de Soins à Bruxelles. 5 octobre 2013. Bruxelles.
- Fonds des affections respiratoires asbl. 2017. *Registre belge de la tuberculose 2015*. Bruxelles.
- Forum Bruxelles de lutte contre les inégalités. 2017. Hors Circuit. Laboratoire de l'intervention sociale. Accessibilité / Non-recours / Innovation. 20 propositions de chantiers. Saint-Gilles.
- Guio A.-C., Fusco A., Marlier E. Pauvreté et inégalités en Belgique. Quelques éléments de comparaison internationale. CAIRN Info.  
[https://www.cairn.info/article\\_p.php?ID\\_ARTICLE=RPVE\\_504\\_0013](https://www.cairn.info/article_p.php?ID_ARTICLE=RPVE_504_0013)
- Health Behaviour in school-aged children (HBSC). 2014. L'enquête HBSC EN Belgique francophone. Premiers résultats 2014. <http://sipes.ulb.ac.be>
- Hoyez A.-C., Territoires, mobilités et santé : comment composer et penser une offre de soins pour les populations migrantes en situation précaire? Revue francophone sur la santé et les territoires. 2015. Rennes.
- Huis voor Gezondheid. 2016. Jaarverslag 2015. Zorg dragen in Brussel. Brussel.
- Humblet P., Amerijckx G., Aujean S., Deguerry M., Vandenbroeck M., Wayens B., BSI synthesesnota. Jonge kinderen in Brussel: van en institutionele logica naar een systemische visie. 21 september 2015. Brussels Studies n°91. Brussel. [www.brussels-studies.be](http://www.brussels-studies.be)
- Institut national d'assurance maladie invalidité (INAMI). 2017. Tables ronde des femmes enceintes vulnérables. Femmes enceintes vulnérables à Bruxelles. Comment pouvons-nous améliorer

l'accompagnement des femmes enceintes qui vivent dans la pauvreté afin de répondre à leurs questions et leurs besoins en matière de soins? Bruxelles.

- Lafortune G., Couffinhal A., Berchet C., Socha-Dietrich K., Auraaen A., Interim Report. Cooperation with OECD in promoting efficiency in health care – Scoping paper on health system efficiency measurement, OECD. 2016.
- Lambert L., Macq J., Coordination méso des soins de santé à Bruxelles : diagnostic de la situation et scénarios de futur. Etude réalisée pour l'Observatoire de la Santé et du Social et la Cocom de Bruxelles-Capitale. Institut de recherche santé et société (IRSS). Université Catholique de Louvain. 2015.
- Mantoura P., Morrison V., (2016). Note documentaire. Pour des connaissances en matière de politiques publiques favorables à la santé. Les approches politiques de réduction des inégalités de santé. Montréal, Québec : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. 2016.
- McDaid D., Park A-L. Evidence on financing and budgeting mechanisms to support intersectoral actions between health, education, social welfare and labour sectors. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 2016 (Health Evidence Network (HEN) synthesis report 48).
- Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. 2014. Brussel, Gezond Stadsgewest van de WGO (BGS) Haalbaarheidsstudie september 2013 – augustus 2014. Brussel.
- Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. 2015. Geboren worden als Brusselaar – Perinatale gezondheidsindicatoren van de Brusselaars 2000-2012. Brussel.
- Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. 2015. Vierde evaluatierapport van het georganiseerde screeningsprogramma voor borstkanker in het Brussels Gewest (2009-2013). Brussel.
- Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. 2016 Gezondheidsindicatoren van het Brussels Gewest. Brussel.
- Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. 2016. Ouderen de rust- en verzorgingstehuizen in het Brussels gewest. Een stand van zaken in 2016 met een focus op de rusthuisbewoners met profiel O of A. Brussel.
- Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. 2017. *Inzichten in non take-up van de sociale rechten en in sociale onderbescherming in het Brussels Gewest*. Thematische Rapport – Armoederapport 2016, Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, Brussel.
- Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. 2018. De profielen van de bewoners O en A in rusthuizen voor bejaarden in het Brussels gewest: Trajecten, oriënteringslogica, opvang en alternatieven. Brussel.
- Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. 2018. Huisartsen in het Brussels Gewest: wie zijn ze, waar houden ze praktijk, en waar zijn mogelijke tekorten? Brussel. Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.
- Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. 2018. Welzijnsbarometer 2018. Brussel.

- Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. 2019. Parcours.Brussel: Kwalitatieve evaluatie van het geestelijke gezondheidssysteem en de zorgtrajecten van gebruikers in het kader van de Psy 107 hervorming in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Brussel.
- OECD. 2016. Health at a glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing. Doi: 10.1787/9789264265592-en
- Ontario. Agency for Health Protection and Promotion. 2013. Strategic Plan 2014 – 2019. Evidence, knowledge and action for a healthier Ontario. Toronto.
- Osté J., Acda A., Verhoeff A., Preventief Verbinden. Kadernota Volksgezondheid Amsterdam 2012 – 2015. Gemeente AMSTERDAM. 2011. Amsterdam.
- Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Gebied Brussel-Hoofdstad (OPGG). 2017. Activiteitenverslag 2017. [http://www.pfscm-opgg.be/upload/RA %202017 %20NL.pdf](http://www.pfscm-opgg.be/upload/RA%202017%20NL.pdf)
- Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients (PAQS). 2016. Definitie van gemeenschappelijk kwaliteitsindicatoren voor brusselse en waalse ziekenhuizen. Brussel. (Tijdelijke versie).
- Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients (PAQS). 2017. Impliquer le patient pour améliorer la sécurité? Bruxelles. (Nederlandse versie inbegrepen)
- Remacle A., Boutsen M., Fabri V., Rapport van het InterMutualistisch Agentschap (IMA) over het profiel van de niet-deelnemende vrouwen aan het borstkanker screeningsprogramma. 2011. Brussel.
- Réseau français des Villes-Santé de l'Organisation mondiale de la santé. 2015. Agir sur les déterminants de la santé. Les actions des Villes-Santé. Rennes.
- Rijksinstituut voor ziekte en invaliditeitsverzekering (Riziv). 2013. Zorgtrajecten: Globaal evaluatie-rapport. <https://www.trajetdesoins.be/nl/Bibliotheek/pdf/rapport.pdf>
- Rijksinstituut voor ziekte en invaliditeitsverzekering (RIZIV), Dokters van de wereld. 2014. Witboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België. Brussel.
- SMITH P., 2014. Peer Review on health system performance assessment. Synthetic Summary. European commission. Employment, social affairs and inclusion. Luxemburg.
- Stévenot C., Hogge M., Observatoire Socio-Epidémiologique Alcool-Drogues (EUROTOX). 2017. L'usage de drogues en Wallonie et à Bruxelles. Rapport 2017. Bruxelles.
- Teller M., Gezondheidszorg en gezondheidsbeleid: beter met patiëntenparticipatie. Koning Boudewijnstichting. 2008. Brussel.
- Van Leeuw V., Leroy Ch., Englert Y., Zhang WH. *Perinatale gegevens in het Brussels Gewest - Jaar 2015*. Centrum voor Perinatale Epidemiologie, 2017.
- Van Leeuw V., Debauche Ch., Daelemans C., Debiève Fr., Leroy Ch., *Perinatale gegevens in het Brussels Gewest - Jaar 2016*. Centrum voor Perinatale Epidemiologie, 2018.
- Vrijens F, Renard F, Camberlin C, Desomer A, Dubois C, Jonckheer P, Van den Heede K, Van de Voorde C, Walckiers D, Léonard C, Meeus P. *De performantie van het Belgische*

- gezondheidssysteem - Rapport 2015*. Health Services Research (HSR). Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2015. KCE Reports 259B. D/2015/10.273/02.
- Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) 2008. *Gezondheidsenquête, België 2008. Contact met hulpdienst*. Brussel.
  - Williams A. P., Lum J., Morton-Chang F., Kuluski K., Pecham A., Warrick N., Ying A., Integrating Long-Term Care into a Community-Based Continuum. Shifting from “Beds” to “Places”. IRPP Study. 2016. Quebec.
  - World Health Organization, Regional Office for Europe. 2014. *The case for investing in public health*. Copenhagen, Denmark.
  - World Health Organization, Regional Office for Europe. 2015. *Health 2020: Transport and health*. Copenhagen.
  - World Health Organization, Regional Office for Europe. 2015. *Health 2020: Social security and health*. Copenhagen.
  - World Health Organization, Regional Office for Europe. 2015. *Health 2020: Education and health through early development*. Copenhagen.
  - World Health Organization (WHO). 2015. Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. Consultation project.  
[http://www.who.int/hrh/documents/synthesis\\_paper\\_them2015/en/](http://www.who.int/hrh/documents/synthesis_paper_them2015/en/)
  - World Health Organization, Regional Office for Europe. 2016. *Health 2020: Multisectoral action for the health of migrants*. Copenhagen.





