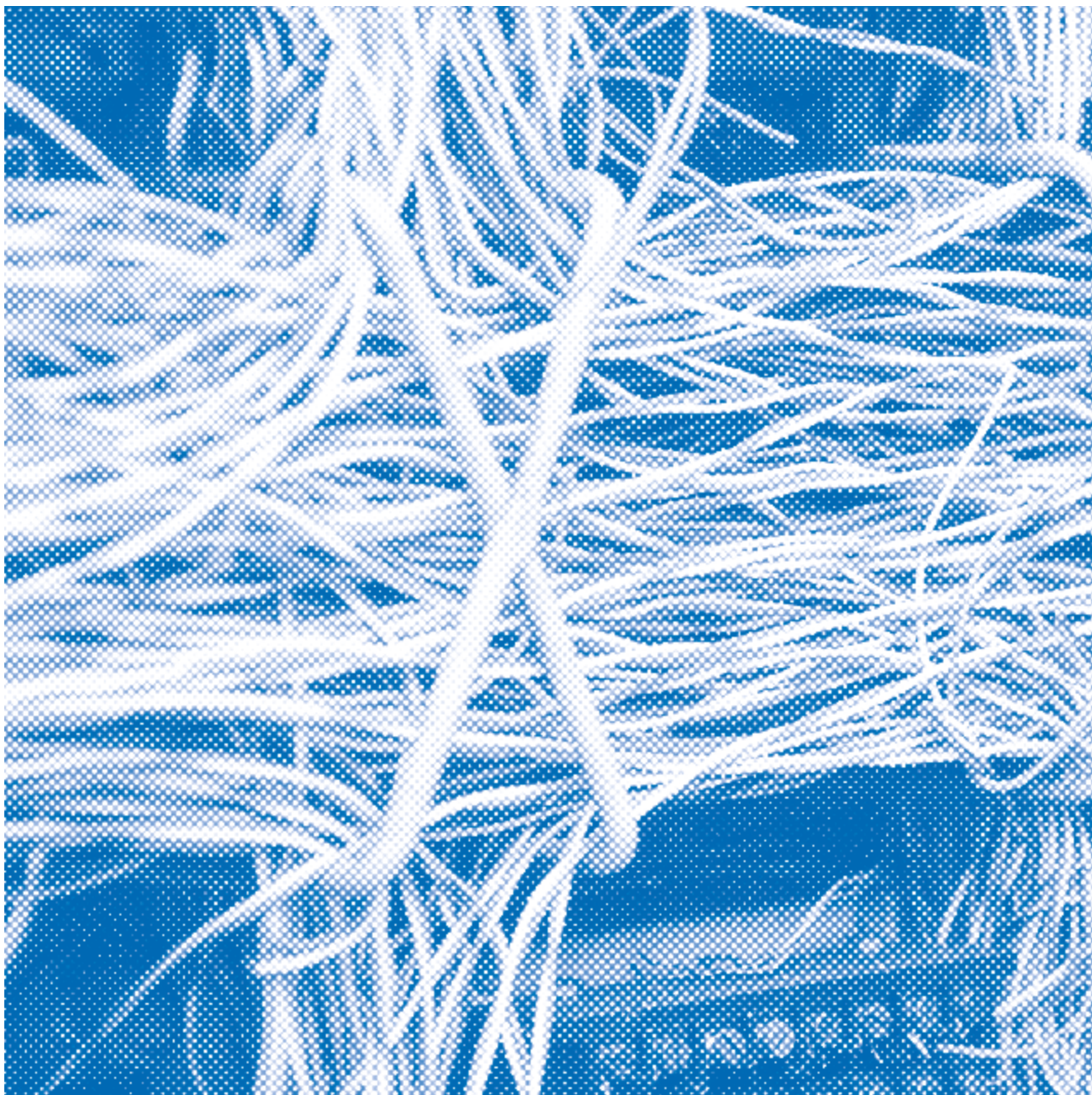


# GEZONDHEIDSVAAARDIGHEDEN BEVORDEREN IN DE EERSTE LIJN



Leren van 24 praktijken in België

---

# COLOFON

---

## Titel

**Gezondheidsvaardigheden bevorderen in de eerste lijn. Leren van 24 praktijken in België**

Cette publication est également disponible en français sous le titre: **Promouvoir la littératie en santé dans la première ligne. Les leçons de 24 pratiques en Belgique**

Een uitgave van de Koning Boudewijnstichting  
Brederodestraat 21  
1000 Brussel

---

## Auteurs

Stephan Van den Broucke, UCLouvain  
Philippe Vandebroeck, Kaat Boon en Ana Maria Bravo, shiftN

---

## Eindredactie

Patrick De Rynck

---

## Coördinatie voor de Koning Boudewijnstichting

Gerrit Rauws, *Directeur*  
Tinne Vandensande, *Senior programmacoördinator*  
Yves Dario, *Senior programmacoördinator*  
Ilse Deblende, *Project and knowledge manager*  
Pascale Pr te, *Project and knowledge manager*

---

## Grafisch concept & vormgeving

Trin me

Deze uitgave kan gratis online besteld of gedownload worden van onze website [www.kbs-frb.be](http://www.kbs-frb.be)

---

## Wettelijk depot

D/2848/2021/25

---

## Referentienummer

3819

November 2021

---

# INHOUDSTAFEL

VOORWOORD .....	4
SAMENVATTING .....	6
RÉSUMÉ .....	8
SUMMARY .....	10
I GEZONDHEIDSVAADIGHEDEN INTERNATIONAAL EN IN BELGIË: EEN SITUATIESCHETS .....	13
II LESSEN UIT HET LEREND NETWERK VAN INITIATIEVEN VOOR DE VERSTERKING VAN GEZONDHEIDSVAADIGHEDEN IN DE EERSTE LIJN .....	23
1. Situering .....	24
2. Wenken .....	24
III BESLUIT .....	35
IV HET VELD VAN INITIATIEVEN .....	39
V PROJECTFICHES VAN DE 24 PROJECTEN .....	45
VI REFERENTIES .....	70

---

## VOORWOORD

In de loop van ons leven nemen we een groot aantal beslissingen die onze gezondheid aangaan. Om dat weloverwogen te kunnen doen is er nood aan correcte, bereikbare en makkelijk toepasbare informatie, dialoog en kwaliteitsvolle communicatie. Dat is een taak en een opdracht van de brede zorgsector, met name ook van de eerste lijn. Het betekent ook dat burgers, zorggebruikers zelf aan hun gezondheidsvaardigheden kunnen werken. Zo kunnen ze in het dagelijkse leven oordelen vellen en beslissingen nemen voor een betere gezondheid en meer levenskwaliteit. Dat gaat over keuzes inzake gezondheidszorg, ziektepreventie en gezondheidsbevordering.

Gezondheidsvaardigheden – ook gezondheidsgelletterdheid genoemd – zijn een belangrijke voorspeller van gezondheid en van de doeltreffendheid waarmee mensen van gezondheidszorg gebruikmaken. Mensen met lagere gezondheidsvaardigheden kunnen minder goed gezondheidsgerelateerde boodschappen begrijpen en toepassen. Ze weten minder goed wanneer ze iets zelf kunnen oplossen. Ze bezoeken vaker spoeddiensten en hebben het lastiger met therapietrouw en met preventie. En de relatie met aanbieders van zorg en ondersteuning is minder goed. Gezondheidsvaardigheden staat als thema dan ook internationaal vooraan in de beleidsagenda's en sinds enkele jaren ook in België. Onderzoek wijst uit dat dit nodig is: een groot deel van de bevolking heeft lage gezondheidsvaardigheden. Dat heeft ingrijpende gevolgen. De verantwoordelijkheid om hier iets aan te doen is een gedeelde verantwoordelijkheid.

De eerste lijn, de rechtstreeks toegankelijke, ambulante, generalistische zorg en ondersteuning op vlak van gezondheid en welzijn, kan een belangrijke rol spelen in het versterken van gezondheidsvaardigheden. De eerstelijnsprofessionals staan het dichtst bij mensen met een zorg- en ondersteuningsnood. Zij zijn dan ook de eersten die noden kunnen detecteren, levensdoelen kunnen begrijpen en in samenspraak de begeleiding en behandeling kunnen afstemmen op overkoepelende persoonsgerichte doelen.

---

Hoe kunnen we gezondheidsvaardigheden in de eerste lijn versterken, zowel bij professionals, bij personen met een zorg- en ondersteuningsnood, als bij het beleid? Dat was de vraag van de projectoproep die het Fonds Dr. Daniël De Coninck, dat wordt beheerd door de Koning Boudewijnstichting, in 2019 lanceerde. Dat was nog in de pre-COVID-tijd: de pandemie heeft de nood aan gezondheidsvaardigheden nog eens scherp doen aanvoelen en had ook gevolgen bij de realisatie van de geselecteerde projecten: het leidde behalve tot praktische problemen ook tot creatieve oplossingen. Eerder al publiceerde het Fonds een verkenning van tien innovatieve buitenlandse praktijken inzake de bevordering van gezondheidsvaardigheden <sup>1</sup>. Dat materiaal diende als inspiratie voor de 24 ondersteunde initiatieven in Vlaanderen, Brussel en Wallonië.

Dit lerend netwerk genereerde talrijke bevindingen en inzichten vanuit de praktijk. U leest er alles over in dit rapport. Voor wie streeft naar een inclusieve eerste lijn en zich richt tot mensen met zeer verschillende niveaus inzake gezondheidsvaardigheden, vormen zij een leidraad om de effectiviteit van hun interventies te verbeteren.

Het wordt nu zaak te evolueren van tijdelijke projecten naar een duurzame inbedding van het thema gezondheidsvaardigheden bij professionals in zorg en welzijn, in organisaties en bij burgers en patiënten. Dat is een uitdaging, maar een met veel potentieel, die de gezondheidszorg ingrijpend mee kan beïnvloeden in goede zin. Ook het beleid is zich daar meer en meer van bewust.

We wensen u bij de lectuur veel inspiratie en een hoop nieuwe vaardigheden toe!

*Patricia Adriaens, voorzitter Fonds Dr. Daniël De Coninck*

<sup>1</sup> Gezondheidsvaardigheden versterken. Leren van 10 buitenlandse praktijken. KBS, 2018: <https://www.kbs-frb.be/nl/Activities/Publications/2018/20181112PP>



---

## SAMENVATTING

‘Gezondheidsvaardigheden’ (de courante vertaling van het Engelse *health literacy*) krijgt de afgelopen jaren toenemende aandacht binnen de gezondheidszorg. Het begrip is ook verruimd: het gaat om veel meer dan communicatie en educatie. Een veelgebruikte recente definitie omschrijft ‘gezondheidsvaardigheden’ als ‘de kennis, motivatie en het vermogen van mensen om toegang te krijgen tot gezondheidsinformatie, die te begrijpen, te beoordelen en toe te passen. Doel is het nemen van beslissingen inzake gezondheidszorg, ziektepreventie en gezondheidsbevordering, en het op peil houden of verbeteren van de levenskwaliteit.’

De aandacht is nodig: volgens recent internationaal onderzoek heeft meer dan een derde van de bevolking – cijfers voor België gaan in dezelfde richting – (te) lage gezondheidsvaardigheden en zijn er bovendien extra kwetsbare groepen. Er bestaat ook steeds meer evidentie dat beperkte gezondheidsvaardigheden verband houden met minder gezondheidsbevorderend gedrag, ziekte-inzicht en zelfzorg, een lagere deelname aan screening en vaccinatie, en minder gebruik van andere preventieve diensten. De kwestie staat dan ook op steeds meer internationale en nationale beleidsagenda’s. Dat kadert bovendien in twee ruimere ontwikkelingen: de tendens naar een meer relationele zorg-in-dialoog en de bijzonder ruime beschikbaarheid van informatie over gezondheid.

Er is sprake van een paradigmashift: van een individueel deficit-model gaan we naar een systemisch model. De nadruk komt meer te liggen op de *match* tussen vaardigheden van individuen en de eisen van het zorgsysteem. Dat maakt van de aanpak van gezondheidsvaardigheden een gedeelde verantwoordelijkheid van individuen en organisaties in de gezondheidszorg: ook die laatste zijn minder of meer gezondheidsvaardig (*health literate organisation*). Maken ze het mensen makkelijk om informatie en diensten te vinden, begrijpen en gebruiken, om zo beter voor hun gezondheid te kunnen zorgen?

Ook in ons land staat het thema gezondheidsvaardigheden inmiddels op de kaart en neemt de expertise bij heel wat actoren (met name in de eerste lijn) toe: lokaal, regionaal, op gemeenschaps- en federaal niveau. Daar sloot de projectoproep van het Fonds dr. Daniël De Coninck uit 2019 op aan: hoe kunnen we gezondheidsvaardigheden in de eerste lijn versterken? De 24 geselecteerde initiatieven deden inspirerende terreinveraring op. Hun werk viel grotendeels samen met de coronapandemie, wat voor de nodige beperkingen zorgde, maar ook tot nieuwe creatieve oplossingen leidde. Bovendien kwam gezondheid – met name ook de eerste lijn – hoog op de maatschappelijke agenda te staan, met nieuwe kansen.

---

Op drie praktijkvelden zijn dit belangrijke ervaringsbevindingen uit deze projectoproep:

- **Laat iedereen leren:** versterking van gezondheidsvaardigheden veronderstelt een leerproces. Er is nood aan een holistisch interventiemodel, dat een mix van (kwetsbare) personen met zorg- en ondersteuningsnoden koppelt aan het zorg- en welzijnssysteem. Leren van elkaar staat voorop: eerstelijnsorganisaties, personen met zorgnoden, gezondheids-, gemeenschaps- en welzijnswerkers.
- **Breng het landschap van behoeften en het aanbod in kaart:** dat landschap evolueert, waardoor er nood is aan dynamische hulpmiddelen om mensen hun weg te laten vinden, ook 'vergeten' doelgroepen. Dit is de fase vóór behoefte en aanbod elkaar vinden.
- **Verdiep het contact in de dagelijkse praktijk:** de interactie en ontmoeting van mensen met een zorgnood en professionals (gezondheid, welzijn), een centraal element in de zorg, is gebaat bij verdieping, maar ook verbreding, stroomlijning, versimpeling, diversificatie en nuance. Kortom, herdenken dient zich aan.

In de volgende stappen wordt het zaak gezondheidsvaardigheden in te bedden in organisaties: van projecten evolueren we naar het hart van de organisatie: missie, visie, algehele werking. Die verduurzaming veronderstelt andere, gezondheidsvaardige relaties tussen professionals en gebruikers, en dus ook nieuwe vaardigheden (in taal, acties, beleving). De verandering gebeurt per definitie in cocreatie: met gebruikers, maar ook met andere organisaties. Samenwerking kan in deze ontwikkeling een versterkende troef zijn.

Het versterken van gezondheidsvaardigheden is een uitdaging met veel potentieel. De eerste lijn kan het voorbeeld geven, maar ook het maatschappelijk middenveld heeft een rol te spelen. En de verschuiving van een technisch naar een relationeel ethos in de zorg vergt een proces van volgehouden veranderingsmanagement. Ondersteuning moet dan weer komen van het beleid op de diverse niveaus. Een prangende vraag daarbij is hoe hiervoor de financiële randvoorwaarden gecreëerd kunnen worden, in een systeem waarin performantie een centraal begrip is. In elk geval: de beweging naar meer cocreatie in gezondheid en welzijn spoort met belangrijke maatschappelijke tendensen in veel andere domeinen.

---

## RÉSUMÉ

Ces dernières années, la 'littératie – ou les compétences – en santé' (la traduction courante de l'expression anglaise *health literacy*) suscite un intérêt croissant dans le secteur des soins de santé. Ce concept a aussi pris un sens plus large, qui va bien au-delà de la communication et de l'éducation. Selon une définition récente et souvent utilisée, la 'littératie en santé' comprend 'la connaissance, la motivation et la capacité de personnes permettant d'avoir accès à des informations sur la santé, de les comprendre, de les évaluer et de les appliquer en vue de prendre des décisions touchant aux soins de santé, à la prévention de maladies et à la promotion de la santé ainsi que de conserver ou d'améliorer la qualité de la vie'.

Cet intérêt est nécessaire : d'après de récentes recherches internationales, plus d'un tiers de la population – et les chiffres pour la Belgique sont du même ordre – possèdent de (trop) faibles compétences en santé et, de plus, certaines catégories sont particulièrement vulnérables. De plus en plus d'éléments indiquent également que ces compétences limitées en santé sont liées à des comportements moins favorables à une bonne santé, à une moins bonne compréhension de la maladie, à une moins bonne manière de se soigner, à une plus faible participation aux dépistages et aux vaccinations et à un moins grand usage d'autres services préventifs. La question figure donc de plus en plus souvent à l'agenda politique, national et international, d'autant plus qu'elle s'inscrit dans deux évolutions plus larges : la tendance à des soins plus relationnels, en dialogue, et la disponibilité extrêmement étendue d'informations sur la santé.

On peut parler d'un changement de paradigme : on passe d'un modèle de déficit individuel à un modèle systémique. L'accent est davantage mis sur l'adéquation entre les compétences des individus et les exigences du système de soin. S'attaquer à la littératie en santé devient ainsi une responsabilité partagée entre des individus et des organisations actives dans le domaine de la santé. Celles-ci sont aussi plus ou moins 'sensibles à la littératie en santé' (*health literate organisations*). Aident-elles les gens à trouver, à comprendre et à utiliser des informations et des services afin de pouvoir mieux prendre en charge leur santé ?

Dans notre pays aussi, on s'intéresse au thème de la littératie en santé et un grand nombre d'acteurs (surtout de première ligne) acquièrent plus d'expertise au niveau local, régional, communautaire et fédéral. C'est à cette évolution qu'a répondu l'appel à projets lancé en 2019 par le Fonds Dr Daniël De Coninck : comment renforcer la littératie en santé dans la première ligne ? Les 24 initiatives sélectionnées se sont forgé une expérience de terrain inspirante. Leur action a coïncidé dans une large mesure avec la pandémie de coronavirus, ce qui a engendré d'inévitables restrictions mais a aussi débouché sur de nouvelles solutions créatives. De plus, la santé – et notamment la première ligne – est devenue une préoccupation majeure de la société, avec des opportunités nouvelles à la clé.



---

Cet appel à projets a livré d'importantes conclusions dans trois domaines de la pratique :

- **Permettre à chacun d'apprendre** : le renforcement des compétences en santé suppose un processus d'apprentissage. On a besoin d'un modèle d'intervention holistique, qui connecte un groupe varié de personnes (vulnérables) ayant besoin de soins et de soutien avec le système de soin et d'aide sociale. Il s'agit avant tout d'un apprentissage mutuel, entre organisations de première ligne, demandeurs de soins et professionnels de la santé, de la vie locale et de l'aide sociale.
- **Cartographier le paysage de l'offre et des besoins** : ce paysage évolue, ce qui nécessite des outils dynamiques pour aider les gens, y compris des publics 'oubliés', à s'y retrouver. C'est la phase qui précède la rencontre entre le besoin et l'offre.
- **Approfondir les contacts dans la pratique quotidienne** : il est utile d'approfondir, mais aussi d'élargir, de fluidifier, de simplifier, de diversifier et de nuancer l'interaction et la rencontre entre des demandeurs de soins et des professionnels (santé, aide sociale), un élément clé. Autrement dit, tout cela doit être repensé.

Les étapes suivantes consisteront à inscrire la littératie en santé dans les organisations, en passant des projets au cœur de l'organisation : mission, vision, fonctionnement général. Cette pérennisation suppose d'autres relations, ouvertes à la littératie en santé, entre les professionnels et les usagers, et donc aussi de nouvelles compétences (au niveau de la langue, des actions, du vécu). Ce changement se fait par définition en co-création : avec des usagers, mais aussi avec d'autres organisations. La collaboration peut être un atout pour renforcer cette évolution.

Le renforcement de la littératie en santé est un défi qui a un grand potentiel. La première ligne peut donner l'exemple, mais le monde associatif a aussi un rôle à jouer. Et le passage d'une éthique technique à une éthique relationnelle dans les soins exige un processus continu de gestion du changement. Le pouvoir politique doit fournir un soutien aux différents niveaux. Une question aiguë qui se pose est de savoir comment créer les conditions financières pour cela, dans un système où la performance est un concept central. En tout cas, le mouvement vers davantage de co-création dans la santé et le bien-être rejoint des tendances majeures de la société dans beaucoup d'autres domaines.

---

## SUMMARY

'Health literacy' has been receiving more attention in health care in recent years. The scope of this concept has also become broader: it means much more than just communication and education. One widely used recent definition describes 'health skills' as 'people's knowledge, motivation and competencies in accessing, understanding, appraising and applying health-related information. The aim is to make informed choices on health care, disease prevention and health promotion, and to maintain or improve quality of life.'

This area does require attention: recent international research has shown that more than a third of the population - the figures for Belgium are quite similar - have low and inadequate levels of health skills, while certain groups are also even more vulnerable. There is also growing evidence that limited health skills are related to behaviours that are less conducive to health, reduced insight into disease and self-care, lower participation in screening and vaccination, and less use of other preventive services. This issue is therefore appearing on more and more policy agendas, both within Belgium and internationally. This is taking place in the context of two wider developments: the trend towards a more relational form of care-in-dialogue and the very extensive availability of information about health.

A paradigm shift is taking place: we are moving away from an individual deficit model and towards a systemic model. Increasingly the emphasis is on the match between individuals' skills and the demands of the health care system. This means that the approach to health skills is becoming a shared responsibility for individuals and organisations in health care: the extent to which these are *health literate organisations* also varies according to the health skills available. Do they make it easy for people to find, understand and use information and services so that they can take better care of their own health?

The issue of health literacy is now firmly on the agenda in Belgium and many actors are acquiring more expertise (particularly in primary care). This process is taking place at the local, regional, community and federal levels. The 2019 call for projects from the Dr Daniël De Coninck Fund posed the related question: how can we strengthen health skills in primary care? The 24 inspiring initiatives that were selected have been gaining experiences on the front line. Their work has largely coincided with the Covid pandemic, which has imposed certain limitations but has also led to some new and creative solutions. What is more, health and in particular primary care has become a higher priority on the social agenda, which has in turn created new opportunities.

---

The experience that has been gained thanks to this call for projects is significant in three areas of practice:

- **Everyone is learning:** strengthening health skills presupposes a learning process. A holistic model of intervention is needed, to connect a mix of (vulnerable) people with care and support needs to the health care and welfare system. Learning from each other is the key, for primary care organisations, people with care needs and workers in health care, community care and welfare.
- **The landscape is being mapped in terms of needs and the available offers:** it is a changing landscape, so there is a need for dynamic tools to help people, including 'forgotten' target groups, to find their way around it. This stage takes place before the needs and the offer come together.
- **Contacts are being deepened in everyday practice:** interactions and meetings between people with care needs and professionals (in both health and welfare) are a key element of care. All such interactions benefit from being deeper, wider, more streamlined, simpler, more diverse and more nuanced. In a nutshell, this whole area needs rethinking.

The next step will involve embedding health literacy within organisations: moving from projects towards addressing the core of the organisation: its mission, vision and general way of working. Creating sustainability in this way will require different relationships between professionals and users in order to promote health. This in turn will require new skills (in terms of language, action and experience). Change must, by definition, be co-created: users and other organisations must all be involved. Working together can play a part in reinforcing this process.

Improving health literacy is a challenge that offers considerable potential. Primary care can offer examples, but civil society has to play a part as well. The shift away from a technical approach and towards a relational ethos in care will also require sustained change management. Support from policymakers will be needed on many different levels. One pressing question is how the financial resources needed for this can be made available in a system where performance is the guiding concept. What is certain is that the movement towards greater co-creation in both health and welfare is in line with major societal trends that are taking place in many other areas.





---

# I. GEZONDHEIDSVAARDIGHEDEN INTERNATIONAAL EN IN BELGIË: EEN SITUATIESCHETS



'Gezondheidsvaardigheden' (in het Engels: *health literacy*) is de afgelopen jaren sterk in de belangstelling gekomen als aandachtspunt binnen de gezondheidszorg. Volgens Pubmed verschenen er in 2020 alleen al méér dan 2000 artikels die '*health literacy*' als zoekterm vermelden, een stijging met 23% tegenover het voorgaande jaar. Die toenemende aandacht is enigszins merkwaardig voor een begrip dat op zich niet echt nieuw is. Reeds vanaf de jaren 1980 werd ingezien dat veel patiënten de uitleg en aanbevelingen van zorgverstrekkers niet goed begrijpen, en dat patiënten die minder over de 'vaardigheid' beschikken om zorgverstrekkers te begrijpen vaak ernstige problemen ondervinden (IOM, 2004; Parker, 2004; Davis & Wolk, 2004). Beperkte gezondheidsvaardigheden werden onder meer in verband gebracht met minder adequate zelfzorg, meer complicaties bij chronische zieken, een hoger aantal ziekenhuisopnames en -heropnames, en slechtere prognoses (Berkman et al., 2011).

Als antwoord op die communicatieproblemen in de zorg wordt in de opleiding van artsen en andere gezondheidswerkers al geruime tijd aandacht besteed aan het aanleren van communicatievaardigheden (Kripalani & Weiss, 2006). Maar ondanks de bekommernis voor een betere communicatie tussen zorgverstrekkers en patiënten is het probleem van lage gezondheidsvaardigheden niet afgenomen. Integendeel, recent internationaal onderzoek heeft aangetoond dat wereldwijd meer dan een derde van de bevolking problemen ervaart met het vinden, begrijpen, evalueren en toepassen van informatie die nodig is om beslissingen te nemen omtrent gezondheid (Duong et al., 2017; Sørensen et al., 2015). Voor België liggen de cijfers in dezelfde grootteorde (Vancorenland et al., 2014; Charafeddine et al., 2018). Beperkte gezondheidsvaardigheden zijn dus geen probleem van een kleine minderheid. De kwestie belangt een groot deel van de bevolking aan. Investeren in het bevorderen van gezondheidsvaardigheden en het toegankelijker maken van gezondheidsinformatie voor wie over minder vaardigheden beschikt, is dan ook een noodzaak.

## OMGAAN MET GEZONDHEIDSINFORMATIE

De toenemende erkenning van gezondheidsvaardigheden als aandachtspunt in de gezondheidszorg kadert binnen twee belangrijke ontwikkelingen. Er is in de eerste plaats de tendens naar meer patiëntbetrokkenheid bij medische besluitvorming. Beslissingen over ziekte en behandelingsmogelijkheden worden steeds vaker genomen in onderling overleg tussen arts, patiënt en familie. Dat biedt aan patiënten en hun naasten de mogelijkheid om hun behandeling in overeenstemming te brengen met hun persoonlijke waarden en voorkeuren. Maar mee beslissen veronderstelt ook dat patiënten en familieleden voldoende op de hoogte zijn van het gezondheidsprobleem, van de voordelen en risico's van mogelijke behandelingen, en van de manier waarop het gezondheidszorgsysteem functioneert. Die kennis hoeft niet paraat aanwezig te zijn. Men dient echter wel over de vaardigheden te beschikken om aan de juiste informatie te komen wanneer men ze nodig heeft, om die informatie te begrijpen en om ze adequaat te gebruiken bij beslissingen rond gezondheid.



Een tweede ontwikkeling is de alomtegenwoordige beschikbaarheid van informatie over gezondheid. Terwijl vroeger de specifieke kennis omtrent gezondheid en de behandeling van gezondheidsproblemen geconcentreerd was bij artsen en paramedici, zorgde de komst van het internet, massamedia en sociale media ervoor dat deze informatie tegenwoordig voor iedereen beschikbaar



is. Vooral voor jongeren en jongvolwassenen is niet langer de (huis)arts, maar het internet de belangrijkste informatiebron over gezondheid (Avalosse et al., 2017). Die evolutie leidt tot meer emancipatie bij patiënten, maar heeft ook een keerzijde: een teveel aan informatie kan verwarrend werken. Bovendien is niet alle beschikbare informatie even nuttig of betrouwbaar. Terwijl het vinden van informatie over gezondheid dus steeds minder een probleem vormt, wordt het een uitdaging om te bepalen of de gevonden informatie betrouwbaar is en hoe ze moet worden geïnterpreteerd. Gezondheidsinformatie is immers pas nuttig als ze ook correct wordt begrepen, aanvaard en toegepast. Het is precies op dit punt dat gezondheidsvaardigheden een rol spelen en het versterken ervan een bijdrage kan leveren.

## BREDE GEZONDHEIDSVAARDIGHEDEN

Terwijl het concept gezondheidsvaardigheden aanvankelijk verwees naar het vermogen van patiënten om verbale en cijfermatige informatie te begrijpen in een medische omgeving, is de betekenis ervan in de loop der jaren sterk uitgebreid. Naast het eerder aangetoonde verband tussen lage gezondheidsvaardigheden en beperkt ziekte-inzicht, verminderde therapietrouw, minder adequate zelfzorg en slechtere behandelingsresultaten, is er de jongste jaren steeds meer evidentie dat beperkte gezondheidsvaardigheden ook verband houden met minder gezondheidsbevorderend gedrag, een lagere deelname aan screening en vaccinatie, en minder gebruik van andere preventieve diensten (Scott et al., 2002; Van den Broucke, 2014). Gezondheidsvaardigheden worden buiten de eigenlijke medische context dan ook steeds meer toegepast in de preventieve zorg en gezondheidsbevordering (Nutbeam, 2000, 2008). Tegelijkertijd werd ook de betekenis van het begrip zelf almaar uitgebreid met meer complexe vaardigheden, zoals het lezen van en reageren op schriftelijke gezondheidsinformatie, het communiceren over behoeften en onzekerheden in de omgang met gezondheidswerkers en het begrijpen van gezondheidsinstructies.



De brede betekenis van gezondheidsvaardigheden vindt men terug in de definitie van health literacy die werd voorgesteld door Sørensen e.a. (2012) en die door andere toonaangevende auteurs werd overgenomen (Kickbush et al., 2013; Nutbeam & Muscat, 2021). Volgens deze definitie verwijzen gezondheidsvaardigheden naar de *kennis, motivatie en het vermogen van mensen om toegang te krijgen tot gezondheidsinformatie, deze te begrijpen, te beoordelen en toe te passen, met het oog op het nemen van beslissingen inzake gezondheidszorg, ziektepreventie en gezondheidsbevordering en om de levenskwaliteit op peil te houden of te verbeteren*. Gezondheidsvaardigheden houden dus méér in dan lees- en schrijfvaardigheden, het kunnen raadplegen van websites, het lezen van instructies of het volgen van voorgeschreven gedragsregels. Ze verwijzen naar een breder concept dat de cognitieve, kritische en communicatieve vaardigheden omvat die nodig zijn om te voldoen aan de complexe eisen van de moderne samenleving op het vlak van ziek zijn, ziekterisico's lopen en gezond blijven. In de huidige informatiemaatschappij impliceren zij vooral het vermogen om gezondheidsinformatie en -middelen kritisch te beoordelen om te interageren en om uitdrukking te geven aan persoonlijke en maatschappelijke behoeften ter bevordering van de gezondheid.

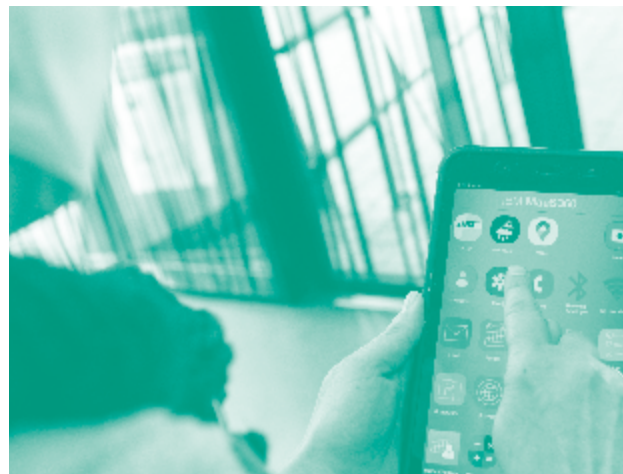
## GEZONDHEIDSVAARDIGHEDEN METEN

De uitgebreide betekenis van gezondheidsvaardigheden weerspiegelt zich ook in de pogingen om het concept te meten. De

*Health Literacy Tool Shed*, een repertorium van meetinstrumenten voor gezondheidsvaardigheden, bevat meer dan 200 gedocumenteerde *tools* in de vorm van tests, vragenlijsten en observatieschalen. De meeste van die instrumenten zijn bedoeld voor gebruik bij specifieke doelgroepen in klinische settings, en blijven vaak beperkt tot functionele gezondheidsvaardigheden. Toch zijn er ook een aantal beschikbaar die een bredere operationalisatie van gezondheidsvaardigheden mogelijk maken.

Een van die instrumenten is de vragenlijst die werd ontwikkeld voor de *European Health Literacy Survey* (HLS-EU). De 47 vragen daarvan zijn gebaseerd op het conceptueel model van Sørensen e.a. (2012). De vragenlijst werd in een eerste fase gevalideerd op een steekproef van inwoners uit acht Europese landen, maar kreeg nadien ruim navolging (Pelikan et al., 2019). Onderzoek met de vragenlijst of afgeleiden daarvan vond plaats in onder meer Oostenrijk, België, Bulgarije, Denemarken, Duitsland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Malta, Nederland, Noorwegen, Polen, Portugal, Roemenië, Tsjechië en Zwitserland, en buiten Europa in India, Indonesië, Israël, Japan, Kazachstan, Maleisië, Myanmar, Taiwan en Vietnam. Inmiddels zijn ook gevalideerde kortere versies van de vragenlijst beschikbaar en werd er werk gemaakt van een uitgebreide variant die naast algemene gezondheidsvaardigheden ook specifieke aspecten meet, zoals communicatieve, digitale en vaccinatie-*literacy* (Dietscher et al., 2019).

Dankzij onderzoek met dit instrument of met gelijkaardige vragenlijsten kunnen we gegevens over gezondheidsvaardigheden voor verschillende landen vergelijken. Hoewel de cijfers van land tot land aanzienlijke verschillen vertonen, blijkt dat globaal bijna een op de twee respondenten over beperkte gezondheidsvaardigheden beschikt en minstens een op de tien over onvoldoende vaardigheden (Duong et al., 2017; Sørensen et al., 2015). Daarnaast konden ook subgroepen geïdentificeerd worden die kwetsbaarder zijn voor lage gezondheidsvaardigheden, zoals personen met een lage sociale status, een laag opleidingsniveau of een hoge leeftijd. Een interessante



vaststelling is dat gezondheidsvaardigheden een belangrijke rol kunnen spelen als mediator bij gezondheidsverschillen (Stormacq et al., 2019; Nutbeam & Lloyd, 2020).

## VAARDIGHEDEN IN FUNCTIE VAN OMGEVINGSEISEN

Terwijl vroeger onderzoek naar gezondheidsvaardigheden vooral keek naar de competenties van patiënten om gezondheidszorgverstrekkers te begrijpen, leggen recentere studies meer de nadruk op de match tussen de vaardigheden van individuen en de eisen van het zorgsysteem inzake de benodigde gezondheidsinformatie. Die klemtoon houdt een belangrijke paradigmashift in, met een omschakeling van een individueel 'deficit'-model naar een systemisch model. De mate waarin iemand over voldoende gezondheidsvaardigheden beschikt, wordt immers niet alleen bepaald door diens individuele eigenschappen, maar ook door de manier waarop de gezondheidszorg is georganiseerd en waarop informatie over gezondheid wordt verstrekt en gecommuniceerd. Een complex gezondheidszorgsysteem betekent nu eenmaal dat gebruikers over meer vaardigheden moeten beschikken om er gebruik van te kunnen maken.

Deze paradigmashift heeft belangrijke gevolgen voor de manier waarop aan het probleem van beperkte

gezondheidsvaardigheden gewerkt kan worden. Vanuit een deficit-model wordt vooral aangestuurd op het versterken van de gezondheidsvaardigheden van individuen (patiënten of burgers) door educatie. Vanuit een systeemvisie daarentegen is het aanpakken van gezondheidsvaardigheden een gedeelde verantwoordelijkheid van individuen en organisaties in de gezondheidszorg. Dit komt duidelijk tot uiting in het concept van de *health literate organisation*. Een organisatie wordt als 'gezondheidsvaardig' beschouwd wanneer zij het gemakkelijker maakt voor haar doelgroep om informatie en diensten te vinden, te begrijpen en te gebruiken, zodat ze beter voor hun gezondheid kunnen zorgen (Brach et al, 2012). Naast de capaciteiten van individuen zijn ook de eisen en complexiteit van de gezondheids- en sociale zorgsystemen van belang.

Brach en collega's noemen concreet tien criteria waaraan een *health literate organisation* moet voldoen: (1) een management dat van gezondheidsvaardigheden een integraal onderdeel maakt van haar missie, structuur en activiteiten; (2) de integratie van gezondheidsvaardigheden in de planning, evaluatie en veiligheid van gebruikers, en in kwaliteitsverbetering; (3) de voorbereiding van het personeel op gezondheidsvaardigheden en monitoring van de vooruitgang; (4) betrekken van doelgroepen bij het ontwikkelen, implementeren en evalueren van gezondheids- en aanverwante informatiediensten; (5) tegemoetkomen aan de behoeften van doelgroepen met een scala aan vaardigheden op het gebied van gezondheidsvaardigheden, zonder te stigmatiseren; (6) gebruik van strategieën die rekening houden met gezondheidsvaardigheden in de interpersoonlijke communicatie en toetsen van het begrip van de communicatie op alle contactmomenten; (7) gemakkelijke toegang tot gezondheids- en aanverwante informatie en hulp bij navigatie; (8) gemakkelijk begrijpbare inhoud van gedrukte, audiovisuele en sociale media; (9) aandacht voor gezondheidsvaardigheden in risicosituaties, met inbegrip van zorgoverdracht en informatie over geneesmiddelen; (10) duidelijke communicatie over wat de ziektekostenverzekering dekt en voor welke diensten men zal moeten betalen. Om die criteria af te



toetsen werden checklists ontwikkeld (Thomacos en Zazryn, 2013). Andere auteurs (bijvoorbeeld Dietscher et al, 2015) hebben andere, meer complexe modellen van gezondheidsgeletterde organisaties ontwikkeld.

## POLITIEKE EN MAATSCHAPPELIJKE AANDACHT

Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden ondervinden problemen in hun contacten met de gezondheidszorg, vertonen minder gezond gedrag, maken minder gebruik van preventie, zijn minder goed in staat tot zelfzorg en maken op een minder adequate manier gebruik van het zorgaanbod. Het is dan ook niet te verwonderen dat gezondheidsvaardigheden steeds meer erkenning krijgen als kritische factor. In verschillende landen onderkent het beleid dat beperkte gezondheidsvaardigheden een probleem vormen voor de volksgezondheid en worden strategieën en maatregelen voorgesteld om dit probleem aan te pakken.

Internationaal wordt het ondernemen van acties rond gezondheidsvaardigheden gestimuleerd door de Verenigde Naties (VN), die ze vermelden in de *Sustainable Development Goals* (SDG's). Ook de Wereldgezondheidsorganisatie erkent gezondheidsvaardigheden als determinant van gezondheid en geeft ze een belangrijke plaats in de Shanghai Declaration on promoting health in the

2030 Agenda for Sustainable Development (WHO, 2017). Die roept nationale overheden op om (1) intersectorale nationale en lokale strategieën te ontwikkelen, uit te voeren en te monitoren om de gezondheidsvaardigheden bij alle bevolkingsgroepen en in alle onderwijsomgevingen te verbeteren; (2) de controle van de burgers over hun eigen gezondheid en de determinanten daarvan te vergroten door het potentieel van de digitale technologie te benutten; (3) ervoor te zorgen dat de consumentenomgeving gezonde keuzes ondersteunt door een prijsbeleid, transparante informatie en duidelijke etikettering. Gezondheidsvaardigheden worden ook expliciet vermeld in de gezondheidsprogramma's van de Europese Unie (EU) *Health for Growth* (2014-20) en *EU4Health* (2021-2027) (Europese Commissie, 2021). Deze acties laten duidelijk zien dat er een momentum is voor het ontwikkelen van een beleid inzake gezondheidsvaardigheden. Een toenemend aantal landen maakt dan ook werk van het uitstippelen van zo'n nationaal beleid (Rowlands et al., 2018).

Aangezien gezondheidsvaardigheden niet alleen een zorg zijn van de gezondheidssector, maar een geïntegreerd optreden vereisen van andere maatschappelijke actoren, de politiek en de particuliere sector, scheidt samenwerking tussen organisaties op lokaal, nationaal en internationaal niveau mogelijkheden om de krachten te bundelen. Voorbeelden van nationale samenwerking komen steeds vaker voor. Zo verenigt de in 2010 opgerichte *Nationale Alliantie voor Gezondheidsvaardigheden* in Nederland meer dan zestig organisaties, waaronder patiëntenverenigingen, verenigingen van zorgaanbieders, zorginstellingen, zorgverzekeraars, academische instellingen en het bedrijfsleven. Zij werken samen aan een gemeenschappelijke agenda voor het delen van kennis en ervaringen omtrent de integratie van gezondheidsvaardigheden in de activiteiten van zorginstellingen en het plannen van gezamenlijke acties. Op een gelijkaardige wijze verenigt de *Multi-stakeholder Collaboration* in Ierland het National Adult Literacy Agency, het ministerie van Volksgezondheid en de Health Service Executive, verschillende universiteitsdepartementen en het farmaceutische bedrijf MSD om werk te maken



van gezondheidsvaardigheden. Op internationaal niveau brengen *Health Literacy Europe* en de *Global Working Group on Health Literacy* van de International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) onderzoekers en praktijkwerkers uit verschillende landen en disciplines samen om kennis uit te wisselen over gezondheidsvaardigheden en de manieren om het probleem aan te pakken.

## ONTWIKKELINGEN IN BELGIË

België nam niet deel aan de *European Health Literacy Survey* (HLS-EU) van 2012. Het is dus niet mogelijk ons land wat betreft gezondheidsvaardigheden rechtstreeks te vergelijken met andere Europese landen. Dat zal binnenkort wél kunnen dankzij de Belgische deelname aan HL19, een nieuw pan-Europees bevolkingsonderzoek naar gezondheidsvaardigheden door het M-POHL-netwerk, onder auspiciën van het *Health Information Initiative* (EHII) van de Wereldgezondheidsorganisatie. In afwachting daarvan zijn er punctuele gegevens verzameld over gezondheidsvaardigheden in België. Zo toonde een onlinestudie naar gezondheidsvaardigheden uit 2014 bij bijna 10.000 leden van het Christelijk Ziekenfonds (CM-MC), in samenwerking met de UCLouvain, aan dat drie op de tien ondervraagde Belgen (29,7%) over beperkte gezondheidsvaardigheden beschikken, en iets meer dan een Belg op de tien (11,6%) onvoldoende gezondheidsvaardigheden heeft (Vancorenland, 2014). Deze scores liggen in dezelfde orde van grootte





als die voor de meeste andere Europese landen. Zij worden grotendeels bevestigd door de resultaten van de meest recente nationale gezondheidsenquête door Sciensano (HIS 2018; Charafeddine et al. 2018), op enkele verschillen na, zoals de betere score voor mannen in vergelijking met vrouwen en het iets hogere percentage van mensen met voldoende gezondheidsvaardigheden.

Wat de aanpak van gezondheidsvaardigheden betreft, suggereerde een doorlichting in opdracht van de Europese Commissie in 2014 (HEALIT4EU; Heijmans et al., 2015) dat het concept 'gezondheidsvaardigheden' in België weinig bekendheid genoot, dat daarrond geen federaal beleid was uitgewerkt en dat er buiten een aantal anekdotische vermeldingen in strategische documenten van de Vlaamse overheid ook geen concrete plannen of beleidsvoornemens waren om daar in de nabije toekomst werk van te maken. Deze momentopname op basis van officiële documenten was wellicht te pessimistisch en hield geen rekening met een evolutie die aan de gang was op het terrein, waar actoren het belang van gezondheidsvaardigheden wel degelijk inzagen.

Sindsdien werden op politiek en institutioneel niveau belangrijke stappen gezet. Zo bevatte het federaal regeerakkoord van 9 oktober 2014 een paragraaf die stelt: 'Initiatieven die zelfzorg en zelfmanagement bevorderen, worden aangemoedigd. Er zal bijzondere aandacht worden besteed aan het bevorderen van

gezondheidsvaardigheden bij de bevolking, aan een betere opleiding van zorgverleners met betrekking tot het stimuleren van zelfzorg en zelfmanagement, en aan het ter beschikking stellen van toegankelijke informatie aan de patiënt. De patiënt moet kunnen beschikken over informatie over de kwaliteit en prijs van de zorg, die via een toegankelijk platform beschikbaar wordt gesteld.' Die betrachting werd versterkt en geconcretiseerd in een beleidsadviserend rapport door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheid (Rondia et al., 2019), waarin op basis van documentanalyse en informatie door sleutelfiguren, beleidsplannen van een zestal landen vergeleken worden. Er wordt nagegaan hoe een federaal beleidsplan rond gezondheidsvaardigheden het best kan worden opgezet en met welke factoren daarbij rekening moet worden gehouden. Uit het rapport blijkt dat verschillende benaderingen mogelijk zijn, gaande van een zeer conceptueel gedreven tot een uiterst pragmatische aanpak, en dat de keuze voor een concrete benadering veelal afhangt van contextuele factoren, zoals een op til zijnde hervorming van de gezondheidszorg of het al dan niet beschikken over expertisecentra. Om een goed onderbouwd beleidsplan voor de aanpak van gezondheidsvaardigheden te ontwikkelen, houden beleidsmakers dus het best rekening met de bestaande staatsstructuur en de aard van het gezondheidszorgsysteem, en gaan ze op zoek naar de voorhanden zijnde expertise, de zogenaamde '*pockets of excellence*'.

Die expertise is er wel degelijk in België. Hoewel er geen overheidsinstanties als dusdanig belast zijn met de taak om gezondheidsvaardigheden te bevorderen, zijn er heel wat actoren zeer actief, met name ook op de eerste lijn. Zo stelt de Eerstelijnszone Gent op haar website een pakket aan tools en methodieken ter beschikking om de communicatie van eerstelijns zorg- en hulpverleners beter af te stemmen op mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden en om zorg- of welzijnsorganisaties toegankelijker te maken. Tevens lanceerde de Stad Gent een gevarieerd vormingsaanbod om zorg- en hulpverleners te helpen om beter rekening houden met beperkte gezondheidsvaardigheden, zowel bij

---

de zorgverstrekking als bij preventie en promotie. In de Federatie Wallonië-Brussel heeft de organisatie Cultures&Santé een reeks thematische dossiers en praktische instrumenten ontwikkeld om lagere gezondheidsvaardigheden te verbeteren met bijzondere aandacht voor mensen die de sociale ongelijkheid dagelijks voelen, zoals personen met een migratieachtergrond. Deze dossiers en instrumenten werden gerealiseerd samen met de betrokken bevolkingsgroepen en met institutionele steunpunten uit verschillende sectoren. De toegankelijke leidraad *La littératie en Santé : d'un concept à la pratique – guide d'animations* (Cultures&Santé, 2016) verdient een bijzondere vermelding.

Tal van andere projecten zijn het vermelden waard. Zoals het project *Heerlijk Helder in de Zorg* van het expertisecentrum MEMORI van de Thomas More Hogeschool, *Oog voor gezondheidsvaardigheden* van het Vlaams Instituut voor Gezond Leven, *Gezondheid en Wetenschap/Mon Généraliste.be* en [Mondocmasante.be/mijnthuisdoktermijngezondheid.be](http://Mondocmasante.be/mijnthuisdoktermijngezondheid.be). Daarnaast beschouwen de verschillende ziekenfondsen, die in België een belangrijke rol



spelen bij het adviseren van patiënten en burgers, gezondheidsvaardigheden als een vast en belangrijk onderdeel van hun werk. De acties die zij ontwikkelen kunnen worden opgedeeld in drie types: (1) informatie over gezondheid, gezondheidsbevordering en

gezondheidszorg toegankelijk maken voor het brede publiek en/of specifieke doelgroepen; (2) het *empoweren* van leden (cliënten) door het aanbieden van gezondheidsopvoeding, levenslange educatie, opleidingen, workshops; (3) het vereenvoudigen van het eigen administratieve systeem, het sensibiliseren en opleiden van het personeel, en het pleiten op federaal niveau voor een gebruiksvriendelijker gezondheidssysteem (bijvoorbeeld door de automatisering van de toegang tot patiëntenrechten).

Twee speerpuntinitiatieven die bijgedragen hebben tot het op de kaart zetten van gezondheidsvaardigheden in België zijn de *Well Done MSD Health Literacy Awards* en de projectoproep om de capaciteit rond gezondheidsvaardigheden in de eerste lijn te versterken van het *Fonds Dr. Daniël De Coninck*, beheerd door de Koning Boudewijnstichting.

Het eerstvermelde initiatief is een wedstrijd die, onder impuls van het farmaceutische bedrijf MSD, van 2013 tot 2017 werd georganiseerd door een consortium van organisaties waaronder de huisartsenverenigingen SSMG en Domus Medica, de apothekersverenigingen APB en Ophaco, de vereniging van verpleegkundigen AUVB, het RIZIV, diverse ziekenfondsen, de Belgische Cardiologische Vereniging, de Stichting tegen Kanker, het artsensyndicaat BVAS/ABSYM) en een organisatie gespecialiseerd in gezondheidscommunicatie, met als doel de meest relevante, haalbare, innovatieve en multiplicerbare initiatieven op het gebied van gezondheidsvaardigheden in België te selecteren en te belonen. Over een periode van vijf jaar werden meer dan 200 projecten ingediend en beoordeeld door een onafhankelijke jury, en dat leverde jaarlijks drie winnaars op voor respectievelijk eerstelijnszorg, gespecialiseerde zorg, en *community care* (publieke organisaties, patiëntenorganisaties, en privépersonen). In 2018 werd de Awards-formule vervangen door het *HealthNest*-initiatief, met vrijwel dezelfde partners (plus Zorgnet-Icuro en Gezondheid & Wetenschap), maar nu met als doel beloftevolle projecten rond gezondheidsvaardigheden te identificeren, te versterken en als incubator te fungeren voor hun implementatie.





Het speerpuntinitiatief van het Fonds Dr. Daniël De Coninck zet expliciet in op het ontwikkelen en versterken van gezondheidsvaardigheden in de eerste lijn. Daarvoor werd in 2018 een oproep gelanceerd naar organisaties uit het middenveld, sociale ondernemers, eerstelijnsprofessionals, patiëntenverenigingen, mantelzorgorganisaties, eerstelijnszones, kennisinstellingen en overheden die in functie van de behoeften van hun doelgroep innovatieve projecten wilden ontwikkelen om gezondheidsvaardigheden te bevorderen. De geboden financiële steun varieerde naargelang van de aard van het initiatief, tussen 15.000 en 50.000 €. Ook hier werden de projecten geselecteerd door een onafhankelijke jury, samengesteld uit experts en ervaringsdeskundigen, op basis van voorafbepaalde kwaliteitscriteria. Bij de selectie werd tevens de verscheidenheid van initiatieven getoetst aan de hand van een vooraf opgesteld mappingrapport van de Koning Boudewijnstichting, waarin tien vernieuwende buitenlandse praktijken die de gezondheidsvaardigheden van burgers, patiënten en professionelen versterken, worden beschreven (Vandenbroeck & Jenné, 2018).

## CONCLUSIE

Beperkte gezondheidsvaardigheden vormen een belangrijke uitdaging voor de gezondheidszorg. Een antwoord zoeken op die uitdaging is een gedeelde verantwoordelijkheid. Verschillende actoren in de samenleving kunnen acties combineren en integreren om de gezondheidsvaardigheden van de

bevolking te verbeteren, om te zorgen voor een betere communicatie over gezondheid en de determinanten ervan, om een gezondheidszorgaanbod te creëren dat geen te hoge eisen stelt op het vlak van gezondheidsvaardigheden, en om mensen in staat te stellen beslissingen te nemen in verband met gezondheid in de context van hun dagelijks leven: thuis, in de gemeenschap, op het werk, in de gezondheidszorg, in het onderwijsstelsel en in de traditionele en sociale media.

De eerste lijn kan daarbij het goede voorbeeld geven, door gezondheids- en welzijnsprofessionals aan te moedigen en te helpen om lage niveaus van gezondheidsvaardigheden bij burgers en patiënten te identificeren en hun communicatie aan te passen. Daarnaast is er ook een belangrijke rol weggelegd voor het maatschappelijk middenveld. Patiëntenverenigingen en organisaties die met ouderen of met kansarme groepen en gemeenschappen werken, kunnen allemaal een bijdrage leveren om mensen voor te lichten over gezondheidskwesties, om hen te helpen gezondheidsinformatie beter te begrijpen en kritisch te beoordelen en om met kennis van zaken beslissingen te nemen. Dit proces kan worden ondersteund door gezondheidsvaardigheden als centraal thema op te nemen in het gezondheidsbeleid en in het onderwijs- en welzijnsbeleid op lokaal, nationaal en internationaal niveau.

Dit alles kan niet worden bereikt zonder voldoende capaciteit. Het versterken van deze capaciteit kan aan de hand van verschillende strategieën gebeuren. Wat de beste strategie is, hangt af van de specifieke context. Maar welke strategie ook wordt gevolgd, het is belangrijk trouw te blijven aan de beginselen van capaciteitsopbouw, zoals het respecteren en waarderen van bestaande capaciteiten, het inspelen op de omgevings-, economische, organisatorische en culturele context, een zorgvuldige planning en het gebruik van een combinatie van strategieën om verandering op individueel, groeps-, organisatie- en gemeenschapsniveau tot stand te brengen.







---

## **II. LESSEN UIT HET LEREND NETWERK VAN INITIATIEVEN VOOR DE VERSTERKING VAN GEZONDHEIDSVAAARDIGHEDEN IN DE EERSTE LIJN**

## 1. SITUERING

Het Fonds Dr. Daniël De Coninck heeft het versterken van gezondheidsvaardigheden in de eerste lijn als een van de speerpunten in haar strategie geïntegreerd. In de loop van 2018-2019 liet het Fonds een verkennende studie uitvoeren die tien innovatieve buitenlandse initiatieven in kaart bracht.<sup>2</sup> Die studie bood een referentiekader voor een projectoproep, gericht naar organisaties uit het middenveld, (sociale) ondernemers, eerstelijnsprofessionals, patiëntenverenigingen, mantelzorgorganisaties, eerstelijnszones, kennisinstellingen en overheden.

Er werden vijftientig initiatieven geselecteerd, 13 in Vlaanderen en 12 in Wallonië of Brussel. Eén project heeft moeten afhaken. Zij konden gedurende twee jaar op financiering van het Fonds rekenen. Tegelijk werden de initiatiefnemers betrokken in een lerend netwerk om uitwisseling van ervaringen en het aanboren van nieuwe kennis te ondersteunen. Dit rapport vat de leerpunten samen uit dit gedeelde traject.

De covid-pandemie spookte natuurlijk door de hele afwikkeling van deze oproep van het Fonds. In bijna alle gevallen leidden de beheersingsmaatregelen tot grote kopzorgen voor de initiatiefnemers. Het is verheugend om vast te stellen dat zij zich hierdoor niet hebben laten ontmoedigen.

## 2. WENKEN

In wat volgt filteren we inzichten en ervaringen uit het hele veld van initiatieven. Die worden geformuleerd als 'wenken': principes die als richtsnoer in de praktijk kunnen helpen om gezondheidsvaardigheden te verbeteren. De principes zijn niet exhaustief. Ze dekken niet het hele mogelijke terrein van interventies ter versterking van gezondheidsvaardigheden, maar weerspiegelen de scope en samenstelling van de diverse gesteunde initiatieven.

We groeperen de wenken onder drie hoofdingen:

- > **Laat iedereen leren: dit gaat over de aard van het leerproces waardoor versterking van gezondheidsvaardigheden tot stand komt.**
- > **Breng het landschap van behoeften en aanbod in kaart: deze wenken hebben betrekking op een eerste sleutelmoment in de omgang met gezondheidsgerelateerde informatie, vóór behoefte en aanbod elkaar echt gevonden hebben.**
- > **Verdiep het contact in de dagelijkse praktijk: dit betreft een tweede sleutelmoment in de omgang met gezondheidsgerelateerde informatie, wanneer behoefte en aanbod elkaar gevonden hebben.**

We brengen relevante ervaringen uit specifieke projecten voor het voetlicht. Daarbij komt niet altijd de gelaagdheid en volle breedte van elk initiatief aanbod. We bevelen dan ook aan om aanvullend de meer uitgewerkte verhalen te lezen op de website van het Fonds Dr. Daniël de Coninck<sup>3</sup>.

<sup>2</sup> Gezondheidsvaardigheden versterken: leren van tien innovatieve buitenlandse praktijken <https://www.kbs-frb.be/nl/Activities/Publications/2018/20181112PP>

<sup>3</sup> <https://www.fondsdanieldeconinck.be/initiative/gezondheidsvaardigheden>

---

## 2.1 LAAT IEDEREEN LEREN

In het eerste deel van dit rapport werd de aandacht gevestigd op de beweging van een individueel 'deficit'-model naar een systemisch model in het versterken van gezondheidsvaardigheden. Het gaat om meer dan competenties van individuele burgers of patiënten. De behoefte aan gezondheidsinformatie en de wijze waarop mensen daarmee omgaan is immers de resultante van de mate waarop vaardigheden aansluiten op de wijze waarop informatie wordt verstrekt en gecommuniceerd. Dit systemische perspectief kijkt dan ook naar de interacties tussen individuen met zorg- en informatienoden en de mensen die binnen het systeem fungeren als bronnen van informatie.

Daaruit volgt dat de verbetering van gezondheidsvaardigheden een sociaal leerproces is waarin principieel alle actoren – ontvangers én aanbieders van gezondheidsgerelateerde informatie – betrokken zijn. De initiatieven die deel uitmaakten van het lerend netwerk in dit project weerspiegelen verschillende configuraties waarin die uitwisselingsdynamiek plaatsvindt: professionals en personen met zorg- en ondersteuningsnoden kunnen elkaar ontmoeten om samen en synchroon te leren over hoe men beter met gezondheidsgerelateerde informatie kan omgaan. Beide groepen kunnen ook binnen hun eigen sociale en professionele omgeving leren ('peer learning').

---

### 2.1.1 Versterk het sociale weefsel door kwetsbare mensen van elkaar te laten leren.

*Een goed omkaderde uitwisseling tussen 'peers' biedt veel voordelen. Mensen leren snel van elkaar. In dat proces groeit ook vertrouwen, herkenning en sociaal weefsel.*

#### *Casus: (V)aardig gezond in Nekkerspoel (Stad Mechelen)*

Het Mechelse project '(V)aardig gezond' ontwikkelde een aantal wervende en laagdrempelige aanpakken

om mensen in een 'aandachtswijk' van elkaar te laten leren in het versterken van gezondheidsvaardigheden. Een outreachend gezondheidswerker overtuigde de bewoners om recepten te suggereren die gebundeld werden in een *Soepboekje* dat de diversiteit van de wijk weerspiegelde via de verhalen bij de recepten. Het aantrekkelijk vormgegeven boekje van 48 pagina's bevat tal van tips over gezonde voeding en levensstijl, hygiëne bij de bereiding van de maaltijd, en de milieu-impact van consumptiekeuzen. Het verwijst ook naar lokale handelaren waar je minder courante ingrediënten kunt vinden. Evengoed bevat het de contactgegevens van de lokale gezondheidswerker. Het pedagogische element is discreet verweven in wat in essentie een nuttig en uitnodigend kookboek is.

De 'Kwispelstappers' is een ander Nekkerspoels initiatief om bewoners op een laagdrempelige en gemeenschapsversterkende wijze vertrouwd te maken met aspecten van een gezonde levensstijl. Mensen met een hond nemen geïsoleerde bewoners mee op een ommetje in de wijk. De hondeneigenaars fungeren als brugfiguren die de gezondheidswerker helpen om inzicht te krijgen in wat er leeft en wat bewoners kan motiveren om op zoek te gaan naar zorg.

De eenvoud en laagdrempeligheid van deze aanpak mogen niet verhullen dat dit slechts één stuk in een complexe puzzel is. In buurten waar de sociale voorzieningen minimaal zijn en de diversiteit groot, is het vaak niet gemakkelijk om mensen bij elkaar te brengen. Dat vereist een continue, zichtbare maar niet opdringerige aanwezigheid zowel in persoon als via media, van een gezondheidswerker of brugpersoon, die in de buurt circuleren. Bijkomend zijn inspanningen nodig om situationeel, in samenwerking met partners (apothekers, zorgaanbieders), antwoorden te bieden op specifieke vragen in de buurt.

De Covid-19-pandemie heeft het fysiek samenbrengen van mensen fel bemoeilijkt. Het soepboekje en de buurtwandelingen zijn voorbeelden van ontmoetingsmogelijkheden die ondanks alle beperkingen toch mogelijk waren. Ook hier is dus creativiteit geboden.

---

## 2.1.2 Scherp de competenties aan van aanbieders die met zeer kwetsbare doelgroepen werken.

*Sommige doelgroepen vragen een bijzondere aanpak voor het versterken van hun gezondheidsvaardigheden. Competenties om die te ondersteunen zijn niet altijd breed voorhanden bij zorgaanbieders. Het codificeren en verspreiden van goede praktijken is dan een oplossing.*

### *Casus: Infirmiers de rue*

De professionals van *Infirmiers de rue*/Straatverplegers hebben veel expertise opgebouwd in de zorg voor daklozen en zeer precaire doelgroepen in grootstedelijke gebieden (Brussel en Luik). Een gespecialiseerde toolbox ondersteunt het werk in deze delicate relatie. Zo werden instrumenten ontwikkeld om kwetsbaarheden in kaart te brengen, alcoholgebruik te reguleren, hygiëne te bevorderen en het risico van uithuiszetting te verminderen. Al deze tools zijn nuttig om een bredere groep van medische en sociale professionals te ondersteunen in hun werk met deze zeer kwetsbare doelgroepen. Met dit initiatief wilde *Infirmiers de rue* de verspreiding van deze instrumenten actief ondersteunen. Het opleidingsmateriaal werd uitgebreid en aangepast aan de doelgroep. Er werd een eerste stap richting digitalisering gezet.

### *Casus: Plateforme Prévention Sida*

De behandeling van hiv heeft een belangrijke evolutie ondergaan. HIV is geëvolueerd tot een chronische aandoening. Vandaag de dag kunnen patiënten met de aandoening een normaal leven leiden en kan het risico op transmissie van de aandoening zeer goed beheerst worden. Dat heeft als gevolg dat patiënten minder met specialistische zorg in aanraking komen. De huisarts wordt dan het belangrijkste aanspreekpunt. Niettemin is er aan de kant van de hiv-patiënten vaak nog een belangrijke drempel om met hun huisarts over intimiteit en seksualiteit te praten. Ook bij de artsen is er een vraag naar gevalideerde informatie en ondersteuning bij het detecteren van de behoeften van hun hiv-patiënten op het vlak van behandeling, screening op eventueel andere soa's, zwangerschap en seksleven. Plateforme Prévention SIDA heeft dit project aangegrepen als een opportuniteit om hanteerbare informatie aan te maken

op maat van huisartsen, in de vorm van een poster, brochure en onlinedocumentatie, met links naar meer gespecialiseerde bronnen.

---

## 2.1.3 Breng professionals en personen met zorg- en ondersteuningsnoden samen om van elkaar te leren.

*Verskillende initiatieven hebben ingezet op de ontmoeting van professionals en zorgvragers, in een context die niet door een acute behoefte wordt gekenmerkt (dus buiten consultaties). Er is dan tijd en ruimte voor een meer doorgedreven uitwisseling en reflectie. Dit kan een partnerschapsrelatie versterken.*

### *Casus: la formation des professionnels de la santé... par les patients eux-mêmes. LUSS*

De LUSS heeft het initiatief genomen om een uitwisseling mogelijk te maken tussen patiënten en zorgprofessionals in opleiding, een dankbare en receptieve groep. De contacten namen de vorm aan van gemeenschappelijke werkgroepen, getuigenissen van patiënten tijdens de lessen en feedback van studenten over hun projectwerk. Aldus worden deze toekomstige professionals aangemoedigd om zich te gedragen als partners in hun interacties met mensen met een zorgbehoefte. Het is voor jonge professionals vaak revelerend om te ontdekken wat een chronische aandoening betekent in het dagelijks leven. Het is hierbij belangrijk dat de patiënten in hun getuigenissen ook afstand kunnen nemen van hun persoonlijke situatie. Heel wat thema's, zoals communicatie, empowerment en patiëntenrechten, zijn sowieso gemeenschappelijk voor alle aandoeningen. De uitwisselingen werden zowel door patiënten als door de toekomstige professionals als heel enthousiasmerend en waardevol ervaren.

### *Casus: Workshops Iedereen Gezondheidsvaardig, ARhus Roeselare*

In Roeselare faciliteerde ARhus de ontmoeting tussen kwetsbare bewoners en de eerstelijnsprofessionals, in een poging om bewoners meer vertrouwd te maken met het zorg- en welzijnsaanbod en, omgekeerd, om de gezondheids- en welzijnswerkers te sensibiliseren



voor specifieke noden van deze mensen. De interactie leidde tot een aantal belangrijke inzichten. Zo bleek het aangewezen om de doelgroep te splitsen in twee subgroepen: mensen met en zonder migratieachtergrond. Beide verschillen immers significant in noden, behoeften en taalvaardigheid. Bijkomend leerde men dat de interacties het best niet tot één bepaalde wijk beperkt worden, omdat de sociale netwerken en de voorzieningsnetwerken van bewoners zich ook voorbij de contouren van hun wijk uitstrekken.

Flexibiliteit in werkvormen ter ondersteuning van de ontmoeting tussen bewoners en eerstelijns werkers is aangewezen. Niet iedereen functioneert goed in een cocreatiemodus. Bovendien wilden de bewoners het contact met de eerstelijnsprofessionals aangrijpen om antwoorden te krijgen op hun specifieke vragen. Het bleek ook essentieel om maatschappelijk werkers en brugfiguren binnen de stad bij het initiatief te betrekken. Die vertrouwensrelatie is onontbeerlijk om dit soort van uitwisselingen op gang te brengen. Tot slot blijkt het niet altijd evident om eerstelijns werkers, die vaak overbevraagd zijn (zeker tijdens een pandemie), voor deze interacties warm te maken. Het team in Roeselare is dan ook van mening dat het nodig is om professionals te sensibiliseren omtrent de positieve langetermijneffecten – onder andere op de werkdruk – van hogere gezondheidsvaardigheden van hun patiënten.

#### *Casus: Langer veilig en vitaal thuis wonen (Medisch Huis 't Rond Punt)*

Medisch Huis 't Rond Punt (Laakdal) creëerde een reeks ontmoetingen tussen kwetsbare ouderen en een divers panel van medische en paramedische professionals: een kinesist, een podoloog, een coach, een ergotherapeut, een diëtist en een notarieel jurist. Eerst werden de behoeften in kaart gebracht aan de hand van een individuele vragenlijst. Daarna volgde een reeks workshops die kwetsbare ouderen weerbaarder maken en helpen om langer thuis te kunnen wonen.

Tijdens deze groepsessies kwamen gezondheidsgerelateerde onderwerpen aan bod: gezonde voeding, osteoporose, valpreventie,

wegwijs in het dagelijkse leven, zelf snel lekker eten maken, desserts met de focus op calcium, vitamine D en broodbeleg, hoe gezond bewegen oefenen, coördinatieoefeningen, gezond bewegen in de buitenlucht, omgaan met eenzaamheid en sociaal isolement, vroegtijdige zorgplanning en het zorgvolmachtformulier, voetverzorging en veilig schoeisel. De onderwerpen zijn herkenbaar. Tegelijk geeft de brede waaier aan dat gezondheidsvaardigheden faciliterend zijn in elk domein van het dagelijkse leven van kwetsbare ouderen. Het is de bedoeling dat de gemeente Laakdal – en later andere gemeenten in de eerstelijnszone Zuiderkempen – dit zorgpakket opneemt in het preventieaanbod voor ouderen in de gemeente.

#### *Casus: Empowerment! Fédération Maisons Médicales*

In de Fédération Wallonie-Bruxelles heeft ook de Fédération des Maisons Médicales energiek ingezet op het versterken van de participatieve werking van de maisons médicales of wijkgezondheidscentra. Het was de ambitie van het door het Fonds gesteunde project om professionals uit *maisons médicales* te sensibiliseren voor het concept gezondheidsvaardigheden en van daaruit op zoek te gaan naar hindernissen en hefboomen om patiënten actiever als partners te betrekken. In Luik werd een eerste proeftraject opgezet om een comité van patiënten te activeren. Het uiteindelijke doel is om de verbetering van gezondheidsvaardigheden in zo veel mogelijk *maisons médicales* als een strategische doelstelling in te bedden. De ervaring in dit traject leert dat er behoorlijk wat bereikt kan worden met eenvoudige hulpmiddelen die niet veel ondersteuning vergen, zoals 'teach me back'.

### **2.1.4 Versterk de gevoeligheid voor gezondheidsvaardigheden van eerstelijnsorganisaties.**

*'Health literacy sensitive organisations' dragen de aandacht voor gezondheidsvaardigheden in hun DNA. Dat vraagt een proces van zelfbevraging, een diagnostiek van de organisatie (vaak in samenwerking met patiënten) en volgehouden veranderingsmanagement.*

### *Casus: Je prends mon diabète en main (Maison Médicale La Poudrière)*

In Maison Médicale La Poudrière (Jambes) stelt men vast dat steeds meer mensen kampen met diabetes. Het team ging na hoe ze hiermee beter kunnen omgaan. Het proces van zelfbevraging zette in op bewustmaking en opleiding van de professionals met het oog op een multidisciplinaire ondersteuning van (mogelijke) patiënten. Hierbij werd in het bijzonder de nadruk gelegd op het creëren van ruimte voor de ervaringen en de kennis van de patiënt. Bijkomend werden patiënten gescreend en geïnformeerd en kregen zij de gelegenheid om ook op een nieuw aanbod aan te sluiten (nordic walking, infosessies door een psycholoog). Voor het team van La Poudrière vormt het concept gezondheidsvaardigheden een aangrijpingspunt om hun werking en de relatie met de patiënt in een constant proces van bevraging te verbeteren.

### *Casus: ZorgWijs – Onderzoek naar en voor ‘health literate organisations’ in de eerste lijn (UCLL)*

In het project ZorgWijs gingen onderzoekers van UCLL na hoe organisaties in de eerste lijn zich toegankelijker kunnen opstellen en hoe ze hun communicatie inclusiever kunnen maken. Drie wijkgezondheidscentra en een woonzorgcentrum dienden zich aan als partners in dit proces. Onder begeleiding van de onderzoekers gingen ze na hoe ze de toegankelijkheid en communicatie konden verbeteren en ontwikkelden ze een aanpak om aan hun inzichten gevolg te kunnen geven. Het was evident dat een ‘one size fits all’-benadering niet aangewezen was. Elke organisatie heeft haar eigen doelen, cultuur, structuur, kalender, beschikbare personeelsinzet. Elk traject had bijgevolg een andere insteek, doelstelling, verloop en uitkomsten. Voorbeelden van door partnerorganisaties ontwikkelde initiatieven zijn: het aanmaken en evalueren van educatief materiaal, een activiteitenkalender, een beleefaangebod, het in kaart brengen en zichtbaar maken van het zorg- en welzijnsaanbod, interdisciplinaire afspraken maken rond ‘positieve gezondheid’ als uitgangspunt, ‘peer support’ opstarten, de communicatie en informatiecontinuïteit verbeteren. Interessant is het inzicht dat men het best niet vertrouwt op oude of veronderstelde zekerheden: niet in het inschatten van de sterktes en zwaktes van de

eigen organisatie en ook niet in het herkennen van de behoeften van de mensen met een zorgnood. De bevragingen bleken telkens verrassingen op te leveren. Dit bevestigt dat het de moeite loont om te investeren in een grondige, genuanceerde en herhaalde reflectie over en peiling naar kansen om gezondheidsvaardigheden te versterken. Hier zit een evidente spanning op de beperkte structurele middelen die doorgaans in een eerstelijnsorganisatie voorhanden zijn.

### **2.1.5 Laat gezondheidsvaardigheden gezondheids-, gemeenschaps- en welzijnswerkers verbinden.**

*Het is moeilijk om precies de vinger te leggen op de plek waar ingegrepen kan worden om gezondheidsvaardigheden te versterken. Immers, binnen een systemische visie zijn die vaardigheden een resultante van een interactie: tussen de competenties van burgers, en de wijze van aanbieden van informatie en diensten die de gezondheid en het welzijn van burgers kunnen verbeteren. Die complexiteit heeft ook een voordeel: het verbeteren van gezondheidsvaardigheden biedt een startpunt voor sectoroverschrijdende vormen van samenwerking. Gezondheids-, gemeenschaps- en welzijnswerkers vinden elkaar en vullen mekaar op een natuurlijke wijze aan in deze ambitie.*

### *Casus: de Gezondheidskiosk (Logo Antwerpen)*

Logo Antwerpen plaatste een mobiele gezondheidskiosk op het Terloplein in Borgerhout, een plek die niet bijzonder positief wordt gepercipieerd. De kiosk is een fris en vrolijk element, dat onwillekeurig de aandacht trekt van elke bezoeker van het plein. Ze biedt een gelegenheid om kwetsbare buurtbewoners, die vaak hun weg niet vinden naar het zorgsysteem, te voorzien van laagdrempelige en correcte informatie. Mensen kunnen er bijvoorbeeld ook terecht voor hulp bij het maken van een afspraak voor een COVID-vaccin. De kiosk kan flexibel uitgerust worden en inspelen op lokale behoeften. Boeiend is hoe de ontwikkeling en uitbating van de kiosk hebben geleid tot partnerschappen tussen verschillende organisaties die werkzaam zijn rond het plein: het buurthuis, sociale diensten, de actoren in het zorgaanbod. Ook

de buurtbewoners zelf werden betrokken bij het aankleden van de kiosk (met gevelbankjes, kastjes enz.). Het initiatief wil ook samenwerken met de Community Health Workers, die de federale overheid ondersteunt om in de nasleep van de pandemie de

brug te leggen tussen kwetsbare groepen en de eerstelijnsgezondheids- en welzijnszorg. Zo wordt het versterken van gezondheidsvaardigheden een hefboom voor een bredere samenwerking door organisaties die in de wijk actief zijn.

### Samenvattend: 'Laat iedereen leren'

Uit de ervaringen van deze initiatieven blijkt duidelijk hoe een focus op gezondheidsvaardigheden een rijk en gediversifieerd proces van collaboratief leren op gang kan brengen. Dat is niet evident en vraagt veel inzet van alle betrokkenen, zowel van mensen met een zorgnood als van professionals. Ondanks structurele hindernissen, zoals kwetsbaarheid, stigma, taalproblemen en tijdsgebrek, blijven zij toch investeren in het gestalte geven aan een participatieve en empowerende relatie. De vraag naar eenvoudige, hanteerbare en laagdrempelige instrumenten is een constante in alle initiatieven. Geduld om te investeren in een vertrouwensrelatie – al dan niet met medewerking van brugpersonen – is eveneens onontbeerlijk. Op systeemniveau stelt een

focus op gezondheidsvaardigheden ook het meer fundamentele vraagstuk van sectoroverschrijdende partnerschappen aan de orde, wat uitnodigt tot een langetermijnbevraging over de rol van alle institutionele partners in het gezamenlijk creëren van een context voor gezondheid en welzijn. Dit legt de basis voor een holistisch interventiemodel dat een mix van doelgroepen koppelt aan een bredere waaier van interactiepunten met het zorg- en welzijnssysteem. Zie hierover ook sectie 1.5.4. in het rapport over de internationale initiatieven ter versterking van gezondheidsvaardigheden.<sup>4</sup>

4 Gezondheidsvaardigheden versterken: leren van tien innovatieve buitenlandse praktijken <https://www.kbs-frb.be/nl/Activities/Publications/2018/20181112PP>

## 2.2 BRENG HET LANDSCHAP VAN BEHOEFTE EN AANBOD IN KAART

Aangrijpingspunten voor de verbetering van gezondheidsvaardigheden situeren zich op verschillende niveaus: van het individuele en interpersoonlijke (de burger in relatie tot zijn zorgverstrekker) tot het macro-institutionele (het zorgsysteem in zijn geheel).<sup>5</sup> Daartussenin situeert zich het mesoniveau van een lokaal of bovenlokaal landschap van voorzieningen en behoeften. Een aantal gesteunde initiatieven hebben als doel gesteld om die landschappen leesbaar en navigeerbaar te maken voor zowel professionals als mensen met een zorg- en ondersteuningsnood.

Sommige daarvan liggen aan de marge of zelfs buiten ons blikveld. Dan gaat het om de behoeften van 'vergeten' doelgroepen: mensen die als mantelzorger een heel omvattende zorgtaak opnemen bijvoorbeeld, of gedetineerden, die letterlijk achter muren schuilgaan.

### 2.2.1 Help aanbieders om behoeften in hun buurt in kaart te brengen.

*De eerste lijn evolueert gaandeweg naar behoeftegestuurde integratie van zorg. Die manier van werken hangt af van het vermogen om de noden in een gemeenschap in kaart te kunnen brengen.*

*Casus: HealthLi Buurtkompas, Thomas More*<sup>6</sup>

Eerstelijnszone Pallieterland liet zich door Hogeschool Thomas More begeleiden bij het ontwikkelen van een

5 Cfr. ook het sociaal-ecologische model van McCormack in de publicatie over internationale initiatieven.

6 <https://www.politeia.be/nl/publicaties/286245-healthli+buurtkompas>

---

instrument (het HealthLi Buurtkompas) om inzicht te verwerven in de noden van lokaal kwetsbare groepen en om op basis daarvan voorrang te geven aan initiatieven die overeenkomstige gezondheidsvaardigheden versterken. De omgevingsanalyse steunt op de beschikbare cijfers en indicatoren voor een verhoogd risico op lage gezondheidsvaardigheden. Ze wordt aangevuld met een bevraging van lokale eerstelijnsactoren. Een interdisciplinaire werkgroep gaat dan na welke interventies een hefboom kunnen zijn in de versterking van gezondheidsvaardigheden. Eerstelijnszone Pallieterland kwam via deze aanpak tot een minder evident aangrijpingspunt: het omgaan met en doorbreken van eenzaamheid. Aanvankelijk lag de focus op jongvolwassenen met een psychische kwetsbaarheid, maar naarmate het traject vorderde bleek dat de doelgroep verruimd kon worden tot alle leeftijden. Het bleek niet evident te zijn om actoren op één lijn te krijgen rond een thema waar nog aanzienlijke taboes rond bestaan. Het project leidde tot de ontwikkeling van drie gidsen *SAMEN TEGEN EENZAAMHEID*: voor inwoners, voor hulpverleners in de eerste lijn en voor lokale besturen en organisaties. De gidsen helpen om de behoeften en het aanbod beter op elkaar te laten aansluiten.

---

## 2.2.2 Help mensen met een zorgbehoefte om hun weg te vinden in het aanbod.

*De eerste lijn is een uitermate complex gegeven voor iedere burger die meer ondersteuning nodig heeft dan een huisarts kan bieden. Een aantal initiatieven zette in op het zichtbaar en leesbaar te maken van het versnipperde eerstelijnslandschap voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden.*

### *Casus: 'WEGWIJS in zorg en gezondheid' (WGC Rabot)*

In samenwerking met een gespecialiseerde partner en een ruime klankbordgroep ontwikkelde Wijkgezondheidscentrum Rabot in Gent een grondige update van een educatief spel dat zich richt op mensen met lage gezondheidsvaardigheden vanaf 16 jaar. De doelgroep werd actief betrokken in de ontwikkelings- en testfase. Spelers krijgen inzicht in het eerstelijnslandschap aan de hand van de

gezondheidsgerelateerde uitdagingen van vijftien fictieve personages en leren waar ze terecht kunnen met vragen. De in het spel opgenomen structuren en organisaties zijn rechtstreeks toegankelijk en kunnen doorverwijzen naar meer specifieke vormen van zorg en ondersteuning. Ze zijn ook generiek, in die zin dat ze in alle Vlaamse regio's actief zijn. Het spel is modulair opgevat, zodat een begeleider kan helpen focussen op de behoeften van de deelnemers. Het fysieke spel wordt aangevuld met een digitaal luik in de vorm van een website met info over het spel en de erin opgenomen organisaties. Alle wijkgezondheidscentra in Vlaanderen en Brussel krijgen uiteindelijk *WEGWIJS in zorg en gezondheid*. Zij kunnen het spel in hun buurt uitlenen aan andere wijkorganisaties.

### *Casus: de website van het Overlegplatform voor geestelijke gezondheid in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (PFCSM)*

Het aanbod van initiatieven, projecten en organisaties die de afgelopen jaren in Brussel zijn opgezet om aan de behoeften op het gebied van geestelijke gezondheid te voldoen, is groot. De hernieuwde website van PFCSM verzamelt al deze info en stelt die ter beschikking van in principe alle burgers, op een laagdrempelige wijze. Bij het ontwerp en hertaling van de info wordt rekening gehouden met richtlijnen voor eenvoudige communicatie.

---

## 2.2.3 Sensibiliseer 'vergeten' groepen en de professionals die hen ondersteunen.

*Twee initiatieven hebben speciale aandacht voor mantelzorgers. Ook zij moeten gesensibiliseerd worden om aandacht te hebben voor de eigen gezondheid en om gepaste hulp te zoeken bij een te grote fysieke en/of mentale belasting. Een specifieke 'vergeten' groep zijn gedetineerden: het is niet evident om in een gevangenis het handelingsvermogen van mensen rond gezondheid te helpen vergroten. Een team zocht uit wat er mogelijk is.*

### *Casus: Aidants, et votre santé? Parlons-en! (Aidants Proches asbl)*

Mantelzorgers vervullen een vitale rol. Maar vaak hebben ze geen heldere kijk op hun positie en de

gezondheidsgerelateerde behoeften die daarmee gepaard gaan. De vereniging Aidants Proches heeft een breed opgezette campagne ontwikkeld om die grote groep mensen te sensibiliseren rond de middelen waarover zij kunnen beschikken om zorg te dragen voor zichzelf en hun gezondheid. De organisatie ontwikkelde en verspreidde een bundel informatief materiaal voor mantelzorgers en de professionals met wie zij in verbinding staan. Er werd een colloquium georganiseerd en in het voorjaar van 2021 werd op radio en tv aan bijkomende sensibilisering gedaan. De campagne wordt niet alleen gevoerd vanuit de invalshoeken 'micro' (= mijn gezondheid als verzorger) en 'meso' (= mijn gezondheid ondersteund door het netwerk van professionals die mij helpen om voor mijn dierbare te zorgen). Ook het 'macro'-aspect maakt deel uit van de reflectie, al was het maar met het oog op de evolutie van de basisopleiding voor eerstelijns hulp- en zorgberoepen.

*Casus: Promotion de la santé pour les parents aidants-proches en pédiatrie (UCL)*

Dit door een onderzoeksteam van de UCLouvain opgezette traject sluit aan bij het initiatief van Aidants Proches. Hier wordt één doelgroep scherper afgebakend: ouders van kinderen met een beperking of een chronische aandoening. Ook zij hebben te maken met een zware belasting en dreigen hierdoor te weinig aandacht te besteden aan hun eigen fysieke en mentale gezondheid. De onderzoekers gingen in dialoog met een groep mama's en papa's om hun

behoeften in kaart te brengen. De rekrutering verliep onder meer via de medische professionals die voor de kinderen zelf zorgen. Het bleek echter lastig om die mensen te mobiliseren en de ouders een aanpak aan te bieden die niet op de kinderen was gericht. Rechtstreekse en volgehouden communicatie met ouders is daarom nodig. Daarnaast moeten zorgverstrekkers ook verder gesensibiliseerd worden rond de noden van ouders met kinderen met een chronische of structurele zorgbehoefte.

*Casus: het bevorderen van gezondheidsvaardigheden in de gevangenis van Dendermonde (WG Health on the Move)*

De Werkgroep Health on the Move organiseerde een reeks focusgroepen met professionals en gedetineerden in de gevangenis van Dendermonde. Samen identificeerden ze een reeks gezondheidsgerelateerde thema's die belangrijk waren voor de bewoners: slaap, seksualiteit, hittedagen, middelengebruik, hygiëne, beweging, voeding, psychisch welzijn, medicatie, bezoek aan de arts. De werkgroep startte met het samenstellen van een pakket basisinfo en daarop aansluitende activiteiten op maat van de doelgroep. Het is een uitdaging om in deze setting mensen volwaardig te laten participeren. In het algemeen is er ook nog werk aan de winkel om het bewustzijn rond gezondheidsvaardigheden te versterken en om de gevangenis te zien als een plek waar die vaardigheden relevant zijn én versterkt kunnen worden. Idealiter zullen de inzichten uit dit initiatief binnen het gevangeniswezen ruimer verspreid worden.

### **Samenvattend: Besef hoe complex het landschap is.**

De initiatieven van Wijkgezondheidscentrum Rabot en Eerstelijnszone Pallieterland onderstrepen de complexiteit die gepaard gaat met het opmaken van een cartografie van behoeften en voorzieningen. Die complexiteit ontstaat door de gelaagdheid van de behoeften, de versnippering van de voorzieningen en het feit dat het geheel continu aan verandering onderhevig is. Bovendien wordt het landschap steeds gelezen door een bepaalde

bril. Het gezondheidsspel maakt mensen daarop attent door verschillende personages te integreren. De buurtwijzer focust dan weer op cijfers en ervaringen van eerstelijns werkers op het terrein. Tot slot: het blijkt een uitdaging om bepaalde doelgroepen te ondersteunen in het versterken van gezondheidsvaardigheden. De hindernis zit in de eerste plaats in een wereldbeeld waardoor de behoeften van deze mensen minder 'transparant' zijn voor het oog van de professional. Dat geldt zowel voor mantelzorgers als voor gedetineerden.



## 2.3 VERDIEP HET CONTACT IN DE DAGELIJKE PRAKTIJK

De interactieruimte tussen mensen met een zorgbehoefte en professionals is vaak beperkt. Aan de kant van de verstrekker speelt zeker het element tijd mee. In een superdiverse maatschappij wordt ook taal steeds vaker een belemmering. Patiënten missen vaak het vertrouwen om vragen te stellen en hun behoeften kenbaar te maken. Een trits ondersteunde initiatieven richtte zich op het verbreden en verdiepen van het contact, met een waaier van initiatieven: aanmaken van laagdrempelige informatiedragers, openen van ruimte voor de ervaring van de patiënt, versterken van de relatie via tussenpersonen.

### 2.3.1 Versterk de rol van vertrouwenspersonen en brugfiguren.

*Heel wat van de ondersteunde initiatieven onderstrepen het cruciale belang van de bijdrage van vertrouwenspersonen in het sensibiliseren en ondersteunen van mensen in het proces van versterking van gezondheidsvaardigheden. Vertrouwenspersonen kunnen mensen uit de naaste sociale kring zijn, maar even goed ervaringsdeskundigen, speciaal opgeleide vrijwilligers of professionelen.*

#### *Casus: Vaardig in Gezondheid met Buddy's (Logo Leieland)*

Meer dan de helft van de kortgeschoolden, anderstaligen of laaggeletterden heeft moeilijkheden om gezonde keuzes te maken. Vaak nemen mensen met lage gezondheidsvaardigheden ongezondere gewoonten aan, zoals een sedentaire levensstijl, roken en ongezonde eetgewoonten. Logo Leieland ontwikkelde een aanpak om kwetsbare mensen, in het bijzonder mensen in armoede, toe te leiden naar een gezondheidsbevorderend coachingprogramma. Het initiatief combineerde drie elementen in het motiveren van de doelgroep. Er werd gezorgd voor een folder met een geactualiseerd en helder overzicht van het aanbod. Een gezondheidscheque-op-naam bood een stimulans om in een leefstijlprogramma



te stappen en vol te houden. Focusgroepen gaven ook aan dat het duiden van de voordelen van dergelijke programma's het best gebeurt door vertrouwenspersonen. De initiatiefnemers leidden (ruim dertig) vrijwilligers (buddy's) en (bijna veertig) professionelen op om deelnemers correct te informeren, te motiveren en te begeleiden om deel te nemen aan relevante sessies. Ruim 150 mensen volgden een gezondheidsbevorderend leefstijltraject.

#### *Casus: Parlons santé avec les primo-arrivants (Anama asbl)*

Anama is een vereniging die de sociale cohesie in Doornik wil vergroten. Met het door het Fonds gesteunde initiatief werd in het bijzonder ingezet op de ondersteuning van asielzoekers en nieuwkomers. Men probeert deze mensen op een vrijblijvende wijze toe te leiden naar eerstelijnsorganisaties in de stad. Naast ontmoetingsmomenten en de beschikbaarheid van eenvoudig begrijpbare info is de rol van 'peters' daarbij van groot gewicht. Dit zijn mensen die de taal en achtergrond delen van de nieuwkomers en die al een eerste vormingscyclus achter de rug hebben. Zij kunnen hun ervaring informeel en telefonisch doorgeven, met name in een context waarin sanitaire maatregelen persoonlijke contacten bemoeilijken. Ook scholen worden meer en meer bij dit project betrokken. De kinderen geven informatie immers door aan hun familie. Dat is een belangrijk kanaal, omdat met name vrouwen vaak terughoudend zijn om de taal te leren.



---

### 2.3.2 Geef ruimte aan de informatiestroom vanuit de persoon met een zorgnood.

*Het consultatiemoment is vaak te kort om de ervaring van de patiënt genuanceerd te duiden. Er is met name vaak een gebrek aan een longitudinaal perspectief dat de dagelijkse ups and downs van het leven met een zorgbehoefte capteert. Werken met een dagboek kan een oplossing bieden.*

#### *Casus: Logboek 'Tell me what you eat' (FAPA)*

Mensen met een erfelijke vorm van darmkanker ondergaan bijna altijd preventieve of therapeutische chirurgie. Na een ingreep ondervinden ze vaak problemen bij het samenstellen van een werkbaar dieet. Het is lastig om pertinente info te krijgen via de reguliere ondersteuningskanalen (gespecialiseerde arts, ziekenhuis). Het bezoek aan diëtisten blijft vaak beperkt tot één keer. Informatie die uitgewisseld wordt in lotgenotencontacten biedt nog het meeste soelaas in dit belangrijke aspect van levenskwaliteit. Maar hoe betrouwbaar en overdraagbaar zijn deze wenken? Het project Tell me what you eat van FAPA (*Familial Adenomatous Polyposis Association*) resulteerde in een (klassiek en online) logboek dat bijzonder interessant is voor het perspectief van de professional en de ervaringsdeskundige. Er is een info- en een registratielukkig. Patiënten houden bij wat ze eten en hoe hun lichaam daarop reageert. Zij kunnen een fysieke versie van het logboek meenemen naar hun arts of voedingsdeskundige. Online, op het FAPA-lotgenotenforum, kunnen patiënten onderling hun ervaringen uitwisselen. Diëtisten kunnen die uitwisselingen opvolgen en situeren.

#### *Casus: Prise en charge des douleurs (Maison Médicale La Passerelle, Liège)*

De medewerkers van Maison Médicale La Passerelle besloten in te zetten op een veel voorkomende klacht: chronische pijn. In een gemengde werkgroep met patiënten werd een enquête opgezet die peilde naar de ervaringen en behoeften op het vlak van omgaan met en beheersen van pijn. Het resultaat van de bevraging werd omgezet in een reeks acties die zowel de competenties van het personeel als van patiënten wilden versterken. Zo werd het aanbod uitgebreid met cursussen yoga en

meditatie. Er werd ook een 'pijnboekje' ontwikkeld dat patiënten uitnodigt om dagelijks nota te nemen van hun ervaringen. Zo kan hun situatie in interactie met het medisch personeel beter opgevolgd worden.

---

### 2.3.3 Maak gebruik van sleutelmomenten in een consultatie.

*Kleine ingrepen en geheugensteuntjes kunnen het typische consultatieprotocol doorbreken en een setting creëren waarin de patiënt zich uitgenodigd voelt om pertinente vragen te stellen en met zijn zorgverstrekker in een cocreatiemodus te treden.*

#### *Casus: De Babbelgids (VFG Oost-Vlaanderen)*

VFG Oost-Vlaanderen, een vereniging die zich inzet voor mensen met een beperking, ontwikkelde een laagdrempelig instrument om personen met een lichte tot matige mentale beperking te ondersteunen in hun interactie met de huisarts. De Babbelgids is een handige, invulbare steekkaart die houvast biedt voor, tijdens en na de consultatie. Bij elk bezoek aan de huisarts wordt een nieuwe fiche ingevuld. Gebruikers houden bij voorkeur hun Babbelgidsen bij, zodat ze een beter zicht krijgen op hun gezondheid. De methodiek wordt uitgerold binnen de eigen organisatie en vervolgens wordt het netwerk van VFG en andere stakeholders aangesproken. Er worden over Vlaanderen 10.000 Babbelgidsen gericht verspreid en de gids wordt ook digitaal aangeboden. Bijkomend informeert VFG huisartsen (in opleiding) over het bestaan van dit instrument.

#### *Casus: Simplifions la Santé! (Maison Médicale Saint-Léonard, Liège)*

Ook Maison Médicale Saint-Léonard in Luik zoomt in op de interactie tijdens de consultatie. Hier kwam het initiatief van een groep van eerstelijnsprofessionals. Dat was het resultaat van een intensief intern bevragingproces. De medewerkers van het wijkgezondheidscentrum startten met het peilen naar de gevoeligheid binnen de organisatie voor gezondheidsvaardigheden. Ze maakten daarvoor gebruik van de *Health Literacy Universal Precautions Toolkit* van het American Health Research and Quality Institute. Om conclusies te trekken uit deze

diagnose en na te denken over te nemen maatregelen werd een stuurgroep opgericht met als leden: twee patiënten, twee werknemers, een onderzoeker en de wijkverpleegster die in het centrum belast is met preventie. De stuurgroep formuleerde het voorstel om te focussen op het moment van het medisch voorschrift. Geïnspireerd door het bekende 'Ask me three' groeide het idee om een logo te creëren, een visueel weerhaakje dat in het geautomatiseerde gezondheidsdossier wordt aangebracht om de zorgverstreker eraan te herinneren dat het moment van voorschrijven geschikt is om feedback te geven en om de patiënt aan te moedigen vragen te stellen. De technische implementatie wordt thans bestudeerd.

### 3.3.4 Maak informatie tastbaar.

*Zoals al aangegeven vormen taalbarrières een steeds vaker voorkomende hindernis in het contact tussen patiënt en professional. Laagdrempelige, taallose en tastbare informatiedragers kunnen de kloof helpen overbruggen.*

*Casus: De zwangerschapskoffer, EK Volle Maan*  
Expertisecentrum Kraamzorg Volle Maan (Brussel) ontwikkelde een cultuursensitieve zwangerschapskoffer om vrouwen met een migratieachtergrond te begeleiden tijdens de hele zwangerschap. Het resultaat is een op maat gemaakte kit boordevol illustratief en tastbaar materiaal. De afbeeldingen reflecteren nadrukkelijk de leefwereld van de doelgroep. Het 'taallose' karakter van het materiaal verlaagt de drempel en verhoogt de betrokkenheid. De koffer leent zich uitstekend voor de begeleiding van groepsgesprekken (prenatale sessies) waarin vrouwen ervaringen uitwisselen en elkaars kennis vergroten.

### Samenvattend: Naar een betere interactie

De ondersteunde initiatieven tonen dat veel gedaan kan worden om de interactie tussen mensen met een zorgnood en gezondheids- en welzijnsprofessionals te verdiepen en te verbreden, te stroomlijnen en te versimpelen, te diversifiëren

### 3.3.5 Maak het verschil met slimme digitale oplossingen.

*Digitale hulpmiddelen zijn vanzelfsprekend niet meer uit de gezondheidszorg weg te denken. Tegelijk worden professionals er zich meer van bewust dat digitale geletterdheid geen vanzelfsprekend gegeven is. Heel wat van de ondersteunde initiatieven zetten in op hybride benaderingen, waarin klassieke geschreven of gesproken bronnen van gezondheidsgerelateerde informatie worden aangevuld met een digitaal luik. Voor zorgverstrekkers kunnen louter digitale applicaties wel een hanteerbare oplossing bieden.*

*Casus: Het Klik! Een meertalige app voor eerstelijnszorg aan anderstalige ouders met jonge kinderen (Universiteit Gent)*

Communicatie met anderstalige patiënten verloopt vaak moeizaam en tolken zijn dikwijls niet beschikbaar. Eerstelijnsprofessionals zijn dan ook vragende partij voor hanteerbare alternatieve oplossingen. Aan de Faculteit Letteren en Wijsbegeerte van de Gentse Universiteit werd een app ontwikkeld om het gesprek te faciliteren tussen hulpverleners en ouders met jonge kinderen in zes talen: Nederlands, Frans, Arabisch, Farsi, Turks en Engels. Door een gebruikersanalyse leerden de ontwikkelaars dat 'tijd' een belangrijke variabele is voor professionals. Gebruik en functionaliteit worden daarom gestroomlijnd in vier opties: voorgestructureerd gesprek, vraagantwoordmogelijkheden, woordenboek en storyboard met tekeningen waarmee hulpverleners hun verhaal kunnen uitbeelden. Eind 2021 is een gebruiksklare versie van de tool/app beschikbaar.

en te nuanceren. De structuur en dynamiek van de interactie bieden daarvoor aangrijpingspunten. Maar er is ook de aard van de informatiedragers die dat proces ondersteunen. Soms zijn vertrouwenspersonen en brugfiguren nodig als 'filter' en 'versterker' van het signaal tussen vraag en aanbod.

# III. BESLUIT

We recapituleren hier de dertien wenken onder hun drie hoofdingen en brengen ze tegelijk in verband met de drie elementen die samen de relatie vorm geven waarin gezondheidsvaardigheden zich ontwikkelen: het individu en zijn/haar directe omgeving, het zorgsysteem en zijn actoren, de interactie tussen systeem en individu <sup>7</sup>.

	Laat iedereen leren	Breng het landschap van behoeften en aanbod in kaart	Verdiep het contact in de dagelijkse praktijk
<b>Individu en directe omgeving</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Versterk sociaal weefsel door kwetsbare mensen van elkaar te laten leren.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Help mensen met een zorgbehoefte om hun weg te vinden in het aanbod.</li> <li>• Sensibiliseer 'vergeten' groepen en de professionals die hen ondersteunen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Duiding geven bij informatie die de patiënt zelf geeft.</li> </ul>
<b>Systeem en actoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Scherp de competenties aan van aanbieders die met zeer kwetsbare doelgroepen werken.</li> <li>• Versterk de gevoeligheid voor gezondheidsvaardigheden van eerstelijnsorganisaties</li> <li>• Verbind gezondheids-, gemeenschaps- en welzijnswerkers rond gezondheidsvaardigheden.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Help aanbieders om behoeften in hun buurt in kaart te brengen.</li> <li>• Sensibiliseer 'vergeten' groepen en de professionals die hen ondersteunen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maak het verschil met slimme digitale oplossingen.</li> </ul>
<b>Interactie individu-systeem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Breng professionals en personen met zorg- en ondersteuningsnaden samen om van elkaar te leren.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Versterk de rol van vertrouwenspersonen en brugfiguren.</li> <li>• Maak gebruik van sleutelmomenten in een consultatie.</li> <li>• Maak informatie tastbaar.</li> </ul>

Tabel 1. De uit het lerend netwerk gedestilleerde wenken voor de verbetering van gezondheidsvaardigheden.

De tabel reflecteert dat er, dankzij de verscheidenheid tussen de initiatieven, ingezet werd op alle dimensies van de relatie tussen een zorgsysteem en de mensen die erdoor ondersteund worden. Dat gaat in tegen het deficitmodel en onderstreept de systemische aard van de notie 'gezondheidsvaardigheden'. Het betekent ook dat gezondheidsvaardigheden in essentie te maken hebben

<sup>7</sup> Zie bv. ook model van 'litteratie en santé' van Cultures & Santé, rapport FDDC internationale praktijken, p. 21

---

met de wijze waarop informatie wordt gegenereerd en uitgewisseld in de gezondheidszorg. En informatie is zowat het meest generieke, alomtegenwoordige element dat onze hedendaagse, complexe socio-technische systemen draaiende houdt. Elke interventie die ingrijpt op dat 'informatiemetabolisme' heeft rechtstreeks of onrechtstreeks een connectie met gezondheidsvaardigheden.

Heel wat initiatieven richten zich zelfs in de eerste plaats op het zorgsysteem en zijn actoren. De interventies helpen om competenties voor communicatie aan te scherpen, een nieuw perspectief op zorgbehoeften te openen, ruimte voor nieuwe vormen van samenwerking te faciliteren. Het is evident dat professionals sowieso al altijd met dit thema bezig geweest zijn. Initiatieven hoeven daarom niet altijd over te komen als radicaal 'nieuw'. Soms gaat het om het aanscherpen of herdenken van bestaande processen. De steeds grotere diversiteit van onze samenleving en de uitgesproken precariteit van bepaalde groepen plaatst professionals tegelijk voor nieuwe uitdagingen op het vlak van maatwerk en laagdrempeligheid. De pandemie heeft die vraagstukken op scherp gesteld.

Aan de kant van de mensen met een zorg- en ondersteuningsbehoefte geldt: gezondheidsvaardigheden versterken betekent het handelingsvermogen stimuleren door eigen en andermans behoeften te leren herkennen en te benoemen, en door het vertrouwen te creëren om meer cocreatief in de relatie met de professional te gaan staan. De ervaring in dit lerend netwerk onderstreept het belang van aanklappend of 'outreaching' werken, zeker in relatie tot kwetsbare groepen. Dit zijn altijd inspanningen over langere termijn om vertrouwen en gedeelde taal te creëren waarin tal van actoren binnen een buurt een actieve rol opnemen. Hier zijn synergieën mogelijk met de focus op 'zorgzame buurten', een aanpak die ook door het Fonds Dr. Daniël de Coninck wordt ondersteund.

Het revolutionaire potentieel van een focus op gezondheidsvaardigheden ligt in de ontmoeting tussen patiënten en professionals. Veel initiatieven geven aan dat een zelfbevraging die vertrekt van deze notie een uitnodiging betekent om de relatie tussen patiënt en zorgverstrekker ten gronde te herdenken en een opening te creëren voor een intensere cocreatie in gezondheid en welzijn. Het belang hiervan kan niet onderschat worden. Het resoneert met andere belangrijke bewegingen, zoals integratie, interdisciplinariteit en doelgerichte zorg (*patient goal orientedness*) van zorg en welzijn.

De beweging naar een gedeeld leerproces botst wel op heersende randvoorwaarden binnen het gezondheidszorgsysteem, met name wat financiering betreft. De verschuiving van een technisch naar een relationeel ethos in de medische praktijk vergt aandacht. Initiatiefnemers bevestigen zonder uitzondering dat dit geen 'one shot' kan zijn, maar een proces van volgehouden veranderingsmanagement moet worden. Er is dus nood aan een waaier van heel praktische hulpmiddelen en aan volgehouden inspanningen om zorgverstrekkers gemotiveerd te houden: zij moeten blijven investeren in de partnerschapsrelatie met hun patiënten. Een nijpende vraag is hoe daar



---

ook financieel ruimte voor gecreëerd kan worden binnen een systeem waarin performantie steeds dwingender gekoppeld wordt aan remuneratie. Uit de eerder door het Fonds gepubliceerde studie met internationale projecten ter versterking van gezondheidsvaardigheden bleek wel dat stroomlijning en kostenbesparingen ook mogelijke incentives voor het verbeteren van gezondheidsvaardigheden kunnen bieden.<sup>8</sup> Financiële aansporingen vormen echter niet de enige hindernis in het sensibiliseren van professionals. Er zijn ook sterke culturele en psychologische factoren in het spel. Een gevoeligheid voor een zorgbenadering die gericht is op de hele persoon moet al geactiveerd worden in de opleiding van zorgprofessionals.

Tot slot nog een woordje over de impact van de covidcrisis op het werken aan gezondheidsvaardigheden. Er is geen twijfel aan dat dit gezondheids- en welzijnswerkers voor grote operationele uitdagingen plaatst. Aan de andere kant ondersteunen de initiatieven ook hun ervaring met bepaalde voordelen van digitale interactie (efficiëntie, anonimiteit) en van ontmoetingen buiten de consultatiekamer. In het algemeen is de aandacht voor gezondheid in onze samenleving enorm toegenomen. Vertegenwoordigers van gesteunde initiatieven hebben gemerkt hoezeer mensen op zoek waren naar een wegwijzer doorheen de overvloed aan informatie. Met hun werk sloten ze direct op die nood aan. Ook de cruciale rol van de eerste lijn in het bestrijden van de pandemie wordt onderkend. Tot slot: het is evident dat gezondheidsvaardigheden er voor zorgen dat mensen beter kunnen omgaan met een dergelijke crisis.

De vraag stelt zich nu naar de continuïteit van de inspanningen die geleverd zijn binnen dit lerend netwerk. Vanuit de initiatieven klinkt de vraag naar een lange termijnperspectief in de transitie naar een gezondheidsvaardiger zorg- en welzijnssysteem. De eerste lijn blijft een belangrijke hefboom, maar ook de gespecialiseerde zorg moet mee in de boot. De koppeling met wetenschappelijk onderzoek moet versterkt worden om een beter zicht te krijgen over de dynamiek van dit leerproces en de impact op het terrein. Aan het beleid wordt gevraagd om de versterking van gezondheidsvaardigheden als een prioriteit mee te nemen in de zich ontvouwende visie rond een patiëntgerichte geïntegreerde zorg. Incentives moeten ingebouwd worden op het vlak van financiering van prestaties, onderzoek en vernieuwend terreinwerk. Gezondheidsvaardigheden kunnen ook een leidraad vormen binnen een assertief preventiebeleid. Overigens zal een beleid dat geen aandacht heeft voor het systemische karakter van een sociale gezondheidskloof altijd achterop hinken. Toegang tot zorg en niveau van gezondheidsvaardigheden correleren immers positief met tal van andere welzijns- en kansenindicatoren.

Versterking van gezondheidsvaardigheden is een uitnodiging aan burgers, aan gezondheids- en welzijnsactoren, en aan architecten van toekomstgericht gezondheids- en welzijnsbeleid om gedeeld eigenaarschap op te nemen in het bevorderen van gezondheid en welzijn.

8 Cfr Leerpunt 2, p. 104

Initiatief	Locatie	Initiatiefnemer
Vaardig in Gezondheid met Cheque en Buddy	Zuid-West-Vlaanderen	Logo Leieland
Gezond op leeftijd	Laakdal en omliggende gemeenten	Medisch Huis 't Rondpunt
Gezondheidskiosk Terloplein	Antwerpen, Borgerhout	Logo Antwerpen samen met Universiteit Antwerpen
Vaardig-Gezond	Mechelen, Nekkerspoel	Stad Mechelen
Health on the move	Gevangenis Dendermonde	Werkgroep Health, DG Epi
Tell me what you eat	België	FAPA: Familial Adenomatous Polyposis Association
Het klikt!	Vlaanderen	Universiteit Gent
HealthLi buurtkompas	Eerstelijnszone Pallieterland	Thomas More Kempen, Thomas More Mechelen-Antwerpen, Eerstelijnszone Pallieterland

# IV. HET VELD VAN INITIATIEVEN

Onderstaande tabel biedt een synthetische blik op de verscheidenheid van de gesteunde initiatieven.

Ambitie	Doelgroep	Aanpak
Begeleiding van kwetsbare mensen naar gevalideerde leefstijlprogramma's.	Kwetsbare mensen, met speciale aandacht voor mensen in armoede.	Ontwikkelen van instrumenten om de doelgroep te motiveren voor en te begeleiden tijdens een coachingprogramma: een laagdrempelig informatieaanbod, een gezondheidscheque en begeleiding door opgeleide buddy's.
Verhoging van de zelfredzaamheid van ouderen om hen zo lang mogelijk thuis te laten wonen.	Kwetsbare ouderen die aan minimaal drie kenmerken van kwetsbaarheid voldoen: laag lichaamsgewicht, slechte longfunctie, invaliditeit...	In kaart brengen van behoeften en aanbieden van laagdrempelige informatie via individuele interacties en groepssessies. Op maat gesneden consult door een ergotherapeute om de thuissituatie te verbeteren.
Toegang bieden tot laagdrempelige en correcte informatie over gezondheidsbevordering, ziektepreventie en eerstelijnszorg voor buurtbewoners die gewoonlijk moeilijk bereikt worden.	Personen in kwetsbare situaties en met lage gezondheidsvaardigheden.	Opzetten van een plek van waaruit participatief outreachend gewerkt wordt, in samenwerking met buurthuis, bewoners en partnerorganisaties.
Ontwikkelen van een outreachend en gemeenschapsvormend gezondheidsproject in de wijk Nekkerspoel in Mechelen.	Buurtbewoners met eerder lage gezondheidsvaardigheden en informele zorgdragers. Secundair: zorg- en hulpverleners.	Outreaching aanwezigheid van een gezondheidswerker in de buurt Nekkerspoel die fungeert als 'tolk' en loods (navigator) door het gezondheidslandschap voor de bewoners.
Vergroten van de kennis en vaardigheden bij gedetineerden rond gezondheidsthema's.	Gedetineerden in de gevangenis van Dendermonde.	Mapping van behoeften en aanbieden van een laagdrempelig infopakket over het bestaande aanbod.
Verbeteren van de levenskwaliteit door patiënten te ondersteunen in het zoeken naar een werkbaar dieet.	Patiënten met een diagnose van FAPA of Lynch Syndroom en die deel uitmaken van het nationaal register beheerd door FAPA.	Mapping van behoeften bij patiënten qua werkbaar dieet, aan de hand van een vragenlijst en in een focusgroep. Ontwikkeling van een instrument om patiënten in het dagelijkse leven te ondersteunen bij het ontwikkelen van een aangepast dieet.
Doel is een goed functionerende tool te ontwikkelen die de communicatie met anderstalige ouders substantieel verbetert.	Hulpverleners in de eerste lijn.	Ontwikkeling van een meertalige app in zes talen voor ondersteuning (eerstelijnszorg) aan anderstalige ouders.
Bundelen van kennis en ervaring van verschillende partners in een eerstelijnszone om kwetsbare groepen en hun noden te detecteren.	Eerstelijnszones en hun eerstelijnsactoren	Omgevingsanalyse om lokaal kwetsbare groepen en hun noden in kaart te brengen. Een cocreatief proces om een ondersteuningspakket uit te werken voor een gekozen doelgroep rond een welbepaald thema. Eerstelijnszone Pallieterland koos op basis van de omgevingsanalyse voor een ondersteuningspakket rond eenzaamheid bij jongvolwassenen met een psychische kwetsbaarheid.

Initiatief	Locatie	Initiatiefnemer
ZorgWijs	Leuven, Tienen, Velm	UCLL
WEGWIJS in zorg en gezondheid	Gent, Vlaanderen	Wijkgezondheidscentrum Rabot, Gent
Iedereen gezondheidsvaardig!	Roeselare	Kenniscentrum ARhus
Cultuursensitieve zwangerschapskoffer	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	Expertisecentrum Kraamzorg Volle Maan
Babbelgids. Voor een vlot bezoek aan de dokter	Vlaanderen	VFG Oost-Vlaanderen: Vereniging personen met een handicap
Parlons Santé avec les primo-arrivants	Tournai	Anama
Aujourd'hui, je prends mon diabète en main	Jambes	Maison Médicale la Poudrière
Vers une meilleure compréhension de la santé mentale.	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	Plateforme Bruxelloise pour la Santé Mentale

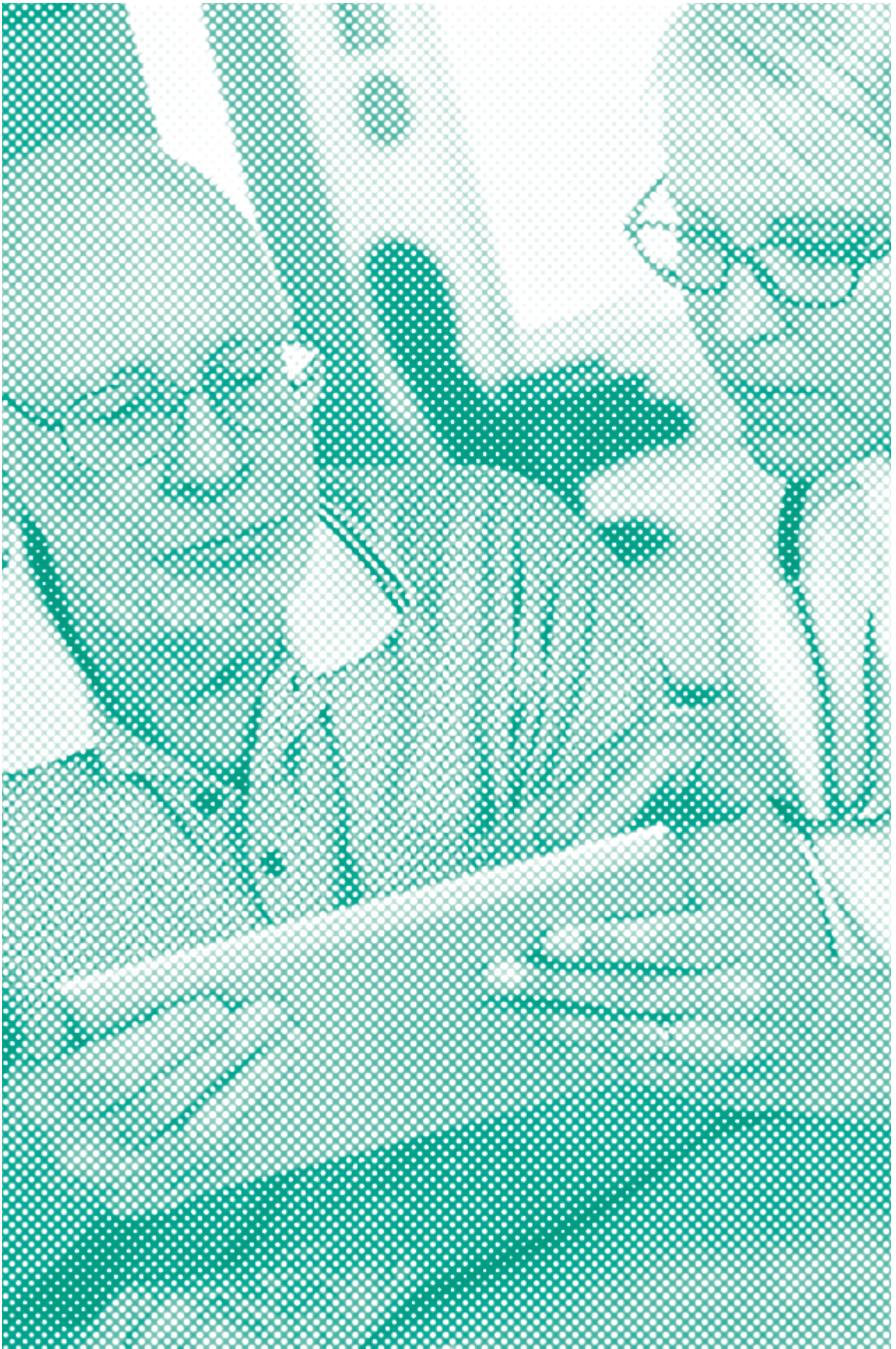


Ambitie	Doelgroep	Aanpak
Toegankelijker en inclusiever maken van organisaties in de eerste lijn.	Primaire doelgroep van het onderzoek: professionals en organisaties uit de eerste lijn.	Uitvoeren van vier verbetertrajecten in eerstelijnsorganisaties: drie wijkgezondheidscentra en een woonzorgcentrum. Analyse, formuleren van doelstellingen, formuleren en implementeren van acties.
Vergroten van het inzicht in het gezondheidssysteem, van de assertiviteit en van het handelingsvermogen van gebruikers.	Mensen met lage gezondheidsvaardigheden, vanaf 16 jaar.	Vormelijke update, herpositionering en verfijning van een educatief spel.
Versterken van vaardigheden en autonomie op het vlak van gezondheid bij kwetsbare groepen.	Mensen die deel uitmaken van een kwetsbare groep, met lagere gezondheidsvaardigheden; de eerstelijnsactoren die kunnen bijdragen aan die gezondheidsvaardigheden.	Organisatie van workshops in gezondheidsvaardigheden. Wijkspecifieke cocreatietrajecten om zorgnoden te capteren. Identificeren en aanpakken van verbeterpunten.
Verhogen van de gezondheidsgeletterdheid van vrouwen tijdens de zwangerschap, bevalling en postnatale periode.	Kwetsbare zwangere vrouwen die kampen met een taalbarrière en beperkte gezondheidsgeletterdheid.	Ontwikkeling van een laagdrempelig instrument - een cultuursensitieve zwangerschapskoffer - om informatie over te brengen en uit te wisselen over de hele zwangerschap.
Verbetering van de communicatie-uitwisseling tussen een persoon met een mentale beperking en de huisarts.	Personen met een lichte en matige mentale beperking en hun netwerk die naar de huisarts gaan. Voornamelijk personen met een mentale beperking die zelfstandig of thuis wonen.	Ontwikkeling van een bruikbare tool - Babelgids - in cocreatie met de doelgroep en betrokken actoren in alle fasen van het project. Verspreiding van de Babelgids in Vlaanderen (10.000 ex.). Ontwikkeling van ondersteunend educatief materiaal.
De integratie van mensen met een migratieachtergrond bevorderen. Hen helpen bij het creëren van een sociaal weefsel dat hun gezondheid ten goede komt.	Vluchtelingen in Doornik.	Coördinatie met diverse structuren in de stad; het opzetten van een netwerk van 'peters' (= vluchtelingen die al geïntegreerd zijn). Nieuwkomers bevattelijke instrumenten aanreiken, zodat zij doordachte initiatieven kunnen nemen voor hun gezondheid en die van hun familieleden.
Het opzetten van een proactieve, regelmatige en gepersonaliseerde opvolging voor de preventie van diabetes bij mensen met een aanleg voor de ziekte.	De zorgverstrekkers van het Maison Médicale; diabetici in een voortraject; alle mensen die het MM geregeld bezoeken.	Bewustwording en empowerment van diabetespatiënten. Een betere follow-up van patiënten: van voorlichting tot het vaststellen van gepersonaliseerde doelstellingen. Transdisciplinariteit in wat het team allemaal doet inzake informatie, opleiding en communicatie van elke hulpverlener.
Een beter begrip van geestelijke gezondheid, een grotere visibiliteit van het zorgaanbod en een andere kijk op de mensen die er gebruik van maken.	De burger in het algemeen; de cliënten en hun naasten in de geestelijke gezondheidszorg.	Ontwikkeling van de nieuwe website van het Platform, met algemene en specifieke informatie over geestelijke gezondheid.

Initiatief	Locatie	Initiatiefnemer
Aidants, et votre santé ? Parlons-en.	Federatie Wallonië-Brussel	ASBL Aidants Proches
Patients- formateurs	Federatie Wallonië-Brussel-	Ligue des usagers des soins de santé (LUSS)
Empowerment des usagers	Federatie Wallonië- Brussel	Fédération Maisons Médicales
Simplifions la santé !	Liège	Maison Médicale Saint-Léonard
Amélioration des compétences et des ressources des patients ainsi que des soignants de la MM La Passerelle dans la prise en charge des douleurs.	Liège	MM La Passerelle
Ateliers de soutien destinés aux parents dont un enfant est atteint d'une maladie chronique.	Federatie Wallonië-Brussel	UCLouvain
Améliorer le dialogue autour de la santé sexuelle entre les patients migrants vivant avec le VIH et leur médecin généraliste.	Federatie Wallonië-Brussel	Santé Sexuelle Positive
Formation et outils d'informations pratiques sur la santé en rue et en logement.	Brussels Hoofdstedelijk Gewest, Luik	Infirmiers de rue / Straat-verplegers

Ambitie	Doelgroep	Aanpak
Mantelzorgers die zichzelf voorbij dreigen te lopen informeren en bewust maken van de impact van hun rol op hun eigen gezondheid.	Mantelzorgers en ook de professionals die hen ondersteunen.	Organisatie van een colloquium. Verspreiding en analyse van een enquête over de manier waarop zorgverstrekkers met de pandemie zijn omgegaan. Een mediacampagne (tv, radio) en de ontwikkeling van communicatiemateriaal (posters, boekje).
Patiënten op een actieve manier betrekken bij de opleiding van professionals en als echte ervaringsdeskundigen zien.	De toekomstige eerstelijnsprofessionals (studenten verpleegkunde, huisartsen, apothekers); de huidige gezondheidsprofessionals.	Opleiden van patiënten en organiseren van uitwisselingsmomenten tijdens colleges aan universiteiten en hogescholen.
Een stand van zaken opmaken van de betrokkenheid van patiënten bij wijkgezondheidscentra (maisons médicales) en bij de federatie van wijkgezondheidscentra: samen met de stakeholders (professionals en patiënten) zoeken naar hinderpalen en hefboomen.	Eerste doelgroep: de eerstelijnsprofessionals van de wijkgezondheidscentra. Tweede doelgroep: gebruikers-patiënten van de centra.	Cocreatie van twee opleidingscursussen over gezondheidsvaardigheden om gezondheidswerkers de sleutels tot een beter begrip bij te brengen en de contouren van een meer globale strategie te bepalen.
Integreren van de factor gezondheidsvaardigheden in het functioneren van het wijkgezondheidscentrum Saint-Léonard.	In de eerste plaats: het Maison Médicale Saint-Léonard als instelling. Twee: de gebruikers van het wijkgezondheidscentrum.	Voortzetting van een participatieve actieonderzoeksmethode (gemengde werkgroep van gebruikers/werknemers/onderzoekers). Opzetten van diverse strategieën ter verbetering van de mondelinge en schriftelijke communicatie.
Beter omgaan met de zorg voor chronische pijn, zowel door de zorgverstrekkers in de eerste lijn als door de patiënten van het wijkgezondheidscentrum La Passerelle.	Artsen, verpleegkundigen, kinesitherapeuten, gemeenschapswerkers in de zorg van onze instelling; de patiënten met chronische pijn.	Samenstelling van een gemengde werkgroep (patiënten en professionals). Enquête om de behoeften en moeilijkheden van patiënten en zorgverstrekkers te analyseren. Specifieke acties opzetten om de competenties en hulpmiddelen van patiënten en zorgverstrekkers te verbeteren.
Een innovatief en adequaat antwoord bieden op het gevaar voor uitputting bij ouders van kinderen met een beperking/chronische ziekte. Aanbevelingen formuleren.	Elke ouder met een kind met een beperking of een chronische ziekte die een weerslag heeft op het gezinsleven.	Opzetten van een cyclus van drie workshops om ouders zich erkend te laten voelen in hun specifieke ervaring, hun behoeften te identificeren en de toegang tot hun hulpmiddelen (intern, extern) te bevorderen. Distilleren van aanbevelingen.
De competenties versterken van huisartsen in de zorg voor patiënten met een migratieachtergrond en HIV. De patiënten empoweren om over hun seksuele gezondheid te praten met hun arts.	Huisartsen en hiv-patiënten met een focus op migranten met hiv.	Analyse van de behoeften en belemmeringen om seksualiteit bespreekbaar te maken tussen migranten met hiv en huisartsen. Ontwikkeling van drie instrumenten om de vaardigheden van zorgverleners en migranten met hiv te versterken. Evaluatie en aanpassing.
Hulp- en zorgverleners (weer) leren hoe je het contact, de communicatie en de zorg (ambulant of residentieel) kunt verbeteren voor een uiterst kwetsbare doelgroep.	Doelgroep: professionals uit het medisch-sociaal netwerk, en verder iedereen die werkt met mensen in extreme armoede. In de tweede plaats deze mensen/patiënten zelf.	Ontwikkelen van instrumenten en opleidingen ter verbetering van het werk met patiënten die in extreme armoede leven, en die ook beantwoorden aan de behoeften van andere beroepsbeoefenaars in de medische en sociale sector.







---

# V. PROJECTFICHES VAN DE 24 GESTEUNDE INITIATIEVEN

## VAARDIG IN GEZONDHEID MET CHEQUE EN BUDDY



### Initiatiefnemer en contactgegevens

**Logo Leieland**  
 President Kennedypark 10 - 8500 Kortrijk  
 Johan Himpe - Gezondheidspromotor  
 Johan@logoleieland.be - www.logoleieland.be



### Probleemstelling

Kwetsbare mensen met lage gezondheidsvaardigheden en een gezonde levensstijl, dat gaat vaak niet (of niet op tijd) samen. Hoe kunnen we deze mensen beter toeleiden naar gevalideerde programma's die hun leefstijl gezonder maken?



### De logica van het project

Het doel is kwetsbare mensen uit Zuid-West-Vlaanderen – mensen met gezondheidsproblemen, die psychisch kwetsbaar zijn, met een migratieachtergrond, met een beperking, in armoede – sneller en duurzamer toe te leiden naar leefstijlprogramma's die hun gezondheid bevorderen.

Dat gebeurt met informatiecampagnes, opleidingen voor deze doelgroep, een gezondheidscheque die de financiële drempel verlaagt, opgeleide buddy's en ook hulpverleners.



### Het proces

1. In focusgroepen met de doelgroep worden drempels om in leefstijlprogramma's te stappen in kaart gebracht.
2. Er wordt een folder (in klare taal) gemaakt en fysiek en online beschikbaar gesteld: wat zijn goede leefstijlprogramma's (rookstop, beweging, voeding, mentaal welzijn)? Huisartsen, lokale besturen en zorgorganisaties verspreiden hem.
3. Aanbieden van de gezondheidscheque om de drempel naar gevalideerde leefstijlprogramma's te verlagen. Deze cheque is goed voor een deel van de kosten van dergelijke programma's. Dat werkt motiverend om in te stappen en het programma vol te houden. Mensen ervaren verlies als ze de cheque niet gebruiken. KU Leuven voerde een onderzoek uit naar de impact van de gezondheidscheque
4. Buddy's (vrijwilligers) en hulpverleners krijgen gratis infosessies over het belang van leefstijl en drempels om in te stappen, en over het gebruik van de gezondheidscheque.

Ongeveer 500 mensen uit de doelgroep volgden tot nu toe een programma, de meesten over mentaal welbevinden en gezonde voeding. Er werden 70 vrijwilligers (buddy's) en 50 professionals opgeleid in de effecten van leefstijl(programma's).



### Goed om te weten

- Kwetsbare mensen hebben vaak weinig mentale ruimte om met gezondheid en langetermijnpreventie bezig te zijn. De gezondheidscheque voor leefstijlprogramma's spreekt een (klein) aantal van hen aan en werkt motiverend.
- Ook met de cheque blijven andere vormen van steun nodig om mensen voor deze programma's te motiveren: uitleg bij de voordelen en de mogelijkheden, een folder in klare taal, vertrouwenspersonen die de weg wijzen (en die op hun beurt opleiding nodig hebben)...

Hoe eerstelijnsactoren versterken die aan gezondheidsvaardigheden willen werken?

- Ook professionelen hebben nood aan heldere info over leefstijlprogramma's, om door het bos de bomen te zien. De folder en de opleiding waren voor hen zeer welgekomen.
- Communicatie over de cheque bij huisartsen dringt bij een aantal moeilijk door. Wat helpt is een korte telefonische uitleg gevolgd door een mail en een pakket met begeleidende brief en een aantal afgedrukte gezondheidscheques. Idem voor sociale diensten van de dienst Welzijn.



### De toekomst

Corona vertraagde het project, waardoor de ambities en het halen van de vooropgestelde doelstellingen werden opgeschoven naar eind 2021.

De folder zal jaarlijks worden geactualiseerd, de vorming wordt gegeven en de 'lessons learned' worden toegelicht op Zorggraden van betrokken eerstelijnszones.



### De partners

Armoedeorganisatie Akzie; KU Leuven; CM; Bond Moyson; De Brugzorg; Familiehulp

## GEZOND OP LEEFTIJD. IN GROEP WEERBAARDER EN STERKER WORDEN



### Initiatiefnemer en contactgegevens

**Medisch Huis 't Rondpunt**  
 Marieke Schroven, verpleegkundige - 013 66 66 55  
 info@medisch-thuis.be  
 www.medisch-t-huis.be



**MEDISCH HUIS**  
 'T ROND PUNT



### Probleemstelling

Zo lang en gezond mogelijk thuis blijven wonen, ondanks je kwetsbaarheid als oudere: hoe kun je als medisch huis die wens van veel mensen mee waarmaken?



### De logica van het project

Zelfredzaamheid verhogen en het sociaal isolement doorbreken: zo wil het project het doel – kwetsbare ouderen in Laakdal en de omliggende gemeenten zo lang en gezond mogelijk thuis laten blijven wonen – bereiken. Het traject wordt afgestemd op de behoeften en mogelijkheden van de doelgroep.

Met het oog op duurzame resultaten wordt er ingezet op een combinatie van een individuele aanpak en groepsdynamiek, en reikt het project een multidisciplinair aanbod aan. Wetenschappelijke literatuur ligt er aan de basis van.



### Het proces

1. Individueel luik: invullen van de individuele vragenlijst (basis: de ICF-criteria) en een gesprek op basis van de antwoorden. Hier worden acties aan gekoppeld, bv. organiseren van poetshulp thuis.
2. Groepsluik: leden van het multidisciplinaire team leiden de groepssessies en reiken informatie, tools en oefeningen aan. Het gaat om een kinesist, podoloog, coach, ergotherapeute, diëtiste, notarieel jurist... Thema's zijn o.m. voeding, valpreventie, gezond bewegen, eenzaamheid, vroegtijdige zorgplanning...
3. De ergotherapeute bekijkt met elke deelnemer de thuissituatie en werkt een plan met haalbare oplossingen uit. Dit consult wordt tijdens de groepssessies aangeboden.
4. Na dit alles wordt een vervolgetraject opgesteld met nog te behandelen thema's. Basis is de feedback van deelnemers.



### Goed om te weten

De verhalen van deelnemers leren dat het project mensen versterkt: ze leren in de groepssessie bv. over vallen en over het belang van bewegen. Een aantal past dat ook toe en draagt die ideeën uit bij leeftijdsgenoten.

Gezondheidsvaardigheden bij deze oudere mensen versterken, dat betekent:

- je methodiek aanpassen aan je doelpubliek, met bv. veel herhaling
- laagdrempelig werken en inspelen op de individuele context waarin mensen wonen
- deelnemers inspraak geven. Dat motiveert, net als de groepsdynamiek
- zorgen voor een veilige, luisterbereide omgeving

Hoe eerstelijnsactoren versterken die aan gezondheidsvaardigheden willen werken?

- Gebruik wetenschappelijk onderbouwde meetinstrumenten.
- Werk met een multidisciplinair samengesteld team. Disciplines leren van elkaar.
- Rekruteer de doelgroep breed en check of je iedereen bereikt.



### De toekomst

Het plan is om jaarlijks een vervoliprogramma aan te bieden, ook met topics die deelnemers aanbrengen. Overheidsfinanciering van dergelijke programma's zou erg nuttig zijn, met bv. een preventiebudget voor ouderen.



### De partners

Gemeente Laakdal, Lokaal Dienstencentrum Laakdal, Ergosum

## DE GEZONDHEIDSKIOSK

**Initiatiefnemer en contactgegevens**

Logo Antwerpen i.s.m. Universiteit Antwerpen  
 Patricia Van Pelt, stafmedewerker Gezondheidsbevordering  
 03 369 16 10 / 0496 28 40 06 - patricia.vanpelt@logoantwerpen.be  
 Dorien Onsea, coördinator van de kiosk - dorien.onsea@uantwerpen.be  
 www.logoantwerpen.be

**Probleemstelling**

Hoe bereik je als welzijnsorganisatie, buurthuis enz. kwetsbare mensen die 'onder de radar leven', met als doel de bevordering van hun gezondheid(vaardigheden)?

**De logica van het project**

'Zonder klink' in de openbare ruimte laagdrempelige en correcte informatie over (preventieve) gezondheid en zorg aanbieden aan kwetsbare buurtbewoners met lage gezondheidsvaardigheden: dat is het doel van de Gezondheidskiosk. Organisaties uit de community kunnen daarbij helpen.

Participatief outreachend werken in de buurt: dat is de aanpak. De kiosk verbindt partners die in de buurt actief zijn, en ook organisaties en buurtbewoners. Dat gebeurt informeel en door draagvlak en vertrouwen op te bouwen.

**Het proces**

1. Creëer een solied draagvlak, bij diverse actoren: het beleid, de administratie, organisaties uit de buurt en natuurlijk ook de buurtbewoners. In dit verbindingsproces speelt Buurthuis Zermatt een essentiële rol.
2. De kiosk wordt op een plein in Borgerhout geplaatst met een eerder negatieve reputatie. Mensen uit de kwetsbare doelgroep helpen mee met de inrichting. Dat vergroot de betrokkenheid en het aantal (gevormde) vrijwilligers.
3. De kiosk biedt informatie aan. In dezelfde buurt worden ook workshops en infosessies georganiseerd.
4. Er worden allianties aangegaan met partners in de buurt.
5. Na een half jaar volgt een evaluatie: weerspiegelt het bereikte publiek de samenstelling van de gemeenschappen in de buurt?

**Goed om te weten**

- Prioritair is dat je inspeelt op de noden en behoeften van de specifieke buurt.
  - Werken vanuit het buurthuis betekent meteen ook dat je verschillende organisaties uit diverse domeinen verbindt met elkaar én met het kioskiniatief: sport, armoede, cultuur, welzijn... Dat werkt versterkend voor het initiatief.
  - Outreachend werken en ownership van zo'n project: dat is de nieuwe realiteit van een project als dit.
  - Visualiseer je plan, in dit geval de kiosk. Dat deed een illustratrice uit de buurt.
- Hoe eerstelijnsactoren versterken die aan gezondheidsvaardigheden willen werken?
- Dankzij de kiosk kan er een dialoog over (sub)sectoren heen ontstaan die vertrekt van de noden van een specifieke doelgroep.
  - De flexibiliteit van het kioskteam is belangrijk: zo versterken de leden elkaar.

**De toekomst**

De kiosk begint in de zomer van 2021 te werken. In de ideale wereld verspreidt het concept zich na een positieve evaluatie over de aandachtswijken in de stad Antwerpen. Het sluit ook goed aan bij de Community Health Workers (een federaal initiatief). Publiek-private samenwerking wordt onderzocht.

**De partners**

District Borgerhout is een partner. Profiling gebeurt in het SPICES-project van Universiteit Antwerpen (preventie hart- en vaatziekten).



**(V)AARDIG GEZOND****Initiatiefnemer en contactgegevens**

**Stad Mechelen**  
 Kristof Budts, projectmedewerker preventieve gezondheid  
 Cluster Welzijn en Gezondheid – Afdeling Sociaal Beleid  
 0476 86 16 81 - [www.mechelen.be/sociaal-beleid](http://www.mechelen.be/sociaal-beleid)

**Probleemstelling**

Hoe versterk je gezondheidsvaardigheden van kwetsbare mensen in een wijk en werk je tegelijk outreachend aan gemeenschapsvorming?

**De logica van het project**

'(V)aardig gezond' brengt individuele bewoners en ook groepen in de wijk Nekkerspoel in contact met gezondheidsprofessionals en met het hele gezondheidsaanbod. Dat gebeurt buurtgericht en samen met de gemeenschap, in een wijk zonder veel sociaal weefsel en brugfiguren.

Doelgroepen zijn:

- Primair: buurtbewoners met lage gezondheidsvaardigheden, en ook informele zorgdragers
- Secundair: de zorg- en hulpverleners (multidisciplinair) en gezondheidsprofessionals in de wijk
- Tertiair: de lokale besturen en ook de ziekenhuizen

Stad Mechelen trok voor dit project een outreachend gezondheidswerker aan.

**Het proces**

Spilfiguur van het project is de gezondheidswerker. Zijn interventies bestaan uit drie types:

- Algemeen: het bereiken van de buurt en de buurtorganisaties. Door presentie op verschillende plekken, stoepgesprekken met open vragen, bezoeken aan apothekers, informatiedeling (folders, activiteitenkalender...)
- Situationeel: op maat van specifieke situaties en van concrete noden en wensen van één of meer kwetsbare bewoners. Bv. gezondheidsinformatie helpen vinden en begrijpen, voorbereiding en opvolging doktersbezoek, drempels overwinnen, positieve ervaringen inzetten...
- Projecten en acties: voorbeelden zijn workshops 'Gezonde voeding', buurtwandelingen-met-de-hond, het wijk-soepboek, bevragen van brugfiguren en professionele partners in de wijk i.v.m. noden

**Goed om te weten**

- Een kritische succesfactor is het bereiken en betrekken van sleutel-brugfiguren als bondgenoten.
- Essentieel is een vertrouwenspersoon die aanklappend werkt en mensen met lagere gezondheidsvaardigheden door het gezondheidslandschap loodst.
- Zoek gedeelde noden om zo een aanbod en een netwerk voor de buurt op te zetten.
- Bij het participatief werken betrek je zowel de kwetsbare buurtbewoners als sleutelfiguren en relevante partners.
- Bed het project in in andere projecten en acties vanuit het beleid.

Hoe eerstelijnsactoren versterken die aan gezondheidsvaardigheden willen werken?

- Bied deze actoren structureel meer kansen en mogelijkheden om tot uitwisseling te komen over gemeenschappelijke thema's.

**De toekomst**

Doel is dit outreachende gezondheidsmodel te testen en het ook in andere contexten/buurtten uit te rollen. Er kan hierbij (bij gebrek aan budget) ook worden gedacht aan 'gezondheidsgidsen', vrijwilligers die als zorgzame burendienst doen en het buurtwerk op zich nemen. Doel blijft het versterken van gezondheidsvaardigheden.

**De partners**

Er werd gewerkt met diverse buurtpartners in de loop van het traject: lokale besturen, eerstelijnszone, actoren uit de gezondheids- en welzijnszorg, organisaties die kwetsbare groepen bereiken...

## HEALTH ON THE MOVE

**Initiatiefnemer en contactgegevens**

**Gevangenis van Dendermonde**  
Sint-Jacobstraat 26  
9200 Dendermonde  
Annelies Jans - 0499 54 17 71

HULP- EN DIENSTVERLENING  
AAN GEDETINEERDEN

**Probleemstelling**

Gedetineerden zijn een specifieke doelgroep als we het over gezondheidsvaardigheden hebben. Hoe kan je in hun situatie kennis en vaardigheden vergroten?

**De logica van het project**

Informeren, communiceren en participatief werken rond gezondheidsthema's: dat zijn de kernwoorden van het project.

Behalve op de gedetineerden zelf, wordt er ook gefocust op hun naasten.

De gevangenis als instelling, het personeel en de andere gevangenissen in Vlaanderen vormen de derde doelgroep.

**Het proces**

De campagne verloopt in fasen, die overigens in de specifieke gevangeniscontext fel vertraagd werden door het coronavirus

- Wat worden de thema's? Experts en gedetineerden leggen ze samen vast: slaap, seksualiteit, 'warme dagen', middelengebruik, hygiëne, voeding, beweging, psychisch welzijn, doktersbezoek, medicatie. Dit gebeurde aan de hand van focusgroepen en bevestigingen.
- Wat is het huidige aanbod en hoe is dat (niet) aangepast aan mensen met lagere gezondheidsvaardigheden? Welke sterktes en hiaten zijn er?
- De campagne wordt opgezet, met affiches, folders brochures, activiteiten, gadgets... De haalbaarheid binnen de specifieke context staat voorop.
- Ook de naasten van de gedetineerden worden bewust gemaakt van de thema's.
- Het personeel wordt betrokken bij de positieve impact van betere gezondheidsvaardigheden.
- Verankeren van deze acties in het beleid. Bv. aangepast warmteactieplan met o.a. zonnecreme dispensers
- Evalueren, bijsturen en het materiaal delen met andere gevangenissen.
- Knelpunten aankaarten op een hoger beleidsniveau.

**Goed om te weten**

- Beperk de info tot de essentie en vertrek van basisinfo. Zuiver de informatie uit.
- Om de doelgroep gedetineerden te betrekken is er nood aan een langetermijnvisie en -perspectief
- Een enthousiaste werkgroep is nog geen garantie voor een breed draagvlak. Hoe overtuig je mensen dat gezondheidsvaardigheden er ook in een gevangenis toe doen: dat is de hamvraag en een knelpunt.
- Participatiebeleid gaat ruimer dan enkel rond thema gezondheidsvaardigheden.

Hoe eerstelijnsactoren versterken die aan gezondheidsvaardigheden willen werken?

Er zullen ongetwijfeld meer mogelijkheden ontstaan als de Medische Dienst van de gevangenis op zal gaan in de FOD Volksgezondheid.

**De toekomst**

De ambitie is het project jaarlijks te herhalen en het (degelijke!) materiaal over de Vlaamse gevangenissen te verspreiden. Het proces levert ook inzichten op die in gevangenissen ook in andere projectcontexten bruikbaar zijn.

**De partners**

Initiatiefnemers: de werkgroep Health on the Move met DG Epi, Logo Dender vzw, CAW Oost-Vlaanderen, beleidscoördinator Vlaamse Gemeenschap. Partners zijn o.m. Sensoa, AZ Sint-Blasius, Obra | Baken, Stad Dendermonde

## TELL ME WHAT YOU EAT

**Initiatiefnemer en contactgegevens**

**Familial Adenomatous Polyposis Association (FAPA)**  
 Leuvensesteenweg 479 - 1030 Brussel  
 Katlijn Sanctorum - 02 743 45 94 en 0470 36 72 93  
 katlijn@belgianfapa.be - www.belgianfapa.be

**Probleemstelling**

Hoe een werkbaar dieet/voedingsadvies samenstellen na een colectomie of dikkedarmoperatie en -verwijdering? Dat is voor mensen vaak een lastige zoektocht.

**De logica van het project**

Het project legt assumpties voor aan diëtisten. Die worden vervolgens gevalideerd, onderbouwd en uitgewerkt tot een instrument dat de patiënt in zijn dagelijks leven ondersteunt (thuis en in het ziekenhuis). Doelgroep zijn patiënten met een diagnose van erfelijke darmkanker (FAP of Lynch Syndroom) die een chirurgische ingreep ondergingen.

**Het proces**

1. Bevraging van de patiënten: wat is er nodig om je te ondersteunen bij het samenstellen van een werkbaar dieet (vragenlijst, focusgroep)?
2. Resultaat: een overzicht van bronnen, hiaten en knelpunten. En ook een beeld van de twijfels en aannames, en van de grote individuele diversiteit binnen de doelgroep.
3. Conclusie: patiënten hebben baat bij een instrument voor dagelijks gebruik en aan informatie over het ziektebeeld, therapieën en hoe ze hun observaties kunnen rapporteren.
4. De aanbevelingen (door een bachelorstudent) vormden de basis voor de ontwikkeling van een prototype van een instrument, in de vorm van een losbladig systeem. Dat gebeurde in samenspraak met patiënten in focusgroepen (online).
5. Testfase van het online- en offline-instrument met een panel van twaalf patiënten en opnieuw in het kader van een eindwerk.
6. Opstart van het proces om het logboek te finaliseren én te laten aanvullen door diëtisten die bij het project betrokken zijn.

**Goed om te weten**

- De behoeften aan lotgenotencontacten en ervaringsuitwisseling zijn vooral groot bij patiënten bij wie de ziekte geen erfelijke voorgeschiedenis heeft. (Veel anderen kunnen terecht bij familie.) Hoe eerstelijnsactoren versterken die aan gezondheidsvaardigheden willen werken? Diëtisten krijgen door dit project belangrijke en voor hen nieuwe informatie van patiënten. Dat gebeurt via de community (online en offline) en in contactmomenten.

**De toekomst**

- Het logboek wordt bij een eerste contact (huisbezoek) voorgesteld aan nieuwe patiënten. Zij zijn dan meteen mee, nog voor of meteen na de chirurgische ingreep.
- De community wordt verder op de hoogte gehouden in nieuwsbrieven en met aanvullingen van het logboek.
- De terugbetaling van consultaties moet vlotter verlopen (beleid).
- Diëtisten worden blijvend geïnformeerd over wat patiënten van belang vinden en hoe hun autonomie kan worden bevorderd.

**De partners**

Vlaamse Beroepsvereniging van Diëtisten (VBVD); Union Professionnelle de Diéticiens de langue Française (UPDLF); Haute École Vinci; UZ Leuven; UCLL; Stichting tegen Kanker

## HET KLIKT! EEN MEERTALIGE RESPONSIEVE WEBSITE VOOR EERSTELIJNSZORG



### Initiatiefnemer en contactgegevens

**Universiteit Gent**  
Groot-Brittanniëlaan 45 - 9000 Gent  
Prof. dr. Ellen Van Praet - Onderzoeksgroep Multiples  
ellen.vanpraet@ugent.be - www.ugent.be  
<https://www.matchen.org/app>



### Probleemstelling

Gesprekken met anderstalige patiënten verlopen in de eerste lijn vaak moeizaam en hun gezondheidsvaardigheden zijn in veel gevallen beperkter. Hoe kunnen we de communicatie tussen hulpverleners en met name anderstalige ouders verbeteren?



### De logica van het project

Er is in Vlaanderen bij zorgprofessionals een grote vraag naar oplossingen voor communicatieproblemen met anderstalige ouders en naar kennisuitwisseling over bestaande tools. (Tolken bieden soelaas, maar zijn er lang niet altijd.)

Tegelijk hebben mensen met een migratieachtergrond vaak beperktere gezondheidsvaardigheden, al is onderzoek hiernaar vrijwel onbestaande.

Het klikt! wil aan deze twee noden/lacunes tegemoetkomen met een responsieve website. De doelgroep is dan ook dubbel:

- Hulpverleners in de eerste lijn. Die krijgen meer mogelijkheden om meertalige gezondheidsinformatie in te zetten.
- Anderstalige ouders die efficiënter kunnen communiceren met de hulpverleners kunnen zo meteen ook hun gezondheidsvaardigheden versterken.



### Het proces

- Fase 1. Op zoek naar communicatieve noden bij zorgverleners (gesprekken, focusgroep);
- Fase 2. Ontwikkeling van een proefversie van de responsieve website voor het thema 'zindelijkheid' in 6 talen: Nederlands, Frans, Engels, Turks, Arabisch, Farsi;
- Fase 3. Bijsturing van de proefversie en ontwikkeling van een tweede thema 'medicatie-inname';
- Fase 4. Testen in het veld bij zorgverleners in de eerste lijn.



### Goed om te weten

Hoe eerstelijnsactoren versterken die aan gezondheidsvaardigheden willen werken?

Informatie uitwisselen en eerstelijnsactoren uit diverse subsectoren samenbrengen: het belang daarvan is in dit traject duidelijk geworden. Door kennis te delen die bovendien meteen inzetbaar is (bv. over bestaande tools), ontstaat een lerende gemeenschap.



### De toekomst

Eind 2021 is een gebruiksklare versie van een responsieve website beschikbaar. Die zal breed worden verspreid bij zorgverleners. Vooraf volgt nog een observatieonderzoek bij eerstelijnsactoren om de werking te finetunen en richtlijnen over de werking te formuleren.

In de verdere toekomst is het plan om zowel de thema's als het aantal talen (nu 6) van de app uit te breiden.



### De partners

VUB - Wijkgezondheidscentrum De Piramide (Menen) - VLAIO project MATCHEN ([www.matchen.org](http://www.matchen.org))



## HEALTHLI BUURTKOMPAS

**Initiatiefnemer en contactgegevens**

**Thomas More | Mobilab & Care**  
 Kleinhoefstraat 4 - 2440 Geel  
 Leen Haesaert & Karolien Baldewijns  
 014 56 23 28 - [www.thomasmore.be](http://www.thomasmore.be)  
<https://mobilabandcare.be/healthli-buurtkompas/>

**Probleemstelling**

Zelfregie: het is een centraal woord in het huidige eerstelijnszorglandschap. Hoe kun je als eerstelijnsactor de daarvoor nodige gezondheidsvaardigheden versterken bij kwetsbare groepen?

**De logica van het project**

Kennis en ervaring van diverse partners in een eerstelijnszone worden in dit project gebundeld om kwetsbare groepen en hun noden te detecteren. In cocreatie en een bottom-upproces wordt een ondersteuningsvorm uitgewerkt. Dat proces wordt in een methodiek gegoten (het HealthLi Buurtkompas), waardoor het andere eerstelijnszones en hun partners kan inspireren.

Doelgroepen zijn eerstelijnszones en hun -actoren. Tijdens het proces stelde men in de eerstelijnszone Pallieterland de nood vast aan ondersteuning voor jongvolwassenen die kampen met eenzaamheid.

**Het proces**

De HealthLi Buurtkompas is een methodiek die in stappen wordt ontwikkeld:

1. Een omgevingsanalyse brengt de gezondheidsvaardigheden en noden van lokaal kwetsbare groepen in kaart. Wat zijn indicatoren voor een verhoogd risico op lage vaardigheden? De resultaten worden besproken met een divers samengestelde werkgroep en aangevuld met een omgevingsbevraging bij eerstelijnsactoren. De werkgroep analyseert die, formuleert een advies en vervolgens besluit de Zorgraad rond welk thema en voor welke doelgroep een ondersteuningspakket wordt ontwikkeld. Dat werd in dit geval: eenzaamheid bij psychisch kwetsbare jongvolwassenen, een taboethema.
2. Het ondersteuningspakket wordt in cocreatie uitgewerkt met relevante hulpverleners, organisaties, patiëntenverenigingen en mensen uit de doelgroep. Er volgt feedback op het materiaal en een test van een proefversie van het pakket. Vooral de nood om hulp en begeleiding bekender en toegankelijker te maken bleek groot te zijn. Hierdoor werd ook de doelgroep verruimd tot alle jongvolwassenen.
3. Tijdens de cocreatie groeide het idee Samen tegen eenzaamheid. Dat resulteerde in drie aparte gidsen die ruim worden verspreid in Pallieterland: voor inwoners, voor eerstelijnszorgverleners en voor lokale besturen en organisaties.

**Goed om te weten**

- Cocreatief werken met een taboethema is niet eenvoudig, zo blijkt. De samenstelling van een werkgroep is niet vanzelfsprekend.
- Je stoot als project op institutionele problemen, zoals de wachtlijsten in de ggz en de complexe terugbetalingsregeling.
- Veel organisaties en verenigingen werken verbindend, maar nog (te) weinig aan 'verdieping van relaties'. Hoe eerstelijnsactoren versterken die aan gezondheidsvaardigheden willen werken? Het versterken van gezondheidsvaardigheden specifiek rond eenzaamheid vereist een samen-aanpak. Dat versterkt iedereen.

**De toekomst**

- De drie gidsen worden verder op punt gesteld en bijgewerkt. Ze zijn ook bruikbaar in andere eerstelijnszones.
- Het HealthLi Buurtkompas als methodiek om gezondheidsvaardigheden te versterken wordt toegelicht voor andere eerstelijnszones. Misschien gebeurt dat later ook nog met vormingssessies.

**De partners**

Thomas More Mechelen-Antwerpen vzw, Creative & Innovative Business; Eerstelijnszone Pallieterland

## ZORGIJ

**Initiatiefnemer en contactgegevens**

Hogeschool UCLL  
Sam Pless - Sam.pless@ucll.be  
www.ucll.be/zorgwijs

**Probleemstelling**

Hoe verbeter je als organisatie de toegankelijkheid en inclusiviteit van de zorg? De sociale gezondheidskloof is immers een realiteit. Dit project zocht naar manieren.

**De logica van het project**

Eerstelijnsprofessionals en -organisaties – drie wijkgezondheidscentra en één woonzorgcentrum – waren de primaire doelgroep: hoe kunnen zij toegankelijker en inclusiever communiceren? Mensen met zorgnoden waren de achterliggende doelgroep: hoe krijgen zij efficiënter en effectiever zorg?

**Het proces**

Het project liep vier verbetertrajecten in eerstelijnsorganisaties (zie de partners):

1. Analyse van hun huidige toegankelijkheid en communicatie (sterktes, zwaktes). Bevraging bij personen met zorgnoden en professionals uit alle geledingen van de organisatie.
2. Formuleren van concrete doelstellingen en eventuele doelgroepen op basis van 1. Uitwerken van actieplannen door de organisaties, samen met de onderzoekers.
3. Aftoetsen bij collega's, implementeren en evalueren.

Er zijn resultaten op twee niveaus:

1. Onderzoek: ontwikkelen van methodieken en instrumenten voor een verbeterproces, met: draaiboeken voor focusgroepen en digitale brainstorms, een beslissingsboom over 'al dan niet cocreatie', samenstellen digitale opleidingsmodule 'gezondheidswijze organisaties', eindrapport.
2. De organisaties: vier verbetertrajecten op maat, met telkens andere doelgroepen (bv. iedereen met zorgnoden versus personen met complexe pijn), andere doelstellingen... Kennisverzameling was overal belangrijk.

Onder meer door corona verschilden de timing, formats voor het verzamelen van kennis en ook uitkomsten sterk: het ging van een doelgroepanalyse als uitkomst tot uitgewerkte actieplannen.

**Goed om te weten**

- Engagement en goede wil van professionals en organisaties volstaan niet als het over toegankelijkheid en inclusiviteit gaat: er moet voldoende werktijd structureel vrijgemaakt worden.
  - Participatie en cocreatie door personen met zorgnoden, dat spreekt niet vanzelf. Belangrijk is dan ook een verbetertraject op maat van elke organisatie: doelen, inhoud, aanpak, timing, beschikbaar personeel...
  - Een regelmatige bevraging van de doelgroep is belangrijk. Stem je methode goed af op onderwerp en doelgroep.
  - Een betere toegankelijkheid en inclusiviteit is een werk van lange adem, maar met mogelijke quick wins.
- Hoe eerstelijnsactoren versterken die aan gezondheidsvaardigheden willen werken?
- Als je als organisatie je sterktes en zwaktes in kaart brengt, doe je dat het best interactief, niet met een survey. Dat levert rijkere data op en brengt interdisciplinaire discussies op gang.
  - Een externe facilitator kan nuttig zijn om jezelf als organisatie een kritische spiegel voor te houden.

**De toekomst**

De resultaten worden gepubliceerd (2021) en de acties geïmplementeerd en geëvalueerd, naargelang van ieders timing.

- Toekomst van het project: acties op middellange termijn evalueren; verbetertrajecten uitproberen ook in andere (bv. interorganisatorische) settings en met specifieke doelgroepen.
- Toekomst van het project bij de organisaties: blijvende aandacht voor het thema, dat ook doordringt in beleidsplannen (en dus op de langere termijn).
- Toekomst van de methodieken: aanbieden van dienstverlening door UCLL; ter beschikking stellen van materiaal; aanbod begeleiding bij verbetertrajecten.

**De partners**

De wijkgezondheidscentra Ridderbuurt, Caleido en Vierkappes; het woonzorgcentrum Triamant

## SPEEL JE GEZOND. WEGWIJS IN ZORG EN GEZONDHEID

**Initiatiefnemer en contactgegevens**

**Wijkgezondheidscentrum Rabot, Gent**  
 Stephanie Byl  
 Gezondheidspromotor  
 Stephanie.byl@wgcrabot.be  
<https://vwgc.be/gezond-en-wel/>

**Probleemstelling**

Hoe vind je als persoon met een zorgnood de juiste professionals en organisaties? Het probleem is bekend en nijpend voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden.

**De logica van het project**

Er wordt een educatief spel ontwikkeld voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden (16+). Doel: inzicht verwerven in de basis en het complexe landschap van het gezondheidssysteem; mensen inzicht geven in hun rechten en hen zo assertiever maken; spelers laten ontdekken waar ze terecht kunnen.

Het spel telt 15 personages met uiteenlopende zorgnoden en er zijn 12 (laagdrempelige, doorverwijzende) organisaties in het spel opgenomen (niet alleen op lokaal niveau). Het spel is gekoppeld aan een website met praktische gegevens over de organisaties. Dat versterkt ook de digitale (gezondheids)vaardigheden van de spelers.

**Het proces**

1. Het concept van het spel werd samen bepaald met een professionele ontwikkelaar en een klankbordgroep: focus uitwerken (inhoud spel, keuze organisaties), de vormgeving, het materiaal...
2. Een voorlopige versie werd getest en aangepast op basis van de feedback van diverse doelgroepen.
3. Het digitale luik werd ontwikkeld (website, filmpjes per organisatie...).
4. Er werd met de UGent een evaluatieplan uitgewerkt.
5. Verspreiding en verankering van het spel bij passende organisaties en plannen maken i.v.m. training, workshops...

**Goed om te weten**

- Het is niet evident om de heel diverse noden en doelgroepen in een spelvorm te 'gieten'. Een modulair spel biedt een antwoord: de spelbegeleider kan zo inspelen op specifieke noden.
- De betrokkenheid van de doelgroep in de ontwikkelings- en testfase is belangrijk.
- Organisaties moeten werken aan hun laagdrempeligheid, wat een uitdaging is: bewustzijn van de problematiek bij het personeel, bereikbaarheid, toegankelijkheid...

**De toekomst**

Doel is dat het spel wordt ingebed in lespakketten over gezondheidsvaardigheden en dat het wordt uitgeleend (via de Vlaamse wijkgezondheidscentra). Er wordt voor hen een aanbod 'train the trainer' ontwikkeld.

**De partners**

Partners in uitvoering: Gentse wijkgezondheidscentra; Teir Productiehuis; De Aanstokerij (spelontwikkelaar); TAKK (communicatiebureau - ondersteuning webpagina's); Wablieft, centrum voor duidelijke taal; UGent (evaluatie spel)

Klankbordgroep: Centrum BasisEducatie, KRAS, Vlaams Instituut Gezond Leven, Huis van het Kind, Toren van Babel/OKAN, CVO Gent, VWGC, Stad Gent, Logo Gezond+

## IEDEREEN GEZONDHEIDSSVAARDIG !

**Initiatiefnemer en contactgegevens**

**Kenniscentrum ARhus**  
 Bert Vergote - Projectcoördinator  
 051 6918 00 ou 0478 37 41 45 - Bert.vergote@arhus.be  
 www.arhus.be

**Probleemstelling**

Hoe kunnen we de gezondheidsvaardigheden bij mensen verhogen, zorgen dat ze autonoom zijn op vlak van gezondheid en eerstelijnsactoren sensibiliseren voor het belang van gezondheidsvaardigheden.

**De logica van het project**

Gezondheidsvaardigheid is behalve voor de patiënt ook voor de zorgverlener cruciaal. Daarom zet dit project in op twee doelgroepen:

1. kwetsbare mensen met lage gezondheidsvaardigheden en een geringe autonomie op vlak van gezondheid (in twee groepen: met en zonder migratieachtergrond, vanwege de andere noden en behoeften en de taal);
2. lokale eerstelijnsactoren die mensen gezondheidsinformatie verschaffen.

**Het proces**

Het project bestond uit reeksen laagdrempelige workshops over gezondheidsvaardigheden op drie niveaus: functioneel, interactief, kritisch. De workshops kregen in cocreatie vorm en inhoud: deelnemers bepaalden zelf welke aspecten voor hen belangrijk waren en rond welke thema's er zou gewerkt worden.

Om de drempel te verlagen en een vertrouwensband op te bouwen, werden maatschappelijk werkers en brugfiguren uit de stad Roeselare bij het project betrokken, de begeleider van de workshops was steeds hetzelfde gezicht en de locatie was vertrouwd en goed bereikbaar.

Tijdens de workshops werden ook eerstelijnsactoren rechtstreeks betrokken, om ook hun ervaringen te betrekken in de dialoog en een rechtstreeks antwoord te kunnen bieden op de vragen van de deelnemers.

De workshops resulteerden in 6 tips die zowel voor zorgverlener als patiënt handig kunnen zijn om de dialoog tussen beide vlotter te doen verlopen.

**Goed om te weten**

- Cocreatie blijkt niet altijd de meest passende methodiek. Wel om op basis van de noden de inhoud van workshops samen te stellen, minder wanneer deelnemers vooral antwoorden willen op vragen.
- Mensen uit kwetsbare groepen bij een project als dit betrekken vraagt vertrouwen, ervaring, tijd, de juiste kanalen, middelen. Een opdracht die vaak onderschat wordt.
- De pandemie maakte duidelijk dat een vloedgolf aan informatie bij mensen met lage gezondheidsvaardigheden veel verwarring schept. En toonde des te meer de relevantie van het project, en bij uitbreiding gezondheidsvaardigheden, aan.
- Tijdens het project werd ook duidelijk dat gezondheidsvaardigheden samen hangen met andere vaardigheden zoals sociale en digitale vaardigheden.

Hoe eerstelijnsactoren versterken die aan gezondheidsvaardigheden willen werken?

- Gezondheidsvaardigheden zijn een gedeelde verantwoordelijkheid, zowel van de patiënt, als van de zorgverlener als van het sociaal netwerk van een persoon. De link tussen gezondheidsvaardigheden en de preventie/oplossing van een medisch probleem wordt niet altijd gelegd.
- Een motiverende factor op de langere termijn zijn de aantoonbare positieve effecten van een hogere gezondheidsvaardigheid, ook op het verlagen van de eigen werkdruk voor zorgverleners.

**De toekomst**

Het project (de sessies) en de ontwikkelde tools voor intermediairen worden op een symposium voor de lokale huisartsenkring toegelicht. Ze zijn geschikt als onderdeel van een vormingsaanbod binnen een stad of een centrum voor volwassenenonderwijs.

**De partners**

Ligo Midden- en Zuid-West-Vlaanderen (naamsverandering); IDrops!; AZ Delta Roeselare; Stad Roeselare; Logo Midden-West-Vlaanderen; Kenniscentrum ARhus



## CULTUURSENSITIEVE ZWANGERSCHAPSKOFFER

**Initiatiefnemer en contactgegevens**

Wijkgezondheidscentrum Rabot, Gent  
 Hanan Ben Abdeslam  
 Coördinator-Vroedvrouw MSc  
 02 229 25 58 of 0478 88 11 86  
 info@expertisecentrum-vollemaan.be  
 www.expertisecentrum-vollemaan.be

**Probleemstelling**

Kwetsbare zwangere vrouwen met een migratieachtergrond lopen meer gezondheidsrisico's: door een minder adequate pre- en postnatale zorg, onwetendheid, de taalbarrière en een laag sociaaleconomisch statuut. Ze vinden moeilijk hun weg in de gezondheidszorg.

**De logica van het project**

De Cultuursensitieve Zwangerschapskoffer wil hun levenskwaliteit en gezondheidsvaardigheden verbeteren. Zij zijn de primaire doelgroep. Secundair zijn dat de professionals die met dit project bruikbaar en 'taalvrij' materiaal aangereikt krijgen: wijkgezondheidscentra, vrouwenorganisaties, expertisecentra Kraamzorg, ngo's, asielcentra, Dokters van de Wereld, vroedvrouwenpraktijken, (hoge)scholen enz.

Informatie over zwangerschap bieden, van de zwangerschapstest tot aan de bevalling en de eerste babydagen: dat is het doel van de koffer. Die snijdt diverse typische zwangerschapsgezondheidsthema's aan, ook het mentaal welbevinden, de emoties, de persoonlijke beleving en cultuurspecifieke topics.

**Het proces**

1. Inventaris: wat bestaat er al aan visueel en tastbaar materiaal over zwangerschap?
2. Daaruit bleek welke tastbare materialen besteld konden worden (bv. een model van een foetus, een klein bekkenmodel...), welk visueel materiaal er toegevoegd moest worden (bv. affiches, brochures, geboortekaartjes) en wat het project zelf zou ontwikkelen, samen met een illustrator en een bedrijf dat koffers-op-maat maakt.
3. Resultaat: een set van 46 platen met visuele informatie, infobrochures en een draaiboek. De cultuursensitieve tekeningen zijn afgestemd op het doelpubliek.

**Goed om te weten**

- Belangrijkste les: pas je taal/materiaal aan de doelgroep aan. Laaggeletterde mensen, dat betekent in de eerste plaats: laagdrempelig en visueel werken. Tastbare materialen maken de materie ook letterlijk tastbaar. Dat bevordert het onthouden.
- Échte verbinding ontstaat door niet alleen op gezondheidsvaardigheden te focussen, maar ook op het menselijke en mentale aspect.
- Cultuursensitief werken betekent: je verplaatsen in diverse leefwerelden en ook kennis opdoen als je een tool als deze koffer ontwikkelt.
- Laat deze vrouwen in groep samenkomen en mekaars kennis vergroten. De koffer vergemakkelijkt de wisselwerking en de reflectie.

Hoe eerstelijnsactoren versterken die aan gezondheidsvaardigheden willen werken?

Gezondheidsvaardigheden bijbrengen, dat betekent laagdrempeligheid, openheid, vertrouwen en cultuursensitiviteit. Dat is de basis. Openstaan voor cultuurverschillen is essentieel. Behalve een houding vergt dat ook kennis en kunde.

**De toekomst**

In de nabije toekomst wordt de koffer (een prototype) getest en vervolgens permanent geëvalueerd, geactualiseerd en bijgestuurd. Dat gebeurt op basis van onderzoek en praktijkervaring. Het doel is dat de koffer ook internationaal verspreid wordt.

Dit project ambieert een digitaal vervolg (als daar budget voor is): een onlineplatform dat aan professionals vorming aanbiedt om met de koffer te werken. Voor de primaire doelgroep zelf zal de informatie van de koffer ook digitaal beschikbaar worden gesteld.

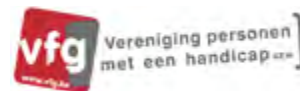
**De partners**

Vroedvrouwen; de Brusselse wijkgezondheidscentra Medikuregem en De Brug; Groupe pour l'Abolition des mutilations sexuelles féminines (GAMS); het Perinataal Netwerk Brussel; Kind & Gezin; Stuurgroep Gezond Zwanger; Born in Brussels – Group Care (CP); Huizen van het Kind; Respectvolle Geboorte; Erasmushogeschool Brussel – Research Group Brussels; Integrated Care & Universiteit Antwerpen

## BABELGIDS. VOOR EEN VLOT BEZOEK AAN DE DOKTER

**Initiatiefnemer en contactgegevens**

VFG Oost-Vlaanderen  
 Axelle Stevens - Educatief Medewerker  
 09 333 57 62 of 0478 81 13 59 - Axelle.stevens@vfg.be  
 www.vfg.be

**Probleemstelling**

Personen met een mentale beperking hebben gemiddeld een lagere gezondheidsgeletterdheid. Hierdoor ondervinden zij ook problemen om in gesprek te gaan met de huisarts.

**De logica van het project**

Het project richt zich tot personen met een lichte en matige mentale beperking – die zelfstandig of thuis wonen, of in een voorziening verblijven – en tot hun netwerk. Bewustmaking van huisartsen (in opleiding), voorzieningen en gebruikersorganisaties is een tweede opzet. Er werd een tool ontwikkeld: de Babelgids. Het project versterkt de communicatie tussen personen met een mentale beperking en hun huisarts, en wel door:

- de doelgroep structureel voor te bereiden en te ondersteunen vóór, tijdens en na het doktersbezoek;
- de doelgroep door visualisering in staat te stellen hun gezondheidsvaardigheden te versterken.

**Het proces**

Na een literatuuronderzoek en het checken van bestaand materiaal werden de relevante stakeholders bevraagd: de doelgroep, huisartsen, experts en gebruikersorganisaties.

Vervolgens werd het prototype van de tool (Babelgids) ontwikkeld. Dat werd verspreid bij adviserend artsen, experts, de doelgroep, huisartsen en gebruikersorganisaties.

Op basis van de feedback werd het ontwerp gefinaliseerd, i.s.m. een 'taalexpert voor duidelijke taal!' en een grafisch vormgever. Een werkgroep staat in voor de implementatie/communicatie over heel Vlaanderen.

**Goed om te weten**

- Cocreatie met de doelgroep en andere actoren was erg belangrijk voor het ontwikkelen van een tool op maat.
- Interviemomenten en een observatieronde boden nieuwe inzichten om de focus te verbreden.

**De toekomst**

De methodiek werd uitgerold binnen de eigen organisatie en vervolgens wordt het netwerk van VFG en andere stakeholders aangesproken. Er worden over Vlaanderen 10.000 Babelgidsen gericht verspreid en de gids wordt ook digitaal aangeboden.

We ontwikkelen ook een ondersteunend educatief pakket voor onze doelgroep rond het versterken van gezondheidsvaardigheden.

Huisartsen (in opleiding) worden geïnformeerd en gesensibiliseerd, net als andere doelgroepen: anderstaligen, ouderen, kinderen...

De Babelgids wordt ook geïmplementeerd in een proefproject rond impactgericht werken, om de kwaliteit en de empowerende kracht van het instrument te meten.

**De partners**

De Aanstokerij; Wablief; Gandae vzw en Huisartsen Dendermondsesteenweg

## PARLONS SANTÉ AVEC LES PRIMO-ARRIVANTS



### Initiatiefnemer en contactgegevens

**Anama asbl**  
Rue Montifaut 5 - 7500 Tournai  
Martine Ome - +32-69-54 52 19  
omemartine@gmail.com



### Probleemstelling

Gezien het isolement, het instabiele karakter en de diversiteit van de groep nieuwkomers wil het project de integratie van mensen met een andere etnisch-culturele achtergrond in Doornik vergemakkelijken, door hen te helpen bij het creëren van een sociaal weefsel. Dat sorteert een gunstig effect op hun gezondheid. Het gaat er met name om de rol van de ouders als verantwoordelijken voor hun gezin te herstellen en nieuwkomers tools aan te reiken waarmee zij met het oog op hun gezondheid en die van hun naasten doordachte initiatieven kunnen nemen.



### De logica van het project

Het project focust op vluchtelingen die in Doornik aankomen (meer dan 600 asielzoekers die worden opgevangen door het plaatselijke Rode Kruiscentrum) en op nieuwkomers die zich in de stad proberen te integreren. Daartoe doet het project een beroep op 'parrains' of 'peters': vluchtelingen die reeds geïntegreerd zijn, die het Frans goed beheersen (oud-cursisten) en die als tussenpersoon fungeren.



### Het proces

De peters hielden contact met de begunstigen om hen op de hoogte te brengen van de talrijke beschikbare vormen van steun.

Wegens de gezondheidsmaatregelen, waardoor rechtstreeks contact met de doelgroepen onmogelijk was (ontoegankelijkheid van het opvangcentrum van het Rode Kruis), werd deze band tussen peters en nieuwkomers tot stand gebracht via gsm. Dit heeft de kwaliteit van de contacten enigszins verarmd.

Ondanks deze moeilijkheden deden de peters als efficiënte tussenpersonen dienst en hebben zij hun rol goed vervuld, zoals blijkt uit de toename van het aantal bezoeken van nieuwkomers aan de Medische Huizen, vooral met vragen over contraceptie. Het project is ook zeer nuttig gebleken voor het geven van goede informatie over de vaccinatie.

In het algemeen heeft de gezondheidscrisis weliswaar de contacten bemoeilijkt, maar heeft ze nieuwkomers ook bewuster gemaakt van gezondheidsgerelateerde kwesties.



### Goed om te weten

- Het is van belang het project niet op te leggen en de doelgroep ook geen vooraf bepaald ritme op te leggen. Hun visie op gezondheid is cultureel bepaald en moet worden gerespecteerd. Ook wat dit facet betreft is het belang van peters van cruciaal belang.
- Het is beter kleinere groepen aan te spreken met een specifieke gezondheidstoestand/behoefte (zwangere vrouwen, mensen met vervroegd pensioen) om hen gericht te motiveren voor hun gezondheid te zorgen.
- Scholen worden meer en meer bij het project betrokken. Via hen kunnen we een veel jonger publiek bereiken, dat de informatie doorgeeft aan het gezin. Dat is positief, omdat vrouwen vaak terughoudend zijn om de taal te leren. De vereniging wil deze samenwerking verder uitbouwen.



### De toekomst

- De groepen cursisten volgen elkaar op. De huidige groep zal spoedig autonoom functioneren. We hopen dat er uit de groep 'peters' zullen voortkomen. Anama hoopt in september 2021 een nieuwe groep fysiek te kunnen ontvangen.
- Door de sanitaire crisis konden niet alle geplande tools worden ontwikkeld. De vzw hoopt het tot op heden nog vrij rudimentaire fototaal-instrument verder te ontwikkelen.
- Het is ook van essentieel belang het aantal partners uit te breiden (Centre Hospitalier de Wallonie Picarde, nieuwe scholen, cultuurcentra) om het bestaande materiaal te kunnen gebruiken.



### De partners

Vaste partner: Maison Internationale de Tournai  
Gelegenheidspartners: Forem, Maisons Médicales, diverse scholen in Doornik, Lire et Ecrire



## AUJOURD'HUI, JE PRENDS MON DIABÈTE EN MAIN

### Initiatiefnemer en contactgegevens

**Maison Médicale La Poudrière**  
Rue de la Poudrière, 25 – 5100 Jambes  
Marie Botman - 081/30 69 11  
mariebotman@hotmail.com



### Probleemstelling

De prevalentie van diabetes neemt almaar toe en het voorkomen van complicaties is van essentieel belang. In eerste instantie moet de bevolking worden voorgelicht over de ziekte en de organisatie van de screening. Vervolgens moet worden gefocust op de behandeling van de aandoening, en het voorkomen van complicaties. De patiënt is hierin de hoofdrolspeler.



### De logica van het project

Het project mikt op verschillende doelgroepen: zorgverstrekkers in het wijkgezondheidscentrum, van receptionisten over kinesitherapeuten tot artsen; diabetici in pre-zorg, d.w.z. mensen met diabetes die niet in een geregeld zorgtraject zitten (patiënten krijgen dus geen insulinetherapie) en alle patiënten die het wijkgezondheidscentrum bezoeken.

Het Medisch Huis heeft het probleem aangepakt door screening, bewustmaking en een opleiding voor alle personeelsleden en patiënten te organiseren. Er waren ook individuele raadplegingen voor diabetespatiënten; door de bewustmaking en het empowerment van diabetespatiënten te bevorderen, en door de follow-up van patiënten te verbeteren: van educatie tot het vastleggen van gepersonaliseerde doelen; door de transdisciplinariteit in de zorg die het team biedt te bevorderen (voorlichting, opleiding en communicatie van elke betrokkene).

Het einddoel is te komen tot een regelmatige, proactieve en gepersonaliseerde follow-up met het oog op de preventie van diabetes bij diabetespatiënten.



### Het proces

Concreet heeft het wijkgezondheidscentrum: kennis gedeeld tijdens teamvergaderingen en meetings met artsen en verpleegkundigen; een door een verpleegster geleid dispensarium 'Diabetes' opgezet, met individuele raadplegingen, gezondheidscontroles met termijnen, voedingscontroles, preventie en het bepalen van doelstellingen samen met de patiënt; samenwerking opgezet met de huisarts voor de follow-up van patiënten, herinneringen aan termijnen, preventieve acties en het ontmoeten van pas gediagnosticeerde patiënten.

In het driemaandelijks blad van het wijkgezondheidscentrum verscheen een artikel om het publiek bewuster te maken van diabetes. Onlangs heeft de kine een nordic walking-groep opgericht voor de doelgroep. Dit zal een plaats worden waar wordt geoefend, maar ook waar mensen elkaar ontmoeten en van gedachten wisselen.

Meer verpleeguren vanaf 1 september 2021.

Diabetescontroles die voor iedereen toegankelijk zijn vanaf oktober 2021.



### Goed om te weten

Het project bevestigde dat de patiënt de belangrijkste actor is in zijn of haar eigen gezondheid en zorg, dat motiverende gesprekken het eerste is wat in gezondheidseducatie moet worden opgezet en dat het belangrijk is uit te gaan van de kennis en ervaring van de patiënt.

Anderzijds moet een project door het hele team worden gedragen en gedeeld om zo veel mogelijk patiënten te bereiken. Dit veronderstelt coördinatie, regelmatige bevragingen en collectieve aanpassingen.

Een klein, betekenisvol detail: denk eerder aan het zoeken naar en het gebruiken van wat al bestaat, dan aan het maken van iets nieuws (het idee was om folders over verschillende thema's te maken, maar aangezien de ABD er al een aantal heeft gepubliceerd, worden die op een gerichte wijze aan patiënten voorgesteld.)



### De toekomst

Om er een goed opgezet en duurzaam project van te maken, met automatisen in de zorg en echt heen-en-weerverkeer met de patiënten, is het nodig: een extra verpleegster aan te werven en tijd vrij te maken, ondanks de toenemende werklast (opleiding diabetologie, opzetten van praatgroepen en podotherapie sessies in het wijkgezondheidscentrum enz.); door te gaan met multidisciplinaire zorg en de samenwerking van artsen en verpleegkundigen te verfijnen.

# VERS UNE MEILLEURE COMPRÉHENSION DE LA SANTÉ MENTALE, UNE MEILLEURE VISIBILITÉ DE L'OFFRE DE SOINS ET UN AUTRE REGARD ENVERS CEUX ET CELLES QUI LA CÔTOIENT



## Initiatiefnemer en contactgegevens

**Plateforme Bruxelloise pour la Santé Mentale /  
Brussels Platform voor Geestelijke Gezondheid**  
Rue de l'association 15 – 1000 Brussel  
Valérie Debadts - 02/289.09.67 - [www.pfcsm-opgg.be](http://www.pfcsm-opgg.be)



PLATEFORME DE CONCERTATION  
POUR LA SANTÉ MENTALE  
EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE



## Probleemstelling

Het is belangrijk het grote publiek bewust te maken van psychische gezondheidsproblemen en de bijbehorende ziektes te destigmatiseren. Burgers en professionals moeten dan ook worden voorzien van kwaliteitsinformatie. Dat is ook een belangrijke behoefte voor de diverse doelgroepen van het Platform, die nood hebben aan gecentraliseerde en makkelijk begrijpbare informatie. Door de ontwikkeling van de nieuwe website wil het Platform deze doelstellingen verwezenlijken. De site zal een groot aantal initiatieven en organisaties rond geestelijke gezondheid samenbrengen die de jongste jaren in Brussel zijn ontstaan en men zal er algemene en gespecialiseerde informatie over het onderwerp vinden, en ook nieuws uit de sector. Mensen met een bepaalde vraag/nood kunnen er worden doorverwezen naar partnerorganisaties.



## De logica van het project

De website is gestructureerd in verschillende onderdelen:

- een informatief gedeelte, dat beantwoordt aan de criteria van gezondheidsgeletterdheid: de informatie wordt op zo eenvoudig en begrijpelijk mogelijk gebracht;
- een deel waar de verschillende activiteiten van het Platform worden voorgesteld: werkgroepen, onderzoek, initiatieven...
- een gedeelte voor professionals: toegang tot documenten van de werkgroep en andere noodzakelijke informatie.

Links verwijzen de gebruiker naar andere websites en informatiebronnen.



## Het proces

De creatie van de website is het resultaat van teamwerk, waarbij iedereen (collega's, gebruikers, familieleden, professionals, partners en leden van het Platform) een bijdrage levert: inhoud, proeflezen, structuur, reflectie enz.

Daarnaast tracht het Platform ook zijn communicatiekanalen te diversifiëren: nieuwsbrief (maandelijks), het tijdschrift 'Schieve Niouz', Facebook (creatie van een pagina voor professionals en één voor gebruikers en verwanten), Twitter (creatie van een account), 0800/1234.1-nummer (informatie- en hulpnummer door en voor gebruikers van de geestelijke gezondheidszorg en hun naasten), opleidingen (psycho-educatieprogramma voor de verwanten van personen met een schizofrene stoornis), productie van twee brochures enz.



## Goed om te weten

- Het is niet altijd gemakkelijk om informatie voor het grote publiek te vulgariseren als je elke dag gespecialiseerde woordenschat gebruikt. Enerzijds hebben de initiatiefnemers een opleiding 'Facile à Lire et à Comprendre' (FALC) gevolgd om hun taal te leren vereenvoudigen. Anderzijds helpt het om de teksten te laten lezen door mensen van buiten de sector om de vinger te leggen op informatie die voor iedereen onbegrijpelijk is.
- Door de gezondheids crisis is de behoefte aan informatie toegenomen. Mensen zijn voortdurend op zoek naar informatie. Die is versnipperd en gaat soms verloren in het doolhof van het internet. Vandaar de wens van het project om betrouwbare informatie te centraliseren.
- Ook de uitwisseling tussen partners is van essentieel belang. De diversiteit van de bestaande structuren is een rijkdom die moet worden gecultiveerd. De vergaderingen die wegens de gezondheidsmaatregelen niet konden worden georganiseerd, werden nu gemist. Verdere bijeenkomsten en het delen van deskundigheid zijn gewenst.



## De toekomst

Volgens plan is de website van het Platform in de herfst van 2021 klaar. Het wordt een dynamische site, die zich zal aanpassen aan de evolutie en de actualiteit in de sector van de geestelijke gezondheidszorg. De site zal dus voortdurend in ontwikkeling zijn.

Het 0800/1234.1-nummer (permanentie) is in gebruik sinds juli 2021. Andere projecten en opleidingen zijn in ontwikkeling en zullen het luik 'gezondheidsgeletterdheid' van het project vervolledigen.



## De partners

Partners uit het netwerk



## AIDANTS, ET VOTRE SANTÉ ? PARLONS-EN



### Initiatiefnemer en contactgegevens

**Aidants Proches ASBL**  
Route de Louvain-la-Neuve 4 – 5100 Belgrade  
Geneviève Aubouy, verantwoordelijk voor onderzoek - +32(0) 81 58 30 67  
genevieve.aubouy@aidants.be



### Probleemstelling

Sommige mantelzorgers vergeten hun eigen welzijn. Het project tracht hen te informeren, zodat zij zich bewust worden van de impact van hun rol op hun eigen gezondheid en van de middelen die zij kunnen inzetten om aan zelfzorg te doen. Het is ook de bedoeling professionals van tools te voorzien om mantelzorgers te ondersteunen: door hen te informeren, naar de juiste contactpersonen te verwijzen enz.



### De logica van het project

Tijdens de pandemie heeft elke burger kunnen ervaren wat mantelzorgers dagelijks meemaken: zij werden in zekere zin 'zichtbaar'. De gezondheids crisis heeft de zwakke plekken in het maatschappelijk weefsel aan het licht gebracht, maar heeft er ook toe geleid dat mensen werden 'empowerd' en dat ze creatieve oplossingen vonden om contacten te onderhouden, sociale solidariteitsbanden te smeden enz. De crisis heeft aangetoond dat mensen in staat zijn te reageren in tijden van crisis (bv. ontwikkeling van digitale instrumenten, de inzet van gezondheids- en contactberoepen, flexibiliteit van organisaties enz.)



### Het proces

De vzw heeft op basis van de ervaringen van mantelzorgers instrumenten ontwikkeld (brochures, video- en audiospots, neerslag van conferenties, affiches) om beide doelgroepen te bereiken en zorgde ook voor meer toenaderingskanalen.

- In 2020: een conferentie over de ervaringen van mantelzorgers, professionals en burgers tijdens de gezondheids crisis; een bevraging over hoe mantelzorgers de pandemie hebben doorstaan.
- In 2021: ontwikkeling van een mediacampagne (Belgische Franstalige televisie en radio) en een brochure over de gezondheid van mantelzorgers, met affiches en folders die worden gebruikt als communicatiehulpmiddelen bij het werk rond de gezondheid van mantelzorgers dat de vereniging verricht met haar netwerk van professionals en verenigingen.



### Goed om te weten

- Het belang van het toegankelijk maken van concepten als 'gezondheidsgeletterdheid' en ook 'gezondheid': elk project moet ook de rol spelen van 'vertaler' en 'vulgarisator' van academische concepten, voor de doelgroepen die men wil bereiken.
- Denk 'breed!' Gezondheidsgeletterdheid is méér dan 'toegang tot gezondheid'. Het is ook een manier om gezondheid in een hele omgeving en vanuit verschillende invalshoeken te benaderen (niet alleen biomedisch), en wel door gebruik te maken van de deskundigheid van doelgroepen. Er moet in vertrouwen met hen worden samengewerkt, zodat zij hun beeld van wat gezondheid is delen, in een logica van 'coconstructie', waarin ook hun visie, verwachtingen en middelen vervat zijn.
- Gezondheidsgeletterdheid en gezondheid worden benaderd vanuit twee invalshoeken: micro (=mijn gezondheid als mantelzorger) en meso (=mijn gezondheid die wordt ondersteund/verstoord door het netwerk van professionals die mij helpen om voor mijn familiedid te zorgen). Maar ook het macrospect draagt bij tot reflectie, bv. om de basisopleiding van de hulpverleners en de eerstelijnszorgberoepen te laten evolueren.



### De toekomst

- Mantelzorgers, beroepskrachten en het grote publiek sensibiliseren voor de realiteit van de mantelzorg. Na het succes van de tv- en radiocampagne in de Franstalige Belgische media is het aantal contacten bij de vzw's Aidants Proches en Aidants Proches Bruxelles geëxplodeerd! Er zijn nog twee andere 'salvo's' gepland en dat wordt uitgebreid met communicatiedragers die deze keer in de eerste plaats gericht zullen zijn op het netwerk van professionals met wie de verenigingen samenwerken.
- De verschillende doelgroepen in de mantelzorg instrumenten aanreiken op het gebied van de zorg: het ter beschikking stellen van de notulen van de conferentie, publicatie van de resultaten van de gezondheidsenquête die tijdens de gezondheids crisis werd gehouden, ook over de ervaring van de mantelzorgers (epidemiologische gegevens om onderzoekers, studenten en ook de politieke wereld informatie te verschaffen over de sociale bescherming die de Belgische mantelzorgers nodig hebben), publiceren van een themabrochure over de Gezondheid van de mantelzorgers, gebaseerd op getuigenissen van mantelzorgers en de blik van professionals, om zo de dialoog te bevorderen over de moeilijkheden van mantelzorgers en de middelen die hen ter beschikking staan.



### De partners

Aidants Proches Bruxelles - Cultures et Santé - Question Santé - CLPS Namur - Casa Clara - Globule bleu



## PROJET 'PATIENTS-FORMATEURS'

**Initiatiefnemer en contactgegevens**

**LUSS asbl - Ligue des usagers des services de santé**  
 Avenue Sergent Vrithoff, 123 – 5000 Namur  
 Cassandre Dermience – projectverantwoordelijke - 0460 95 86 75  
 c.dermience@luss.be

**Probleemstelling**

Het doel van het project is patiënten, die als echte ervaringsdeskundigen worden beschouwd, actief te betrekken bij de opleiding van (toekomstige) eerstelijnsprofessionals (studenten verpleegkunde, huisartsen, apothekers), zodat hun deskundigheid wordt erkend. Zo wordt de opleiding van de professionals een voedingsbodem voor het partnerschap met de patiënt.

De patiënten-opleiders komen uit patiëntenverenigingen. Zij hebben een 'collectieve' visie op gezondheidsvraagstukken en zijn in staat afstand te nemen van hun situatie. In de loop der jaren hebben zij expertise verworven die specifiek is voor hun ziekte, maar waarvan veel aspecten die verband houden met de zorg transversaal zijn, ongeacht de patiënt met wie de gezondheidsprofessional te maken krijgt.

**De logica van het project**

Door over hun ervaringen te getuigen willen de patiënten bij de zorgverleners de nadruk leggen op verschillende aspecten die centraal staan in de zorgrelatie: communicatie, empowerment, rechten, de therapeutische educatie van de patiënt... Het doel van deze uitwisselingen is de verzorgers bewust te maken van de houding die zij moeten aannemen om in partnerschap met de patiënt te werken. De eerstelijnsactoren zullen zo bijdragen tot de versterking van de gezondheidsvaardigheden, door de ontwikkeling van een professionele cultuur die openstaat voor de ervaring van de patiënt, een brede visie op gezondheid en een luister- en dialoogrelatie met de patiënt.

**Het proces**

Dit waren de fasen van het project:

- een oproep tot kandidaatstelling en een individueel gesprek voor elke kandidaat-patiënt-opleider, die was vergezeld door een vertegenwoordiger van zijn/haar vereniging;
- een eerste bijeenkomst om de banden aan te halen en tot een gezamenlijk project te komen;
- verdeling in drie werkgroepen, met zes thema's, waarbij elke subgroep zijn interventies onafhankelijk voorbereidt;
- een opleidingssessie om samen na te denken over de zes thema's en een opleiding 'spreken in het openbaar', via tools voor videoconferencing;
- acht samenwerkingsverbanden met universiteiten en hogescholen, met inbegrip van een of meer interventies per cursus en verschillende momenten van voorbereiding: tussen patiënten onderling en met docenten;
- drie presentaties van het project in webinars/virtuele colloquia;
- een ochtend van reflectie over de voortzetting van het project, wat heeft geleid tot vier werkgroepen: het aanleggen van een verzameling getuigenissen, de creatie van leermiddelen, reflectie over de strategische visie, training door peers.

**Goed om te weten**

- De momenten van debat en uitwisseling verrijken de leerrelatie. Hierdoor wordt het mogelijk de kernbegrippen van de partnerschapsrelatie patiënt-zorgverlener aan de orde te stellen vanuit ieders ervaring. Door ook over hun eigen ervaringen van gedachten te wisselen stellen de zorgverleners zich open voor de boodschappen die de patiënten brengen. Dit is leren door emoties.
- Dit soort leerprocessen vergt tijd om het debat ingang te doen vinden en om de (toekomstige) zorgverleners ontvankelijk te maken voor de gebrachte boodschappen.

**De toekomst**

Vandaag de dag 'leeft' het project dankzij verschillende lesgevers die overtuigd zijn van de relevantie ervan. Maar om deze praktijk niet alleen van de goodwill van bepaalde leerkrachten te laten afhangen, is het van essentieel belang dat ze in het opleidingsprogramma van toekomstige professionals wordt opgenomen. Het is dus noodzakelijk dat de institutionele actoren (Federatie Wallonië-Brussel, Academie voor Onderzoek en Hoger Onderwijs, Federale Overheidsdienst Volksgezondheid) dit initiatief duurzaam ondersteunen en aan de opleidingsinstellingen de nodige middelen (financies en mensen) ter beschikking stellen, zodat de deelname van patiënten aan de curricula van (toekomstige) zorgverstrekkers de norm wordt.

**De partners**

Haute École Libre Mosane - Haute École Louvain en Hainaut - Université de Liège - Université catholique de Louvain - Haute École Namur-Liège-Luxembourg - Haute École de la Province de Liège

## EMPOWERMENT DES USAGERS : CO-CONSTRUCTION D'UNE FORMATION À DESTINATION DES MAISONS MÉDICALES



### Initiatiefnemer en contactgegevens

**Fédération des maisons médicales**  
Boulevard du Midi 25/5 – 1000 Brussel  
Joanne Herman, projectverantwoordelijke – +32 (0)2 514 40 14  
joanne.herman@fmm.be



### Probleemstelling

Hoe kunnen we gebruikers van Maisons Médicales (in Vlaanderen bekend als 'wijkgezondheidscentra') beter empoweren, vanuit een visie op gezondheidsbevordering en een humanistisch paradigma van zorg? Empowerment werd in dit actieonderzoek benaderd vanuit een participatieve invalshoek. Participatie van gebruikers op het niveau van de zorg (gaan naar een gedeelde medische besluitvorming), collectieve activiteiten, besluitvormingsorganen en patiëntencomités. De doelgroepen van het project zijn eerstelijnsprofessionals in wijkgezondheidscentra en gebruikers/patiënten van wijkgezondheidscentra.



### De logica van het project

Op basis van een onderzoek waarin we de betrokkenheid van de patiënten bij wijkgezondheidscentra inventariseerden en van een analyse van bestaande belemmeringen en hefboomen, bestond het doel erin de opleiding samen met de belanghebbenden tot stand te brengen. De acties werden echter gediversifieerd om empowerment op ruimere schaal te ondersteunen: op strategisch niveau (teams, besluitvormingsorganen); op cultureel niveau (partnerschap met de gebruikers bij diverse acties); op het niveau van informatie en uitrusting; op structureel niveau.



### Het proces

1. Onderzoek om een stand van zaken op te maken en de belemmeringen, hefboomen en actiemogelijkheden te analyseren, onder begeleiding van een werkgroep met professionals en gebruikers: literatuuronderzoek, vragenlijst voor wijkgezondheidscentra (34 respondenten), interviews (13 patiënten en 20 professionals).
2. Reeds geplande acties: Opleidingen: gezondheidsgeletterdheid (bekendheid met het concept, de problemen en de hefboomen) tegen november 2021 en participatie (van gedeelde medische beslissingen tot participatie van gebruikers in besluitvormingsorganen) tegen 2022; Structuur geven aan het partnerschap van gebruikers en de Federatie: twee proefprojecten (patiëntencomité van de Federatie en gebruikersruimte van de Luikse medische centra); informatie: projectlogo, pagina in de maak op het extranet; vergaderingen met teams die steun wensen te krijgen, maken van een gids over participatie in wijkgezondheidscentra, opstellen van een specifiek contract voor vrijwillige gebruikers en erkenning van hun werk; participatie van gebruikers als partners aan de verdediging van de eerste lijn en aan opleidingen in de algemene geneeskunde.



### Goed om te weten

Er bestaan verschillende hefboomen om het empowerment van gebruikers te bevorderen en om ook de gezondheidsprofessionals te helpen. Denk aan 'teach me back', de patiënt als partner, het centraal stellen van therapeutische doelstellingen in het levensproject van de patiënt, het gebruik van eenvoudige 'gezondheidsstaal' enz.

- Gebruikers zetten vooral hun ervaringskennis in en hebben in de eerste plaats behoefte aan een respectvolle relatie om hun vaardigheden te kunnen ontwikkelen en om te kunnen participeren. Zij zijn op zoek naar het uitwisselen van ervaring en naar erkenning.
- De gezondheidsprofessionals zien in dat zijzelf psychosociale vaardigheden moeten ontwikkelen om zo het niveau van de communicatie te bevorderen. Daarover hebben zij tijdens hun studies niet veel geleerd. Zij zijn op zoek naar opleidingen, praktische hulpmiddelen en het uitwisselen van ervaringen.
- Wijkgezondheidscentra beschikken over belangrijke institutionele hefboomen, die hen in staat stellen een kader aan te reiken, mensen te motiveren, een cultuur van zorg en participatie te ontwikkelen en te communiceren. Het onderling delen van tools en de uitwisseling van ervaringen verdienen ondersteuning.



### De toekomst

Het is de bedoeling dat de opleidingen binnen vijf jaar door een groot aantal gezondheidsprofessionals worden gevolgd, dat het ontwikkelde materiaal wordt opgenomen in andere opleidingen, zoals die voor nieuwe werknemers in wijkgezondheidscentra, en dat gezondheidsgeletterdheid en de participatie van de gebruikers strategische doelstellingen zijn geworden in verscheidene medische centra. Een andere wens is dat de tools worden gedeeld door wijkgezondheidscentra en dat er uitwisselingsplaatsen voor gezondheidsprofessionals en gebruikers tot stand komen, waardoor de kennis en vaardigheden kunnen worden vergroot. Ten slotte: de rol van de gebruikers bij de verbetering van de zorg en het gezondheidsstelsel moet worden erkend en ondersteund.



### De partners

Culture et Santé - Partenaires (Patricia Vega, Lisens Pierre, Vanderick Claire) - Gilles Henrard Maison Médicale Saint Léonard - Jaimie Lee Fosson Maison Médicale du Noyer - PSMG (Gaelle Chapoix) - LUSS

## SIMPLIFIONS LA SANTÉ ! ENSEMBLE VERS UN CENTRE DE SOINS AUX SERVICES ADAPTÉS À NOS COMPÉTENCES



### Initiatiefnemer en contactgegevens

**Maison médicale Saint-Léonard**  
Rue Maghin 74 – 4000 Liège  
Dr. Gilles Henrard, verantwoordelijk voor het project - 04/227 13 43  
gilles.henrard@uliege.be



### Probleemstelling

Het hoofddoel van het project is de integratie van het aspect gezondheidsgeletterdheid in de werkmethoden van het Maison Médicale St. Léonard, om te zorgen voor een gelijkwaardige toegankelijkheid tot het communicatiemateriaal en om aldus discriminatie te voorkomen.

De actie focust vooral op het Medisch Huis als instelling. Secundaire doelgroepen zijn de werknemers en gebruikers van het huis.



### De logica van het project

Er worden verschillende strategieën toegepast volgens een methode van participatief actieonderzoek (gemengde werkgroep van gebruikers/werknemers/onderzoekers). Zij streven naar de verbetering van:

- de mondelinge communicatie (helderheid, begrijpen van informatie)
- de schriftelijke communicatie (voorschriften, administratieve documenten, leermiddelen, signalisatie).



### Het proces

In maandelijkse bijeenkomsten heeft de groep eerst een 'organisatorische diagnose' gemaakt van de sterke en zwakke punten van het Medisch Huis wat gezondheidsgeletterdheid betreft. Dit was gebaseerd op de resultaten van twee enquêtes, één bij de gebruikers van het huis en één bij de werknemers.

Op basis van deze diagnose heeft de groep een actieprioriteit bepaald: 'Materiaal evalueren, selecteren, creëren en doeltreffend inzetten met het oog op een gelijke toegang tot dit materiaal, met name bij het onthaal van het wijkgezondheidscentrum. Dat willen we bereiken door middel van een groepsproces dat mensen wil sensibiliseren voor de problematiek van gezondheidsgeletterdheid.'

De dynamiek van de gemengde werkgroep is in het wijkgezondheidscentrum goed ingevoerd en de persoon die zich bezighoudt met het promoten van gezondheid maakt er deel van uit. Het schriftelijke materiaal dat de werknemers het meest gebruiken is geïdentificeerd en er wordt aan gewerkt om het te vereenvoudigen en er 'triggers' van te maken die de geletterdheid bevorderen. Die kunnen vervolgens ook elders in het wijkgezondheidscentrum worden toegepast.



### Goed om te weten

- Het belang van de keuze van de patiënten die partners zijn in het project: zij moeten behandeld zijn in het wijkgezondheidscentrum, maar zich niet meer in een acute zorgfase bevinden. Door genoeg afstand te hebben tot wat ze hebben meegemaakt kunnen zij hun standpunt naar voren brengen. Zij moeten worden gekozen op basis van de rijkdom van hun zorgervaring, hun motivatie om de diensten voor alle gebruikers te verbeteren en hun vermogen om zich in een groep uit te drukken.
- Het trage tempo van dit soort processen is waarschijnlijk nuttig. Er moet worden afgestapt van een geforceerd utilitarisme.
- Je moet de geringe 'veranderingsenergie' van het team van werknemers erkennen en er ook rekening mee houden, door te trachten veranderingen voor te stellen die niet te veel energie vergen.
- Het is moeilijk om verder te gaan dan het klassieke kwaliteitsverbeteringsproject en over te gaan tot 'meta'-reflecties en het conceptualiseren van het werk.
- Het is van belang niet alleen materiaal te ontwikkelen, maar ook 'geletterdheidsbevorderende' situaties te creëren - en zo de cultuur te veranderen.



### De toekomst

Uit de 'projectlogica' stappen (beperkt in de tijd, afhankelijk van eigen energie enz.) is het leidmotief van onze aanpak! Wij hopen dat het project over vijf jaar niet meer zal bestaan: dit zou het signaal zijn dat praktijken die de gezondheidsgeletterdheid bevorderen in de werking van onze instelling zijn geïntegreerd.



### De partners

Fédération des Maisons Médicales - Département de Médecine générale de l'Université de Liège

# AMÉLIORATION DES COMPÉTENCES ET DES RESSOURCES DES PATIENTS ET DES SOIGNANTS DE LA MAISON MÉDICALE LA PASSERELLE DANS LA PRISE EN CHARGE DES DOULEURS



## Initiatiefnemer en contactgegevens

Maison médicale La Passerelle  
Rue Gaston Grégoire, 16 - 4020 Liège  
Donatella FETTUCCI, coördinatrice - 04/344 94 44  
donatella.fettucci@lapasserelle.be



## Probleemstelling

Het project streeft naar een betere zorg voor chronische pijn door de eerstelijnszorgverleners voor de patiënten van het wijkgezondheidscentrum La Passerelle. Deze verbetering houdt in dat de vaardigheden en middelen van de doelgroep worden versterkt, om zo te komen tot een gezamenlijke (zorgverlener/verzorgde), multidisciplinaire, geïntegreerde, continue en toegankelijke zorg, die is gebaseerd op de specifieke behoeften van de groep.



## De logica van het project

Uit een evaluatie is gebleken dat pijn een frequente reden is voor raadplegingen in het wijkgezondheidscentrum. Bovendien wezen de zorgverleners op de moeilijkheden die zij ondervinden bij het omgaan met chronische pijn. Daarom leek het belangrijk de vaardigheden en hulpmiddelen van het zorgteam te verbeteren, en wel door ervaringen uit te wisselen en de zorg op multidisciplinaire wijze te bespreken.

Deze verbetering van de vaardigheden moet de patiënten ook in staat stellen om zich meer betrokken te voelen bij de behandeling van hun gezondheidsproblemen: inzicht in de symptomen en de uitlokkende of verergerende factoren, kennis van therapeutische middelen om de pijn te verlichten, meer zelfkennis, duidelijker vragen aan de zorgverleners.



## Het proces

Een gemengde groep van patiënten en zorgverleners heeft gewerkt aan een gemeenschappelijke definitie van chronische pijn en hield vervolgens een enquête om de behoeften en problemen van patiënten en zorgverleners bij het omgaan met pijn te analyseren. Naar aanleiding van de resultaten van de bevraging:

- werden er specifieke acties ondernomen om de vaardigheden en hulpmiddelen van de patiënten te verbeteren, zoals yoga- en meditatie sessies met videoclips om hen aan te moedigen thuis te oefenen. Een nummer van de patiëntenkrant, mede geschreven door patiënten, was gewijd aan chronische pijn. Een boekje over chronische pijn is in de maak.
- zijn er acties gepland om de vaardigheden en hulpmiddelen van zorgverleners te verbeteren, en ook specifieke opleidingen in pijnzorg. Bij de zorgverleners zien we een verandering: in hun houding en begrip van de ziekte, de beleving ervan, de behandeling, de invloed van het opleidingsniveau, de context.



## Goed om te weten

- Aan betere gezondheidsvaardigheden kan alleen worden gewerkt met de voornaamste belanghebbenden, de patiënten, die als echte partners en niet alleen als 'raadgevers' moeten worden betrokken.
- De groep betrokken patiënten moet zo heterogeen mogelijk zijn (zowel wat betreft geslacht als sociaal-cultureel niveau). Inclusiviteit is noodzakelijk, ook al vergt dat veel energie.
- Zorgverleners moeten bereid zijn te luisteren naar de behoeften van de patiënten, ook al komen die niet overeen met de behoeften die zijzelf op de patiënten hadden geprojecteerd. Beiden moeten bereid zijn om samen aan deze behoeften te werken.
- Werken aan gezondheidsgeletterdheid kost tijd en geld. In de structurele financiering wordt er geen rekening gehouden met dit werk, wat een belemmering is om van geletterdheid een transversale praktijk te maken.



## De toekomst

We hopen dat sommige acties (activiteiten ter bevordering van de autonomie van de patiënt, training in pijnzorg voor zorgverleners) kunnen worden verduurzaamd.

Sommige resultaten zullen niet onmiddellijk zichtbaar zijn, maar gehoopt wordt dat deze acties binnen vijf jaar vruchten zullen afwerpen en dat ze tot andere gezondheidsdomeinen kunnen worden uitgebreid.



## De partners

L'impatient, vereniging van patiënten van het Maison Médicale - La Fédération des Maisons Médicales - De universiteit - Pijnklinieken en hun specialisten



## CO-CRÉATION, IMPLÉMENTATION ET ÉVALUATION PARTICIPATIVE D'ATELIERS DE PROMOTION DE LA SANTÉ POUR LES PARENTS AIDANTS PROCHES EN PÉDIATRIE



### Initiatiefnemer en contactgegevens

**Université catholique de Louvain - Institut de recherche santé et société**  
30 Clos Chapelle-aux-Champs, Bte B1. 30.13 – 1200 Brussel  
Maëlle Boland en Anne-Catherine Dubois, onderzoekers  
ateliers-parents-aidants@uclouvain.be



### Probleemstelling

Hoe kunnen we ouders van kinderen met een complexe chronische ziekte of beperking ondersteunen? Hoe kunnen we bevorderen dat zij beslissingen nemen die hun eigen gezondheid ten goede komen? Doel van het project is een innovatief antwoord te geven op deze vragen om het risico op uitputting te voorkomen.

Dit betekent dat de aandacht wordt verlegd van de ziekte naar de mantelzorg-ouder, door hem of haar te steunen bij het aanspreken van middelen om de eigen gezondheid te bevorderen.



### De logica van het project

Dit actieonderzoek is gebaseerd op een literatuurstudie en collectieve reflecties binnen een stuurgroep met daarin zowel ouders als zorgverleners en onderzoekers. Ouder zijn van een kind met speciale behoeften brengt een mantelzorgersrol met zich mee waarvan maar weinig ouders zich bewust zijn. Op een nooit eerder geziene manier wil het project het samengaan van deze dubbele identiteit – ouder en verzorger – ondersteunen.

Uit deze cocreatie is een cyclus van drie workshops ontstaan die werden geleid door een psycholoog en een pediatriesch verpleegkundige. Daarin kwamen ouders van kinderen met verschillende pediatrische diagnoses (neurologisch, oncologisch, genetisch enz.) samen.



### Het proces

De workshops vonden online plaats wegens de toen geldende sanitaire maatregelen. Het aanwezigheidspercentage was 100%. Het werden er drie, om het systeem te kunnen testen en te verbeteren.

Dit waren de verwachtingen van de deelnemers aan de workshops: gesteund worden in hun behoefte om aan zelfzorg te doen en zich minder alleen te voelen; over een plek beschikken om ervaringen uit te wisselen en te delen; getuigenis afleggen en ervaringen doorgeven om zo te werken aan een meer inclusieve samenleving.

Tijdens de workshops stonden drie doelstellingen centraal: ouders in staat stellen zich erkend te voelen in hun ervaring en in hun ouderschap; ouders helpen bepalen aan welke behoeften zij moeten voldoen om een beter evenwicht tussen privé- en gezinsleven te bereiken; een betere toegang tot zaken die kunnen helpen, zowel in zichzelf als daarbuiten.

Er werd een handleiding en materiaal ontwikkeld om aan de behoeften van de deelnemers tegemoet te komen. Uit een contact drie maanden later bleek de relevantie en de positieve impact van de workshops: bewustmaking, tijd voor zichzelf, een beter evenwicht in het gezin, het concreet maken van nieuwe hulpmiddelen...).



### Goed om te weten

De vorm en inhoud van de workshops zijn gericht op belangrijke behoeften (zoals gezondheidsbevordering, solidariteit en het vergemakkelijken van de toegang tot hulpmiddelen), waaraan vaak niet wordt tegemoet gekomen in het dagelijkse leven van ouders van kinderen met een complexe chronische ziekte of handicap. De deelnemers juichten het project toe en benadrukten de noodzaak ervan.

Volgens onze studie zijn dit de actieve elementen die ouders van onze ondersteuning ondervinden: de combinatie van een peer group en professionele input, het duo psycholoog – pediatriesch verpleegkundige, hun zorgzame houding en hun toegang tot de supervisies, de kleine omvang en de heterogeniteit van de groep (geslacht van de ouders, diagnoses en leeftijden van de kinderen), het digitale en vriendelijke format; individueel contact voor en na de workshops.



### De toekomst

Het is belangrijk dat deze dynamiek van ondersteuning van de mantelzorg-ouder wordt voortgezet. De cyclus van drie workshops is voldoende ruim om deze vorm van ondersteuning ook te kunnen ervaren en de basisthema's te behandelen. Deze cyclus zou vervolgens toegang kunnen geven tot modules à la carte, waarvoor ouders zich kunnen inschrijven naargelang van hun behoeften en interesses. In de modules zou dieper kunnen worden ingegaan op deze onderwerpen: broers en zussen, het koppel, het beroepsleven, praktische en administratieve aspecten, adolescentie en de transitie naar volwassenheid enz. Een ander aandachtspunt is de opleiding van professionals inzake de behoeften van pediatriesch mantelzorgers.



### De partners

De leden van de stuurgroep (ouders en professionals in de zorg) - Isabelle Aujoulat (promotor) en Magali Lahaye (medeonderzoeker) - departement Pediatrie van de Cliniques Universitaires Saint-Luc (Bruxelles) - Fondation France Répit - Centre Léon Bérard - Magenta en diverse partners voor de verspreiding.

# AMÉLIORER LE DIALOGUE AUTOUR DE LA SANTÉ SEXUELLE ENTRE LES PATIENTS MIGRANTS VIVANT AVEC LE VIH ET LEUR MÉDECIN GÉNÉRALISTE



## Initiatiefnemer en contactgegevens

**Plateforme Prévention sida**  
Place de la Vieille Halle aux blés 29/28 – 1000 Brussel  
Maureen Louhenapessy, adjunct-directeur - +32.2.733.72.99  
m.louhenapessy@preventionsida.org



## Probleemstelling

Vandaag de dag draagt een persoon met hiv die dankzij een antiretrovirale behandeling (ARV) een ondetecteerbare viral load heeft bereikt, het virus niet langer over en gaat hij of zij slechts twee of drie keer per jaar naar de specialist. Het grootste deel van de follow-up gebeurt door de huisarts, die een sleutelrol speelt bij de behandeling van mensen met hiv. Voor sommige patiënten is het moeilijk om opnieuw seksuele activiteit te overwegen. Het is voor hen soms lastig om intieme en privékwesaties te bespreken. Zij verwachten dat de huisarts proactief is en het onderwerp seksualiteit aansnijdt.

Migrantenpatiënten met hiv hebben specifieke kenmerken wat hun gezondheidstoestand, gezondheidsvaardigheden en gebrek aan kennis over gecombineerde preventie betreft. Zij hebben moeilijkheden om toegang te krijgen tot zorg, behandeling, sociale bijstand en preventie. Het migratieproces maakt deze mensen kwetsbaar en verhoogt hun blootstelling aan het risico van overdracht van soa's en hiv. Het stelt hen bloot aan fysiek en seksueel geweld en heeft gevolgen voor hun lichamelijke en geestelijke gezondheid. Hiermee moet rekening worden gehouden tijdens de raadpleging en bij het voorstellen van zorg, door zich ervan te verzekeren dat de persoon in staat zal zijn om dat ook uit te voeren.



## De logica van het project

Het project wil de vaardigheden van huisartsen in de zorg voor migrantenpatiënten met hiv versterken en de patiënten helpen om met hun arts over hun seksuele gezondheid en over seksualiteit te praten.



## Het proces

Na een analyse van de behoeften en belemmeringen bij het spreken over seksualiteit door allochtone patiënten met hiven huisartsen (focusgroep, beantwoorden vragenlijst) werden in overleg met 20 huisartsen en 2 specialisten drie tools ontwikkeld, die vervolgens met artsen zijn geëvalueerd en op basis van hun reacties aangepast: een korte en praktische presentatiefiche voor huisartsen, met een samenvatting van de specifieke problemen waarmee deze patiënten worden geconfronteerd en aandachtspunten voor de arts; een onlinehulpmiddel dat tijdens een raadpleging kan worden gebruikt. Het bevat meer diepgaande informatie over hiv/soa's en gecombineerde preventie, gezondheidsgeletterdheid, het migratietraject en links naar informatiebronnen; een schriftje om de patiënten op te volgen: een gemakkelijk te gebruiken checklist met grafische voorstellingen (pictogrammen, diagrammen). De gezondheidsprofessionals kunnen er alles in noteren over de gezondheid van de patiënt.



## Goed om te weten

- De eerste stuurgroep benadrukte het belang van het verbreden van de deskundigheid. Er is een partnerschapsovereenkomst ondertekend met Culture et Santé. Zij hebben veel expertise in huis wat gezondheidsgeletterdheid betreft.
- Tijdens de lockdown moesten vele hiv-patiënten zich aanpassen aan de beperkende maatregelen: geannuleerde of uitgestelde afspraken, communicatieproblemen met het medisch personeel dat onder druk stond, verstoorde medische follow-up, de digitale kloof enz.

Dit bracht andere behoeften aan het licht en zorgde ervoor dat er andere tools zijn ontwikkeld voor de hiv-patiënten: realisatie van een medisch follow-upboekje dat als geheugensteun kan dienen (namen van geneesmiddelen, herinnering aan doses enz.).



## De toekomst

- De informatie in de onlinetool verder ontwikkelen (in overeenstemming met de medische vooruitgang en de behoeften van de doelgroepen).
- Pleidooi voor de verdere ontwikkeling van de opleiding inzake seksuele gezondheid en hiv in de curricula van toekomstige gezondheidswerkers.
- Ontwikkelen van opleidingen voor huisartsen (alfabetisering, seksuele gezondheid, hiv/soa's).
- Gezien de evolutie van e-gezondheidszorg (onlineraadplegingen, digitale documenten en onlineafspraken) zal het belangrijk zijn na te denken over hoe de digitale kloof kan worden verkleind en te zien hoe gezondheidsgeletterdheid kan worden geïntegreerd in deze tools.



## De partners

Culture et Santé - Fédération de maisons médicales - Een verpleegkundige en een seksuoloog van het CRvih Erasme - Specialist hiv van St Pierre - Espace Mandela patients experts migrants - PSMG/SSMG - huisartsen

## FORMATION ET OUTILS D'INFORMATIONS PRATIQUES SUR LA SANTÉ EN RUE ET EN LOGEMENT



### Initiatiefnemer en contactgegevens

**Infirmiers de rue asbl - Straatverplegers vzw**  
Rue Gheude 21 – 1070 Brussel  
David Spitaels – verantwoordelijk voor opleidingen  
02/265 33 00 – 0477/48 31 50 – david.spitaels@idr-sv.org



### Probleemstelling

Straatverplegers vzw heeft vastgesteld dat de tools en opleidingen die zijn ontwikkeld voor patiënten die in extreme armoede leven, ook beantwoorden aan wat andere professionals in de medische en sociale sector nodig hebben, en zelfs in andere sectoren, zoals onderwijs of veiligheid. Daarom leek het van belang om de vaardigheden uit te breiden van de professionals uit het medisch-sociale netwerk die met de meest kwetsbare daklozen werken, door het opzetten en verspreiden van opleidingen en technische en preventietools.



### De logica van het project

Het doel van het project is zorgverstrekkers regels (opnieuw) aan te leren om het in contact komen, de communicatie en de zorg (in een ambulante of institutionele setting) te verbeteren, en wel voor en met mensen die in extreme armoede leven. De opleidingen en tools moeten deze mensen in staat stellen een publiek te benaderen dat zij minder vaak zien en minder goed kennen.



### Het proces

Concreet werden de knowhow en de werkmethoden van Straatverplegers op drie manieren verspreid:

1. Realisatie en verspreiding van hulpmiddelen en werkinstrumenten
  - Ganymedes: een instrument om het alcoholgebruik te reguleren.
  - Tool CVC (Corps, Vêtements, Comportement/Lichaam, Kleding, Gedrag): bedoeld voor eerstelijns werkers om hen te helpen om op afstand de kwetsbaarheid te beoordelen van het publiek waarmee zij te maken hebben.
  - Hestia: een tool om het risico op huisuitzetting en overlijden (in een instelling) te voorkomen.
  - Tool 'Resources/Barriers/Benefits' om de hygiëne aan te pakken.
  - De vijf pijlers van een raadpleging: hefboomen en belemmeringen in de institutionele zorg voor daklozen.
2. Opleidingsaanbod
  - Aanpassing van de 'face-to-face'-opleiding: nieuwe modules.
  - Voorbereidende reflectie over de digitalisering van het opleidingsaanbod.
3. Affiches en plannen: actualiseren, drukken en verspreiden (affiches over hittegolven, over kou, over voeding, over het dragen van een mondkapje (Covid) + videoclips 'Hoe draag je een mondkapje' en 'Wat moet je doen om je tegen Covid te beschermen', kaart van drinkwaterfonteinen en toiletten).

Voorlopig gaat de vereniging door met de verspreiding van deze tools en ontwikkelt ze een online-opleidingsconcept om haar knowhow en werkmethoden op ruimere schaal ter beschikking te stellen.



### Goed om te weten

Het project heeft het belang laten zien van:

- het delen van middelen en methodologieën met de diverse actoren van het netwerk: gezondheidswerkers en hulpverleners sensibiliseren voor de specifieke situatie van mensen die in extreme armoede leven, zodat zij hun communicatie en zorg/hulp kunnen aanpassen. Het doel is hun gedragsnormen te veranderen en het gebruik van de tools van Straatverplegers te 'standaardiseren';
- het opzetten van een digitale strategie om de gevolgen van een situatie zoals een gezondheidscrisis voor de opleidingsplannen te beperken;
- samenwerking tussen verschillende zorgverleners, om elkaars specificiteit, aanpak en deskundigheid te (h)erkennen en daar voordeel uit te halen.



### De toekomst

De verdere promotie van tools en opleidingen zal bijdragen tot een beter begrip van de problematiek en zal de zorg voor mensen in extreme armoede ten goede komen. Binnenkort zal een online-opleidingsaanbod worden ontwikkeld. Door haar knowhow voor zo veel mogelijk mensen toegankelijk te maken, voedt Straatverplegers vzw de kwaliteit van het debat binnen de medisch-sociale sector en moedigt zij het ontwikkelen van oplossingen aan.



### De partners

Medische Huizen, sociale diensten, OCMW's, spoedgevallendiensten van ziekenhuizen, diensten voor thuiszorg en -hulp, veiligheids- en bewakingsdiensten, gemeentepersoneel, MIVB, partners uit het netwerk.

---

## VI. REFERENTIES

- Avalosse, H., Verniest, R., Vancorenland, S., De Cock, S., Gérard, F., Cornerotte, S., & Van den Broucke, S. (2017). Littératie en Santé (Health Literacy) et sources d'information. *Education Santé*, 338, 2-72.
- Berkman, N., Sheridan, S., Donahue, K., Halpern, D., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97-107.
- Brach, C., Keller, D., Hernandez, L. M., Baur, C., Parker, R., Dreyer, B., ... & Schillinger, D. (2012). Ten attributes of health literate health care organizations. *NAM Perspectives*.
- Charafeddine, R., Demarest, S., & Berete, F. (2018). Gezondheidsenquête 2018: Gezondheidsvaardigheden. Brussel: Sciensano. Rapportnummer: D/2019/14.440.78.
- Cultures & Santé (2016). La littératie en Santé : d'un concept à la pratique. Bruxelles : Cultures&Santé.
- Davis, T., & Wolf, M. (2004). Health literacy: implications for family medicine. *Family Medicine*, 36(8), 595-598.
- Dietscher, C., Pelikan, J., Bobek, J., Nowak, P., & World Health Organization. (2019). The Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL): A network under the umbrella of the WHO European Health Information Initiative (EHII). *Public health panorama*, 5(01), 65-71.
- Duong, T. V., Aringazina, A., Baisunova, G., Pham, T. V., Pham, K. M., Truong, T. Q., ... & Huang, H. L. (2017). Measuring health literacy in Asia: Validation of the HLS-EU-Q47 survey tool in six Asian countries. *Journal of Epidemiology*, 27(2), 80-86.
- European Commission (2021) Regulation (EU) 2021/522 of the European Parliament and of the Council of 24 March 2021 establishing a Programme for the Union's action in the field of health ('EU4Health Programme') for the period 2021-2027.
- Heijmans, M., Uiters, E., Rose, T., Hofstede, J., Devillé, W., van der Heide, I., ... & Rademakers, J. (2015). Study on sound evidence for a better understanding of health literacy in the European Union. Brussels: European Commission.
- Institute of Medicine (2004). Health literacy: a prescription to end confusion. Washington DC: The National Academies, 2004.
- Kickbusch, I. (ed) et al. (2013). Health literacy: the solid facts. World Health Organization (WHO).
- Kripalani, S., & Weiss, B. (2006). Teaching about health literacy and clear communication. *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), 888.
- Nutbeam D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3):259-267.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social science & medicine*, 67(12), 2072-2078.
- Nutbeam, D., & Lloyd, J. E. (2021). Understanding and Responding to Health Literacy as a Social Determinant of Health. *Annual Review of Public Health*, 42, 159-173.

- 
- Nutbeam, D. & Muscat, D. (2021) Health promotion glossary 2021. Health Promotion International.
  - Parker, R. (2000). Health literacy: a challenge for American patients and their health care providers. *Health promotion international*, 15(4), 277-283.
  - Pelikan, J.M., Ganahl, K., Van den Broucke, S., & Sørensen, K. (2019). Measuring health literacy in Europe: Introducing the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). In O. Okan, U. Bauer, D. Levin-Zamir, P. Pinheiro, & K. Sørensen (Eds), *International Handbook of Health Literacy: Research, Practice and Policy across the Lifespan* (pp 119-142). Bristol: Policy Press.
  - Rondia, K., Adriaenssens, J., Van den Broucke, S., & Kohn, L. (2019). *Health Literacy: What Lessons Can Be Learned from the Experiences of Other Countries?* Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).
  - Rowlands, G., Russell, S., O'Donnell, A., Kaner, E., Trezona, A., Rademakers, J., & Nutbeam, D. (2018). What is the evidence on existing policies and linked activities and their effectiveness for improving health literacy at national, regional and organizational levels in the WHO European region. Copenhagen: WHO Europe.
  - Scott, T. L., Gazmararian, J. A., Williams, M. V., & Baker, D. W. (2002). Health literacy and preventive health care use among Medicare enrollees in a managed care organization. *Medical care*, 40(5), 395-404.
  - Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80.
  - Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Mensing, M., Tchamov, K., Van den Broucke, S., & Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053-1058.
  - Stormacq, C., Van den Broucke, S., & Wosinski, J. (2019). Does health literacy mediate the relationship between socioeconomic status and health disparities? Integrative review. *Health Promotion International*, 34(5), e1-e17.
  - Thomacos, N., & Zazryn, T. (2013). *Enliven organisational health literacy self-assessment resource*. Melbourne: Enliven & School of Primary Health Care, Monash University.
  - Vancorenland, S., Avalosse, H., Verniest, R., Callens, M., Van den Broucke, S., Renwart, A., ... & Gerard, F. (2014). De gezondheidsvaardigheden van de Belgen in kaart gebracht. *CM Informatie*, 258.
  - Vandebroeck, P. & Jenné, L. (2018). *Gezondheidsvaardigheden versterken. Leren van tien innovatieve buitenlandse praktijken*. Brussel: Koning Boudewijnstichting.
  - Van den Broucke, S. (2014). Health literacy: A critical concept for public health. *Archives of Public Health*, 72(1), 10-10.
  - World Health Organization (2017). Shanghai declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. *Health promotion international*, 32(1), 7-8.





De Koning Boudewijnstichting heeft als opdracht bij te dragen tot een betere samenleving in België, in Europa en in de wereld. Ze is een actor van verandering en innovatie in dienst van het algemeen belang en van de maatschappelijke cohesie. Om een maximale impact te realiseren versterkt de Stichting de competenties van organisaties en individuen. Ze stimuleert doeltreffende filantropie bij personen en ondernemingen. De Stichting werd opgericht in 1976 toen Koning Boudewijn 25 jaar koning was.



Het Fonds Dokter Daniël De Coninck investeert in een toegankelijke, kwaliteitsvolle en humane eerste lijn. Zo wil het de gezondheid en de levenskwaliteit van iedereen met een zorg- of ondersteuningsnood in de thuissituatie verbeteren en zorg- en welzijnsprofessionals ondersteunen.