

Gezondheidszorg in Lier

*Over de toegankelijkheid van
de gezondheidszorg in Lier*



Inhoud

1. Inleiding	4
2. Waar komt onze informatie vandaan?	5
3. Wat is een wijkgezondheidscentrum?	6
4. Gezondheidsnoden in Lier	8
4.1. Armoede en (on) gezondheid: meer gezondheidsproblemen maar minder toegang tot de gezondheidszorg	8
4.1.1. Mensen in armoede hebben meer gezondheidsproblemen	8
4.1.2. Mensen in armoede hebben minder toegang tot de gezondheidszorg	10
- Kosten voor gezondheidszorgen – uitstellen van verzorging	10
- Toepassing derdebetalersregeling	11
- Arm maakt ziek. Ziek maakt arm	13
- Eventuele maatregelen OCMW	14
- Andere factoren die meespelen om gezondheidszorgen uit te stellen	15
- Oneigenlijk gebruik van de dienst spoedgevallen	15
4.2. Andere zorgen: tandzorg, kiné, logopedie ...	18
4.3. Medicatie	20
4.4. Ook geestelijke gezondheidszorg is belangrijk	21
4.4.1. Opsplitsing welzijn en gezondheid	21
4.4.2. Geestelijke gezondheid en crisisopvang	21
- Geestelijke gezondheidsproblemen: veel mensen worden er mee geconfronteerd	22
- Aanbod geestelijke gezondheidszorg	23
- Toegankelijkheid geestelijke gezondheidszorg	24
4.5. Beter voorkomen dan genezen	28
4.6. Weg vinden in de maatregelen en voorzieningen	30
4.7. Het gezondheidsbeleid in Lier	32
5. Aanbod gezondheidszorg in Lier	33
6. Organisatie gezondheidszorg in Lier	36
7. Aandachtspunten die sleutelfiguren en bevrageden aangaven voor de goede werking van een wijkgezondheidscentrum	37

8. Conclusie		38
9. Cijfers over de Lierse sociaal-economische situatie		39
Bijlagen		54
Bijlage 1	Vragenlijst gezondheid	55
Bijlage 2	Gezondheid: enkele tips	59
Bijlage 3	Profiel bevroagden gezondheidsbabbels	61
Bijlage 4	Bevraging sleutelfiguren	62
Bijlage 5	Forfaitaire betaling of abonnementsgeneeskunde	63

1. Inleiding

Armoede en (on)gezondheid: is er een verband?

Jazeker! De gezondheidskloof is zichtbaar en meetbaar (zie pagina 8). De gezondheidskloof is een belangrijk symptoom van het armoederisico dat ongeveer 15 % van onze landgenoten lopen.

Het is paradoxaal dat mensen die door hun penibele levensomstandigheden in slechte gezondheid verkeren, het moeilijkst toegang hebben tot de gezondheidszorg.

Dit terwijl het recht op gezondheid een grondrecht is van elke mens. Zowel de Belgische grondwet¹ als een aantal internationale verdragen² die België binden, stellen namelijk dat iedereen recht heeft te genieten van de best mogelijke lichamelijke en psychische gezondheid. Ongeacht zijn financiële of administratieve situatie.

Ook in Lier zien we dat mensen in armoede veel gezondheidsproblemen hebben en niet altijd toegang vinden tot de gepaste gezondheidszorg.

Sinds januari 2009 werkt Ons Gedacht vzw, de Lierse vereniging waar armen het woord nemen, aan het thema 'toegankelijkheid van de gezondheidszorg'. Bij het zoeken naar oplossingen om de gezondheidszorg toegankelijker te maken voor mensen in armoede botsten wij op het concept "wijkgezondheidscentra". Dit concept trok ons aan omwille van zijn grote toegankelijkheid en zijn visie op gezondheids(zorg).

We leerden eerst het concept "wijkgezondheidscentrum" beter kennen. Vooraleer over te gaan tot concrete initiatieven wilden we een beter zicht krijgen op het zorgaanbod in Lier en op de noden van bepaalde doelgroepen. Daarom maakten we deze omgevingsanalyse.

Deze omgevingsanalyse bevat cijfermateriaal, de resultaten van een bevraging van sleutelfiguren van relevante organisaties en diensten en de resultaten van de bevraging van een mogelijk doelpubliek van een wijkgezondheidscentrum.

Zo willen we een beeld geven van de gezondheidsnoden en het zorgaanbod binnen de stad Lier. We gaan ook na welke antwoorden een wijkgezondheidscentrum eventueel kan bieden op de vastgestelde noden. Daarnaast staan we telkens ook stil bij andere mogelijke antwoorden en initiatieven.

Lier, juni 2010

Anita Rimaux

Opbouwwerkster Ons Gedacht - Samenlevingsopbouw Antwerpen provincie vzw

Kluizestraat 37 te 2500 Lier

Telefoon: 03/ 488 22 72

Mail: anita.rimaux@samenlevingsopbouw.be

¹ **Art. 23 van de Belgische Grondwet:** Ieder heeft het recht om een menswaardig leven te leiden. Daartoe waarborgen de wet, het decreet of de in artikel 134 bedoelde regel, rekening houdend met de overeenkomstige plichten, de economische, sociale en culturele rechten, waarvan ze de voorwaarden voor de uitoefening bepalen. Die rechten omvatten inzonderheid:

2° het recht op de sociale zekerheid, bescherming van de gezondheid en sociale, geneeskundige en juridische bijstand...

² **Art. 25 van de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens: Eenieder heeft recht op een levensstandaard die hoog genoeg is voor de gezondheid en het welzijn van zichzelf en zijn gezin, waaronder inbegrepen** voeding, kleding, huisvesting en **geneeskundige verzorging** en de noodzakelijke sociale diensten, alsmede het recht op voorziening in geval van werkloosheid, ziekte, invaliditeit, overlijden van de echtgenoot, ouderdom of een ander gemis aan bestaansmiddelen, ontstaan ten gevolge van omstandigheden onafhankelijk van zijn wil. Moeder en kind hebben recht op bijzondere zorg en bijstand. Alle kinderen, al dan niet wettig, zullen bescherming genieten.

2. Waar komt onze informatie vandaan?

Het thema gezondheid en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg stond regelmatig op de agenda van de tweewekelijkse **Ons Gedacht-vergaderingen**. Ook bij de **individuele contacten** met mensen en de **ontmoetingsmomenten** van Ons Gedacht werd er regelmatig over gezondheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg gepraat.

Naast de Ons Gedachters wilden we ook de stem van andere mensen horen. Daarom nodigden we onszelf uit bij organisaties die mensen bereiken die niet in Ons Gedacht komen. Tijdens "**gezondheidsbabbels**" overliepen we, in een informele en vaak uitgebreide babbel, een vragenlijst (zie bijlage 1). We gaven de bevroegden ook steeds een aantal tips mee waardoor ze wat meer geïnformeerd werden over hun rechten (bv. OMNIO-statuuat, derdebetalersregeling, globaal medisch dossier ...) (zie bijlage 2).

In totaal bevroegen we 77 mensen. We bereikten de bevroegden via 4 organisaties of diensten:

- Sociale kruidenier 't Hofke: verstrekt gratis, of zeer goedkoop, basisproducten aan mensen wiens budget ontoereikend is om de eindjes aan elkaar te knopen.
- Dienstencentrum De Waaier van het OCMW: een plek waar mensen terecht kunnen voor vorming, informatie, creatieve activiteiten, ontmoeting en dienstverlening.
- D' Amandelboom: een ontmoetingsplaats waar iedereen welkom is maar waar specifieke aandacht is voor mensen met een psychiatrische achtergrond
- Ons Gedacht: een vereniging waar armen het woord nemen

De bevraging gebeurde door de opbouwwerker van Ons Gedacht in samenwerking met een aantal vrijwilligers betrokken bij het project. Het profiel van de bevroegden vind je in bijlage 3.

We praatten ook met een aantal **sleutelfiguren** die zicht hebben op de organisatie van de gezondheidszorg en de gezondheidsnoden bij bepaalde doelgroepen. We contacteerden zowel **welzijns- als gezondheidsorganisaties** (zie bijlage 4).

Tenslotte illustreren we de verschillende thema's en de gegevens uit Lier met een aantal algemene **achtergrondgegevens** en – cijfers uit de literatuur en wetenschappelijk onderzoek.

3. Wat is een wijkgezondheidscentrum

De visie van de wijkgezondheidscentra vertrekt fundamenteel vanuit het (mensen)recht op **gezondheid voor iedereen**, ongeacht sociale status, etniciteit, religie of verblijfsstatus. Om dit te realiseren werkt een wijkgezondheidscentrum volgens de volgende criteria:

1. Multidisciplinaire samenwerking onder één dak

Een wijkgezondheidscentrum heeft als minimuminvulling een huisarts, een verpleegkundige en een derde discipline. Deze derde discipline kan een bijkomende RIZIV-discipline op de eerste lijn zijn, gezondheidspromotie of maatschappelijk werk. Een wijkgezondheidscentrum organiseert op structurele wijze een multidisciplinair overleg.

2. Gemeenschapsgerichte werking

Een wijkgezondheidscentrum richt zich tot het individu en de gemeenschap en participeert actief aan een gezondheidsbeleid in de wijk of het werkingsgebied. In samenwerking met relevante partners neemt het wijkgezondheidscentrum initiatieven om er gezondheidsbehoeften te detecteren en aan te pakken.

3. Territoriale werking

Een wijkgezondheidscentrum richt zich tot een duidelijk afgebakend geografisch werkgebied. Dit kan een wijk of een gemeente zijn. Als enig criterium voor inschrijving van een patiënt geldt zijn/haar verblijfplaats.

4. Structurele samenwerkingsverbanden

Een wijkgezondheidscentrum werkt actief samen met lokale en regionale (beleids)partners op de domeinen van gezondheid en welzijn. Een wijkgezondheidscentrum streeft naar een structurele samenwerking met de actoren die ertoe bijdragen een gepast antwoord te bieden aan de zorgnood van de patiënten en wijkbewoners.

5. Ziektepreventie en gezondheidsbevordering

Een wijkgezondheidscentrum heeft een aanbod van individuele en groepsgerichte ziektepreventie gericht op de ingeschreven patiënten, dat zo mogelijk gebaseerd is op evidence based medicine en op een planmatige manier wordt georganiseerd. Daarnaast werkt een wijkgezondheidscentrum aan gezondheidsbevordering bij de eigen patiëntenpopulatie en de lokale gemeenschap, met het oog op het versterken en bevorderen van de zelfredzaamheid van patiënten en wijkbewoners.

6. Integrale zorgverlening

Een wijkgezondheidscentrum besteedt in zijn werking uitdrukkelijk en pro-actief aandacht aan zowel lichamelijke, psychische als sociale componenten van gezondheid.

7. Toegankelijkheid

Een wijkgezondheidscentrum werkt bij voorkeur met het forfaitair betalingssysteem of werkt met een andere betalingsregeling waardoor de financiële toegankelijkheid bevordert wordt. Een wijkgezondheidscentrum ziet toe op een toereikende fysieke toegankelijkheid en staat open voor iedereen ongeacht zijn/haar culturele, sociale of politieke achtergrond. Een wijkgezondheidscentrum werkt aan het wegnemen van drempels die de toegankelijkheid van het centrum kunnen verminderen. Een wijkgezondheidscentrum werkt aan manieren om patiënten en wijkbewoners te betrekken bij zijn werking.

8. Continuïteit

Een wijkgezondheidscentrum biedt een beschikbaarheid van de eigen zorgverstrekkers gedurende minimum 10uur per werkdag. Per patiënt wordt een multidisciplinair dossier bijgehouden samengesteld door de medische, paramedische en maatschappelijke disciplines.

9. Kwaliteit

Een wijkgezondheidscentrum levert aantoonbare inspanningen om de kwaliteit van de patiëntenzorg en praktijkorganisatie te optimaliseren en te evalueren.

10. Organisatievorm

Een wijkgezondheidscentrum organiseert zich als niet winstgevende organisatie. In de bestuursorganen van de organisatie (Algemene Vergadering en Raad van Bestuur) is een personeelsvertegenwoordiging opgenomen.

11. Onafhankelijkheid en pluralisme

Een wijkgezondheidscentrum is onafhankelijk, pluralistisch en onverzuild en niet gebonden aan een politieke partij.

(Bron: www.vwgc.be)

4. Gezondheidsnoden in Lier

4.1. Armoede en (on) gezondheid: meer gezondheidsproblemen maar minder toegang tot de gezondheidszorg

4.1.1. Mensen in armoede hebben meer gezondheidsproblemen

Achtergrondinformatie

Er bestaat een **gezondheidskloof** gedurende de levensloop van mensen. De socio-economische klasse waartoe mensen behoren bepaalt deze kloof.

Een paar (cijfer) gegevens³ ter illustratie:

- De kans om een **kindje te verliezen bij de geboorte of tijdens het eerste levensjaar** is afhankelijk van de socio-economische klasse waartoe de ouders behoren. Laaggeschoolde ouders hebben een hoger risico om hun kindje te verliezen. Ook werkloze moeders en moeders van Turkse of Marokkaanse afkomst hebben een grotere kans om hun kindje te verliezen.
- De **levensverwachting** van mensen is gebonden aan sociaaleconomische factoren. Laaggeschoolde mannen leven vijf jaar korter dan hoogopgeleide mannen. Bij vrouwen is dit verschil drie jaar. Europees onderzoek toont aan dat deze kloof groeit.
- Er is ook een verschil op vlak van de **levensverwachting in goede gezondheid**. Een laaggeschoolde kan 15 jaar minder lang genieten van een gezond leven dan iemand die hooggeschoold is.
- Meer dan één op drie laaggeschoolden heeft een **chronische ziekte, aandoening of handicap**. Bij mensen met een diploma hoger onderwijs is dit minder dan één op vijf. Bij laaggeschoolden lijdt 21% aan meerdere zware chronische ziektes (hart- en vaatziekten, suikerziekte, kanker...) terwijl dit voor de hooggeschoolden maar 3% bedraagt. Hoeveel last je in het dagelijks leven ondervindt heeft opnieuw te maken met je sociaaleconomische positie: laaggeschoolden ondervinden in hun dagdagelijkse leven en in hun mobiliteit veel meer last van hun beperkingen door ziekte dan hooggeschoolden.
- Een goede manier om zowel de persoonlijke gezondheidstoestand als de gezondheidstoestand van de samenleving te meten is mensen een inschatting te laten maken van hun eigen gezondheid. Maar liefst 42% van de laaggeschoolden voelt zich 'ongezond' (redelijk tot zeer slecht) tegenover 14% van de hooggeschoolden.

De **leefomstandigheden** van mensen in armoede leiden tot een **slechtere gezondheid**. Door het lage inkomen en de hoge huurprijzen wonen mensen vaak in woningen van een slechte kwaliteit. Geïsoleerd leven en er alleen voor staan weegt op de fysieke en psychische gezondheid van mensen. Ook de arbeidsomstandigheden (zware fysieke arbeid of repetitieve arbeid) kunnen een negatieve invloed hebben op de gezondheid van mensen. Door de financiële situatie en de dagdagelijkse problemen waarmee mensen in armoede geconfronteerd worden, zijn de mogelijkheden om te kiezen voor een gezonde levensstijl beperkt. Bovendien belet de financiële toestand van mensen dat ze zich zouden laten verzorgen.

³ Gezondheidsenquête 2008.

Lier aan het woord

De bevroagde sleutelfiguren in Lier zien vooral volgende **gezondheidsproblemen** bij de mensen die zij bereiken:

- hoge bloeddruk
- longproblemen bij mensen die uit Limburg komen en in mijnen werken
- astma o.a. door vochtige woningen
- psychische problemen
 - depressie
 - isolement en eenzaamheid
 - stress
 - verslaving: alcohol, drugs, gokverslaving ...
- diabetes
- overgewicht
- rugklachten o.a. door slapen op slechte matrassen en doorgezakte zetels
- ...

In het verleden screende het OCMW de mensen met een 'langdurig leefloon'. Een belangrijke oorzaak van dit 'langdurig leefloon' waren gezondheidsproblemen. Enerzijds lichamelijke problemen, maar anderzijds zeker ook psychische en verslavingsproblemen. Vooral bij jongeren ziet het OCMW veel verslavingsproblemen (vroeger vooral alcohol, nu ook vrij veel drugs).

De sociale dienst van De Voorzorg komt vooral in contact met mindervaliden en kankerpatiënten. Dit is natuurlijk net de groep die beroep doet op deze sociale dienst. Wat bij hen opvalt is dat de groep van mensen met psychische problemen toeneemt. Wat hen ook opvalt zijn nek- en rugletsels bij mensen tussen de 35 tot 60 jaar als gevolg van belastend werk (poetsvrouwen, bouwvakkers...). Zij worden mindervalide, hebben mobiliteitsproblemen, krijgen minder inkomen en hebben veel kosten voor o.a. pijnmedicatie.

De gezondheidsbabbels leveren de volgende resultaten:

Maar liefst meer dan 3/4^{de} van de bevroagden ervaart specifieke gezondheidsproblemen.

De meest voorkomende problemen zijn:

Rugpijn	31 / 77
Psychische problemen	30 / 77
Hoge bloeddruk	19 / 77
Artrose	15 / 77
Hartproblemen	8 / 77
Diabetes	7 / 77
Totaal	77 / 77

Wanneer we de bevroagden hun eigen gezondheid laten inschatten zien we dat nog niet de helft zich gezond voelt.

Zich al dan niet gezond voelen	Aantal
Voelt zich gezond	37 / 77
Voelt zich soms gezond, soms ongezond	11 / 77
Voelt zich ongezond	26 / 77
Geen antwoord	3 / 77
Totaal	77 / 77

We zien de conclusies uit de literatuur bevestigd in Lier: **armoede knaagt zowel aan de geestelijke als de fysieke gezondheid van mensen.**

4.1.2. Mensen in armoede hebben minder toegang tot de gezondheidszorg

Achtergrondinformatie

Ondanks de inspanningen die de overheid leverde om de toegankelijkheid van de gezondheidszorg te bevorderen (maximumfactuur, generische geneesmiddelen, OMNIO-statuut...) blijven er nog veel **drempels** bestaan met betrekking tot de toegang tot gezondheidszorg.

Een paar (cijfer) gegevens⁴ ter illustratie:

- Ongeveer 10% van de Belgische bevolking leeft in een gezin waar in de loop van het afgelopen jaar **gezondheidszorgen uitgesteld of geschrapt** zijn om financiële redenen.
- Bijna 20% van de personen met **inkomen** lager dan 1000 euro per maand stelt gezondheidsuitgaven uit om financiële redenen of schrapt deze zorg.
- Van de groep met een inkomen tussen 1000 euro en 1500 euro per maand stelt nog steeds 11% zorgen uit of af.
- Er zijn ook grote verschillen naargelang de **gezinssamenstelling**. Bij eenoudergezinnen stelde meer dan 28% gezondheidszorgen uit of af.
- ...

Lier aan het woord

Kosten voor gezondheidszorgen – uitstellen van verzorging

“Mensen in armoede zijn bang om naar de dokter te gaan door de kosten. Zo wordt hun gezondheid slechter en hopen de problemen zich op.” (Ons Gedacht vergadering mei 2009)

Verschillende sleutelfiguren die mensen bereiken met een laag inkomen (sociale kruidenier, Ons Gedacht, D' Amandelboom, De Brug, integratiedienst, straathoekwerk, onthaalbureau ...) stellen vast dat mensen **gezondheidszorgen uitstellen omwille van financiële redenen**. Organisaties die aan materiële hulpverlening doen worden regelmatig geconfronteerd met vragen voor financiële steun voor een doktersbezoek of de ziekenhuisfactuur. De gezondheidszorg is **te duur** voor mensen met een beperkt budget.

“Ik ga alleen naar het ziekenhuis als ik echt niet meer kan. Anders wacht ik. Ik weet wel dat het alleen maar erger wordt als ik het uitstel. Maar soms kan ik niet anders dan het uitstellen omdat ik het geld echt niet heb.” (gezondheidsbabbels)

“M moest nog één of twee maand afbetalen aan een ziekenhuisrekening. Hoewel ze psychisch over kop ging wou ze niet naar het ziekenhuis omwille van de kosten.”

“Soms zeg ik het DLO (diagnosecentrum) af omdat het te duur is. Je moet onmiddellijk de factuur betalen. Soms is dat 200 euro. Je krijgt pas achteraf een deel terug van de ziekenkas.” (gezondheidsbabbels)

De belangrijkste oorzaken voor het uitstellen van gezondheidszorgen zijn het niet kunnen betalen van de **consultatie** of de angst voor de kosten die de **opvolging van de consultatie** zal meebrengen (verdere onderzoeken, specialisten, medicatie,...).

Zo gaan mensen soms niet naar de huisarts omdat ze toch geen geld hebben om de medicatie te kopen. Andere mensen gaan dan weer rechtstreeks naar de apotheker in plaats van naar de huisarts. Of ze proberen zich te behelpen met wat er thuis in hun apothekerskastje staat.

“Ik stel soms gezondheidszorgen uit. Ik vraag niet graag geld aan het OCMW. Ik zal mezelf wel genezen met een bruistablet.” (gezondheidsbabbels)

⁴ Medisch Dossier. Armoede schaadt de gezondheid. Campagne Welzijnszorg 2008, 2008, p. 8 – 9.

Uit de gezondheidsbabbels blijkt dat heel wat mensen gezondheidszorgen uitstellen.

Uitstellen gezondheidszorgen	Aantal
Ja	43 / 77
Neen	33 / 77
Geen antwoord	1 / 77
Totaal	77 / 77

De gezondheidszorgen die uitgesteld worden zijn (mensen mochten verschillende zorgverstrekkers aanduiden):

Huisarts (26)
Tandarts (25)
Kinesist (16)
Ziekenhuisopname (13)
Specialist (11)
Psycholoog of psychiater (10)
Gynaecoloog (9)
Diëtist (4)
Opname in een psychiatrisch ziekenhuis(3)
Oogarts (2)
Logopedie (2)

Wat bij de bevraging opvalt is dat de mensen uit dienstencentrum De Waaier de toegankelijkheidsproblemen anders liggen. Daarom bekeken we deze vraag ook voor de groep bevroegden zonder de bevroegden van dienstencentrum De Waaier. We stellen vast dat het aandeel mensen die gezondheidszorgen uitstellen dan nog een stuk groter is.

Uitstellen gezondheidszorgen	Aantal
Ja	42 / 59
Neen	16 / 59
Geen antwoord	1 / 59
Totaal	59 / 59

Mensen geven wel aan dat ze voor hun **kinderen** sneller hulp zoeken dan voor zichzelf.

“Voor de kinderen ga ik altijd naar de dokter of het ziekenhuis als dat nodig is. Hun gezondheid is belangrijk.” (gezondheidsbabbels)

“Ik volg de adviezen van de dokter beter op als het voor de kinderen is.” (gezondheidsbabbels)

Toepassing derdebetalersregeling

“Je moet eerst het volledige bedrag betalen. Dan moet je naar de ziekenkas en drie dagen wachten vooraleer je je geld terugkrijgt. Dit is moeilijk als je maar een beperkt leefgeld hebt.” (Ons Gedacht vergadering juni 2009)

Huisartsen beschikken over de mogelijkheid om de derdebetalersregeling toe te passen. Hierdoor moet de patiënt enkel het remgeld betalen aan de huisarts. De huisarts regelt de rest van het geld met het ziekenfonds van de patiënt. Hierdoor moet de patiënt geen geld meer voorschieten.

Volgens de gegevens van de CM passen slechts 5 huisartsen werkzaam in het gebied met postnummer 2500 op regelmatige basis de derdebetalersregeling toe. Gemiddeld gaat het om 500 getuigschriften per arts per jaar. Dit is een laag cijfer.

“Mijn dokter past de derdebetalersregeling niet meer toe omwille van de administratieve last.” (Ons Gedacht vergadering november 2009)

Dit cijfer moet echter voor een deel gerelativeerd worden. Er zijn namelijk nog geëngageerde artsen die andere systemen toepassen. Zo doen sommige huisartsen liever een paar gratis consultaties dan de administratieve rompslomp van de derdebetalersregeling erbij te nemen.

“Mijn dokter laat het remgeld vallen.” (Ons Gedacht vergadering november 2009)

“Ik mag bij mijn dokter betalen nadat ik langs de ziekenkas ben geweest.” (gezondheidsbabbels)

“Mijn dokterskosten worden betaald via mijn voorlopig bewindvoerder.” (gezondheidsbabbels)

“Mijn dokter weet dat ik niet veel geld heb. Ik kan later gaan betalen.” (gezondheidsbabbels)

Waarom wordt de derdebetalersregeling **zo weinig toegepast**?

- De toepassing ervan vraagt een extra **administratieve inspanning** van huisartsen.
- Huisartsen moeten een tijdje **wachten** vooraleer ze het **geld** van het ziekenfonds op hun rekening krijgen.
- Mensen in armoede **kennen** de derdebetalersregeling **onvoldoende**.
- Maar ook sommige sleutelfiguren kennen de derdebetalersregeling niet. Zij zouden de mensen die zij ondersteunen / kennen kunnen informeren hierover.
- Sommige mensen **durven niet** vragen om de derdebetalersregeling toe te passen. De derdebetalersregeling is geen recht maar een gunst: dokters kunnen dit toepassen maar moeten dit niet.
- ...

“Mensen durven het derdebetalerssysteem niet vragen omdat ze beschaamd zijn. Ze willen niet dat anderen weten van hun moeilijke situatie (Ons Gedacht-vergadering november 2009)

Uit de gezondheidsbabbels blijkt dat slechts 22% van de bevroegden hun huisarts met de derdebetalersregeling werkt.

Al dan niet met derdebetalersregeling werken	Aantal
Ja, werkt met derdebetalersregeling	17 / 77
Neen, werkt niet met derdebetalersregeling	29 / 77
Weet niet of huisarts met derdebetalersregeling werkt	21 / 77
Wordt geregeld via het OCMW	7 / 77
Geen antwoord	2 / 77
Ziekenkas is niet in orde	1 / 77
Totaal	77 / 77

Ook al passen een aantal huisartsen de derdebetalersregeling toe, dit garandeert nog niet dat mensen geen gezondheidszorgen meer uitstellen. Zelfs bij de mensen wiens huisarts de derdebetalersregeling toepast merken we dat er toch nog een aantal zijn die een huisartsbezoek uitstellen.

Naast het kunnen gaan naar de huisarts is het ook belangrijk dat mensen het **advies** dat de huisarts geeft kunnen **opvolgen**. Dit is niet altijd evident. Het kopen van medicijnen is een probleem (zie pagina 16). Verder zijn het gaan naar een specialist, het terug op controle gaan, het doen van bepaalde dingen (bv. rusten), het laten van bepaalde dingen (roken, alcohol...) moeilijk.

“Soms is het financieel moeilijk om het advies van de huisarts te volgen. Ik heb er het budget niet voor.” (gezondheidsbabbels)

| “Rusten in mijn gezin? Dat gaat niet!” (gezondheidsbabbels)

Naast consultaties bij de huisarts stellen sleutelfiguren vast dat mensen vooral **ziekenhuisopnames** uitstellen. Het gaat dan vooral om mensen die geen hospitalisatieverzekering hebben omdat ze dit niet kunnen betalen.

Arm maakt ziek. Ziek maakt arm.

Bovendien geraken veel mensen in armoede door gezondheidsproblemen en kosten.

De Voorzorg stelt vast dat heel wat mensen die zij begeleiden schulden hebben omwille van gezondheidszorgen. Zij bereiken heel wat mensen die “op invaliditeit” zijn. Zij hebben slechts 60% van hun inkomen, terwijl ze heel wat gezondheidsfacturen krijgen.

“Mensen die geen schulden hebben en die er net komen, geraken door een ziekenhuisopname (gewoon of in de psychiatrie) gemakkelijk in de problemen. Een ziekenhuisopname leidt dan al snel tot schulden en afbetalingsplannen.” (bevraging sleutelfiguren)

Verschillende sleutelfiguren (straathoekwerk, OCMW, Ons Gedacht) bevestigen dat heel wat mensen schulden hebben omwille van gezondheidszorgen. Wanneer mensen in het ziekenhuis terechtkomen, betekent dit zo goed als altijd een onverwachte extra kost die niet binnen het budget past. Hierdoor worden ze bijna steeds geconfronteerd met **ziekenhuisrekeningen** die ze niet kunnen betalen.

Dit omdat:

- ziekenhuisfacturen soms **hoog** oplopen
- een aantal kosten **niet terugbetaald** worden door de ziekteverzekering
- mensen in armoede meestal **geen hospitalisatieverzekering** hebben
 - Sommige mensen krijgen geen hospitalisatieverzekering omdat ze al ziek zijn.
 - Bovendien is een hospitalisatieverzekering een extra maandelijkse kost waar geen financiële ruimte voor is. De grootste kost zijn de opnames in de psychiatrie en deze zitten meestal niet in hospitalisatieverzekeringen.

De verantwoordelijke binnen het ziekenhuis⁵ in Lier vindt dat het aantal vragen tot een afbetalingsplan meevalt tegenover het totaal aantal patiënten. Hij heeft gemiddeld een 15-tal dossiers per week.

Wat opvalt is dat:

- Heel wat van de mensen die een afbetalingsplan aanvragen in een vicieuze cirkel zitten. De schulden ten gevolge van een ziekenhuisopname zijn niet de enige schulden.
- Het zijn niet noodzakelijk grote bedragen waar mensen een afbetalingsplan voor vragen. Soms gaat het niet eens over 100 euro.
- Sommige mensen hun hospitalisatieverzekering niet goed lezen. Ze veronderstellen dat bepaalde dingen terugbetaald worden terwijl dit niet het geval is (bv. een éénpersoonskamer of plastische chirurgie (hier kunnen de kosten oplopen van 3000 tot 5000 euro)).

Op zich is er geen indicatie dat het aantal mensen die afbetalen gestegen is door de economische crisis. De sociale dienst van de spoed is echter van mening dat de laatste jaren meer en meer mensen hun ziekenhuisfactuur niet meer kunnen afbetalen. Dit wijst er op dat meer en meer mensen op de grens van de armoede leven. Er zijn echter geen cijfergegevens beschikbaar.

Patiënten krijgen twee maanden na ontslag hun factuur. Als de factuur na 1 maand niet betaald is, krijgt men een verwittiging. Na nog een maand komt er een tweede verwittiging. Bij de tweede verwittiging worden er administratieve kosten en verwijlinteressen aangerekend. Ofwel betaalt men of spreekt men een afbetalingsplan af. Ofwel gaat het naar een advocaat voor invordering.

Uit de gezondheidsbabbels blijkt dat heel wat mensen schulden hebben ten gevolge van gezondheidszorgen.

Hebben van een afbetalingsplan	Aantal
Ja	30 / 77
Neen	43 / 77
Geen antwoord	4 / 77
Totaal	77 / 77

Wat in de bevraging opvalt is dat de mensen uit dienstencentrum De Waaier geconfronteerd worden met andere toegankelijkheidsproblemen. Daarom bekeken we ook deze vraag voor de groep bevroegden zonder de bevroegden van dienstencentrum De Waaier. We zien dan dat bijna de helft van de bevroegden een afbetalingsplan hebben/hadden omwille van gezondheidskosten.

Al dan niet hebben van een afbetalingsplan	Aantal
Ja	29 / 59
Neen	26 / 59
Geen antwoord	4 / 59
Totaal	59 / 59

“Ik moest 2000 euro betalen na een operatie. Ik kreeg een prothese en die werd niet terugbetaald door het ziekenfonds. Ik betaal nu af met 20 euro per maand.” (gezondheidsbabbels)

“Een tijdje geleden moest ik 7 dagen naar het ziekenhuis. Ik kan dat financieel niet aan. Ik ben nu nog aan het afbetalen.” (gezondheidsbabbels)

“Mijn ziekenhuisfactuur bedroeg 800 euro. Ik kan dat niet betalen. Dan is mijn pensioen eraan!” (gezondheidsbabbels)

“Mijn hospitalisatieverzekering kwam niet tussen. Ik moest 5000 euro betalen.” (gezondheidsbabbels)

Eventuele maatregelen OCMW

Het OCMW van Lier werkt **niet** met een **medische kaart**⁶.

Er zijn **geen systematische maatregelen**. D.w.z. dat er geen algemene regel is maar dat het OCMW zoekt naar een gepaste dienstverlening per individuele situatie. Soms gebeurt er een **individuele ten laste neming** van ziekenhuisfacturen. Dit kan bv. ook bij een opname in de psychiatrie. Het OCMW vindt een opname in de psychiatrie voor sommige mensen belangrijk. Het financiële zou mensen niet mogen weerhouden. De ten laste neming kan geheel of gedeeltelijk zijn. Er gebeurt opvolging en er wordt gekeken wat de resultaten zijn.

Het OCMW geeft **soms** ook **apotheekeelagen**; (soms 100%, soms 50%). Een voorwaarde is wel dat cliënten een globaal medisch dossier hebben bij een huisarts.

Het OCMW van Lier bekeek in het verleden of het mogelijk was om een **groepsverzekering** (hospitalisatieverzekering) af te sluiten voor zijn cliënten. Dit was **niet betaalbaar**. Wanneer men een kosten-baten-analyse maakte bleken de kosten om een hospitalisatieverzekering af te sluiten voor alle OCMW-clieuten niet op te wegen tegen de voordelen ervan.

⁶ Dit is een document waardoor het OCMW zich er t.a.v. de zorgverlener toe verplicht om de kosten van (bepaalde) medische prestaties gedurende een bepaalde termijn ten laste te nemen.

Uit de gezondheidsbabbels blijkt dat het OCMW slechts bij een beperkt aantal bevroagden ooit tussenkwam bij medische kosten. Dit terwijl toch een groep bevroagd werd die in preciaire financiële omstandigheden leeft.

Ooit tussenkomst OCMW voor medische kosten	Aantal
Ja	14 / 77
Neen, nooit gevraagd	48 / 77
Neen, gevraagd maar niet gekregen	12 / 77
Geen antwoord	3 / 77
Totaal	77 / 77

“Hulp vragen aan het OCMW. Ik ben daar niet voor. Ik doe het liever zelf.” (gezondheidsbabbels)

“Bij mij regelt het OCMW de betaling van de huisarts. Dit loopt vlot.” (Ons Gedacht-vergadering, mei 2009)

Voor mensen zonder papieren is de toegankelijkheid van de gezondheidszorg een probleem. Voor hen bestaat de procedure “**dringende medische hulp**”. Sleutelfiguren ervaren problemen bij de toepassing van deze procedure. Zij vinden dat het OCMW effectiever zou moeten werken voor mensen zonder papieren. Er zou meer directere begeleiding moeten zijn zodat mensen zonder papieren beter hun weg zouden vinden. De papierwinkel voor mensen zonder papieren zou minder moeten zijn. Ook het OCMW zelf vindt de procedure ‘dringende medische hulp’ moeilijk.

Een Iranese vluchteling moest naar de tandarts. Hij kreeg papieren van het OCMW. Nadien zei het OCMW dat de tandarts waar hij geweest was te duur was en dat hij een goedkopere tandarts moest zoeken. Dit is toch niet evident! Hoe moet zo iemand dit te weten komen? Het OCMW zou hier ondersteuning moeten bieden.

“Ik kan alleen naar de dokter gaan wanneer het om ‘emergency’ gaat. Het is moeilijk voor mij om te weten wanneer het ‘emergency’ is en wanneer niet. Ik wacht dikwijls omdat ik niet teveel durf te vragen. Ik ben bang dat, als ik vraag om naar de dokter te gaan, zij het niet erg genoeg vinden. Als dit gebeurt ben ik bang dat ik geen hulp meer zal krijgen wanneer het echt heel erg is. Ik ben ook nog nooit in mijn leven naar de tandarts gegaan.” (gezondheidsbabbels)

Andere factoren die meespelen om gezondheidszorgen uit te stellen

Mensen in armoede worden ook met veel problemen geconfronteerd waardoor ze soms de energie niet meer vinden om zichzelf te verzorgen. Of sommige mensen hebben een andere cultuur van omgaan met zorg.

“Ik zou naar de oogarts moeten maar ik moet tegenwoordig al naar zoveel dokters lopen dat ik het niet zie zitten om ook nog naar de oogarts te gaan.” (Ons Gedacht-vergadering december 2009)

“Soms heb je het thuis ook niet gezien om naar dokters, tandartsen en dergelijke te gaan. Bij ons moest je vroeger al een dikke kaak hebben van de tandpijn eer we naar de tandarts gingen.” (Ons Gedacht-vergadering december 2009)

Verder stellen o.a. Ons Gedacht en het straathoekwerk vast dat de leefwereld van mensen in armoede enorm verschilt van de leefwereld van zorgverstrekkers. Zo zien we bijvoorbeeld dat zorgverstrekkers soms **hoge verwachtingen tegenover patiënten**, soms onvoldoende kennis heeft van de **leefwereld van mensen in armoede** waardoor gezondheidswerkers soms te weinig rekening houden met de specifieke levensomstandigheden van de hulpvrager.

Oneigenlijk gebruik van de dienst spoedgevallen.

Lier aan het woord

“Als mensen in het weekend of 's avonds een dokter nodig hebben en ze hebben geen geld gaan ze naar de spoed. Daar krijg je pas achteraf de rekening.” (Ons Gedacht-vergadering januari 2010)

‘s Nachts kost een consultatie 77 euro als je een dokter van wacht laat komen. Dit is voor sommige mensen absoluut niet haalbaar.” (gezondheidsbabbels)

De spoedgevallendienst stelt vast dat het oneigenlijk gebruik van de spoedgevallendienst een probleem is. Dit zowel in de week als in het weekend. Dit probleem is een oud zeer is. Er zijn in Lier geen cijfergegevens over het aantal mensen die naar de spoed komen voor iets dat door een huisarts op te lossen valt. Ook het aanrekenen van een forfaitair bedrag om het oneigenlijk gebruik van de spoed af te remmen heeft niet geholpen.

Er zijn verschillende **oorzaken** voor het oneigenlijk gebruik van de spoedgevallendienst:

- De **drempel is laag**; er is 24 uur op 24 uur een arts aanwezig
- Mensen moeten **niet onmiddellijk betalen**. De rekening komt pas twee maanden later. Verschillenden sleutelfiguren zien dat mensen geregeld naar de spoed gaan omdat ze geen geld hebben voor de huisarts of geen goede afspraken hebben met hun huisarts. Door de economische crisis is het oneigenlijk gebruik van de spoedgevallendienst nog wat toegenomen.
- Mensen **willen onmiddellijk geholpen** worden
- Mensen hebben de neiging om sneller naar de **specialist** te gaan
- Sommige allochtonen hebben vanuit hun **thuisland de gewoonte** om onmiddellijk naar het ziekenhuis te gaan en kennen niet de gewoonte om naar de huisarts te gaan
- Mensen gaan niet graag naar een andere huisarts als ze **niet bij hun eigen huisarts terecht** kunnen
- De **opvatting** dat de dokters die in een ziekenhuis / op spoed zitten **betere dokters** zijn dan huisartsen (integratiedienst, maar dit wordt door het ziekenhuis bevestigd voor autochtonen).

Verder speelt ook soms mee dat:

- Patiënten soms **pas 's avonds of de volgende dag** terecht kunnen bij **hun huisarts**. Huisartsen hebben het druk en zeggen soms telefonisch aan hun patiënten dat ze beter naar de spoed gaan.

“Bij mijn huisarts kan je alleen 's morgens een afspraak maken. Maar dan weet je dikwijls nog niet of het erg genoeg is om naar de huisarts te gaan. Als het dan erger wordt kan je niet terecht bij je huisarts.” (Ons Gedacht-vergadering, mei 2009)

- Er zijn ook veel patiënten die hun huisarts contacteerden vóór ze naar de spoed komen, maar door de huisarts naar de spoed **verwezen** worden voor iets dat ze zelf ook kunnen (bv. wondje hechten)

Mensen denken dat ze op spoed onmiddellijk geholpen zullen worden, maar dat is niet het geval. De spoeddienst heeft een tekort aan personeel waardoor niet dringende zaken moeten wachten.

Wanneer iemand naar spoed komt omdat hij geen geld heeft wordt hij wel steeds verder geholpen.

De beperkte en noodzakelijke geneeskundige zorgen worden verstrekt.

Wanneer mensen op de spoed komen met dingen die niet bedoeld zijn voor de spoed geeft de dispatching wel een signaal geven aan deze mensen dat dit eigenlijk beter door een huisarts bekeken kon worden.

Biedt een wijkgezondheidscentrum hier een antwoord op?

Een wijkgezondheidscentrum streeft naar een **maximale toegankelijkheid** van de eerstelijnsgezondheidszorg. Zo wordt de financiële drempel weggenomen voor de disciplines (huisarts, verpleegkundige, eventuele kinesist) die het wijkgezondheidscentrum aanbiedt.

Een wijkgezondheidscentrum waarborgt de financiële toegankelijkheid door het **forfaitair betalingssysteem** (artikel 52§1 van de wet van 14 juli 1994) (zie bijlage 5).

In dit systeem gaan zorgverstreker, mutualiteit en patiënt met elkaar een contract aan. Daardoor ontvangt het wijkgezondheidscentrum een forfaitair bedrag via het RIZIV afhankelijk van het aantal bij hem ingeschreven patiënten. De **patiënt moet zelf niet betalen** voor de consultaties met de huisarts, de verpleegkundige of de kinesist.

Het forfaitair systeem stimuleert het hebben van een vaste huisarts die zijn patiënten beter kan opvolgen, de geschiedenis van zijn patiënten kent en zo betere zorg kan verstrekken.

De patiënt wordt financieel gestimuleerd om eerst en vooral zijn huisarts te raadplegen. Zo komt de focus op de eerstelijnszorg te liggen en zal er minder gebruik gemaakt worden van de dienst spoedgevallen of specialisten zonder doorverwijzing.

Het systeem brengt ook weinig administratieve besommeringen mee voor de patiënt. De betaling van de arts wordt rechtstreeks via de ziekteverzekering geregeld.

De patiënt moet wel goed geïnformeerd worden over de consequenties van een inschrijving in een wijkgezondheidscentrum. Voor de disciplines die het wijkgezondheidscentrum aanbiedt moet de patiënt naar het wijkgezondheidscentrum gaan. Wanneer hij (tenzij 's nachts of in het weekend) naar andere zorgverstrekkers gaat, zal het ziekenfonds deze consultatie niet terugbetalen.

Solidariteit speelt in het forfaitair systeem een belangrijke rol: de middelen die men verwerft voor de "gezonde" ingeschreven patiënten dragen mee bij aan het budget dat het team kan aanwenden om de meer hulpbehoevenden te verzorgen. Daarom is een sociale mix, een leeftijds mix en een evenwicht tussen patiënten met een grote en een kleine zorgvraag in het patiëntenbestand belangrijk voor de financiële leefbaarheid van een wijkgezondheidscentrum.

Verder constateert de CM van Mechelen bijvoorbeeld dat de toepassing van de derdebetalersregeling toenam sinds de start van het wijkgezondheidscentrum in Mechelen.

Daarnaast streven de medewerkers van een wijkgezondheidscentrum naar een **attitude** die culturele, psychologische en fysieke drempels herkent en waar mogelijk aanpakt.

Andere oplossingen?

- Promotie van de toepassing van de derdebetalersregeling door de ziekenfondsen bij huisartsen. Zoeken naar manieren om de administratieve last bij de toepassing van de derdebetalersregeling zo minimaal mogelijk te houden voor huisartsen.
- Mensen met een laag inkomen informeren over het bestaan van de derdebetalersregeling.
- Mensen informeren over en ondersteunen bij het aanvragen van het OMNIO-statuut. Zo kunnen mensen met een beperkt inkomen o.a. genieten van een verhoogde terugbetaling bij gezondheidskosten.
- Automatische toekenning van een aantal rechten o.a. OMNIO-statuut.
- Zoeken naar een netwerk van toegankelijke artsen in Lier.

4.2. Andere zorgen: tandzorg, kiné, logopedie ...

Achtergrondinformatie

Een paar cijfers ter illustratie:

- 34% van de laaggeschoolden bracht het afgelopen jaar een bezoek aan de tandarts, al dan niet preventief. Hooggeschoolden komen aan 56%⁷.

Lier aan het woord

Tandzorg

Tandzorg wordt door zo goed als iedereen als een groot probleem aangegeven.

De **drempels** om naar een tandarts te gaan zijn groot:

- Mensen moeten, soms ruim op voorhand, een **afsprak** maken en zich aan die afspraak houden
- Tandartsconsultaties zijn **duur**.
- De patiënt moet veel **geld voorschieten**. De derdebetalersregeling wordt weinig toegepast.

“Tot 18 jaar kunnen kinderen gratis naar de tandarts. Het probleem is wel dat je het bedrag eerst moet voorschieten.” (Ons Gedacht-vergadering, januari 2010)

- Veel bevroagden geven ook aan dat ze **bang** zijn om naar de tandarts te gaan.
- Tandprothesen zijn onbetaalbaar voor mensen in armoede.
- ...

Uit de gezondheidsbabbels blijkt dat tandzorg een groot probleem is. Slechts 35% gaat naar de tandarts voor een preventief onderzoek. 47% gaat enkel als hij/zij tandpijn heeft.

Gaat naar de tandarts	Aantal
Alleen bij pijn	36 / 77
(Soms) preventief	27 / 77
Heeft geen tanden meer	6 / 77
Gaat nooit naar de tandarts	3 / 77
Geen antwoord	5 / 77
Totaal	77 / 77

Veel mensen hebben dan ook een slecht gebit waarbij tanden ontbreken. Dit heeft een onverzorgd uiterlijk en gezondheidsproblemen (maagproblemen, absessen, niet kunnen eten van sommige dingen...) tot gevolg.

Kinesithérapie

Wanneer mensen in armoede kiné voorgeschreven krijgen doen ze dit vaak niet. Dit terwijl heel wat mensen problemen hebben waar kiné, ook preventief, hulp kan bieden (zie pagina 9).

- Mensen kennen geen kinesist.
- Mensen moeten meestal een hele reeks volgen (bv. 10 beurten) waardoor de kosten oplopen.

⁷ Gezondheidsenquête 2004, Medische consumptie, p. 343

- De ziekteverzekering betaalt soms maar een beperkt aantal beurten terug. Als je meer beurten nodig hebt moet je het zelf betalen.
- De derdebetalersregeling wordt weinig toegepast.
- ...

“We probeerden ooit een kinesist te vinden die met de derdebetalersregeling wou werken. We vonden alleen een kinesist die dit wou als het via het OCMW geregeld werd.” (sleutelfiguren)

“Ik heb mijn voet naar de knoppen geholpen doordat ik niet naar de kinesist kon gaan (Ons Gedacht-vergadering, mei 2009)

Andere zorgen

Verder noemen zowel de bevroagden bij de gezondheidsbabbels als de sleutelfiguren volgende zorgen als belangrijk maar vaak onhaalbaar:

- Gynaecoloog
- Pedicure (Mensen dragen vaak slechte schoenen, veel diabeten met kwetsbare voeten, veel ingegroeide teennagels)
- Oogarts

“Ik zou naar de oogarts moeten gaan maar ik heb geen geld.” (Ons Gedacht-vergadering, december 2009)

- Logopedie
- ...

Op voorschrift van de school

Vanuit de school of het Centrum Leerlingen Begeleiding (CLB) wordt ouders vaak aangeraden om bepaalde dingen te doen om de ontwikkeling van hun kind te stimuleren. Voor mensen in armoede is dit vaak een onhaalbare kaart. Volgende zorgen worden aangeraden:

- Logopedie
- Kine
- Orthodontie (beugel dragen)

Biedt een wijkgezondheidscentrum hier een antwoord op?

De minimumbezetting van een wijkgezondheidscentrum is de combinatie huisarts – verpleegkundige. Afhankelijk van de noden en het aanbod van de eerste lijn in het werkingsgebied, werken de meeste wijkgezondheidscentra, op termijn, ook met **andere disciplines**.

In de verschillende wijkgezondheidscentra worden o.a. volgende disciplines aangeboden: kinesitherapie, maatschappelijk werk, gezondheidspromotie, een diëtiste, logopedie, pedicure, psychologie of een tandarts die met de derdebetalersregeling werkt.

Daarnaast gaat een wijkgezondheidscentrum **samenwerkingsverbanden** aan.

In de eerste plaats met andere zorgverstrekkers op de **eerste lijn**. En dit voor de disciplines die het wijkgezondheidscentrum niet zelf aanbiedt of voor meer gespecialiseerde interventies bij disciplines die het wijkgezondheidscentrum wel zelf aanbiedt (bv. kinesitherapie).

Verder gaat het wijkgezondheidscentrum ook **lijnoverstijgende** samenwerkingsverbanden aan met specialisten en zorgverstrekkers op de tweede en derde lijn.

Door de uitgebouwde samenwerkingsverbanden en de netwerken kan een wijkgezondheidscentrum zijn patiënten op een **actieve manier doorverwijzen** naar toegankelijke zorgverstrekkers.

Andere oplossingen?

- Initiatieven waardoor de tandzorg en kiné in de regio Lier toegankelijker zou worden. O.a. het promoten van de toepassing van de derdebetalersregeling door tandartsen, campagnes die preventieve tandzorg bevorderen ...

4.3. Medicatie

Lier aan het woord

Bij een groot deel van de bevraagden (ongeveer $\frac{3}{4}$ de) schrijft de huisarts generische geneesmiddelen voor. Sommige mensen zeggen dat ze wel zelf hun huisarts moeten vragen om generische geneesmiddelen.

“Generische geneesmiddelen: daar moet je zelf achter vragen.” (gezondheidsbabbels)

“Mijn huisarts schrijft generische geneesmiddelen voor omdat ik het zelf zeg. Soms ga ik zelf op zoek naar het witte product.” (gezondheidsbabbels)

Toch wegen de kosten van geneesmiddelen zwaar door bij mensen met een beperkt budget. Ook organisaties in Lier die materiële hulpverlening bieden worden regelmatig geconfronteerd met mensen die financiële steun vragen voor het kopen van medicatie.

“Ik koop alleen medicatie als het echt nodig is.” (gezondheidsbabbels)

“Het remgeld bij de dokter valt nog mee (als hij met de derdebetalersregeling werkt). Ik ga niet omwille van de kosten van de medicatie die je daarna moet kopen.” (gezondheidsbabbels)

“Ik wacht tot het begin van de maand, tot mijn pensioen gestort is, om medicamenten te kopen.” (gezondheidsbabbels)

Sommige mensen gaan niet naar de huisarts omdat ze toch geen geld hebben om de medicatie te kopen.

Biedt een wijkgezondheidscentrum hier een antwoord op?

Een wijkgezondheidscentrum biedt **geen gratis medicatie** aan. Er is wel aandacht voor **generische geneesmiddelen**. Wijkgezondheidscentra werken ook samen met apothekers waardoor ze op de hoogte zijn van de mogelijkheden op vlak van betaalbare medicatie. Een wijkgezondheidscentrum besteedt ook veel aandacht aan het informeren van patiënten over het gebruik van geneesmiddelen.

Door de aandacht die een wijkgezondheidscentrum heeft voor preventie en de integrale aanpak kan het **geneesmiddelengebruik beperkt** worden.

4.4. Ook geestelijke gezondheidszorg is belangrijk.

4.4.1. Opsplitsing welzijn en gezondheid

Lier aan het woord

Uit de gesprekken met diensten en organisaties blijkt dat de welzijnssector en de gezondheidssector ver van elkaar afstaan. De wederzijdse kennis is beperkt. Nochtans geeft de doelgroep aan dat voor hen welzijnsproblemen en gezondheidsproblemen samenhangen.

Uit de gezondheidsbabbels bleek dat de bevroagden naast de fysieke gezondheid ook de geestelijke en de sociale gezondheid belangrijk vinden. We kregen o.a. de volgende antwoorden op de vraag “wat betekent gezond zijn voor jou?”:

“Gezond zijn” betekent voor mij:

- Niet ziek zijn. Ziek zijn brengt miserie mee
- Geen dokter nodig hebben
- De middelen hebben om gezond te kunnen eten en te kunnen sporten

DUS: gezond zijn betekent lichamelijk in orde te zijn

Maar “gezond zijn” betekent ook:

- Je goed voelen in je vel voelen
- Fris in je hoofd zitten
- Geen stress en voldoende rust hebben
- Je levendig voelen
- Goed gezind opstaan en de dag zien zitten
- Voldoende ondersteuning krijgen en een luisterend oor vinden

DUS: je geestelijk goed voelen

En tenslotte betekent “gezond zijn” ook:

- Kunnen gaan werken
- Sociaal contact hebben
- Met alles “mee kunnen” en kunnen genieten
- Iedere maand toekomen met je geld en je rekeningen op tijd kunnen betalen
- Ambiance, gezelschap en verstrooiing vinden

DUS: je op sociaal vlak ook goed voelen

4.4.2. Geestelijke gezondheid en crisisopvang

Achtergrondinformatie

Verschillende indicatoren van armoede blijken ook risicofactoren te zijn voor een slechte geestelijke gezondheid: bv. financiële stress, het hebben van schulden, werkloosheid, slechte huisvesting, het opvoeden van kinderen waarbij ouders vooral op zichzelf besparen...

Ook de ervaren ongelijkheid in levensomstandigheden in vergelijking met anderen in de samenleving, zeker wanneer dit als een persoonlijk falen wordt ervaren, beschadigt het zelfwaardegevoel. De opeenstapeling van stressfactoren leidt tot gevoelens van machteloosheid, tot het niet meer geloven in een betere toekomst.

Samen met het gebrek aan positieve ervaringen en aan positieve ondersteunende contacten en bindingen leidt tot een verhoogde kwetsbaarheid voor psychische problemen bij mensen die in armoede leven.⁸

Een paar (cijfer) gegevens ter illustratie⁹:

- Lager opgeleiden (29%) voelen zich minder goed in hun vel in vergelijking met hoger opgeleiden (25%)
- Lager opgeleiden (28%) slikken meer psychotrope geneesmiddelen dan hoger opgeleiden (10%).
- Het aantal zelfmoordpogingen is hoger bij laag opgeleiden (6%) dan bij hoog opgeleiden (4%)
- Laag opgeleiden (14%) hebben meer met depressies af te rekenen dan hoog opgeleiden (5%)
- ...

Naast de kwetsbaarheid voor psychisch lijden ervaren mensen in armoede ook verschillende **drempels** in de toegang tot de geestelijke gezondheidszorg. Zo blijkt bijvoorbeeld uit onderzoek dat hulpverleners hulpvragers uit een lagere sociale klasse minder geschikt vinden voor psychotherapie, worden ze als minder hoopvol gediagnosticeerd en worden ze minder vaak geaccepteerd voor behandeling. Men gaat ook eerder somatische en medicamenteuze behandelingen verstrekken, sneller tot residentiële opname overgaan of enkel materiële hulp bieden. Ook de duur van de therapie blijkt door de sociale status van de hulpvrager te worden beïnvloed: hoe lager de sociale status, hoe korter de behandeling duurt. Hulpverleners komen veelal uit de middenklasse en hebben weinig kennis over de leefwereld van mensen in armoede¹⁰.

Lier aan het woord

Geestelijke gezondheidszorg en de toegankelijkheid daarvan is een prioritair thema in het lokaal sociaal beleidsplan. Dit naar aanleiding van signalen van de sociale dienst van het OCMW, andere diensten en organisaties in Lier en de 'doelgroep' die betrokken was bij het opmaken van het lokaal sociaal beleidsplan.

In het lokaal sociaal beleidsplan van Lier staat:

Verbeteren van de eerstelijnsaanpak inzake de psychische problematiek zodat geestelijke gezondheidszorg voor méér mensen toegankelijker wordt.

	evaluatie aanbod geestelijke gezondheidszorg, verkennen mogelijkheden van aanvullend aanbod rond geestelijke gezondheidszorg, projectvoorstel, uitvoering	méér effectieve omgang met psychische problematiek bij cliënten	overzicht aanbod + analyse tekorten
--	---	---	-------------------------------------

Volgende problemen worden gesignaleerd:

Geestelijke gezondheidsproblemen ... veel mensen worden er mee geconfronteerd

- Verschillende sleutelfiguren geven aan dat zij binnen hun werking een **stijging** zien van **mensen met psychische problemen**.

*“De druk van de samenleving wordt steeds groter. Daardoor wordt het steeds moeilijker voor mensen.”
(Ons Gedacht-vergadering januari 2010)*

Het aanpakken van psychische problemen is een voorwaarde om verder te kunnen werken aan andere dingen (bv budgetbegeleiding e.d.)

⁸ Van Regenmortel Tine, De toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg: armoede troef, psyche 2, jaargang 18, 2006, p 4

⁹ Gezondheidsenquête 2008

¹⁰ Van Regenmortel Tine, De toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg: armoede troef, psyche 2, jaargang 18, 2006, p 4

- Zowel sleutelfiguren als mensen in armoede geven aan dat **isolement** een groot probleem is. Het is een belangrijke oorzaak van psychische problemen.

“Als je te weinig geld hebt, zit je snel in de put. Je blijft dan liever binnen dan nog naar buiten te gaan.” (gezondheidsbabbels)

“Als je weinig energie hebt, blijf je thuis zitten. Het helpt als iemand belt om bijvoorbeeld naar Ons Gedacht te komen. Dat stimuleert mij om toch naar buiten te komen.” (Ons Gedacht-vergadering, april 2009)

- Lier ligt **tussen Mortsel, Zoersel, Duffel en Boechout**. In al deze gemeenten is telkens een groot psychiatrisch ziekenhuis. Mensen die daar verblijven stromen uit en een aantal van hen vestigen zich in Lier.
- Geestelijke gezondheid en fysieke gezondheid gaan samen. Psychische problemen **uiten zich vaak in lichamelijke klachten**. Mensen komen vaak in eerste instantie met een fysieke klacht (ik heb rugpijn, hoofdpijn, kan slecht slapen) naar de huisarts. Achter die eerste klacht zit vaak een tweede andere vraag (ik voel mij de laatste tijd niet goed in mijn vel, ik zie het niet meer goed zitten). Als er een vertrouwensband is, als de huisarts zijn tijd neemt en goed kan luisteren, kan die tweede klacht besproken worden. De **huisarts** speelt ook een **grote rol** in de doorverwijzing van mensen ivm geestelijke gezondheid

Aanbod geestelijke gezondheidszorg

- Een **luisterend oor!** Het feit dat mensen hun verhaal aan iemand kwijt kunnen die zonder vooroordelen luistert, begrip toont ... betekent voor veel mensen heel wat. Een aantal mensen weten de plekken te vinden waar een luisterend oor aanwezig is. Sommige mensen zijn te geïsoleerd en vinden dit niet.

“Ik kom veel naar het sociaal restaurant. Hier ben ik onder de mensen.” (gezondheidsbabbels)

Verder geven mensen ook aan dat ze nood hebben aan een plek waar ze zich thuisvoelen, waar ze zichzelf kunnen zijn, waar ze anderen kunnen ontmoeten, waar ze een zinvolle bijdrage kunnen leveren, waar ze **erbij horen...** En dit zonder dat het (veel) geld kost.

“Voor mij is Ons Gedacht belangrijk. Zo heb ik twee plaatsen waar ik mij thuis voel: de psychiatrie en Ons Gedacht. Ik vind ‘nestwarmte’ bij Ons Gedacht.” (Ons Gedacht-vergadering, april 2009)

“Ik engageer mij graag als vrijwilliger. Dat vrijwilligerswerk geeft mij structuur. (Ons Gedacht, april 2009)

- Soms is een opname in een psychiatrisch ziekenhuis noodzakelijk, maar in andere situaties volstaat ambulante hulpverlening. Er is een **gebrek aan preventie in de vorm van eerstelijns psychische hulpverlening waar mensen onmiddellijk terecht kunnen**. Van daaruit kan er verder gezocht worden naar hulpverlening op langere termijn.
- Een aantal sleutelfiguren wijzen op een tendens van **medicalisering** bij psychiatrische begeleiding.

“Ik ging naar de psychiater omdat ik mij niet goed voelde. Hij wou mij voor drie weken naar de PAAZ(Psychiatrische Afdeling in een Algemeen Ziekenhuis)-afdeling van het ziekenhuis sturen zodat ze daar mijn medicatie konden aanpassen. Maar pillen helpen niet. Er moet iets veranderen aan mijn problemen. Als ik naar het ziekenhuis ga en ik ga terug naar huis dan zijn mijn problemen er nog altijd! Bovendien blijven mijn rekeningen komen wanneer ik in het ziekenhuis lig.”

- Er is een gebrek aan **nazorg**. Wanneer mensen na een (lange) opname ontslagen worden uit de psychiatrie is het moeilijk om de draad binnen de samenleving terug op te nemen. Een goed uitgebouwde nazorg ontbreekt dikwijls. Er is ook nood aan een uitgebreider aanbod psychiatrisch thuisverpleegkundigen.
- Er is een **gebrek aan crisisopvang** (aanbod: zie pagina 34). Vooral in het weekend en 's avonds kunnen mensen nergens terecht bij een crisissituatie.

Sleutelfiguren wijzen o.a. op de volgende problemen op vlak van crisisopvang:

- Het OCMW ervaart problemen om mensen door te verwijzen naar het CIC in Mechelen. Het OCMW moet kunnen aangeven wat de mogelijkheden zijn voor de persoon die ze doorverwijzen na de (korte) verblijfsperiode in het crisisopvangcentrum.
- Mensen met een verslavingsproblematiek worden moeilijk opgenomen.
- Crisisopvang is duur voor mensen met een laag inkomen.

“Als ik in het opvanghuis was kon ik mijn rekeningen niet betalen en kreeg ik er nog schulden bij. Ik moest 37 euro per dag betalen.” (Ons Gedacht-vergadering, december 2009)

- Bij crisissen waar alcohol- en drugsproblemen mee gemoeid zijn is er weinig begrip bij ziekenhuizen (spoed) en huisartsen. Soms worden mensen gewoon naar huis gestuurd.

- ...

Een gevolg is dat:

- de PAAZ dikwijls gebruikt als een toevluchtsoord ipv psychiatrische hulp. Mensen zoeken dikwijls in de eerste plaats opvang, willen tot rust komen of zoeken een beschermde omgeving. Wanneer mensen dan de PAAZ verlaten zijn de dieperliggende problemen niet opgelost!
De dossiers binnen de PAAZ-afdeling bevatten vaak meer problemen: mutualiteit die niet in orde is doordat de betalingen niet gebeuren, mensen die problemen hebben met het OCMW, mensen wiens domicilie niet in orde is...
- mensen in crisissituaties vaak terecht komen bij vrienden of familie die hen, ondanks de problemen en de beperkte mogelijkheden (krappe huisvesting, financiële problemen) die ze zelf vaak hebben, opvangen.

- **Familie en partners** van mensen met psychische problemen blijven **in de kou staan**.

Toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg:

De kant van de hulpverlening

- Het aanbod van de geestelijke gezondheidszorg is **onvoldoende gekend** bij veel mensen.

Op de vraag of mensen plekken kennen waar ze terecht kunnen als ze het psychologisch moeilijk hebben, kwam vaak een negatief antwoord:

“Neen. Anders had ik het misschien niet zo moeilijk.”

“Neen. Ik hou die problemen voor mezelf.”

“Neen. Ik los het zelf wel op.” (uit vragenlijst)

Uit de gezondheidsbabbels blijkt dat slechts één op drie van de bevroegden weet waar hij eventueel terecht wanneer hij met zichzelf in de knoop zit. Of het psychisch moeilijk heeft.

Al dan niet kennen van plekken waar je terecht kan met psychische problemen	Aantal
Ik weet het niet	28 / 77
Ja	26 / 77
Neen	17 / 77
Geen antwoord	6 / 77
Totaal	77 / 77

De plaatsen die mensen kennen zijn (mensen mochten meerdere plaatsen aangeven):

d' Amandelboom (5)
Centrum Geestelijke Gezondheidszorg De Pont (5)
Ons Gedacht (4)
Straathoekwerk (3)
PAAZ (3)
Psycholoog (2)
Huisarts (2)
Psychiatrisch ziekenhuis Duffel (1)
Psychiatrisch ziekenhuis Boechout (1)
Klimop in Boechout (1)
CAW (1)
Tele-onthaal (1)
OCMW (1)
Sociaal restaurant (1)
Basisschakel (1)
DLO (1)

- **Bereikbaarheid** en mobiliteit is een probleem voor mindervaliden en ouderen die zich niet kunnen verplaatsen. Het is wel positief dat het Centrum Geestelijke Gezondheidszorg een specifiek aanbod naar ouderen heeft. Op de privé-markt kan je wel een hulpverlener vinden die op huisbezoek komt. Maar dit is stukken duurder (minimum 40 euro per consultatie). Omdat dergelijke begeleiding vaak langdurig is is dit onhaalbaar voor mensen met een beperkt budget.
- Het **aanbod** van geestelijke gezondheidszorg is **ontoereikend**. De **wachlijsten** zijn te lang wanneer mensen gaan aankloppen voor hulp. Zo is de wachtlijst voor CGG De Pont voor volwassenen 8 à 10 maanden. Voor kinderen loopt dit op tot 1 jaar. Mede doordat mensen weten dat er een lange wachtlijst is melden mensen zich niet aan bij het CGG. Het aanbod van het CAW in Lier is weinig uitgebouwd. De openingsmomenten zijn daardoor beperkt (10 uur per week vrij toegankelijk op maandag en dinsdag).

“Kleine problemen worden groot als je er niets aan doet. Bij sommige mensen escaleren de problemen omdat ze nergens terecht kunnen.” (Ons Gedacht-vergadering, januari 2010)

“Als ik mij slecht voel en ik kan op het moment dat ik hulp vraag nergens terecht dan geeft mij dat het gevoel dat ik in de steek gelaten wordt. Dat bevestigt mijn gevoel dat iedereen mij laat stikken.” (Ons Gedacht-vergadering, januari 2010)

“In de psychiatrie moet je altijd wachten: om naar een bepaalde afdeling te gaan, om beschut te gaan wonen...” (Ons Gedacht-vergadering, januari 2010)

“Mijn kind was door de rechtbank doorverwezen naar een observatiecentrum. Hij was twee maand in observatie maar wacht nu nog altijd op een behandeling. Hij staat op de wachtlijst. Intussen heeft hij wel problemen op school. Als je kind problemen heeft, wil je dat het zo snel mogelijk geholpen wordt.” (Ons Gedacht-vergadering, januari 2010)

“Ik had dringend ondersteuning nodig. Ik contacteerde het CAW. Ze zeiden dat ik na 16u terug moest bellen. Na 16u was de lijn constant bezet. Ik kon nergens terecht.” (Ons Gedacht-vergadering, mei 2009)

Zo geeft het OCMW aan dat ze vaak met de handen in het haar zitten als ze mensen met psychische problemen moeten doorverwijzen. Het OCMW heeft zelf geen psycholoog in dienst. De andere mogelijkheden zijn beperkt. Daarom verwijst het OCMW cliënten soms door naar privé-psychologen. Het OCMW neemt soms de kosten hiervan op zich. Wanneer er dan plaats is bij het CGG is het niet vanzelfsprekend dat de cliënt overstapt naar het CGG. Wanneer er een vertrouwensband is tussen de cliënt en de privé-psycholoog is dit moeilijk.

- De **manier van aanmelden** bij het CGG is een middenklasse-manier en schrikt mensen af. Je moet je telefonisch aanmelden, soms word je doorgeschakeld ... Bovendien moeten mensen zich aanmelden tussen 12 u en 13 u. Dit is een slecht uur.

“Ik ben één keer naar het CGG gegaan. Ze zouden mij terugbellen. Er heeft niemand mij teruggebeld. Uiteindelijk ben ik 8 weken in Duffel beland.”

- De **kostprijs** is soms een drempel voor mensen met een laag inkomen. Soms is er ook een verkeerd beeld over de kostprijs. Soms denken mensen dat iets duur is terwijl dit niet het geval is. Bv. CGG voor mensen met een laag inkomen kost een consultatie 2 euro. Zo haalt een dienst aan dat een CGG te duur zou zijn. CGG is duur (wordt niet terugbetaald).
- Soms is er geen goede **doorverwijzing**. Verschillende mensen werden doorverwezen naar diensten die hen niet konden helpen en werden vervolgens weer doorverwezen naar ergens anders. Dit werkt ontmoedigend.
- Soms is het ook een probleem dat de ene dienst vindt dat je **niet bij hen thuishoort** omdat je een psychisch probleem hebt, terwijl de andere dienst vindt dat je een verslavingsprobleem hebt. Dat is moeilijk want beide problemen hangen dikwijls samen. Het ene probleem brengt het andere mee. Zo worden mensen niet geholpen.
- Binnen de psychische hulpverlening is het **taalprobleem** bij anderstaligen groot. Het werken met tolken is hier allesbehalve evident.

De kant van de hulpvrager

- **Negatieve ervaringen** uit het verleden beletten dat mensen de stap zetten naar het Centrum Geestelijke Gezondheidszorg.

“Soms hebben mensen al zoveel diensten en hulpverleners over de vloer gekregen. Soms hebben mensen hier negatieve ervaringen mee. Een dienst is dan dikwijls de zoveelste dienst. Daardoor zetten mensen de stap soms niet meer.” (Ons Gedacht-vergadering november 2009)

- De persoon die hulp nodig heeft moet er ook **klaar voor zijn** om de stap te zetten.

“Als de jeugdrechtbank oplegt dat je naar het CGG MOET gaan dan is dit soms moeilijk. Hulpverlening werkt alleen als je er zelf klaar voor bent en als je zelf gemotiveerd bent om ermee te beginnen.” (Ons Gedacht-vergadering januari 2010)

- Er heerst nog steeds een **taboe** op het hebben van psychische problemen. Psychische problemen worden minder geaccepteerd dan lichamelijke problemen. Mensen stellen het vragen van psycho-sociale hulp uit omdat ze het gevoel hebben dat ze afgeschreven zijn als ze op dit vlak problemen hebben.

“Toen ik vroeger naar het CGG ging, wachtte ik altijd om aan te bellen tot er geen auto's passeerden. Ik wilde niet dat mensen zagen dat ik daar naartoe ging.” (Ons Gedacht vergadering november 2009)

Geestelijke gezondheid – psychische hulp blijft moeilijk om een lage drempel te hebben (“ik ben niet zot”)

Sleutelfiguren bevestigen dat er ook bij **allochtonen** heel wat problemen in verband met geestelijke gezondheid zijn. Er wordt echter weinig over gesproken. Ook in familieverband is dit een moeilijk bespreekbaar onderwerp. De psychische problemen uiten zich vaak door lichamelijke klachten.

Biedt een wijkgezondheidscentrum hier een antwoord op?

Binnen een wijkgezondheidscentrum is er zeker aandacht voor geestelijke gezondheidszorg. De multidisciplinaire samenwerking in een wijkgezondheidscentrum stimuleert de **integrale zorgverlening**. Wijkgezondheidscentra benaderen hun patiënten in hun **totaliteit** en nemen alle contextgegevens zoals leefomgeving, gezinstoestand... in rekening.

Naast aandacht voor de fysieke aspecten besteedt een wijkgezondheidscentrum ook veel aandacht voor het **psychische en sociale welbevinden** van de patiënt. Deze aandacht is uitdrukkelijk en **pro-actief** aanwezig. Enkel zo'n benadering kan tegemoetkomen aan de complexiteit van armoede.

Een ander pluspunt is de laagdrempeligheid van een wijkgezondheidscentrum. Patiënten worden gestimuleerd om, bij problemen, snel naar het wijkgezondheidscentrum te stappen. Er is geen financiële drempel en het is een bekende plek voor de patiënt.

De huisarts en, indien aanwezig, de maatschappelijk werker spelen hierin een centrale rol.

De integrale zorg wordt in een wijkgezondheidscentrum mogelijk gemaakt door het principe van inschrijving. Bij inschrijving verbindt de patiënt zich ertoe om naar de zorgverstrekker van het centrum te gaan. Door die band kan de zorgverstrekker de patiënt beter betrekken bij zijn of haar gezondheid. De gezondheid van de patiënt wordt zo een gedeelde verantwoordelijkheid. Op die manier komt er een relatie zorgverstrekker – patiënt tot stand en ontstaat er een continuïteit in de zorg.

Door het wegvallen van de financiële drempel kan een huisarts, wanneer hij dieperliggende problemen vermoedt, patiënten zonder schroom laten terugkomen. Hierdoor heeft de huisarts de mogelijkheid om, samen met de patiënt, het probleem te ontrafelen.

Vermits gezondheidsproblemen veel welzijnscomponenten bevatten en omgekeerd is het van belang dat wijkgezondheidscentra de **brug tussen gezondheid en welzijn** realiseren.

Bij verschillende bestaande wijkgezondheidscentra zijn er op dit moment initiatieven waarbij er gezocht wordt naar een nauwe **samenwerking met de centra geestelijke gezondheidszorg**. Zo zijn er centra geestelijke gezondheidszorg die een aantal uur per week aanwezig zijn in een wijkgezondheidscentrum waardoor de doorverwijzing vlotter verloopt. Binnen een wijkgezondheidscentrum is er soms ruimte voor een aanbod van psycho-educatie (bv. vorming over omgaan met stress, depressieve gevoelens...).

Verder kan er ook samengewerkt worden met het plaatselijke CAW (Centrum voor Algemeen Welzijnswerk).

Andere oplossingen?

- Uitbouwen van laagdrempelige eerstelijns initiatieven waar mensen met iemand over psychische problemen kunnen praten zonder medicalisering.
Een uitbreiding van het aanbod van CAW Het Welzijnshuis in Lier zou een grote stap in de goede richting zijn. Het CAW zou als doorverwijzer kunnen dienen naar de meest geschikte hulp of zorg die er is. Bovendien zouden zij, als eerstelijnsdienst, een aantal mensen kunnen begeleiden of ondersteunen.
- Naast individuele begeleiding van mensen eventueel groepsgesprekken begeleid door een therapeut.

- Er is nood aan een ruimer aanbod voor mensen die geconfronteerd worden met een gecombineerd probleem: namelijk een psychiatrisch probleem en een (drugs)verslavingsprobleem.
- Meer middelen voor de geestelijke gezondheidszorg. Alleen zo kunnen wachtlijsten weggewerkt worden. Naast de uitbreiding van de capaciteit van de centra geestelijke gezondheidszorg moet er aandacht zijn voor het organiseren van een aanbod van eerstelijns geestelijke gezondheidszorg dat rechtstreeks toegankelijk is.
- Psychotherapie moet erkend worden door het RIZIV. Zo zou psychotherapie, ook buiten de centra geestelijke gezondheidszorg, terugbetaald kunnen worden. Hierdoor kunnen de wachtlijsten van o.a. het Centrum Geestelijke Gezondheidszorg afnemen, kunnen mensen geholpen worden zodat erger kan voorkomen worden en hebben mensen keuzevrijheid.
- Bundelen van initiatieven ivm gezondheid / geestelijke gezondheid in een eenvoudige folder en info over sociale kaart
- Samenwerkingsverbanden en samenwerking stimuleren tussen de gezondheidszorg, de geestelijke gezondheidszorg en de welzijnssector.
- Initiatieven die taboe op psychische problemen en hulpverlening doorbreken.
- Bekendmaking aanbod geestelijke gezondheidszorg aan verstrekkers, hulpverleners, welzijnsorganisaties en patiënten.

4.5. Beter voorkomen dan genezen

Achtergrondinformatie

Mensen in armoede scoren minder goed in het tijdelijk opsporen van ziektes én in gezond gedrag. Mensen in armoede lopen meer gezondheidsrisico's.

Een paar (cijfer) gegevens ter illustratie:

- 40,5% van de laagopgeleide vrouwen tussen de 50 en 69 jaar liet de laatste twee jaar geen mammografie uitvoeren tegenover 22,5% van de hoogopgeleide vrouwen¹¹.
- 55% van de personen met een laag opleidingsniveau liet de laatste 3 jaren geen baarmoederuitstrijkje ter preventie van baarmoederhalskanker uitvoeren. Bij de groep met een hoge opleiding was dit slechts 28%¹².

De gezondheidskloof is slechts voor de helft te verklaren door de gedragsmatige elementen van de leefstijl¹³. De andere helft heeft te maken met wonen, werk, ontspanning ...

¹¹ Gezondheidsenquête 2004, preventie, p. 251

¹² Gezondheidsenquête 2004, preventie, p. 311

¹³ Vranken Jan, e.a., Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 2007, p 159.

Preventie, gezond gedrag en risicogedrag bij mensen in armoede

Wat diensten en organisaties vooral zien bij de mensen die zij bereiken is dat:

- Ze vaak geconfronteerd worden met stress. Het leven in armoede brengt vaak stress met zich mee. Stress veroorzaakt zowel psychische als fysieke problemen.
- Preventieve tandzorg zelden gebeurt (zie pagina 15)
- Borstkankerscreening en baarmoederhalsscreening zelden gebeurt
- Mensen vaak ongezonde leefgewoonten hebben:
 - Roken
 - Alcoholgebruik
 - Ongezonde voeding met o.a. overgewicht, diabetes, hoge bloeddruk ... tot gevolg. Sommige mensen beschikken niet over de nodige kennis of hebben een aantal vaardigheden niet aangeleerd, er is onvoldoende geld om gezonde voeding te kopen, het ontbreekt aan energie om zelf te koken waardoor men sneller grijpt naar kant-en-klare gerechten of frituurgerechten. Zeker op vlak van gezonde voeding geven heel wat sleutelfiguren aan dat er nood is aan preventie.

Preventie in Lier

“Er zijn veel redenen waarom mensen in armoede niet bewegen: financieel, je hebt het in je opvoeding niet meegekregen, je bent fysiek niet in vorm...” (Ons Gedacht-vergadering, april 2009)

De Stad Lier neemt zelf weinig initiatief op vlak van preventie en gezondheidspromotie. Het Lokaal Sociaal Beleid kijkt naar de ziekenfondsen en naar dienstencentrum De Waaier op dit vlak.

Het LOGO zelf doet geen activiteiten op zich. Wat het LOGO wel doet is acties coördineren, opvolgen, helpen organiseren, zijn netwerking ter beschikking stellen van lokale organisaties die iets preventiefs willen organiseren.

Zo zal het LOGO in het begin wel een preventieproject helpen opstarten, maar zal dit niet voor altijd trekken. Het lokale bestuur van de stad Lier heeft de laatste jaren niet veel deelgenomen aan acties van het LOGO.

Verschillende sleutelorganisaties geven aan dat er een nood is aan meer preventieve acties op vlak van gezondheidszorg.

Drempels en knelpunten

Verschillende organisaties en diensten stellen zich vragen bij de effectiviteit van preventiecampagnes.

Sleutelfiguren geven volgende knelpunten aan:

- Bij allochtonen is de taal een groot probleem
- Er is een groot taboe bij allochtonen bij campagnes zoals borstkankerscreening en baarmoederhalsscreening.
- Mensen in armoede hebben allerlei andere problemen, zijn bezig met overleven en hebben weinig ruimte om bezig te zijn met preventie.

Het LOGO geeft aan dat er voor bepaalde thema's anderstalige folders (bv. borstkankerscreening), specifieke preventie-acties op vlak van voeding, diabetes voor allochtonen en laaggeschoolden, mogelijkheden om samen te werken met tolken ...

Biedt een wijkgezondheidscentrum hier een antwoord op?

Een wijkgezondheidscentrum legt de nadruk op het **gezond houden van de patiënt**. Naast het 'behandelen van ziekte' gaat een wijkgezondheidscentrum uit van het 'herwinnen of het behouden van gezondheid'.

Door de afwezigheid van een financiële drempel kan de zorgverstreker zich focussen op een **emancipatorische en preventieve aanpak**.

Het aanbod van preventie- en gezondheidspromotieactiviteiten is een belangrijk aspect binnen de werking van een wijkgezondheidscentrum. Er kan zowel gewerkt worden voor alle bewoners van het werkingsgebied, voor de eigen patiëntenpopulatie of een bepaalde groep in het werkingsgebied. Binnen de wijkgezondheidscentra spreekt men over preventie als het om de werking naar zijn eigen patiëntenpopulatie gaat. Men spreekt over gezondheidspromotie als het om activiteiten voor het volledige werkingsgebied gaat.

Ook in de dagelijkse individuele patiëntencontacten met de huisarts, de verpleegkundige en eventuele andere zorgverstrekkers komt preventie en emancipatie aan bod.

Door de aandacht voor **samenwerking met organisaties** in de buurt is de kans groter dat een wijkgezondheidscentrum met zijn preventieve acties anders moeilijk te bereiken groepen bereikt.

Andere oplossingen?

- Meer aandacht voor preventie binnen de stad.
- Dienstencentrum De Waaier van het OCMW kan een belangrijke rol spelen binnen de preventie en gezondheidspromotie. Er zijn echter twee belangrijke beperkingen:
 - Het dienstencentrum is gevestigd in Koningshooikt. Ook al kan je het dienstencentrum bereiken met de bus, de ligging vormt een belangrijke drempel voor velen.
 - Het dienstencentrum bereikt hoofdzakelijk senioren, ook al staat het ook voor iedereen.Het aanbod van het dienstencentrum is dus een ander aanbod dat een wijkgezondheidscentrum kan bieden.

4.6. Weg vinden in de maatregelen en voorzieningen

Lier aan het woord

Mensen weten vaak niet waar ze recht op hebben (tegemoetkomingen, uitkeringen, OMNIO,...). Bovendien is het ook niet duidelijk bij welke instantie mensen moeten gaan aankloppen. De juiste informatie is moeilijk te vinden in onze complexe samenleving.

Wanneer mensen gevonden hebben bij welke instantie ze moeten zijn om een bepaalde tegemoetkoming te krijgen, moeten ze vaak een hele administratieve molen doorlopen vooraleer het in orde geraakt. Dit vraagt soms veel energie, doorzettingsvermogen en weerbaarheid.

"Ge moet alles zelf uitzoeken of ge weet het niet." (Ons Gedacht-vergadering, september 2009)

"Ik ben te weten gekomen dat ik recht heb op het OMNIO-statuut via sociaal restaurant 'Kome Nete'. Als je het OMNIO-statuut hebt, kan je er aan een verminderd tarief eten. Zij stuurden mij naar de ziekenkas om dit in orde te maken. (Ons Gedacht-vergadering, juni 2009)

Bij de gezondheidsbabbels geeft bijna de helft van de mensen aan dat ze de weg niet vinden naar de voordelen en de rechten die er bestaan voor mensen met een laag inkomen.

Weg vinden	Aantal
Ja	32 / 77
Neen	38 / 77
Tussenin	4 / 77
Geen Antwoord	3 / 77
Totaal	77 / 77

Als mensen hun weg vinden dan is dit dankzij volgende organisaties of diensten:

OCMW (11)

Ziekenfonds (6)

Internet (4)

Dienstencentrum (3)

Ons Gedacht (3)

Straathoekwerk (2)

Opleiding ervaringsdeskundige in armoede en sociale uitsluiting (1)

Sociale dienst van het ziekenhuis (1)

Advocaat (1)

Rechtenverkenner (1)

ACV (1)

Folders (1)

Mijn vorig werk (1)

Biedt een wijkgezondheidscentrum hier een antwoord op?

In sommige wijkgezondheidscentra kiest men ervoor om het team aan te vullen met een maatschappelijk werker. De discipline maatschappelijk werk betekent een toevoeging ij het curatieve aanbod van huisarts, verpleegkundige en eventueel andere zorgverstrekkers. De maatschappelijk werker in een wijkgezondheidscentrum heeft vooral een wegwijzerfunctie en werkt aanvullend op het aanbod van andere diensten. Tevens is er ook een belangrijke signaalfunctie. Sommige centra kiezen voor een eigen maatschappelijk werker, andere werken samen met andere diensten voor maatschappelijk werk en signaleren.

Andere oplossingen?

- Gezondheidswerkers vormen over de rechten van mensen in armoede
- Ziekenfondsen die actief hun leden informeren over bepaalde rechten en tegemoetkomingen.
- Samenwerken met ziekenfondsen om bepaalde maatregelen bekend te maken.
- Nood aan oriëntatie in de gezondheidszorg voor mensen die de gezondheidszorg in België niet kennen.

4.7. Het gezondheidsbeleid in Lier

- Lier heeft **geen gezondheidsraad**. Er is wel een zieken- en gehandicaptenraad. Dit is eerder een verenigingsraad. De insteek van deze raad is niet in de eerste plaats de toegankelijkheid van de gezondheidszorg of preventieve activiteiten voor bepaalde doelgroepen. Er is ook geen welzijnsraad of er is geen “gezondheidsambtenaar” die andere gemeenten soms wel hebben.
- Binnen het **lokaal sociaal beleidsplan** van Lier is het thema gezondheid, in de zin van toegankelijkheid van de gezondheidszorg en preventie geen prioriteit. Bij de opmaak van het Lokaal Sociaal Beleidsplan keek men naar:
 - de spelers die actief zijn rond dat thema: er wordt gekeken naar het LOGO en de ziekenfondsen wat gezondheidspromotie betreft
 - wat de impact van de partners op het beleid kan zijn. Decretaal zijn er op vlak van gezondheid minder mogelijkheden voor de stad en het OCMW (in vergelijking met huisvesting – tewerkstelling)Daarom kiest Lier ervoor om:
 - in te spelen op initiatieven van het LOGO
 - het lokaal dienstencentrum als spil te laten fungeren voor het OCMW en het lokaal sociaal beleid wat het thema preventie betreft. Het recreatieve aanbod van het dienstencentrum moet als hefboom dienen om te werken aan:
 - o informatie
 - o vorming
 - o beweging
- Geestelijke gezondheidszorg en de toegankelijkheid daarvan is wel een prioritair thema in het lokaal sociaal beleidsplan. Dit naar aanleiding van signalen van de sociale dienst van het OCMW, andere diensten en organisaties in Lier en de ‘doelgroep’ die betrokken was bij het opmaken van het lokaal sociaal beleidsplan.

In het lokaal sociaal beleidsplan van Lier staat:

Verbeteren van de eerstelijnsaanpak inzake de psychische problematiek zodat geestelijke gezondheidszorg voor méér mensen toegankelijker wordt.

	evaluatie aanbod geestelijke gezondheidszorg, verkennen mogelijkheden van aanvullend aanbod rond geestelijke gezondheidszorg, projectvoorstel, uitvoering	méér effectieve omgang met psychische problematiek bij cliënten	overzicht aanbod + analyse tekorten
--	---	---	-------------------------------------

Biedt een wijkgezondheidscentrum hier een antwoord op?

Een wijkgezondheidscentrum **participeert actief** aan een **gezondheidsbeleid** in de wijk of het werkingsgebied. In samenwerking met relevante partners neemt het wijkgezondheidscentrum initiatieven om er **gezondheidsbehoeften te detecteren en aan te pakken**.

Een wijkgezondheidscentrum **werkt actief samen** met lokale en regionale (beleids)partners op de domeinen van gezondheid en welzijn. Een wijkgezondheidscentrum streeft naar een structurele samenwerking met de actoren die ertoe bijdragen een gepast antwoord te bieden aan de zorgnood van de patiënten en wijkbewoners.

5. Aanbod gezondheidszorg in Lier

Huisartsen

Het hebben van een vaste huisarts

Hoewel het belangrijk is dat mensen een vaste huisarts hebben die hun verhaal kent waardoor hij patiënten beter kan helpen en begeleiden, stellen sleutelfiguren vast dat er een **tendens** is dat mensen **geen vaste huisarts** hebben en shoppen.

Groepen die hierbij opvallen zijn:

- jonge mensen
- nieuw samengestelde gezinnen
- alleenstaande vrouwen met kinderen waarbij de vader de vrouw en kinderen onvoldoende financieel ondersteunt waardoor ze het financieel moeilijk hebben

Aanbod van huisartsen

Er zijn een 30-tal huisartsen gevestigd in Lier. Er zijn gemiddeld 1162 patiënten per arts. In vergelijking met de rest van de provincie Antwerpen is dit normaal (tussen de 1000 en 1200 patiënten per arts). Er is **geen** sprake van een **huisartsentekort**. Lier komt dus niet in aanmerking voor Impulso-middelen.

Er zijn 6 **groepspraktijken**, vooral duopraktijken, in Lier. De laatste 5 jaren zijn er in Lier 4 groepspraktijken bijgekomen. Er zijn er geen gestopt. Het lijkt de tendens van groepspraktijken te bevestigen.

Toegankelijke artsen

Er zijn een aantal huisartsen die door verschillende sleutelfiguren genoemd worden als toegankelijke huisartsen die bereid zijn om bv. met de derdebetalersregeling te werken of die aandacht hebben voor bepaalde problematieken (bv. verslaving).

Toepassing derdebetalersregeling

⇒ zie pagina 9

Huisartsenkring en wachtkring

De huisartsenkring is niet hetzelfde als de wachtkring.

Verschuillende sleutelfiguren geven aan dat het niet evident is om toegang te vinden bij de huisartsenkring.

Voor Lier (2500) zijn er twee wachtdiensten: Lier en Koningshooikt.

Op 22 november 2002 staken een aantal artsen van de streek rond Lier de koppen bij elkaar om zich te buigen over de vorming van één grote wachtkring. De voordelen waren overduidelijk: vertegenwoordiging naar overheid, artsenverenigingen, syndicaten en ziekenhuizen kan efficiënter en met meer impact gebeuren. Organisatie van bijscholingen en wachtdiensten gebeuren gecoördineerd en dus beter afgestemd op de noden van artsen en patiënten.

Over deze doelstellingen was - en is - er een duidelijke consensus. Sindsdien werken de voorzitters van de wachtkringen enthousiast aan de uitwerking van dit project. Intussen zijn ze officieel erkend als huisartsenkring HPO, wordt er intens gecommuniceerd via e-mailgroepen en zijn ze bijna rond om

één centraal oproepnummer te gebruiken voor noodoproepen, dit alles met respect voor de eigenheden van de deelnemende wachtkringen.

De kring heeft het statuut van een vzw met zetel te Lier, Antwerpse steenweg 59/61.

HPO omvat verschillende wachtdienstonderdelen:

- HVLO (Huisartsenvereniging Lier en omstreken): Emblem – Lier
- Wachtkring BKK: Berlaar – Kessel – Koningshooikt
- Wachtkring Nijlen – Bevel
- HBVK (Huisartsenvereniging Beneden Kempen): Broechem – Massenhoven – Ranst – Viersel – Zandhoven
- Wachtkring Duffel
- GROVOBOPP: Bouwel – Grobbendonk – Pulderbos – Pulle – Vorselaar
- Wachtkring Voorkempen: Oelegem – Schilde – 's Gravenwezel – Wijnegem
- Wachtkring Herenthout

Ziekenhuizen, specialisten

Heilig Hart – Ziekenhuis

Diagnosecentrum DLO (polykliniek)

Verpleegkundigen, verzorgenden

Verpleegkundigen

- Zelfstandige verpleegkundigen
- Wit-Gele Kruis van Antwerpen – Lier
- SIT (SamenwerkingsInitiatief Thuiszorg) – Thuiszorgoverleg Mechelen (TOM)

Gezinszorg

- Liers Centrum voor Gezinszorg

Kinesisten

Geestelijke gezondheidszorg

Luisterend oor

- d' Amandelboom
d' Amandelboom is een ontmoetingsplek in Lier georganiseerd vanuit Psychiatrisch Centrum Broeders Alexianen. Het activiteiten aanbod is niet therapeutisch van aard. d' Amandelboom staat open voor iedereen maar zorgt ervoor dat zeker ook mensen met een psychiatrische achtergrond er zich thuis kunnen voelen. D' Amandelboom wil bijdragen tot de maatschappelijke waardering en (re)integratie van mensen met een psychiatrische achtergrond.

- Straathoekwerk
- Ons Gedacht
Ons Gedacht is een vereniging waar armen het woord nemen.
- Sociaal Restaurant
- In het sociaal restaurant kunnen mensen terecht voor een betaalbare maaltijd. Daarnaast kunnen mensen er terecht voor ontmoeting, ontspanning en contact met andere Lierse welzijnsorganisaties.

Ambulante hulpverlening

- Centrum Geestelijke Gezondheidszorg De Pont: kinderteam, volwassenenteam, ouderenteam
- CAW Het Welzijnshuis
- Psychiatrische Thuiszorg
- Privé-psychologen

Residentiële hulpverlening in de Lier en de regio

- PAAZ (Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis) Heilig Hartziekenhuis in Lier
- Psychiatrische ziekenhuizen in de nabije omgeving:
 - o Boechout – PC Broeders Alexianen
 - o Duffel – PZ Sint-Norbertus
 - o Mortsel – PZ Sint-Amadeus
 - o Zoersel – PZ Bethaniënhuis

Crisisopvang

- Leefgemeenschap De Brug
Leefgemeenschap De Brug is geen erkende hulpverleningsinstantie. In hun statuten staat dat ze “mensen opvangen om welke reden dan ook”. Het profiel van de mensen die zij opvangen is dan ook zeer divers. Ze treden zelf niet op als hulpverleners maar leiden wel mensen toe naar diensten die wel de gepaste hulpverlening kunnen bieden. Leefgemeenschap De Brug heeft ook een nachtverblijf.
- CIC Mechelen
- Vrouwenopvanghuis Boechout
- Crisiskamers OCMW Lier
Dit is een beperkte opvangmogelijkheid namelijk 3 crisiskamers die per 4 maanden verhuurd worden met een éénmalige mogelijkheid tot verlenging.
- PAAZ-afdeling voor psychische crisis.
- PC Broeders Alexianen te Boechout heeft paar crisisbedden

Preventie

- Stad Lier – Dienst Criminaliteitspreventie – Project Drugspreventie
- LOGO (Lokaal GezondheidsOverleg) (regionaal samenwerkingverband tussen gemeentebesturen, huisartsenkringen en andere organisaties die rond gezondheid werken)
Het Logo werkt in opdracht van de Vlaamse overheid aan ziektepreventie en gezondheidspromotie.
De Vlaamse overheid formuleerde Vlaamse gezondheidsdoelstellingen voor de LOGO's:
 - bevorderen van consumptie van gezonde voeding
 - daling van het aantal rokers
 - preventie van ongevallen in het verkeer en de privé-sfeer
 - verhoging van de deelname van doelgroepvrouwen aan het bevolkingsonderzoek naar borstkanker
 - bestrijden van infectieziekten
 - preventie van depressie en zelfdoding

6. Organisatie gezondheidszorg in Lier

Ligging, demografie, huisvesting, arbeidsmarkt Lier

2 1. A. Ligging provincie Antwerpen



Gemeente	Aantal inwoners ¹⁴
Lier	33 492
Nijlen	21 210
Berlaar	10 730
Ranst	18 061
Putte	15 907
Sint-Katelijne-Waver	19 976
Duffel	16 235
Lint	8 089
Boechout	12 335

Een wijkgezondheidscentrum richt zich tot alle inwoners van een bepaald grondgebied. Dit betekent dat alle inwoners, arm of rijk, van verschillende etnische of socio-economische oorsprong, met of zonder legaal verblijfsstatuut, uit een bepaald afgebakend gebied patiënt kunnen worden in een wijkgezondheidscentrum.

Het is noodzakelijk om een grondgebied af te bakenen o.a. omwille van volgende redenen:

- de toepassing van het forfaitair systeem
- de gemeenschapsgerichte werking. Een wijkgezondheidscentrum kan zich zo focussen op de specifieke noden van de inwoners van zijn werkingsgebied. Dit maakt dat het werkingsgebied ook niet te ruim genomen mag worden.

Naast Lier lijkt het aangewezen om het werkingsgebied van het wijkgezondheidscentrum uit te breiden met Berlaar, Nijlen en eventueel Emblem. Dit omdat:

- De inwoners van een aantal gemeenten rond Lier (Berlaar, Nijlen) gericht naar zijn naar Lier. Zij komen naar Lier voor heel wat diensten en activiteiten (bv. sociaal restaurant, 15 % van de mensen die het straathoekwerk bereikt komen van buiten Lier ...)
- Emblem: valt overal wat tussen.

¹⁴ op 1 januari 2008; bron: FOD Economie

7. Aandachtspunten die sleutelfiguren en bevroagden aangaven voor de goede werking van een wijkgezondheidscentrum

De reactie van de bevroagden en sleutelfiguren was overwegend (zeer) positief.
Omwille van :

- de financiële drempel die wegvalt
- de aandacht die er is voor preventie
- de integrale aanpak

Volgende **aandachtspunten en randvoorwaarden** werden aangegeven:

- belang van welzijn en aandacht voor het psychische aspect van gezondheid
- bekijken van het geheel en niet – zoals nu dikwijls gebeurt – een stuk van het probleem bekijken
- nut van een maatschappelijk assistent binnen een Wijkgezondheidscentrum om mensen te informeren
- het belang van de verbinding met maatschappelijk werk en OCMW
- aandacht voor preventief werken is belangrijk
- aandacht voor specifieke drempels bij allochtonen / mensen zonder papieren
 - om toegankelijkheid te bevorderen voor allochtonen (vrouwelijke moslims) is een vrouwelijke arts binnen een wijkgezondheidscentra belangrijk
 - aandacht voor taalproblemen
- liefst het werkingsgebied iets ruimer dan enkel Lier. Verschillende voorzieningen bereiken mensen van buiten Lier.
- als men wil bereiken dat een wijkgezondheidscentrum een divers publiek bereikt is het vanaf het begin belangrijk om zich ook te richten naar niet-kansengroepen.
- Een wijkgezondheidscentrum moet aandacht hebben voor de zelfredzaamheid van hun patiënten. Wanneer ze bv. naar andere artsen (specialisten, of disciplines die niet aanwezig zijn in het wijkgezondheidscentrum) buiten het wijkgezondheidscentrum moeten gaan moeten zij weten wat ze moeten doen (bv. met het briefje naar de mutualiteit gaan).
- zowel mensen in armoede als bezochte organisaties vinden het belangrijk dat initiatieven niet stigmatiserend zijn. Een wijkgezondheidscentrum richt zich tot de gehele bevolking van een bepaald werkingsgebied. Ze wensen zeker geen gezondheidszorg te bieden enkel voor mensen die de gewone gezondheidszorg niet kunnen betalen en mikken dus op een divers publiek. Het is dus alleszins niet de bedoeling om een duale gezondheidszorg te creëren nl de prestatiegeneeskunde voor de mensen die het kunnen betalen en de forfaitaire geneeskunde voor de mensen die het niet kunnen betalen. Bovendien is het zo dat, om een haalbare werking te hebben, het nodig is dat er een evenwicht is tussen mensen die veel en mensen die weinig zorg nodig hebben.
Daarom is het belangrijk dat ook andere huisartsen en zorgverstrekkers toegankelijker worden zodat mensen niet afhankelijk zijn van het wijkgezondheidscentrum
- duidelijke informatie geven over de gevolgen van zich inschrijven in een wijkgezondheidscentrum. Aandacht voor uitschrijving.

- aandacht hebben voor de financiële mogelijkheden van de patiënten (bv. generische geneesmiddelen)
- bereikbaarheid: centraal gelegen, bereikbaar ook voor mindervaliden en bejaarden
- de betrokkenheid van de patiënt in de organisatie van het centrum en de manier waarop het zorg biedt. Binnen een wijkgezondheidscentrum biedt men inspraakmogelijkheden (bv. klachtenprocedure, tevredenheidsenquête, vertegenwoordiging van patiënten in bestuursorganen, patiëntengroep met inspraakmogelijkheden).
- belang van aansluiting op en doorverwijzing naar het reguliere zorgaanbod (tandzorg, diëtisten, logopedie, ziekenhuizen...)

8. Conclusie

Een wijkgezondheidscentrum biedt volgens ons heel wat mogelijkheden op een antwoord te bieden op de diverse noden die we vaststelden op vlak van toegankelijkheid van de gezondheidszorg.

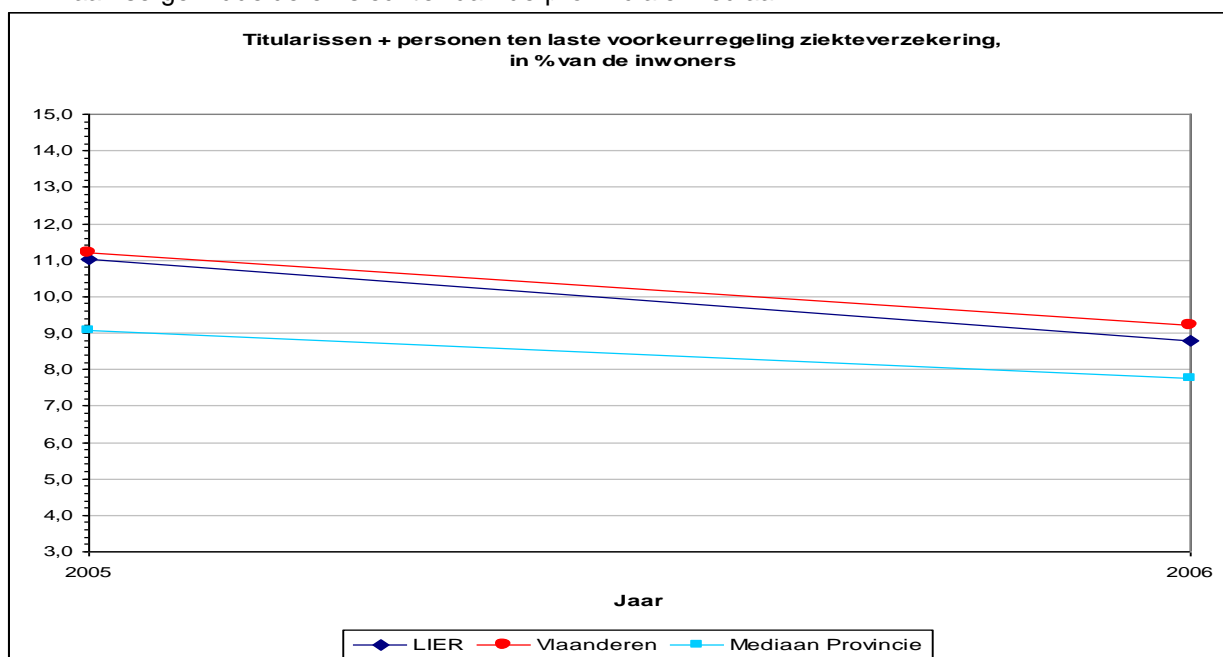
9. Cijfers over de Lierse sociaal-economische situatie (Uit lokaal sociaal beleidsplan)

Hieronder vind je een aantal sociaal-economische gegevens van Lier.

1. Maatschappelijke dienstverlening

2.917 Lierenaars beschikken over een voorkeurregeling in de ziekteverzekering. Dit is een indicatie voor het aantal mensen met een laag inkomen. ('06)

- +/- 10% van de Lierse bevolking beschikt over een laag inkomen. Lier scoort hiermee beter dan het Vlaamse gemiddelde en slechter dan de provinciale mediaan.

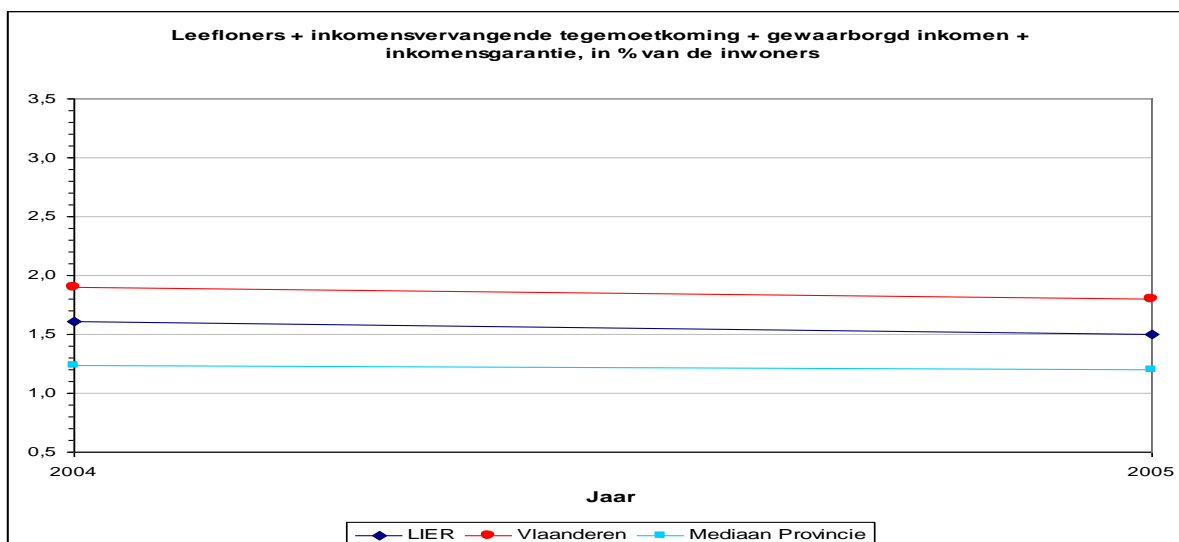


553 Lierenaars beschikken over een basisinkomen ('04). Het aandeel in de bevolking is relatief 'gemiddeld'.

- De meerderheid van de basisinkomens gaat naar senioren (56%), daarna naar gehandicapten (26%) en tenslotte naar leeflonen (18%).

Leefloners (2002-2004)	Inkomensvervangende tegemoetkoming personen met handicap (2004)	Gewaarborgd inkomen of inkomensgarantie (2002-2004)	Totaal
98	145	310	553

- Het aandeel Lierenaars dat leeft van een basisinkomen ligt relatief lager dan het Vlaams gemiddelde en hoger dan de provinciale mediaan.



2. Gegevens over specifieke steuntypes

2.1. Leefloon

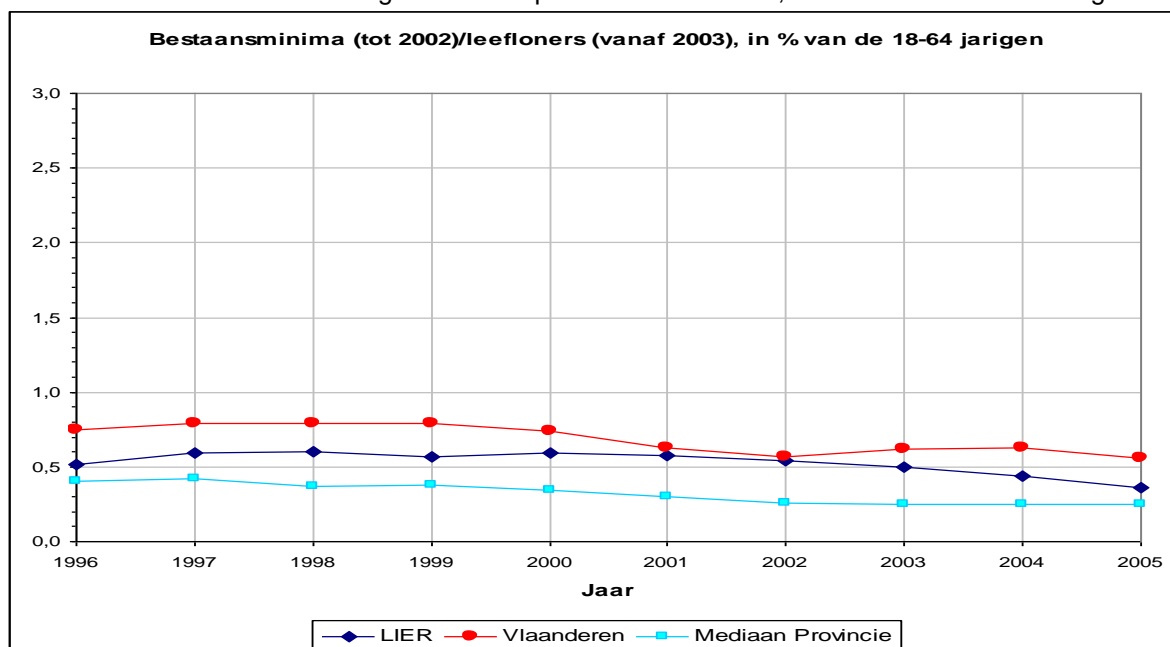
Het aantal leefloners blijft relatief stabiel.

- Tussen '00 en '06 nam het aantal leefloners af, maar deze afname is niet structureel: tussen '05 en '06 valt een stijging op.

	2003	2004	2005	2006
Gemiddelde/maand	89	72	67	81
Bedragen/jaar	718.287	496.175	459.664	558.639

Het aandeel leefloners in de bevolking van Lier is relatief 'gemiddeld'.

- Het aandeel leefloners in Lier ligt boven de provinciale mediaan, maar onder het Vlaams gemiddelde.



'De' leefloner is een jonge, alleenstaande vrouw. ('06)

- Méer dan de helft van de leefloners is vrouw.

	2000	2003	2006
V	55% (113)	57% (105)	57% (109)
M	45% (91)	43% (78)	43% (82)

- 1 op 3 van de leefloners is jonger dan 25.

	2003	2006
-25	33%	34%
+ 25	67%	66%

- 3 op 4 van de leefloners is alleenstaand (met kinderlast).

Samenwonend	25%
Alleenstaand	51%
Alleenstaand, met kinderlast	24%

Nog enkele opvallende vaststellingen bij leefloners... ('06)

- Bijna 1 op 8 van de leefloners is een jonge, alleenstaande ouder.

alleenstaand met kinderlast, -26 jaar	totaal
26	191

- Bijna 1 op 2 van de alleenstaande leefloners is jonger dan 26.

alleenstaand, < 26 jaar	totaal alleenstaanden
29	60

- Bijna 1 op 3 is ouder dan 55

> 55 jaar (1/11/06, toevalsteekproef)	Totaal
32	105

- 7% van de leefloners zijn studenten

Studenten	Totaal
14	191

2.2. Financiële steun (vluchtelingen)

De financiële steun aan vluchtelingen nam de afgelopen jaren fors af.

- Terwijl de financiële steun min of meer stabiel bleef tot 2004, neemt deze tussen 2004 en 2006 af met 43%

	2002	2003	2004	2005	2006
Steun aan vluchtelingen	1.405.194	1.496.699	1.516.504	1.188.522	873.399

- De afname situeert zich vooral bij de groep vluchtelingen waarvan de uitkering 100% gesubsidieerd wordt (= groep die verblijft in Lier, of huisvesting aangeboden is in Lier).

	2003	2004	2005	2006
50%	20	69	74	65
100%	283	246	169	187

'De' vluchteling is een man.

- 2 op 3 vluchtelingen is man.

	2003	2004	2005	2006
M	71%	69%	66%	65%
V	29%	31%	34%	35%

2.3. Bijkomende steunverlening

2.3.1. Steun voor huisvesting en energie

De stijging in de kosten voor huisvesting – met als gevolg de nood aan bijkomende financiële ondersteuning op dit terrein – is de afgelopen jaren zeer aanzienlijk. Naast de kost voor huisvesting, wordt – voor almaar méér huishoudens – de kost voor energie zwaar om dragen.

2.3.3. Steun voor medicatie

Kenmerkend is ook dat de kosten voor medicatie – bij een (relatief) beperkte groep mensen - hoog oplopen.

- Voor 85 cliënten werd een totaalbedrag van 31.580 euro voorzien aan tussenkomsten in kosten voor medicatie.

	2003	2006	gemiddeld bedrag/cliënt
totaalbedrag aan	10.348	31.580	371

apotheeктоelagen			
cliënten	51 personen	85 personen	

3. Schulden

De schuldenproblematiek wint fors aan belang.

- Het openen van rekeningen in functie van schuldenbegeleiding via het OCMW is op 2 jaar tijd gestegen met 60%.

2004	2006	2007
171	272	288

4. Materiële hulpverlening

Het sociaal restaurant kent – zowel naar kwantitatief als kwalitatief bereik – een groot succes.

- Per maaltijdmoment worden 55 mensen uit 'de doelgroep' bereikt. ('06)

	Bereik/maaltijdmoment	Bereik/maand
Mensen met kortingskaart	55	657
Mensen zonder kortingskaart	10	124
Vrijwilligers	11	130

Het bereik van de vernieuwde voedselbank ('t Hofke) stijgt – sinds de opstart – zeer aanzienlijk.

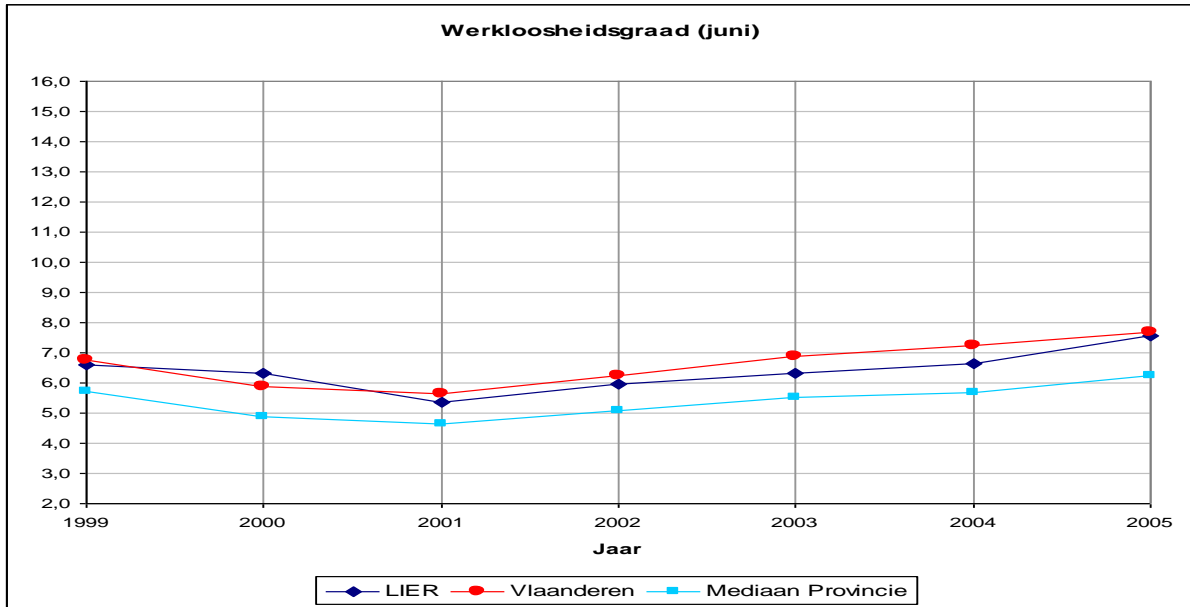
- Op 31/01/07 werden 115 gezinnen (in totaal 274 personen) bereikt: het aantal gebruikers van de vernieuwde voedselbank, steeg op 4 maanden tijd met bijna 100%

	totaal	1-2 p.	3-4 p.	> 5 p.
28/09/06	59	31	16	12
31/01/07	115	74	24	17
Aandeel	100%	64.34%	20.86%	14.78%
Toename %	94.91%	139%	50%	41.66%

2. Werk

De globale werkloosheidsproblematiek in Lier is relatief beperkt. Op 1/1/07 bedroeg de werkloosheidsgraad 6,5% (997 werklozen).

- De werkloosheidsgraad in Lier is lager dan het Vlaams gemiddelde, en hoger dan de provinciale mediaan (zie evolutie '99-2005). Feit is wel dat sinds 2005 de afname van de werkloosheid spectaculair is.



2. De werkloze in beeld (1/1/07)

'De' Lierse werkloze beantwoordt in alle opzichten aan het gemiddelde: Belg, laaggeschoold, vrouw, ouder dan 40 en kortdurig (minder dan 1 jaar) werkloos.

- Méér dan de helft is vrouw
- Bijna de helft ouder dan 40
- Méér dan de helft laaggeschoold
- De helft is minder dan 1 jaar werkloos
- Grote meerderheid van Belgische afkomst

De (belangrijke) groep van langdurig werklozen in Lier groeit (fors).

- 1 op 3 werklozen is langer dan 2 jaar werkloos; de afgelopen 5 jaar nam deze groep gestadig toe – en opvallend is dat deze groep in Lier tussen 06 en 07 bijna dubbel zo sterk steeg dan in Vlaanderen.

Een (belangrijke) groep werklozen cumuleert factoren – die de kans op werk (zeer) negatief beïnvloeden. Hierdoor dreigt/is een groep (zeer) ver af te drijven/afgedreven van de arbeidsmarkt

- 152 Lierenaars cumuleren 3 kenmerken – die de kans op werk negatief beïnvloeden (ouder (+ 40), laaggeschoold en langdurig werkloos (+ 2 jaar)). Hun aantal (van 72 naar 152) en aandeel in de werklozenpopulatie (van 7,6 naar 15,2%) steeg de afgelopen 5 jaar.

De problematiek van jongerenwerkloosheid stelt zich ook in Lier.

- 1 op 5 van de werklozen is jonger dan 25 (21%) – hetgeen iets hoger ligt dan het Vlaams gemiddelde (19%). Bovendien is de afname van deze groep in Lier (aanzienlijk) minder sterk dan in Vlaanderen.

werkloze jongeren	laaggeschoolde jongeren	langdurig (> 1 jr) werkloze jongeren	Aandeel in werklozenpop.	Evolutie (06-07)
209	48% (100) VI 50%	15% (31)	21% (VI: 19%)	-7,9% (VI: -18,8%)

- 14% van de 18-24 jarigen is werkloos. Lier scoort hiermee op hetzelfde niveau dan het Vlaams gemiddelde, maar slechter dan de provinciale mediaan.

Een minderheid van de werklozen is arbeidsgehandicapt.

- 1 op 8 van de Lierse werklozen is 'arbeidsgehandicapt'

aantal	aandeel in werklozenpopulatie
151	15,1%

De werkloosheid bij Lierenaars van allochtone afkomst is dubbel zo groot dan de gemiddelde werkloosheid – hiermee scoort Lier licht beter dan Vlaanderen.

- 1 op 8 van de mensen van allochtone afkomst (afkomst niet EU) is werkloos. Daarmee is de problematiek dubbel zo sterk dan de globale werkloosheid in Lier.

Niet EU burger	7,1% (71) – VI 8,2%
Met afkomst niet – EU	15,3% (153) – VI 16,8%

Kenmerkend is dat de werkloosheidsproblematiek bij mensen van allochtone afkomst zich sterker concentreert bij mannen en bij jongeren.

- In verhouding met de Vlaamse cijfers, zijn mannen en -40 jarigen oververtegenwoordigd in de werkloosheidsstatistieken bij mensen van allochtone afkomst. Het aandeel van langdurig werklozen en laagopgeleiden situeert zich op hetzelfde niveau dan de Vlaamse cijfers.

	afkomst niet EU	Vlaanderen
Mannen	59%	47%
+ 40 jaar	29%	46%
> 2 jaar	36%	33%
Laagopgeleid	53%	51%

3. Wonen

1. Algemene basisgegevens ('01)

De woningmarkt van Lier telt veel huurwoningen.

- 1 op 3 woningen in Lier behoort tot de huursector – een cijfer dat merkkelijk hoger is i.v.m. Vlaanderen en de provincie.

	Lier	Vlaanderen	Provant	Provant – mediaan
Aandeel huurders	34%	26%	29%	20%

Wat de kwaliteit van woningen betreft, scoort Lier minder goed dan het provinciaal gemiddelde.

- Bijna 5% van de woningen in Lier heeft géén klein comfort; 30% van de woningen beschikt over ten hoogste klein comfort. Lier scoort hiermee minder goed dan het provinciaal gemiddelde.

	Lier	Provant
woningen met hoogstens klein comfort	30,6%	17,7%
Woningen zonder klein comfort	4,8%	3,5%

Het aantal woningen die op de lijst van leegstaande, verwaarloosde of ongeschikt en onbewoonbaar verklaarde woningen vermeld staat blijft stabiel.

- In Lier waren er (in '06) 319 wooneenheden leegstaand, verwaarloosd of ongeschikt en onbewoonbaar.

Het aantal sociale woningen in Lier (SHM) is van gemiddeld niveau (05)

- Het aandeel sociale woningen (775 in totaal: 243 appartementen/ 532 huizen) ligt met +/- 5% (ivm aantal huishoudens) op hetzelfde niveau dan het Vlaams gemiddelde, en een stuk hoger dan de provinciale mediaan.

Het aanvullend sociaal woningaanbod (OCMW en SVK) is hoog. (01/01/07)

- Naast het LMH aanbod zijn bijna 200 extra woningen op de markt die volgens sociale voorwaarden verhuurd worden.

Nochtans lopen de wachttijden voor een sociale woning erg hoog op.

- Voor een klassieke sociale woning kan de wachttijd jarenlang oplopen.

	Aantal wooneenheden	Aantal inschrijvingen (31/12/06)	Inschatting naar gemiddelde wachttijd
--	---------------------	----------------------------------	---------------------------------------

Sociale huurwoningen Domus Flandria	21	88	+ /- 10 jaar
Sociale huurwoningen OCMW stelsel	8	19	ngl. punten
Sociale huurwoningen SVK	29	299	ngl. punten
Ouderenwoningen OCMW	144	89	+ /- 4 jaar
LMH	775	482	+ /- 4 jaar

- Vooral naar alleenstaanden is er een tekort aan sociale woningen (LMH) ('05).

alleenstaanden	alleenstaanden + kinderen	koppels	Koppels met kinderen
193	151	81	79

15 wooneenheden worden ter beschikking gesteld in functie van tijdelijke opvang. ('07)

- De gemiddelde verblijfsduur is lager dan 1 jaar.

	Aantal woningen	Gemiddelde verblijfsduur
Crisiswoningen	2	2,9 maanden
Transitwoningen autochtonen	8	7,3 maanden
Transitwoningen allochtonen	5	4,6 maanden

Een 50-tal mensen werden via gerechtelijke weg verzocht om hun huis te verlaten.

- In 2006 ontvingen 47 mensen een verzoekschrift tot uithuiszetting.

'05	'06
61	47

4. Onderwijs en opleiding

Het aantal kansarme leerlingen in Lier situeert zich op hetzelfde niveau dan in Vlaanderen.

- In het basisonderwijs beschikt bijna 1 op 5 van de leerlingen (18%) over een GOK-kenmerk. Meest frequente kenmerken zijn: moeder is niet in het bezit van een getuigschrift hoger secundair onderwijs (bij 16% van de lln) en de gangbare communicatietaal is Niet-Nederlands (bij 10% van de lln.)
- In het secundair onderwijs beschikt 15% van de leerlingen over een GOK-kenmerk. Meest belangrijke kenmerk houdt verband met: moeder zonder getuigschrift hoger secundair onderwijs.
- Op 3 jaar tijd is het aantal kansarme leerlingen stabiel gebleven. Het aantal leerlingen dat de thuistaal Niet Nederlands als gangbare communicatietaal kent, is wél gestegen met 28% (van 267 naar 341)

Het aantal leerlingen met een 'schoolse vertraging' is hoger dan het Vlaams gemiddelde.

- Bijna 1 op 5 (18%) van de leerlingen uit het basisonderwijs moest (minstens) 1 maal zittenblijven. Dat cijfer ligt hoger dan het Vlaams en lager dan het gemiddelde in de 13 centrumsteden. Opvallend is wel dat al 1 op 8 'schoolse vertraging' kent in het 1^e leerjaar van het basisonderwijs – wat er op wijst dat al erg vroeg (kleuteronderwijs) wordt ingegrepen in functie van remediëring.

Lier	Vlaanderen	13 centrumsteden
18%	15%	21%

5. Zorg voor ouderen, gehandicapten en zieken

1. Algemene basisgegevens

1.1. Ouderen

Het aantal ouderen (8.297 60-plussers) en hun aandeel in de bevolking (25%) in Lier is hoog.

- Tot 2015 is het aandeel van de 60-plussers in de bevolking (fors) hoger dan gemiddeld. Daarna is de stijging in Lier minder sterk dan het Vlaams en provinciaal gemiddelde.

Kenmerkend is dat de vergrijzing in Lier zich vroeger heeft doorgezet dan het Vlaams gemiddelde.

- Terwijl de grijze druk momenteel in Lier nog fors hoger is dan het Vlaams gemiddelde, neemt deze af in de loop der jaren. Na 2015 kent Lier een grijze druk die lager is dan het Vlaams gemiddelde en de provinciale mediaan.

De verzilvering (vergrijzing binnen de vergrijzing) kent een piek in 2015, om nadien af te nemen.

- Tussen '95 en 2005 nam de verzilvering erg fors toe. nadien vlakt de toename af, om vanaf 2015 te dalen.
- Het belangrijke aandeel ouderen in Lier heeft gevolgen voor de behoefte naar zorg. Tot +/- 2020 ligt de behoefte aan ouderenzorg in Lier boven het Vlaams gemiddelde en de provinciale mediaan.

1.2. Gehandicapten

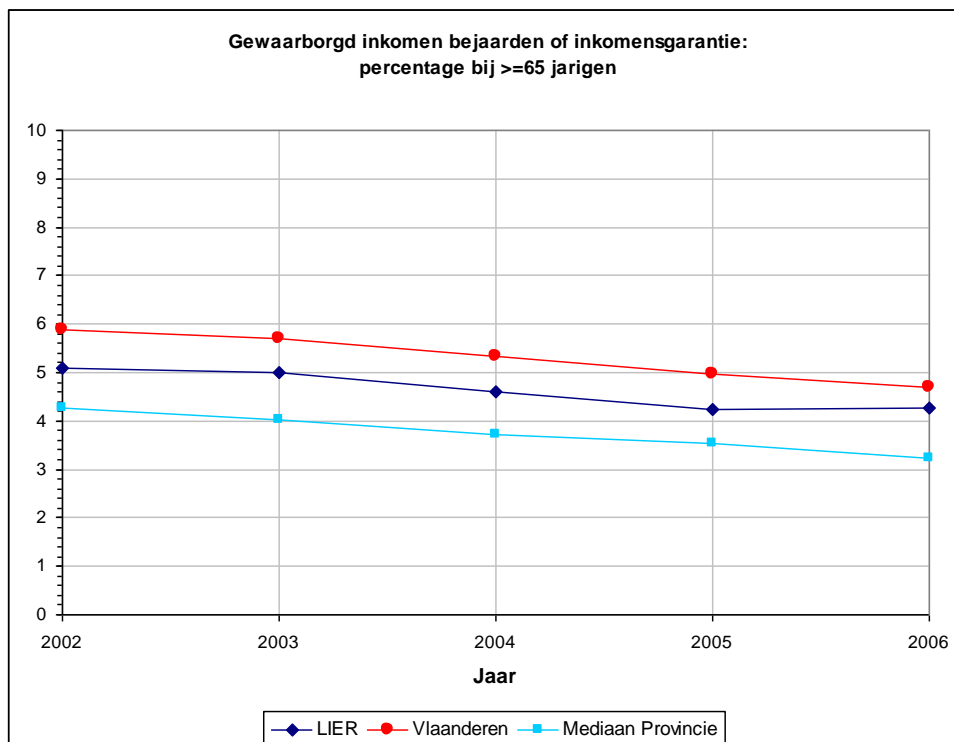
Lier telt 1.462 mensen, die een uitkering bekomen ingevolge handicap. Hun aandeel in de bevolking is relatief gemiddeld.

- Het aandeel in de bevolking, is lager dan het Vlaams gemiddelde, en hoger dan de provinciale mediaan.

3. Armoede en senioren

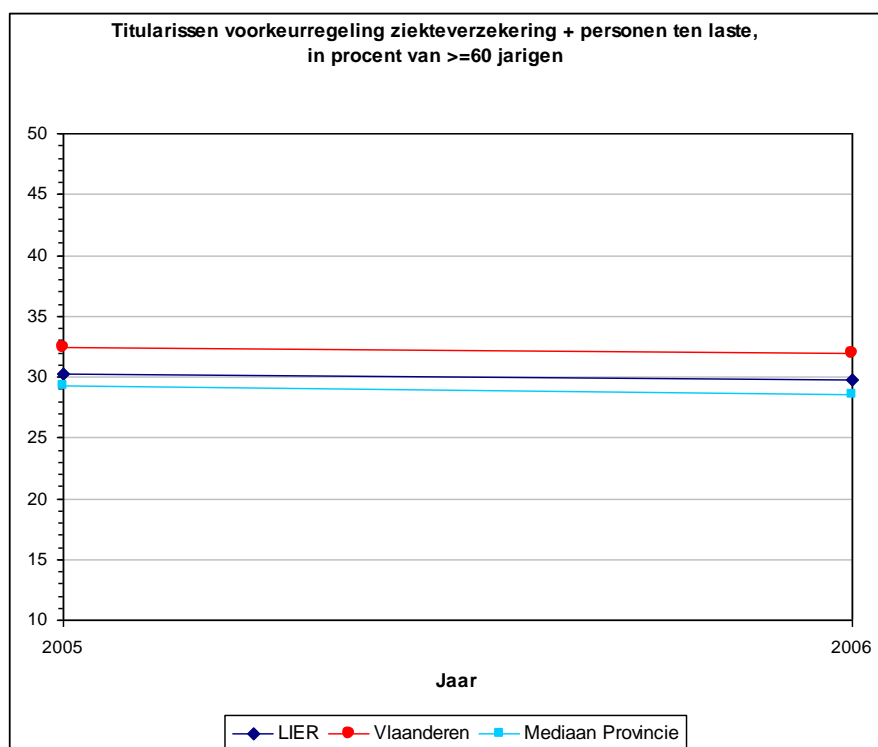
277 senioren moeten rondkomen met een minimuminkomen. (06)

- Bijna 5% van de Lierse 65 plussers beschikt over het minimuminkomen – daarmee scoort Lier beter dan het Vlaams gemiddelde en slechter dan de provinciale mediaan.



2500 senioren (60+) beschikt over een laag inkomen (lager dan +/- 1.106 EUR/maand) (05)

- +/- 30% van de 60 plussers beschikt over een laag inkomen - daarmee scoort Lier iets beter dan Vlaanderen en iets slechter dan de provincie.



4. Informele zorg

De druk op de mantelzorg neemt sterk toe.

- De verhouding tussen het aantal 80+ en het aantal 50-59 jarigen ligt in Lier fors hoger dan het Vlaams gemiddelde, hetgeen een aanwijzing is voor het feit dat de mantelzorg (die vooral wordt uitgeoefend door de groep 50-59 jarigen tav de 80 plussers) onder druk staat.

	2000	2005
Lier	35,1%	40%
Vlaanderen	29%	33%

5. Thuiszorg

81 mensen (1^e 4 maanden 07) doen beroep op de thuiszorgtoelage stad Lier

- De vernieuwde thuiszorgtoelage is succesvoller dan voorheen.

06	07 (eerste 4 maanden)
59	81

- In totaal genieten 906 Lierenaars (04) van de zorgverzekering.

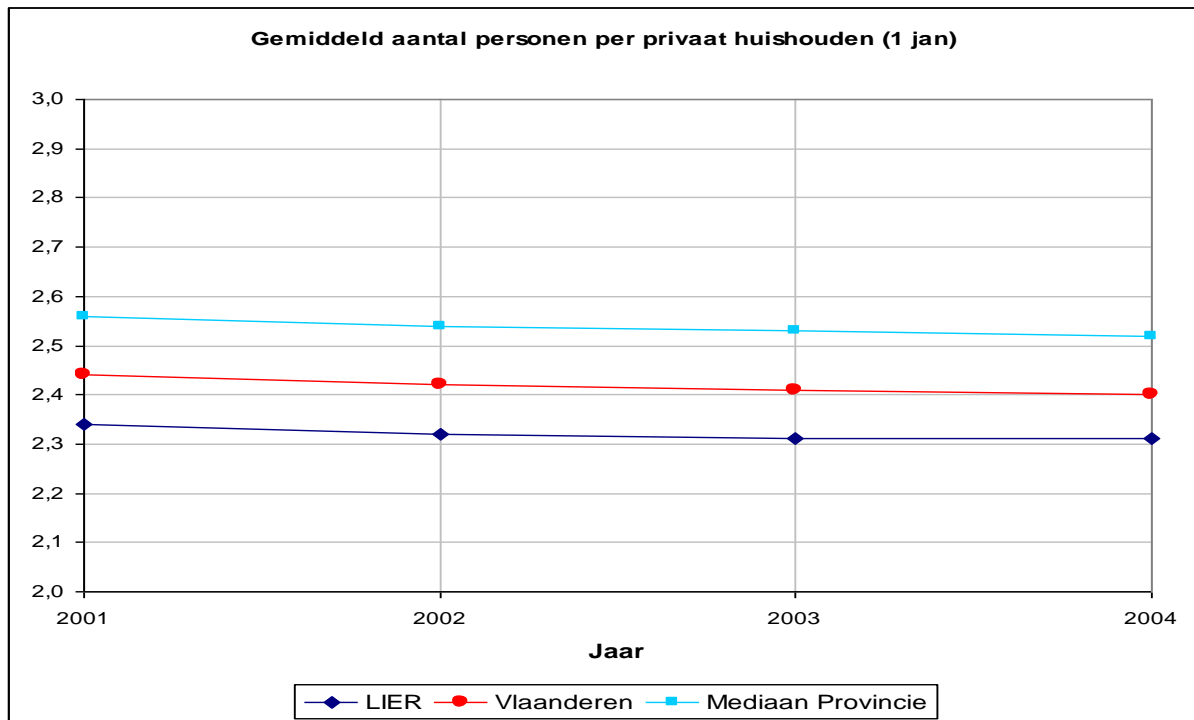
	03	04 (wettelijke uitbreiding van de doelgroep)
zv (mantel en thuiszorg)	476	513
zv (residentiele zorg)	272	393

6. Zorg voor gezinnen

1. Algemene basisgegevens

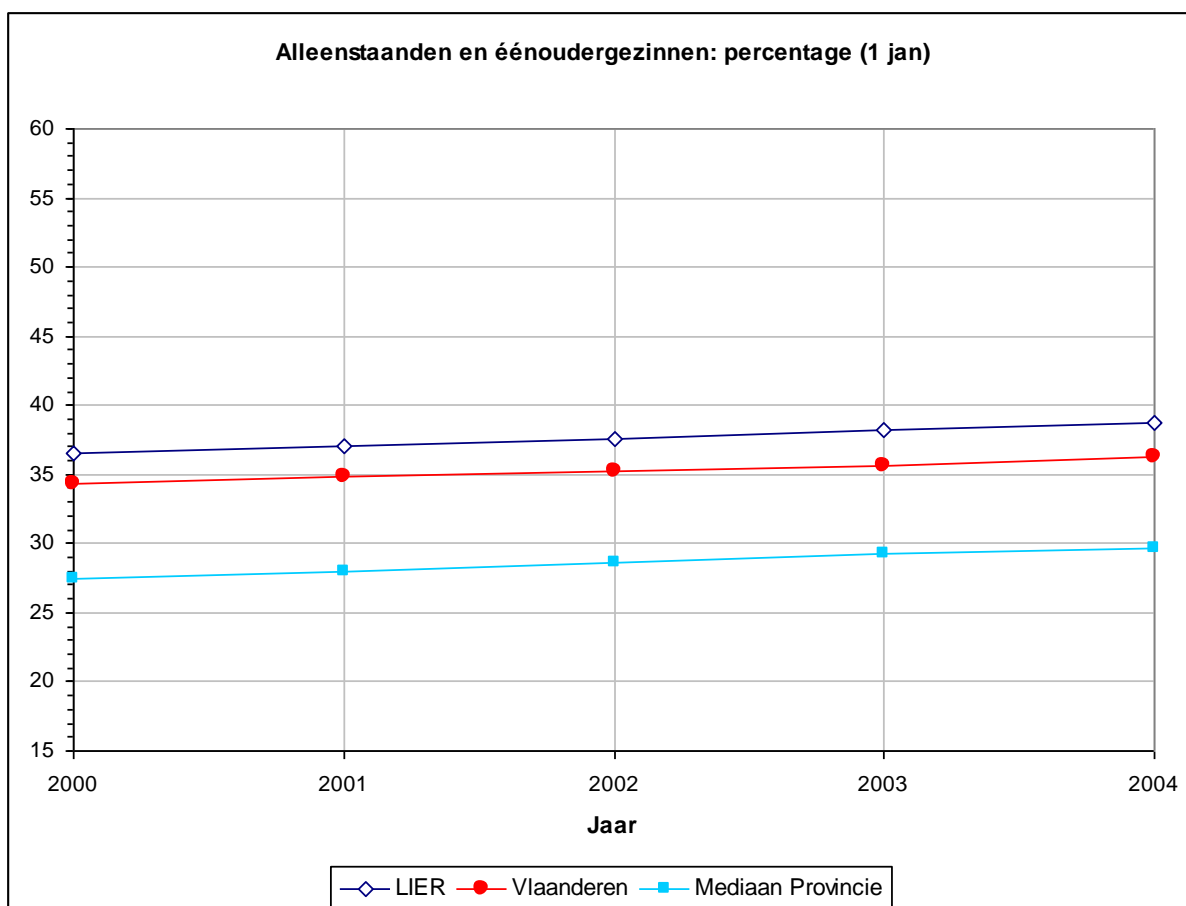
Huishoudens verdunnen almaar.

- Het gemiddeld aantal personen per huishouden ligt in Lier (fors) lager dan het Vlaams gemiddelde en de provinciale mediaan.



Het aantal alleenstaande huishoudens (met kinderlast) is hoog: bijna 4 op 10 behoort tot deze groep.

- Het aandeel alleenstaanden/eenoudergezinnen ligt in Lier hoger dan het Vlaams gemiddelde en de provinciale mediaan.



2. Gezinnen en armoede

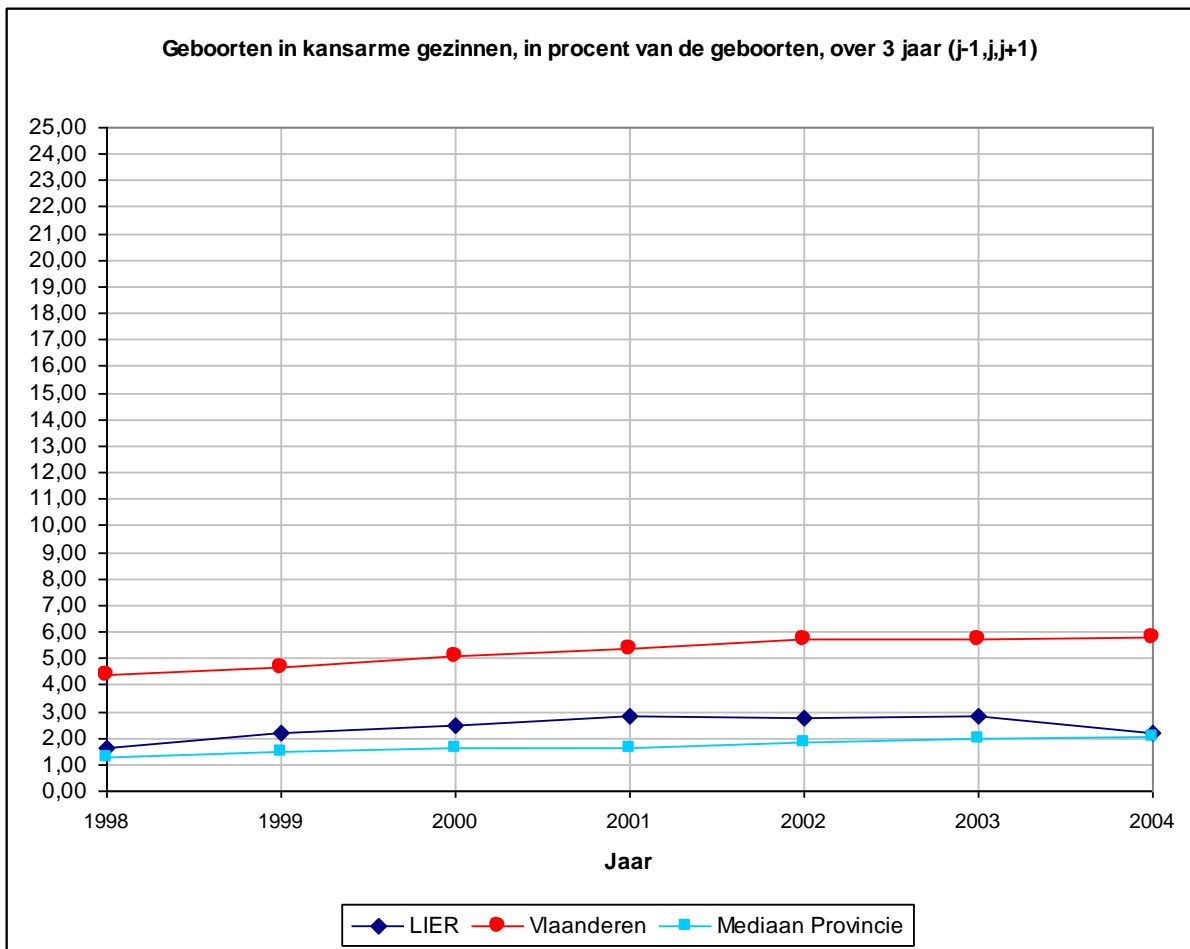
Het aandeel huishoudens met 'geringe bestaanszekerheid' (cf. geen potentiële 2^e inkomenstrekker aanwezig) situeert zich relatief op gemiddeld niveau. (04)

- Het aandeel huishoudens met geringe bestaanszekerheid is hoger dan het Vlaams gemiddelde en provinciale mediaan en lager dan het gemiddelde in de provincie Antwerpen.

	Lier	Vlaanderen	Provant	Provant (mediaan)
Alleenstaande en eenoudergezinnen/totaal huishoudens	38,7	36,2	39,3	29,7

Het aandeel 'geboortes in kansarme gezinnen' in Lier ligt relatief op benedengemiddeld niveau.

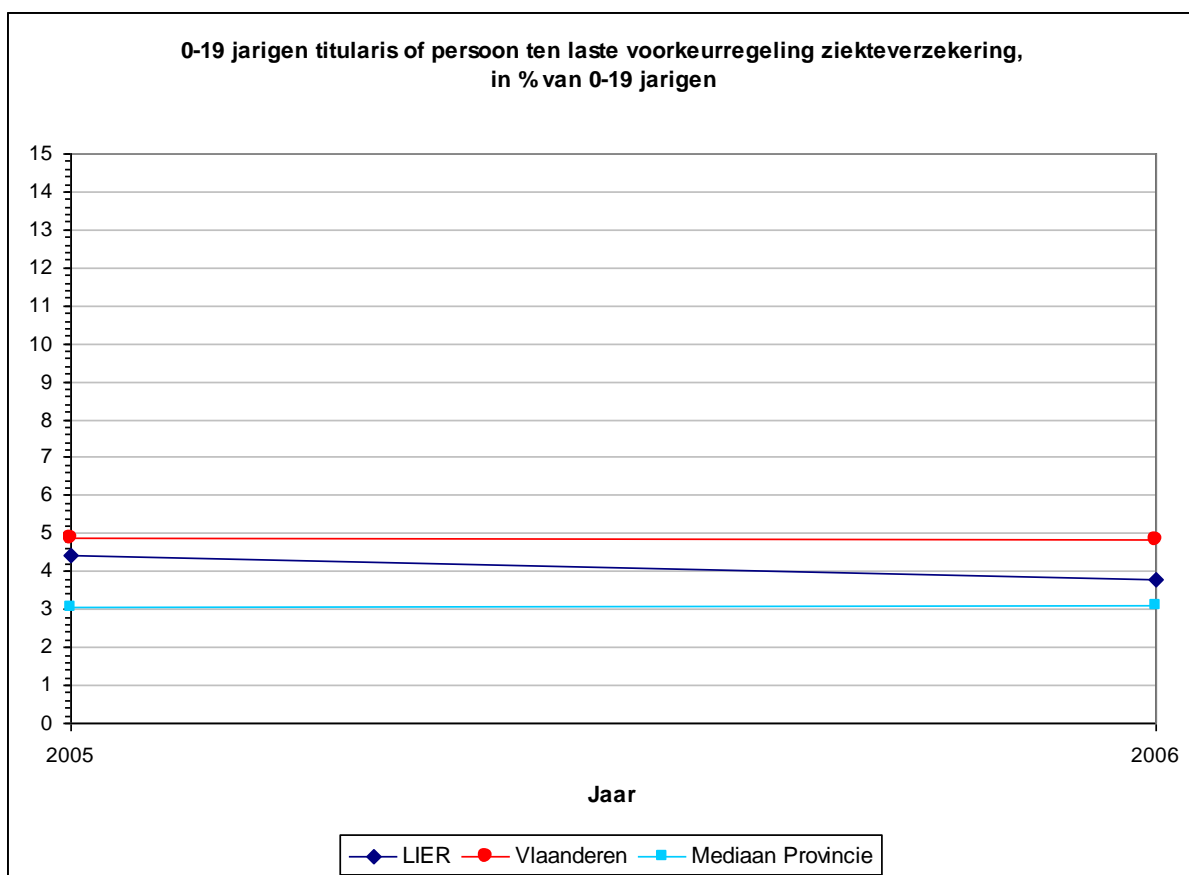
- Het aantal geboortes in kansarme gezinnen ligt lager dan het Vlaams gemiddelde en is (quasi) hetzelfde dan de provinciale mediaan.



3. Jongeren en armoede

Het aantal jongeren/ kinderen (titularis of ten laste) die beschikken over een voorkeurregeling in de ziekteverzekering (hetgeen een belangrijke indicatie is voor kansarmoede) – situeert zich op gemiddeld niveau.

- Bijna 4% van de 0-19 jarigen is titularis of persoon ten laste van de voorkeurregeling in de ziekteverzekering: Lier scoort hiermee beter dan het Vlaams gemiddelde en slechter dan de provinciale mediaan



Het aantal jongeren – in begeleiding door de bijzondere jeugdbijstand – is van gemiddelde omvang. (04)

- 81 Lierse jongeren worden (in 04) begeleid door bijzondere jeugdzorg.

	Lier	Vlaanderen	Provant
begeleide jongeren/totaal aantal jongeren	1,17 (82)	1,25	1,50

Cijfers allochtonen in Lier (voorlopige cijfers via de Lierse integratiedienst)

- **4% van de bevolking in Lier heeft een nationaliteit niet-Belg.**

Op een totale bevolking van 33.895 Lierenaars zijn er 1.346 mensen met een Niet-Belgische nationaliteit.

- **Meer dan 1 op 3 allochtonen*** (*personen met een vreemde nationaliteit ingeschreven eind december 2009 in het bevolkingsregister + wachtregister + vreemdelingen register) **woont in de Lierse binnenstad.**

Van het totaal aantal vreemdelingen (1372) volgens deze rekenmethode woont meer dan 1 op 3 in de Lierse binnenstad, en 1 op 2 in de wijken Mechelsepoort en Lisp.

- Binnenstad : 481 personen of 35.5 %
- Leuvensepoort : 138 personen of 10 %
- Mechelsepoort : 350 personen of 25.59%
- Lisp 362 personen of 26.3 %
- Herderin (afzonderlijk als adres opgegeven in de lijsten) : 13 personen
- Koningshooikt : 78 personen of 4.9 %

- **Meer dan 1 op 3 van de Lierenaars met niet – Belgische nationaliteit is Nederlander (grootste groep) of Turk.**

Het aantal verschillende nationaliteiten loopt op tot 93. De grootste groep bestaan uit Nederlanders (243). De top 3 wordt volgemaakt door Turken (217) en Marokkanen (75).

- Nederland 243
- Turkije 217
- Marokko75
- Polen45
- Duitsland 38
- Verenigd Koninkrijk36
- Russische Federatie 35

- **Gegevens uit 2005 leren dat 8,4% van de bevolking in Lier van allochtone afkomst is. Meer recente cijfers zijn niet voorhanden.**

De top 3 van de mensen van allochtone afkomst, bestaan uit mensen met een Turkse afkomst (3,9% of 1.272 mensen), een Marokkaanse (1,8% of 607 mensen) en een EU - afkomst (1,6% of 516 mensen).

BIJLAGEN

Bijlage 1

VRAGENLIJST GEZONDHEID

**Ons Gedacht vzw werkt aan het thema “toegankelijke gezondheidszorg voor iedereen”.
Met deze vragenlijst willen we te weten komen welke problemen mensen eventueel ondervinden.**

Alvast bedankt voor je medewerking!

Ons Gedacht vzw - Kluizestraat 37 te 2500 Lier

Telefoon: 03/ 488 22 72 - mail: anita.rimoux@samenlevingsopbouw.be

1. Heb je een vaste huisarts?

- JA: ik heb al jaar dezelfde huisarts
- NEEN

2. Heb je een globaal medisch dossier bij je huisarts?

- JA
- NEEN
- IK WEET HET NIET

3. Werkt je huisarts met de derdebetalers-regeling? (dan betaal je alleen het remgeld. Het remgeld is het stuk dat je niet terugkrijgt van de ziekenkas)

- JA
- NEEN
- wordt geregeld via het OCMW
- IK WEET HET NIET

4. Legt je huisarts alles goed uit? Kan je met je problemen terecht bij je huisarts?

- JA
- NEEN

5. Schrijft je huisarts - als het kan - goedkopere geneesmiddelen voor?

(= generische geneesmiddelen of 'witte producten')

- JA
- NEEN
- IK WEET HET NIET

6. Heb je het OMNIO-statuu?

- JA
- NEEN
- IK HEB HET WIGW-statuu
- IK WEET HET NIET

7. Heb jij of iemand in je gezin last van specifieke gezondheidsproblemen?

- suikerziekte
- artrose
- hoge bloeddruk
- hartproblemen
- rugpijn
- psychische problemen: depressie
-

8. Ga je soms naar spoed?

JA, WAAROM

- omdat ik geen geld had om de dokter te betalen
- omdat het weekend of nacht was en ik niet naar mijn eigen dokter kon
- omdat ik iets heel ernstig had
- omdat er specialisten zitten die meer weten dan een huisarts
- andere:

NEEN

9. Wanneer ga je naar de tandarts?

- alleen als ik pijn heb
- ook voor een preventief onderzoek
- ...

10. Stel je soms gezondheidszorgen uit omdat je geen geld hebt?

- NEEN
- JA, welke?

	nooit	af en toe	regelmatig	niet nodig
Huisarts				
Diëtist				
Kinesist				
Ziekenhuisopname				
Psycholoog of psychiater				
Opname in een psychiatrische instelling				
Logopedist				
Gynaecoloog				
Tandarts				
Specialist:				

11. Kan je het advies dat de huisarts je geeft meestal opvolgen?

- JA
- NEEN

Indien NEEN, wat is dan het probleem (je mag meerdere antwoorden aanduiden)

- aankopen van de medicatie
 - medicatie volledig innemen
 - iets doen (bv.rusten, ...)
 - iets laten (bv. roken, alcohol, werken,...)
 - terug op controle gaan
 - naar een specialist gaan
 - opname in een ziekenhuis
 - andere:
- Waarom?

.....

.....

.....

.....

12. Zijn vragen 8 – 9 – 10 – 11 anders als het om je kinderen gaat?

- IK HEB GEEN KINDEREN
- JA, hoe?
- NEEN

13. Had je al afbetalingsplannen omwille van kosten voor je gezondheid (bv ziekenhuisfacturen)?

- JA
- NEEN

14. Komt het OCMW soms tussen bij je medische kosten?

- JA
 - NEEN, ik heb het nog nooit gevraagd
 - NEEN, ik heb het gevraagd maar niet gekregen
- Hoe zijn je ervaringen hiermee?

.....

.....

15. Er zijn een aantal rechten / voordelen voor mensen met een laag inkomen. Vind je je weg daarin?

- JA, ik vind informatie bij
- NEEN

16. Zijn er in Lier plaatsen waar je terecht kan als je met jezelf in de knoop zit? Als je het psychisch moeilijk hebt?

- JA, waar kan jij dan terecht?

.....

- NEEN
- IK WEET HET NIET

17. Voel je jezelf gezond?

- JA
- Waarom?

.....

- NEEN
- Waarom niet?

.....

Wat heb je nodig om jezelf gezonder te voelen?

.....

Wat betekent voor jou “gezond zijn”?

.....

18. Zijn er nog dingen die je kwijt wil rond de toegang van de gezondheidszorg?

.....

19. Heb je voorstellen waardoor de gezondheidszorg toegankelijker zou worden voor mensen met een laag inkomen?

.....
.....
.....
.....

20. Nog een paar gegevens ...

Leeftijd jaar
Woonplaats	
Mijn gezin bestaat uit Volwassene(n) Kind(eren)
Ik ben een	<input type="radio"/> man <input type="radio"/> vrouw

21. Vragenlijst afgenomen via:

Ik wil verder op de hoogte gehouden worden van de dingen die gebeuren rond toegankelijkheid van de gezondheidszorg:

Naam:.....

Adres:.....

Telefoonnummer:.....

Mail:

Bijlage 2

GEZONDHEID: ENKELE TIPS ...



TIP 1: Derde-betalers-systeem"

Sommige huisartsen werken met

“het derde-betalers-systeem”.

Daardoor betaal je bij je doktersbezoek maar een kleine som (=het remgeld).

Je huisarts regelt de rest rechtstreeks met je ziekenfonds.

Vraag er naar bij je huisarts!

Pas op: de huisarts beslist steeds zelf om deze regeling toe te passen of niet!

Je kan dit dus niet eisen.



TIP 2 : OMNIO – statuut

Heb je een laag gezinsinkomen,
dan kan je het **OMNIO-statuut** aanvragen.

Daardoor betaal je minder voor
je medische zorgen (dokter, tandarts, apotheek...).

In Lier kan je dan ook een GOMOR-pas aanvragen.

Deze geeft korting bij vrijetijds-activiteiten.

Je krijgt ook korting bij het openbaar vervoer.

Vraag er naar bij je ziekenfonds!

Zij bekijken of je in aanmerking komt.

Breng je laatste aanslagbiljet, een inkomensbewijs of
de loonfiches van alle gezinsleden mee.

Pas op: Mensen met een WIGW-statuut krijgen sowieso
een verhoogde tegemoetkoming .



TIP 3 : “Witte producten” - geneesmiddelen

Een “wit product” – geneesmiddel (=generisch geneesmiddel) is goedkoper maar heeft dezelfde werking als een “merk” – geneesmiddel.

Vraag er naar bij je huisarts of apotheker!



TIP 4 : Globaal medisch dossier

Als je huisarts een globaal medisch dossier voor je bijhoudt, krijg je een vermindering van 30% op het remgeld. Het remgeld is het deel dat je zelf moet betalen en niet terugkrijgt van je ziekenfonds.

Vraag er naar bij je huisarts!



TIP 5 : Ziekenfonds

Het ziekenfonds zorgt voor de terugbetaling van een groot deel van je medische kosten (doktersbezoeken, geneesmiddelen, bij ziekenhuisopname...).

Een aansluiting bij een ziekenfonds is verplicht.

Je kan bij de sociale dienst van je ziekenfonds terecht met al je vragen rond gezondheid.

Het ziekenfonds geeft informatie over je rechten.

Zij kennen de tegemoetkomingen die er bestaan.

Ga bij vragen over gezondheid naar je ziekenfonds!

Meer informatie:

Anita Rimaux – Ons Gedacht vzw – Kluizestraat 37 te 2500 Lier

Telefoon: 03/488 22 72 – Mail: anita.rimaux@samenlevingsopbouw.be

Bijlage 3

Profiel bevroagden gezondheidsbabbels.

Verdeling per organisatie

Waar	Aantal bevroagden
Sociale kruidenier	26
Ons Gedacht vzw	22
Dienstencentrum De Waaier OCMW	18
D' Amandelboom	11
Totaal	77

Leeftijd

leeftijd	Aantal
Jonger dan 26 jaar	4
26 tot 35 jaar	12
36 tot 45 jaar	19
46 tot 55 jaar	10
56 tot 65 jaar	12
Ouder dan 65 jaar	16
Geen antwoord	4
Totaal	77

Geslacht

Geslacht	Aantal
man	27
Vrouw	48
Geen antwoord	2
Totaal	77

Gezinssamenstelling

Gezinssamenstelling	Aantal
Alleenstaande	30
Alleenstaande met kinderen	10
2 volwassenen	13
2 volwassenen met kinderen	17
Geen antwoord	7
Totaal	77

Bijlage 4

Bevraging sleutelfiguren

15 juli 2009	D' Amandelboom
26 augustus 2009	Lokaal Sociaal Beleid Lier
28 augustus 2009	Integratiedienst Lier
17 september 2009	LOGO
23 september 2009	OCMW
5 oktober 2009	Sociale dienst Heilig Hart Ziekenhuis Lier (telefonisch)
7 oktober 2009	Sociale kruidenier
28 oktober 2009	Prisma – Onthaalbureau
28 oktober 2009	CGG De Pont – LOKAAL SOCIAAL BELEID – OCMW (ifv geestelijke gezondheid)
13 november 2009	Dienstencentrum De Waaier
16 november 2009	Antenne Morele Dienstverlening
18 november 2009	CGG De Pont
25 november 2009	Provincie Antwerpen
26 november 2009	De Brug vzw
16 december 2009	De Stappaert
5 januari 2010	Seniorenconsulent Lier
13 januari 2010	Sociale dienst De Voorzorg
4 februari 2010	CM Mechelen / Lier
februari 2010	Financiële dienst Heilig Hart-ziekenhuis
februari 2010	Spoedgevallendienst
4 maart 2010	Straathoekwerk

Bijlage 5

Forfaitaire betaling of abonnementsgeneeskunde

In artikel 52§1 van de wet van 14 juli 1994 wordt voorzien dat huisartsen, verpleegkundigen en kinesisten forfaitair betaald kunnen worden op basis van het aantal patiënten dat zich bij de praktijk inschrijft.

Maandelijks ontvangen zij dan een vast bedrag voor alle ingeschreven patiënten (ongeacht of ze in die maand consulteren). Dit bedrag wordt berekend aan de hand van de gemiddelde terugbetaling voor de zorgverstrekking per patiëntencategorie (naargelang de titulariscode van de patiënt). Voor een gewone rechthebbende zonder verhoogde tegemoetkoming krijgt het centrum per maand € 6,39 voor huisartsgeneeskundige zorgen. Voor WIGW met verhoogde tegemoetkoming is dit € 34,10 voor huisartsgeneeskundige zorgen ([tarieven van 01/04/07](#)).

Dit 'abonnement' omvat de betaling van consultaties en huisbezoeken. Technische prestaties vallen daarbuiten (die worden verrekend via het derdebetalersysteem). **Indien de patiënt verzekerd is, betaalt hij/zij geen persoonlijke bijdrage ongeacht de frequentie waarmee hij of zij een beroep doet op de huisarts** (kinesist/verpleegkundige).

Wanneer een patiënt bij een bepaald centrum is ingeschreven en een hulpverlener (huisarts, verpleegkundige, kinesist) raadpleegt buiten het centrum (terwijl die discipline wel vertegenwoordigd is in het centrum), zal het ziekenfonds deze prestatie niet terugbetalen. Gebeurt deze raadpleging in het kader van nacht of weekendwacht of na overleg met het centrum, dan betaalt het centrum, dat voor de patiënt een maandelijks forfait ontvangt, de prestatie terug. Indien een patiënt verhuist of hulpverlening wil buiten het centrum, moet die worden uitgeschreven. De patiënt heeft de vrijheid om binnen het centrum zijn/haar arts te kiezen.

Het **forfaitair betalingssysteem laat toe ook tijd te besteden aan de ontwikkeling en de uitvoering van preventieve en gezondheidsbevorderende acties**. De hulpverleners zijn immers financieel niet gebonden aan het feit of de patiënt al dan niet ziek is. Zij hebben er integendeel alle belang bij (ook financieel) de patiënt zo gezond mogelijk te houden.

Het systeem biedt ook de **mogelijkheid om een aantal verzorgende en technische interventies** (wondzorg, vaccinaties, EKG-afname, bloedafname) **te delegeren**. Ook het **opzetten van specifieke zorgprogramma's** (onder andere diabetes, groepsvoorlichting, preventieve campagnes zoals voor griep) wordt **eenvoudiger**.

Solidariteit speelt in dit systeem een belangrijke rol: de 'gezonde' ingeschreven patiënten dragen mee bij aan het budget dat door het team kan worden aangewend om de meer hulpbehoevenden te verzorgen.

Bron: website vereniging wijkgezondheidscentra (www.vwgc.be)

