Preventie en gezondheidsbevordering

Samenvatting en overkoepelende punten 2025-2026

Van september 2025 tot juni 2026 werden er 11 thematische overlegbijeenkomsten over preventie en gezondheidsbevordering georganiseerd (zorgzone Noord (2), zorgzone Noord-Oost (3), zorgzone Zuid-Oost (2), zorgzone Zuid (2) en zorgzone Centrum-West (2)). Hierna vind je de overkoepelende samenvatting en de punten die voor de 5 zorgzones tot uiting zijn gekomen in deze cyclus.

Overkoepelende vaststelling: preventie kan niet los worden gezien van de levensomstandigheden

De eerste les uit de verschillende bijeenkomsten is een vrij brede opvatting van preventie en gezondheidsbevordering.

De gesprekken gaan niet alleen over individueel gedrag (voeding, vaccinaties, lichaamsbeweging, screening enz.), maar verwijzen voortdurend naar **de sociale gezondheidsdeterminanten:** bestaansonzekerheid, isolement, huisvesting, betaalbaarheid, mobiliteit, taalbarrières, toegang tot informatie, sociale omgeving enz.

Dat leidt tot een belangrijke conclusie: je kunt niet van mensen verwachten dat ze gezond gedrag vertonen als de materiële en sociale omstandigheden dat niet toelaten.

Het voorbeeld van voeding is bijzonder sprekend: dit wordt expliciet gezien als een belangrijke bepalende factor voor gezondheid. Maar voor sommige mensen in bestaansonzekerheid gaan de problemen niet alleen over de prijs van eten, maar ook over beschikbare tijd, uitrusting, mobiliteit, culturele gewoonten of zelfs toegang tot hulpvoorzieningen.

Sociale ongelijkheden in gezondheid: de rode draad in de besprekingen

Zelfs als de bijeenkomsten over heel uiteenlopende onderwerpen gaan (vaccinatie, diabetes, voeding, ouderen, isolement, geestelijke gezondheid of eetstoornissen), komt steeds weer dezelfde vraag terug:

Hoe zorgen we ervoor dat preventieve maatregelen echt de mensen bereiken die ze het hardst nodig hebben?

De bestaande preventieprogramma's lijken soms vlotter toegankelijk voor mensen die al over de nodige hulpbronnen beschikken om er gebruik van te maken: informatie, mobiliteit, Frans spreken, een afspraak kunnen maken, kennis van het systeem, financiële middelen, een sociaal netwerk enz.

Tijdens de bijeenkomsten wordt dan ook het risico van **'dubbele uitsluiting'** benadrukt: sommige mensen staan veraf van de voorzieningen omdat ze niet aan de toegangscriteria voldoen, én omdat ze er niet in slagen de verschillende hindernissen te overwinnen om er een beroep op te doen.

Preventie blijkt dus een belangrijke uitdaging te zijn bij het **terugdringen van sociale ongelijkheid in gezondheid,** en is niet alleen een kwestie van bewustmaking.

Zelf naar de doelgroepen toe gaan en niet wachten tot ze naar ons toekomen

Een tweede belangrijke rode draad is de noodzaak om een **outreachaanpak** te ontwikkelen. Dat komt vooral aan bod in de gesprekken over sociaal isolement, gemeenschapsinitiatieven, vaccinatiecampagnes en lokale preventieacties.

Uit de bijeenkomsten blijkt dat bepaalde doelgroepen:

- geen hulp vragen
- niet weten bij wie ze moeten aankloppen
- zich in bepaalde omgevingen niet op hun plaats voelen
- de bestaande voorzieningen niet kennen
- te veraf staan van de voorzieningen om er spontaan gebruik van te maken

Bij het werk rond sociaal isolement wordt met name onderscheid gemaakt tussen mensen die niets vragen, mensen die wel om hulp vragen maar niet weten bij wie ze terechtkunnen, en mensen die wel een professioneel netwerk hebben maar op relationeel vlak toch alleen staan.

Deze bevindingen leiden ertoe dat er meer aandacht uitgaat naar acties die **in de leefomgeving** worden georganiseerd (feestelijke evenementen, markten, wijkprojecten, gemeenschapsruimtes enz.). Initiatieven zoals diabetespreventiedagen of gezondheidsstands op markten tonen aan hoe waardevol deze acties zijn om een breed publiek te bereiken.

Een initiatief van de vzw BRUSANO

Collectief actie ondernemen om de welzijns- en gezondheids-organisatie te veranderen.

Met de steun van de GGC
GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE

Preventie en gezondheidsbevordering

Samenvatting en overkoepelende punten 2025-2026

Betrokkenheid van de bewoners: een voorwaarde voor succes

De gesprekken over de **gemeenschapsgerichte aanpak** voegen een bijzonder interessante dimensie toe. Het gaat niet meer alleen om het bedenken van een actie 'voor' een doelgroep, maar om de actie samen **met hen** op te zetten.

Volgens de professionals is het belangrijk om:

- te luisteren naar de bewoners
- rekening te houden met hun opvattingen
- hen bij de verschillende stappen te betrekken
- hun slagkracht te ontwikkelen
- gebruik te maken van gemeenschapsdiagnoses of focusgroepen
- aandacht te geven aan de locatie en het kader van de ontmoetingen
- informeel met de bewoners om te gaan
- voldoende tijd uit te trekken om vertrouwen op te bouwen

In de gesprekken komt een bijzonder interessant punt tot uiting: **wat de professionals vragen, is niet altijd wat de bewoners willen,** en omgekeerd kan een activiteit die aanvankelijk niet gevraagd was, juist een groot succes worden. Daarom is het belangrijk om niet zomaar uit te gaan van bepaalde behoeften, maar deze samen met de betrokkenen te bepalen.

Er is wel informatie, maar die is te onduidelijk of te moeilijk toegankelijk

Dit is nog zo'n overkoepelende bevinding, die trouwens sterk aansluit bij wat er tijdens de bijeenkomsten over de verbinding tussen ziekenhuis en ambulante zorg is vastgesteld. Professionals weten vaak wel dat er middelen, verenigingen, voorzieningen of programma's bestaan, maar die zijn onvoldoende zichtbaar of moeilijk in te zetten.

Het gaat bijvoorbeeld om:

- Middelen voor senioren
- voorzieningen voor diabetes
- vaccinatiecampagnes
- voedselhulpvoorzieningen
- Middelen rond eetstoornissen
- screeningprogramma's
- ondersteunende organisaties die isolement bestrijden

De deelnemers vragen dan ook regelmatig om **eenvoudige, beknopte en praktische tools,** waar je snel kunt zien wie wat doet, voor *wie, onder welke voorwaarden en hoe je daar toegang toe krijgt.*

Bij senioren wordt bijvoorbeeld de verbetering van de leesbaarheid van het lokale aanbod (contactgegevens, kosten, toegangsvoorwaarden) expliciet als prioriteit genoemd.

Preventie: meer zichtbaarheid

Uit de bijeenkomsten blijkt een paradox: er zijn wel middelen, maar die zijn niet altijd bekend of worden niet genoeg benut.

De deelnemers stellen daarom voor om niet systematisch nieuwe middelen op te zetten, maar **de bestaande middelen beter bekend te maken, op elkaar af te stemmen en te delen.**

Dat is vooral duidelijk op het gebied van diabetes. Terwijl het aantal mensen met diabetes toeneemt, blijven sommige ondersteuningsvoorzieningen onderbenut, vooral op het gebied van primaire preventie, door een gebrek aan kennis en zichtbaarheid.

Die logica komt ook terug in het werk rond voeding: door tools, inspirerende initiatieven en middelen te delen, kunnen coördinatie en begeleiding worden verbeterd.

Preventiecampagnes: strijd tegen desinformatie

Vaccinatie is een goed voorbeeld van deze problematiek. Uit de gesprekken blijkt dat er **steeds meer vaccinatietwijfel** is, wat vooral wordt gevoed door desinformatie, wantrouwen en maatschappelijke beeldvorming. In deze context is het niet noodzakelijk voldoende om meer informatie te geven.

De deelnemers benadrukken het belang van:

- duidelijke en begrijpelijke berichten
- betrouwbare bronnen
- betrouwbare gesprekspartners
- materiaal dat is afgestemd op de verschillende niveaus van gezondheidsgeletterdheid
- communicatie waarmee mensen een weloverwogen beslissing kunnen nemen

De vraag is dus niet alleen 'hoe informeren we? maar **'hoe bouwen we informatie op die door mensen begrepen, geloofd en toegeëigend kan worden?'.**

Een initiatief van de vzw BRUSANO

Collectief actie ondernemen om de welzijns- en gezondheids-organisatie te veranderen.

Met de steun van de GGC
GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE

Preventie en gezondheidsbevordering

Samenvatting en overkoepelende punten 2025-2026

Specifieke thema's volgens zorgzone

De besproken thema's verschillen per zorgzone.

Voeding: Uit de gesprekken blijkt dat voeding raakvlakken heeft met verschillende domeinen, zoals gezondheid, waardigheid, cultuur, sociaaleconomische situatie enz. Voedselhulp kan op zich al als stigmatiserend of onaangepast worden ervaren. De professionals benadrukken het belang van een luisterende houding, respect voor culturele realiteiten en een geleidelijke verandering van gewoonten, in plaats van bevelen om 'goed te eten'.

Diabetes: Diabetes blijkt een gebied te zijn waar de drie preventieniveaus (nl. primair, secundair en tertiair) goed op elkaar kunnen worden afgestemd. Uit de gesprekken is gebleken dat er bredere acties nodig zijn, die verder gaan dan alleen diabetes en waarbij professionals en bewoners samenwerken aan een holistische benadering van gezondheid.

Sociaal isolement: Vooral bij ouderen ligt de nadruk in de gesprekken minder op een 'medisch-geriatrische' aanpak en meer op zelfredzaamheid, participatie, zeggenschap en het tegengaan van isolement. Ouder worden wordt zo gezien als een levensfase waarin je zelf de regie over je keuzes moet kunnen houden.

Eetstoornissen: Vooral bij jongeren laten eetstoornissen zien dat vroegtijdige preventie nodig is en dat eerstelijnswerkers beter toegerust moeten zijn om ze te herkennen. De behoeften gaan zowel over fysieke, psychische, sociale en schoolse zorg en taal- en sociale barrières kunnen de toegang tot zorg nog verder bemoeilijken.

Opleiding en elkaar kennen: een belangrijke hefboom

Uit de bijeenkomsten blijkt dat professionals niet altijd over de nodige aanknopingspunten beschikken om:

- bepaalde problemen vroeg te herkennen
- te weten wanneer ze moeten ingrijpen
- gespecialiseerde hulpbronnen te raadplegen
- de rollen van de andere actoren te begrijpen
- correct door te verwijzen

Opleiding voor eerstelijnswerkers wordt daarom vaak gezien als een belangrijke hefboom: bij eetstoornissen bijvoorbeeld zouden huisartsen, maar ook PMS, PSE, maatschappelijk werkers en opvoeders beter toegerust kunnen worden.

In bredere zin spelen de overlegbijeenkomsten zelf hier ook een rol: ze brengen algemene en meer gespecialiseerde actoren met elkaar in contact en zorgen ervoor dat kennis wordt gedeeld.

Gezamenlijke acties lijken een logisch gevolg van het overleg

Uit de bijeenkomstencyclus komt een bijzonder interessant punt tot uiting: verschillende groepen stappen van een gezamenlijke diagnose geleidelijk aan over naar het idee van een gezamenlijke actie.

We zien onder meer:

- preventie-evenementen die toegankelijk zijn voor de inwoners
- acties rond gezonde voeding of diabetes
- vaccinatiecampagnes die door lokale actoren worden uitgedragen
- gemeenschappelijke doorverwijzingstools
- benaderingen waarbij begunstigden worden opgespoord en actief benaderd
- samenwerkingen tussen organisaties

Een initiatief van de vzw BRUSANO

Collectief actie ondernemen om de welzijns- en gezondheids-organisatie te veranderen.

Met de steun van de GGC
GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE

Preventie en gezondheidsbevordering

Samenvatting en overkoepelende punten 2025-2026

Belangrijkste gezamenlijke actiepistes

Als we de voorstellen van de verschillende zorgzones samenvoegen, kunnen we ze indelen in **zeven gemeenschappelijke pijlers:**

Pijler 1 - Ongelijkheden in toegang tot preventie verminderen

Acties bedenken uitgaande van de echte obstakels waarmee mensen te maken hebben: kosten, mobiliteit, taal, geletterdheid, isolement, openingstijden, voorzieningen enz.

Pijler 2 - Naar de mensen toe gaan die het verst af staan

Acties ontwikkelen in wijken en leefomgevingen, en meer aandacht besteden aan het opsporen van mensen die geen hulp vragen en geen gebruik maken van hulp.

Pijler 3 - Het aanbod overzichtelijker maken

Eenvoudige tools maken of bundelen, zodat zowel bewoners als professionals snel weten waar ze hulp kunnen vinden.

Pijler 4 - De vaardigheden van professionals versterken

Eerstelijnswerkers opleiden in het opsporen van problemen, preventie, doorverwijzing en het benutten van beschikbare middelen.

Pijler 5 - Samenwerken met de inwoners

Participatieve en gemeenschapsgerichte aanpakken ontwikkelen, waarbij inwoners worden gezien als actoren en experts in hun eigen omgeving, in plaats van alleen maar als ontvangers van hulp.

Pijler 6 - Middelen en initiatieven bundelen

Lokale goede praktijken beter bekendmaken, tools delen en voorkomen dat elke speler afzonderlijk opnieuw oplossingen moet ontwikkelen.

Pijler 7 - Van overleg naar actie

Overleg gebruiken om concrete collectieve projecten te laten ontstaan, idealiter samen met de inwoners.

CONCLUSIE

Ondanks de verscheidenheid aan thema's die in de vijf zorgzones aan bod kwamen, laten de overlegmomenten zien dat preventie en gezondheidsbevordering niet alleen inhoudt dat mensen beter worden geïnformeerd, maar dat ook omstandigheden worden tot stand gebracht waarin ze daadwerkelijk iets aan hun gezondheid kunnen doen: een toegankelijk en duidelijk aanbod, beter toegeruste en onderling verbonden professionals, acties die de meest veraf staande doelgroepen bereiken en vooral echte betrokkenheid van de bewoners bij het bedenken van oplossingen.

Daarnaast komt duidelijk een sterke bereidheid tot uiting om de overlegbijeenkomsten om te zetten in een actieruimte. Die bijeenkomsten zijn namelijk niet alleen bedoeld om informatie uit te wisselen. Ze worden steeds meer een **ruimte waar de spelers de behoeften in kaart kunnen brengen, ervaringen kunnen delen, hulpbronnen kunnen identificeren, tekortkomingen kunnen opsporen en samen een oplossing kunnen uitwerken.** Dat zien we vooral terug in de voorstellen voor gezamenlijke evenementen, gemeenschappelijke tools en gemeenschapsinitiatieven.

Een initiatief van de vzw BRUSANO

Collectief actie ondernemen om de welzijns- en gezondheids-organisatie te veranderen.

Met de steun van de GGC
GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE