

Het wijkgezondheidscentrum

Inhoud

Leeswijzer bij de visietekst.....	i
Maatschappelijke context en uitdagingen voor de zorg.....	1
Missie van een wijkgezondheidscentrum	2
Wat is een wijkgezondheidscentrum?.....	3
I. Uitgangspunten: waarden en principes	4
1. Solidariteit.....	4
2. Sociale rechtvaardigheid	4
3. Duurzaamheid.....	4
4. Proportioneel Universalisme	4
II. Werking van een wijkgezondheidscentrum	5
1. Eerstelijnszorg.....	5
2. Interdisciplinair samenwerken onder één dak	7
3. Toegankelijkheid	9
4. Gezondheidsbevordering.....	11
5. Gemeenschapgericht	12
6. Territoriaal werkingsgebied.....	12
7. Onderzoek en ontwikkeling	13
III. Het wijkgezondheidscentrum als organisatie.....	13
1. Een organisatie zonder winstoogmerk.....	13
2. Onafhankelijk en pluralistisch.....	13
3. Participatieve organisatie	14
4. Een proactieve kwaliteitscultuur.....	14
Referenties:	15

Leeswijzer bij de visietekst

De visietekst wil op een heldere manier uitleggen wat een wijkgezondheidscentrum is. Daarbij wordt vertrokken van drie uitgangspunten:

1. de waarden en idealen die de eerste wijkgezondheidscentra deelden
2. hoe de verschillende wijkgezondheidscentra er vandaag uitzien
3. hoe de wijkgezondheidscentra er in de toekomst kunnen uitzien

De tekst verweeft zo drie tijdsperiodes. Veel belang werd gehecht aan het helder en volledig formuleren van concepten en het geven van één duidelijke betekenis aan elk criterium.

Omdat het om een visietekst gaat, wordt met deze tekst slechts een kader ontwikkeld. Een kader waarbinnen elk wijkgezondheidscentrum eigen accenten kan leggen. Een aantal zaken zijn noodzakelijk om van een wijkgezondheidscentrum te kunnen spreken, andere zaken zijn richtinggevend en moeten inspireren om de bestaande kwaliteitsvolle werking naar een hoger niveau te tillen.

Deze tekst dient als basis om een aantal instrumenten verder te kunnen ontwikkelen. Het gaat dus in de eerste plaats om een document voor intern gebruik, dat alle informatie moet bevatten waarmee een kwaliteitsbeleid met meetinstrument kan worden ontwikkeld, instrumenten voor externe communicatie kunnen worden ontwikkeld, ...

De principes en criteria die in deze tekst worden gebruikt om het zorgmodel van een wijkgezondheidscentrum te omschrijven zullen nog verder worden uitgewerkt tot indicatoren. Deze indicatoren moeten de criteria tot op zekere hoogte meetbaar maken en zullen dus het in de visietekst gecreëerde kader meer concreet maken.

Maatschappelijke context en uitdagingen voor de zorg

Naast onze visie vormt de maatschappelijke context het kader waarbinnen we de keuzes maken om uitdagingen voor de zorg van morgen aan te gaan.

Enkele belangrijke evoluties die onze samenleving vandaag kenmerken zijn:

- **Toename van sociale ongelijkheid en armoede.** Deze sociaal-economische kloof vertaalt zich ook in een gezondheidskloof. Die kloof zien we zowel in de sociale gradiënt in morbiditeit en mortaliteit, als in het feit dat zorg steeds vaker wordt uitgesteld. Daarom is het belangrijk de gezondheidskloof terug te dringen door de toegankelijkheid van zorg te bevorderen, bijvoorbeeld door financiële drempels weg te werken [1, 2].
- **Vergrijzing van de samenleving.** De stijgende levensverwachting veroorzaakt een toename van chronische en aan de vergrijzing gerelateerde aandoeningen. Steeds vaker hebben ouderen meerdere chronische aandoeningen tegelijk. Deze multimorbiditeit genereert meer complexe zorgvragen [1, 3, 4].
- **Verscheidenheid aan gezinssamenstellingen.** Onze samenleving kent veel alleenstaanden, eenoudergezinnen en nieuw samengestelde gezinnen. Die diverse gezinsvormen hebben elk een heel verschillend beschikbaar sociaal kapitaal en krijgen verschillende vormen van informele zorg aangeboden [1, 3, 5]. Dit betekent dat voor sommige mensen het risico bestaat dat zij niet of onvoldoende op informele zorg kunnen terugvallen.
- **Meer individualisering en groeiende aandacht voor de bevordering van zelfzorg en zelfmanagement.** Dit vraagt een kritische houding. Zelfzorg mag geen excuus worden voor het afbouwen van professionele hulp. Een te sterke nadruk op zelfzorg houdt bovendien een risico op culpabilisering in, voor hen die niet of minder tot zelfzorg in staat zijn [1, 3, 5].
- **'Vermaatschappelijking van de zorg'.** Deze trend moedigt de bevordering van zelfredzaamheid aan, maar kan ook nadelig zijn voor mensen met een klein sociaal netwerk die de kennis of de middelen niet hebben om de nodige zorg geregeld te krijgen. Op die manier kan de 'vermaatschappelijking van de zorg' een bedreiging zijn voor de toegankelijkheid van de zorg.
- **Veranderende medische context.** Dankzij verschillende wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen krijgen we meer diagnostische en therapeutische mogelijkheden. Maar er zijn ook valkuilen. Een doorgedreven medicalisering zorgt ervoor dat steeds meer aspecten uit het dagelijkse leven worden onderworpen aan medische definiëring, normering en jurisdictie. Daarnaast hebben evoluties op het vlak van informatietechnologie ook een impact op de evoluties in de medische context. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan tele-medicine. Die informatietechnologie gaat gepaard met het ontstaan van een 'digitale kloof' die ook een rol speelt in de toegankelijkheid van zorg [1].
- **Toenemende diversiteit ofwel superdiversiteit.** Hierboven zoomden we al in op diversiteit in gezinsvorm, sociaaleconomische positie, leeftijd, ziektebeeld ... Ook de wereldwijde migratie vergroot de verscheidenheid in de samenleving. Een houding die ruimte biedt om met de vele verschillen om te gaan is dus noodzakelijk [6].

Missie van een wijkgezondheidscentrum

Om bij te dragen tot een open, solidaire, duurzame en rechtvaardige samenleving hanteert een wijkgezondheidscentrum een zorgmodel dat elk individu, zonder uitzondering, maximale kansen biedt op een gezond leven. Fundamentele waarden in de werking van een wijkgezondheidscentrum zijn dan ook solidariteit, sociale rechtvaardigheid en duurzaamheid.

Een wijkgezondheidscentrum wil de sociale gradiënt in de gezondheidszorg terugdringen en streeft naar meer billijkheid in de zorg. Daarnaast werken we actief mee om de eerstelijnsgezondheidszorg en de gezondheidszorg in het algemeen te versterken.

Een wijkgezondheidscentrum biedt daarom een patiëntgerichte, integrale, continue, toegankelijke en kwaliteitsvolle eerstelijnsgezondheidszorg aan. Dat doen we met een zorgteam dat interdisciplinair samenwerkt onder hetzelfde dak, vanuit een gemeenschapsgerichte visie en met aandacht voor de gezondheidsbevordering voor iedereen.

Wat is een wijkgezondheidscentrum?

Dit document licht toe hoe de wijkgezondheidscentra zich organiseren om vanuit een aantal gedeelde waarden een gelijkaardige werking en zorgverlening te realiseren. Daarbij wordt geen waardeoordeel geformuleerd over andere zorgmodellen. De klemtoon ligt op het duidelijk maken wat het betekent een wijkgezondheidscentrum te zijn.

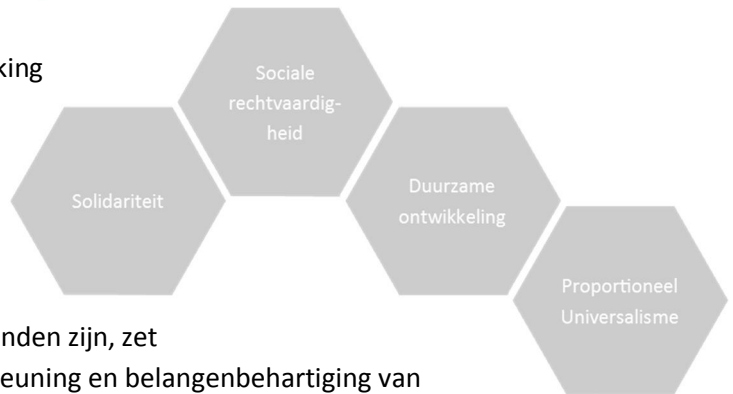
15 criteria, gegroepeerd in drie clusters, bepalen wat een wijkgezondheidscentrum is. Ze omschrijven zo de **waarden en uitgangspunten**, de **werking** en de **organisatie** van een wijkgezondheidscentrum.

Wijkgezondheidscentrum



I. Uitgangspunten: waarden en principes

Een wijkgezondheidscentrum wil met zijn werking bijdragen aan een open, solidaire, rechtvaardige en duurzame samenleving met aandacht voor diversiteit in al zijn aspecten.



1. Solidariteit

Vanuit de overtuiging dat alle mensen in vrijheid en gelijkwaardigheid met elkaar verbonden zijn, zet een wijkgezondheidscentrum in op de ondersteuning en belangenbehartiging van iedereen, in het bijzonder voor zij die zich in een kwetsbare positie bevindt.

2. Sociale rechtvaardigheid

Een wijkgezondheidscentrum streeft naar sociale rechtvaardigheid en wil vooral het recht op toegankelijke gezondheidszorg garanderen. Toegankelijke en kwaliteitsvolle zorg is een basisrecht van elk individu. Het is verankerd in de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens en de Belgische grondwet.

Een sociaal rechtvaardige samenleving biedt elke mens, ongeacht zijn of haar identiteit, het recht op en de toegang tot alle menselijke basisbehoeften. Sociale rechtvaardigheid steunt daarbij op het principe van de gelijkwaardige kansen voor alle mensen, maar vraagt ook solidariteit omdat niet iedereen evenveel toegang heeft tot de middelen die ons helpen aan onze basisbehoeften tegemoet te komen. Sociale rechtvaardigheid stelt daarbij steeds de menselijke waardigheid en het respect voor mensenrechten centraal en moedigt zo aan om te streven naar een gewaarborgd welzijn voor iedereen.

3. Duurzaamheid

Duurzaamheid bestaat uit twee essentiële principes, met name sociale rechtvaardigheid en ecologische rechtvaardigheid. Sociale rechtvaardigheid werd hierboven reeds gedefinieerd. Ecologische rechtvaardigheid gaat over de draagkracht van onze wereld en hoe de grenzen van de planeet samen kan gaan met een zekere levenskwaliteit van al haar bewoners. Streven naar duurzaamheid gaat dan ook gepaard met een streven naar solidariteit, zowel binnen generaties als tussen generaties.

Een wijkgezondheidscentrum streeft in de eigen werking naar een zo hoog mogelijke mate van zowel ecologische als sociale rechtvaardigheid. Het economisch denken staat daarbij ten dienste van de maatschappelijke opdracht. Beide moeten passen in de mogelijkheden van onze ecologische en biopsychosociale leefomgeving [7]. De activiteiten van een wijkgezondheidscentrum worden daarom afgetoetst aan vragen zoals: Is het ecologisch verantwoord? Is het sociaal rechtvaardig? Is het economisch verantwoord?

4. Proportioneel Universalisme

Om de sociale gradiënt in de gezondheid te bestrijden, hanteert het wijkgezondheidscentrum het principe van het proportioneel universalisme [8] wanneer het zorg organiseert en aanbiedt. We zetten ons in voor iedereen (universalisme), maar passen de intensiteit van de interventie aan het niveau van kwetsbaarheid aan (proportioneel).

Een wijkgezondheidscentrum werkt volgens een model dat gezondheidszorg aanbiedt aan iedereen binnen een afgebakend geografisch gebied. Vanuit het solidariteitsprincipe wordt het aanbod kwalitatief en kwantitatief afgestemd op de noden van patiënten en wijkbewoners.

II. Werking van een wijkgezondheidscentrum

1. Eerstelijnszorg

Een wijkgezondheidscentrum wil patiëntcentrale, integrale, geïntegreerde, continue en kwaliteitsvolle zorg aanbieden.

Zo herkent een wijkgezondheidscentrum zich in onderstaande definitie van eerstelijnszorg uit het *Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health* ([9], p.18): *Eerstelijnszorg is het verstrekken van universeel toegankelijke geïntegreerde persoonsgerichte integrale zorg voor gezondheid in de gemeenschap door een team van professionelen, die verantwoordelijk zijn om de overgrote meerderheid van de gezondheidsproblemen aan te pakken. Deze dienstverlening komt tot stand in een duurzaam “partnership” met patiënten en mantelzorgers, in de context van het gezin en de lokale gemeenschap, en speelt een centrale rol in de algemene coördinatie en de continuïteit van de verzorging van een bevolking.*



Patiënt centraal

Zorgverleners in een wijkgezondheidscentrum stellen de patiënt centraal. Ze schenken niet enkel aandacht aan de ziekte op zich, maar ook aan de context, de beleving en de doelstellingen van de patiënt. De focus ligt op het welbevinden van de patiënt in plaats van ziek en onwel zijn [10-12]. Zo creëren ze ruimte voor een gedeelde besluitvorming waarbij zorgverlener en zorgvrager als gelijkwaardige partners in dialoog gaan [7]. Op die manier respecteren we individuele verschillen tussen patiënten en biedt het centrum zorg op maat [13].

Integrale en geïntegreerde zorg

Een wijkgezondheidscentrum biedt integrale zorg op een geïntegreerde manier. We beschouwen zorg daarbij als een geheel en dus niet fragmentarisch [14, 15].

Integrale zorg betekent dat een wijkgezondheidscentrum aandacht heeft voor zowel de biologische, psychologische, sociale, als ecologische dimensie van gezondheid. De link tussen gezondheid en welzijn is hierin cruciaal. Gezondheid beschouwen we als een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts als de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijke gebreken (WHO). Een wijkgezondheidscentrum ontwikkelt daarom een zorgaanbod dat zowel gezondheids promotie, preventieve zorg, curatieve zorg, nazorg, revalidatie, palliatieve zorg omvat.

Geïntegreerde zorg is een samenhangend en gecoördineerd totaalaanbod van diensten die we afgestemd, gepland en georganiseerd leveren aan een individuele patiënt of patiëntenpopulatie [16]. Een patiënt ervaart geïntegreerde zorg als een vloeiend proces van hulp en zorg, verleend door verschillende disciplines in de eerste lijn [17].

Vanuit gezondheidseconomisch perspectief zijn er heel wat argumenten om zorg geïntegreerd aan te bieden. Er wordt algemeen aangenomen dat geïntegreerde zorgverlening het mogelijk maakt om een betere kwaliteit van zorg te verlenen tegen een lagere kostprijs. Zo draagt geïntegreerde zorg bijvoorbeeld bij aan het adequaat inzetten van zorg en middelen. Maar ook om onnodige dubbele onderzoeken of behandelingen door verschillende zorgverleners te voorkomen en knelpunten en hiaten in de zorg te vermijden. Bovendien helpt het ook om te verzekeren dat zorgverleners doorverwijzen en zorgbeslissingen nemen met aandacht voor de mogelijkheden en middelen van de zorgverleners verderop in het zorgpad van de patiënt. Op die manier wordt verzekerd dat zorg wordt verleend door de juiste zorgverlener [16].

Continuïteit van zorg

In een wijkgezondheidscentrum steunt continuïteit van zorg op drie belangrijke pijlers:

1. **De continuïteit in de persoon:** de kwantiteit en kwaliteit van de therapeutische zorgrelatie.

Deze pijler steunt enerzijds op de persoonlijke continuïteit [18, 19] en anderzijds op de relationele continuïteit [20].

Persoonlijke continuïteit gaat over een lange termijn relatie tussen de zorgverlener en de patiënt, die een specifieke periode van ziek zijn overstijgt [20]. Dit kan objectief worden vastgesteld aan de hand van het aantal consultaties bij dezelfde zorgverlener [21]. Relationele continuïteit kan worden begrepen als het voorzien van één of meerdere professionals met wie een patiënt een therapeutische en interpersoonlijke relatie kan ontwikkelen [22]. Het omvat ook de kwaliteit van de lange termijn relatie tussen zorgverlener en patiënt [20].

2. **De continuïteit in de zorg:** een vloeiend zorgaanbod vanuit diverse zorgdisciplines.

Deze pijler gaat over de samenwerking tussen zorgverleners zowel binnen een zorginstelling als tussen zorginstellingen. Dit gaat dus over doelgerichte communicatie tussen professionals en diensten [22].

3. **De informatiele continuïteit:** kennis en informatie van de huidige zorgsituatie en (zorg)geschiedenis delen.

Informatiele continuïteit vormt een belangrijk middel om elk van deze dimensies na te streven. We ontwikkelen het op twee manieren. Door met (elektronische) patiëntendossiers te werken waarin we informatie over de consultaties tussen een zorgvrager en zorgaanbieder collectief bijhouden. En via kennis over de patiënt die de zorgverlener opbouwt door veelvuldige contacten met de patiënt [23]. De uitwisseling van informatie tussen diverse partners in de zorg staat centraal [7].

Continuïteit van zorg is een essentieel element om integrale en geïntegreerde zorg te kunnen realiseren en wordt daarom algemeen aanvaard als een kernwaarde van eerstelijnsgezondheidszorg [18, 20]. Continuïteit van zorg maakt ons bewust van de kwaliteit van zorg over een langere tijdsperiode [23, 24].

Kwaliteitsvolle zorg

In een wijkgezondheidscentrum streven we naar maximale kwaliteit van zorg in al zijn dimensies. We houden daarbij rekening met de zorgnoden van de patiënten en met het algemeen maatschappelijk belang.

Naar kwaliteitsvolle zorg streven is in het belang van zowel de patiënten, de zorgverleners, de financiers en de regelgevende overheid [25]. Elk van die partijen brengt een eigen invalshoek mee met betrekking tot het antwoord op de vraag wat kwaliteit van zorg betekent. Grouwels, Seuntjens en Vanden Bussche [25] hanteren een definitie van kwaliteit van zorg, die zij op het snijvlak van al deze belanghebbenden plaatsen, zoals geformuleerd door Grol (1995). Kwaliteit van zorg wordt dan als volgt gedefinieerd:

Kwaliteitsvolle zorg veronderstelt zorg die beantwoordt aan de reële behoefte van de patiënt, die inhoudelijk van goed niveau is en die zowel doelmatig als patiëntgericht wordt verleend.

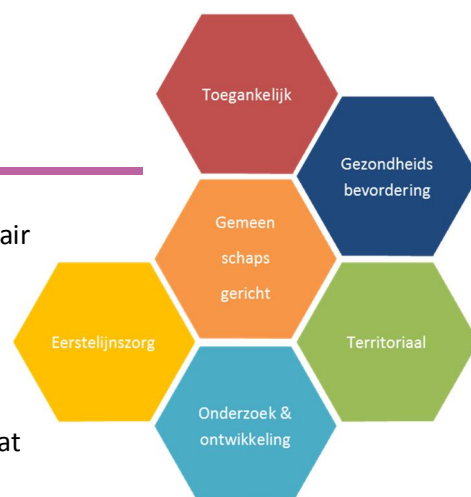
Het Institute of Medicine (IOM, 2001) hanteert volgende definitie van kwaliteitsvolle zorg: *De mate waarin gezondheidszorg voor individuen en voor de bevolking de kansen verhoogt om de gewenste gezondheidsresultaten te verkrijgen en de mate waarin die consistent is met de huidige professionele kennis.*[26]

Deze definitie omvat zes doelstellingen [27]:

1. Effectiviteit: de zorg moet het vooropgestelde doel bereiken, gebaseerd zijn op wetenschappelijke kennis (evidence based medicine) en beperkt zich tot patiënten die er baat bij hebben.
2. Patiëntgerichtheid: de geleverde zorg is respectvol voor en beantwoordt aan de voorkeuren, noden en waarden van de individuele patiënt.
3. Efficiëntie of doelmatigheid: efficiënte zorg streeft ernaar verspilling van de beschikbare middelen (geld, personeel, materiaal, ideeën, energie, ...) te vermijden. De kostprijs van zorg kan niet worden losgekoppeld van de kwaliteit van zorg in de betekenis van betere gezondheid.
4. Gelijkwaardige zorg: de zorg varieert niet in kwaliteit door persoonsgebonden kenmerken zoals geslacht, etnisch-culturele achtergrond, locatie, sociaal-economische status, ...
5. Tijdige zorg: we vermijden wachttijden of schadelijk uitstel.
6. Veiligheid: de zorg moet veilig zijn, dit wil zeggen dat we vermijdbare letsels maximaal voorkomen. De zorg die bedoeld is om de patiënt te helpen mag hem of haar geen schade berokkenen.

2. Interdisciplinair samenwerken onder één dak

Een wijkgezondheidscentrum kiest ervoor om interdisciplinair samen te werken om toegankelijke, geïntegreerde en kwaliteitsvolle zorg aan te bieden. Dit betekent dat we samenwerken vanuit een gelijkwaardige complementariteit en een gemeenschappelijke visie met gedeelde doelstellingen. We stellen een zorgteam samen dat



minimaal bestaat uit een huisarts, een verpleegkundige en een maatschappelijk werker. Dit zorgaanbod bieden we volledig onder één dak aan, eventueel verrijkt met zorgdisciplines die het zorgaanbod van het wijkgezondheidscentrum beter afstemmen op de in het werkgebied waargenomen zorgnoden. Bij de praktische uitwerking van het zorgaanbod heeft een wijkgezondheidscentrum aandacht voor de kansen die zorgsubstitutie biedt.

Interdisciplinair vs multidisciplinair

Interdisciplinaire samenwerking gaat verder dan multidisciplinaire samenwerking in die zin dat we zorg verlenen vanuit een gemeenschappelijke visie en gedeelde doelstellingen. Het team van zorgverleners uit diverse disciplines functioneert als een geheel. Interdisciplinaire of interprofessionele samenwerking onderscheidt zich op die manier van multidisciplinaire of multi-professionele samenwerking, waarbij elke zorgverlener vasthoudt aan zijn of haar eigen methodes en assumpties [28, 29]. Ondanks het feit dat er weinig wetenschappelijk onderzoek te vinden is over de effecten van een geïntegreerd eerstelijnsgezondheidszorgaanbod door interdisciplinaire samenwerking, wordt samenwerken algemeen aanvaard als de sleutel tot integrale zorg. Een gecoördineerd zorgteam wordt aangenomen als een goede zaak [30]. Patiënten plukken de vruchten van een groter aantal ogen en oren en een grotere variatie aan inzichten, kennis en kunde. Daarom wordt zorgverlening vanuit een team vaak aangemoedigd en geprezen als een criterium van kwaliteitsvolle zorg. Een zorgteam ontwikkelen, is daarbij geen doel op zich [31].

Door interdisciplinair samen te werken kan een dynamische werkomgeving ontstaan waarbij men competenties, inzichten, strategieën en methodieken van andere disciplines en sectoren, mee integreert in de eigen benadering. In de literatuur wordt dit transdisciplinaire samenwerking genoemd.

Samenstelling van het zorgteam

Het zorgteam moet in staat zijn om de opdracht van een wijkgezondheidscentrum uit te voeren. Daarvoor heeft een wijkgezondheidscentrum een basisteam nodig dat bestaat uit een huisarts, een verpleegkundige en een maatschappelijk werker. Dit basisteam wordt verrijkt met disciplines die het wijkgezondheidscentrum in staat stellen om in functie van de waargenomen zorgnoden kwaliteitsvolle en toegankelijke zorg aan te bieden. Naast de zorgnoden kan ook de verwevenheid die beroepsgroepen met elkaar hebben, bijvoorbeeld omdat ze vaak naar elkaar doorverwijzen, een argument vormen om het basisteam te verrijken met bijkomende disciplines [29, 32], [33].

Onder één dak

Door onder één dak te werken, is een wijkgezondheidscentrum herkenbaar en fungeert het als toegangspoort tot zorg. Dat komt de toegankelijkheid ten goede. Doordat de zorgverleners onder één dak werken, voelen ze zich meer betrokken bij de organisatie en de gedeelde zorgverlening. Daarnaast versterkt een gedeelde werkplaats de communicatie tussen de verschillende disciplines [29, 34-36]. Ook de zorgsubstitutie profiteert van het systeem, doordat zorgverleners meer voeling krijgen met wat andere hulpverleners doen en kunnen.

Zorgsubstitutie

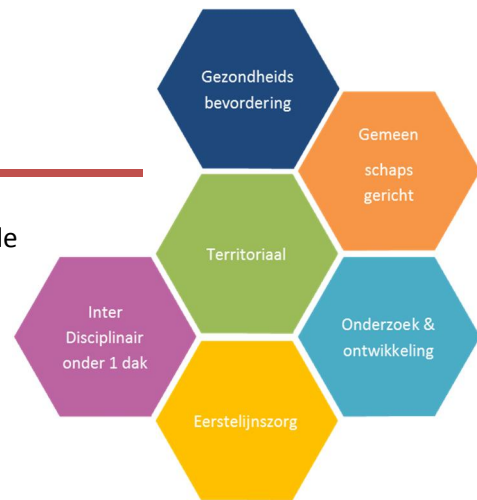
Een wijkgezondheidscentrum doet aan zorgsubstitutie. Dat wil zeggen dat we bewust omgaan met de vragen wie welke taak uitvoert en wie daar eigenlijk het best voor in aanmerking komt. Daarbij houden we rekening met competenties in onder meer kennis, kunde en verantwoordelijkheid. Door opdrachten die niet tot de kerntaken behoren te delegeren naar andere zorgverstrekkers, wordt zorg

efficiënter aangeboden. De interdisciplinaire samenwerking en financiering van zorg via een forfait bieden hiertoe stimuli. In de visietekst van de VWGC (2013) over zorgsubstitutie wordt hier nog dieper op in gegaan.

3. Toegankelijkheid

Toegankelijkheid van de gezondheidszorg raakt de kern van de identiteit van een wijkgezondheidscentrum.

Toegankelijkheid kan worden gedefinieerd als de mate waarin patiënten gemakkelijk toegang hebben tot de gezondheidsdiensten in termen van fysieke toegang (geografische spreiding), kosten, tijd en beschikbaarheid van gekwalificeerd personeel [37], maar ook psychosociale en culturele toegankelijkheid zijn essentieel.



Specifiek voor de eerstelijnsgezondheidszorg gaat het daarbij over [20]:

- beschikbaarheid van eerstelijnsdiensten (aantal en type dienstverlening ten opzichte van de noden van de populatie);
- geografische toegankelijkheid van eerstelijnsdiensten (afstand van woonplaats patiënt tot plaats van zorgverlening);
- hoe middelen worden georganiseerd om toegang mogelijk te maken (vb. afsprakensysteem, openingsuren, beleid met betrekking tot huisbezoeken, ...);
- financiële laagdrempeligheid voor patiënten bij de zorgverlening;
- aanvaardbaarheid van de dienstverlening (de mate waarin de patiënt de zorg aannemelijk vindt, dit kan gaan over de patiënttevredenheid met de organisatie van de zorg, bepaalde gender-issues tussen patiënt en zorgverlener, ...);
- gelijkheid in toegang (de mate waarin toegankelijkheid wordt bepaald op basis van zorgnoden zonder verschillen op basis van persoonlijke of sociale kenmerken).

Toegankelijkheid is dus een multidimensionaal concept. Een wijkgezondheidscentrum wil maximaal inzetten op alle dimensies van toegankelijkheid. Hieronder worden de financiële, de fysieke en sociaal-culturele toegankelijkheid in het bijzonder vermeld.

Financiële dimensie

Wijkgezondheidscentra realiseren hun financiële toegankelijkheid via het forfaitair betalingssysteem. Hierdoor kunnen patiënten, zonder persoonlijke financiële bijdragen te moeten betalen, huisartsen, verpleegkundigen en kinesitherapeuten consulteren. De grote financiële drempel voor kinesitherapie in de prestatiegeneeskunde en de mogelijkheid om deze drempel weg te nemen via het forfaitaire betalingssysteem is een belangrijk argument om standaard ook kinesitherapie aan te bieden in een wijkgezondheidscentrum.

Het wijkgezondheidscentrum waakt erover dat patiënten ook zonder financiële drempel terecht kunnen bij de andere hulpverleners in het centrum, die niet onder het forfaitaire betalingssysteem vallen.

Voor patiënten die zich niet kunnen inschrijven in het forfaitair systeem, om welke reden dan ook, verstrekt het wijkgezondheidscentrum zorg zonder bijkomende financiële drempels. Het wijkgezondheidscentrum signaleert vervolgens deze drempels zodat ze kunnen weggewerkt worden en structurele uitsluiting van (groepen van) patiënten van toegankelijke eerstelijnszorg kan worden vermeden.

België beschikt over een degelijke sociale zekerheid, toch blijkt een goede gezondheid niet voor iedereen eenzelfde realiteit te zijn [38]. Bovendien neemt de ongelijkheid in gezondheid ook toe [2]. Uit recent Europees onderzoek (2014) [2, 39] kan worden afgeleid dat wanneer remgeld wordt gevraagd, dit een effect heeft op de toegankelijkheid voor de socio-economisch zwakke(re) groepen, die verzorging uitstellen of ervan afzien. Zonder financiële toegankelijkheidsmaatregelen zouden heel wat gezinnen in armoede terechtkomen, schulden opbouwen omwille van gezondheid of zichzelf of hun kinderen zorg moeten ontzeggen [40].

Het forfaitair betalingssysteem garandeert de financiële toegankelijkheid tot de zorgverstrekkers vanuit een solidariteit tussen meer en minder zorgbehoevenden. Daarenboven biedt het nog extra voordelen zoals het vergoeden van de opdrachten van de eerste lijn op een meer integrale manier. Dit bevordert interdisciplinair samenwerken en zo wordt de zorgsubstitutie voor een aantal verzorgende en technische interventies (wondzorg, groepvaccinaties, EKG-afname, bloedafname, ...) financieel niet afgeremd. Daarnaast moedigt het zorgverstrekkers aan om patiënten gezond te houden en zelfredzaamheid te bevorderen.

Fysieke dimensie

De fysieke toegankelijkheid wordt gegarandeerd door bewust na te denken over de afstand die bewoners moeten afleggen om het centrum te bereiken en de mate waarin patiënten onafhankelijk het centrum kunnen bereiken en betreden.

Sociaal-culturele dimensie

Een wijkgezondheidscentrum ontwikkelt een divers-sensitieve werking in alle disciplines en alle onderdelen van de organisatie. Een wijkgezondheidscentrum gaat open om met het anders zijn van mensen op welke wijze dan ook (sociaal-economisch, sociaal-cultureel, etnisch-cultureel, ...) en met de diversiteit aan diversiteit (superdiversiteit [6]).

Om divers-sensitief te kunnen werken is kennis van de ander noodzakelijk, maar onvoldoende [41, 42]. De zorgverstrekker moet zich als persoon goed bewust zijn van zijn of haar eigen waarden en normen. Werken in een sociaal-cultureel diverse omgeving betekent immers dat je wordt geconfronteerd met referentiekaders die verschillen van je eigen referentiekader. Divers-sensitieve zorg aanbieden vertrekt van wederzijds begrip, waarbij patiënt en zorgverlener elkaar beter leren begrijpen aan de hand van een open interculturele dialoog die bijdraagt aan het overbruggen van culturele verschillen.

Culturele verschillen kunnen bijvoorbeeld tot uiting komen onder de vorm van taal- en communicatieproblemen. Dit vormt niet alleen een belangrijke remmende factor voor de toegankelijkheid van zorg, maar ook voor de kwaliteit van zorg [43]. Vanzelfsprekend bemoeilijken taal- en communicatiebarrières het ontstaan van een wederkerige en gelijkwaardige zorgrelatie,

maar ze houden ook risico's in voor kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid, omdat ze een aanleiding kunnen geven tot misverstanden. Hulpmiddelen om met taal- en cultuurbarrières om te gaan, zijn bijvoorbeeld de tolktelefoon, videotolken, interculturele bemiddelaars, pictogrammen, ...

Sociale en culturele verschillen kunnen een invloed hebben op de gezondheidsvaardigheden van het individu. Het concept 'health illiteracy' slaat op *het gebrek aan cognitieve en sociale vaardigheden die de motivatie en mogelijkheden van individuen bepalen met betrekking tot de toegang tot, het begrijpen van en het gebruiken van informatie over het promoten en behouden van een goede gezondheid* [44]. Health illiteracy is een belangrijke belemmerende factor in de toegang tot gezondheidszorg [40]. Een wijkgezondheidscentrum heeft aandacht voor deze health illiteracy en probeert deze om te buigen, zodat er met de patiënt op een gelijkwaardige manier in dialoog kan worden gegaan.

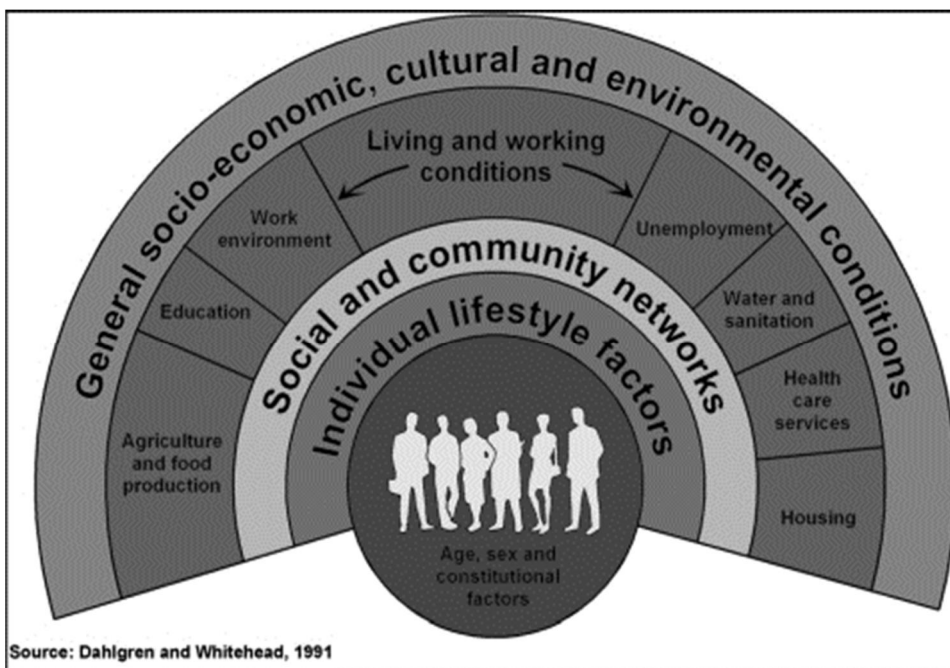
4. Gezondheidsbevordering

Een wijkgezondheidscentrum besteedt bijzondere aandacht aan het proactief werken aan gezondheid. De opdracht van gezondheidsbevordering wordt als één team opgenomen. De gezondheidspromotor kan hierin een coördinerende en aansturende rol opnemen.



Een wijkgezondheidscentrum zet daarbij in op een gezondheid bevorderend proces, waardoor mensen of groepen van mensen in staat worden gesteld om zelf meer controle te verwerven over wat hun gezondheid bepaalt (determinanten van gezondheid) en zo hun gezondheid te verbeteren (definitie WHO). Om die determinanten van gezondheid te identificeren wordt gebruik gemaakt van het model van Dahlgren en Whitehead (1991) (zie figuur 2).

Figuur 1: Het model van Dahlgren en Whitehead



Source: Dahlgren and Whitehead, 1991

Het beleid van een wijkgezondheidscentrum met betrekking tot gezondheidsbevordering stoelt op de vijf actieterreinen van het Ottawa-charter [44](WHO, International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986):

1. het lokaal, regionaal en nationaal overheidsbeleid beïnvloeden om een gezonder overheidsbeleid te ontwikkelen
2. meewerken aan een gezondheidsbevorderende omgeving
3. initiatieven van de gemeenschap versterken
4. persoonlijke overtuigingen, waarden en vaardigheden ontwikkelen
5. gezondheidsvoorzieningen heroriënteren

In de visietekst van de VWGC (2012) over gezondheidspromotie wordt hier uitgebreider bij stil gestaan.

5. Gemeenschapsgericht

Een wijkgezondheidscentrum neemt een verantwoordelijkheid op om aanspreekbaar te zijn voor een gemeenschap en om actief mee te werken om de kwaliteit van leven in de gemeenschap te verbeteren of te beschermen. Dat doet het door de sterktes en mogelijkheden (van de leden) van de gemeenschap te helpen ontwikkelen. Bij gemeenschapsgericht werken benaderen we gezondheid op populatieniveau en niet strikt individueel (zie ook model Dahlgren en Whitehead bij gezondheidsbevordering).



Het afbakenen van een gemeenschap is een eerste belangrijke stap om gemeenschapsgericht te kunnen werken. Een gemeenschap kan je zowel geografisch definiëren, als op basis van een gemeenschappelijke zorgnood. Structurele samenwerkingsverbanden met relevante (buurt)organisaties zijn cruciaal bij gemeenschapsgericht werken, zowel bij het detecteren als het signaleren en aanpakken van gezondheidsbehoeften.

6. Territoriaal werkingsgebied

Het wijkgezondheidscentrum richt zich tot alle bewoners van een geografisch omschreven werkingsgebied. Iedereen die in het werkingsgebied woont, kan zich inschrijven in het wijkgezondheidscentrum. Zo vermijden we risicoselectie en profileert het wijkgezondheidscentrum zich als een niet-categoriale voorziening die streeft naar de verzorging van een patiëntengroep die een afspiegeling is van de bevolking van het werkingsgebied [7].



7. Onderzoek en ontwikkeling

Met het oog op het versterken van de (eerstelijns)gezondheidszorg, zet een wijkgezondheidscentrum in op de vorming van toekomstige eerstelijnswerkers door bijvoorbeeld stages aan te bieden en mee te werken aan wetenschappelijke projecten [7].



III. Het wijkgezondheidscentrum als organisatie

Een wijkgezondheidscentrum is een organisatie zonder winstoogmerk en biedt op een participatieve wijze kwaliteitsvolle en toegankelijke zorg aan. Daarbij heeft een wijkgezondheidscentrum aandacht voor innovaties in de zorg- en welzijnssector.



1. Een organisatie zonder winstoogmerk

Een wijkgezondheidscentrum is een organisatie zonder winstoogmerk. Dit betekent dat de winst die wordt gemaakt, opnieuw wordt geïnvesteerd in de huidige werking en de toekomstige doelstellingen van het wijkgezondheidscentrum.

2. Onafhankelijk en pluralistisch

Een wijkgezondheidscentrum is pluralistisch en laat zich op geen enkele wijze aansturen door een bepaalde levensbeschouwing, noch ideologische of politieke strekking.

Pluralisme vullen wij in als een open, betrokken en kritische houding, die meer de focus legt op het onderhandelingsproces dan op een eventueel (pasklaar) eindresultaat. Een dergelijk pluralisme leidt ons weg van het pad van de strikte neutraliteit en doet ons vanuit een actieve interesse voor elkaars uitgangspunten op zoek gaan naar passende manieren om met elkaars diversiteit om te gaan. Daarbij plaatsen we een kritisch zelfbewustzijn en respectvol met elkaar omgaan centraal [41].

Een wijkgezondheidscentrum streeft naar een zo onafhankelijk mogelijke besluitvorming. Hiertoe waakt het wijkgezondheidscentrum over haar onafhankelijkheid ten aanzien van financierende organisaties. Dat kunnen commerciële en niet-commerciële privé-organisaties zijn, maar ook subsidiërende overheden. Ook in de samenstelling van de algemene vergadering, raad van bestuur en eventuele andere beheersorganen bewaken we deze onafhankelijkheid.

Vanuit deze pluralistische en onafhankelijke houding wil een wijkgezondheidscentrum zich openstellen voor samenwerking met andere organisaties en zorg- en welzijnsactoren en alle wijkbewoners welkom heten.

3. Participatieve organisatie

Het personeel is betrokken bij het beleid van de organisatie. De algemene vergadering neemt een personeelsvertegenwoordiging met stemrecht op. De raad van bestuur betreft een vertegenwoordiging van het personeel actief bij de besluitvorming. Betrokkenheid en waardering tussen het bestuur en de medewerkers is belangrijk om samen te werken aan goede zorg. Want medewerkers zijn beter gemotiveerd als ze zich erkend en gesteund voelen [45].

Een wijkgezondheidscentrum ondersteunt de participatie van medewerkers en ontwikkelt een bottom-up cultuur die zoveel mogelijk belanghebbenden bij de organisatie betreft. Participatie is een belangrijk element als we besluitvormingsorganen samenstellen, de besluitvormingsregels vastleggen en in de algemene werking van het wijkgezondheidscentrum. Door een goede mix van interne en externe leden van de bestuursorganen wordt het wijkgezondheidscentrum beheerd en aangestuurd vanuit een ruime blik met aandacht voor maatschappelijke verantwoordelijkheid en verantwoording.

4. Een proactieve kwaliteitscultuur

Elk wijkgezondheidscentrum ontwikkelt een kwaliteitscultuur, gericht op kwaliteitsvolle en veilige zorg, waarbij voortdurend een leerproces wordt doorlopen, met aandacht voor het opnemen van verantwoordelijkheid. Vanuit deze kwaliteitscultuur ontwikkelt een wijkgezondheidscentrum een integraal kwaliteitssysteem, dat kan bestaan uit een kwaliteitsbeleid, een klachtenprocedure, een veiligheidsmanagementsysteem, ... Het uiteindelijke doel van deze structuren is het kwaliteits- en veiligheidsdenken integreren in het dagelijks functioneren van alle medewerkers van de organisatie.

Referenties:

1. SAR WGG, S.A.W.G.G., *Visienota Integrale zorg en ondersteuning in Vlaanderen*. 2012: Brussel.
2. NIVEL. www.nivel.nl/en/qualicopc. 24/02/2014 [cited 2014].
3. De Maeseneer, J. and P. Boeckxstaens, *Multimorbiditeit, doelgeoriënteerde zorg en sociale rechtvaardigheid. James Mackenzie Lecture - Londen, 18 november 2011*. Huisarts Nu, 2012. **41**(3): p. 12-19.
4. Paulus, D., K. Van Den Heede, and R. Mertens, *Position Paper: Organisation of care for chronic patients in Belgium. Health Services Research (HSR)*. 2012, KCE: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg: Brussel.
5. Heijmans, M., G. Waverijn, and L. van Houtum, *Zelfmanagement, wat betekent het voor de patiënt?* 2014, NIVEL: Utrecht.
6. Geldof, D., *Superdiversiteit als onverwerkte realiteit. Een uitdaging voor het sociaal werk*. . Alert - voor sociaal werk en politiek, 2013. **39**(3): p. 12-23.
7. De Maeseneer, J., et al., *Together we change. Eerstelijnsgezondheidszorg: nu meer dan ooit!* 2014, Brussel.
8. Marmot, M., et al., *Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review. Executive Summary*. 2010, Institute of Health equity. p. 34.
9. Health), E.E.P.o.e.w.o.i.i., *Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems*. 10 juli 2014, European Commission. p. 64.
10. Ong, L.M., et al., *Doctor-patient communication: a review of the literature*. Soc Sci Med, 1995. **40**(7): p. 903-18.
11. Elwyn, G. and A. Edwards, *Shared decision-making in health care: Achieving evidence-based patient choice*. 2 ed. 2009: Oxford University Press.
12. Levenstein, J., *The patient-centred general practice consultation*. South African Family Practice, 1984. **5**(9): p. 276-282.
13. Charles, C., A. Gafni, and T. Whelan, *Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model*. Soc Sci Med, 1999. **49**(5): p. 651-61.
14. Uijen, A.A., et al., *How unique is continuity of care? A review of continuity and related concepts*. Fam Pract, 2012. **29**(3): p. 264-71.
15. Valentijn, P.P., et al., *Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care*. Int J Integr Care, 2013. **13**: p. e010.
16. Strandberg-Larsen, M., *Measuring integrated care*. Dan Med Bull, 2011. **58**(2): p. B4245.
17. NIVEL. *Uitleg theoretisch model*. 03/11/2014]; Beschikbaar via: <http://www.jvei.nl/onderzoek/theoretisch-model/achtergrond-informatie>.
18. Uijen, A.A., et al., *Measurement properties of questionnaires measuring continuity of care: a systematic review*. PLoS One, 2012. **7**(7): p. e42256.
19. Uijen, A.A., et al., *Measuring continuity of care: psychometric properties of the Nijmegen Continuity Questionnaire*. Br J Gen Pract, 2012. **62**(600): p. e949-57.
20. Kringos, D.S., et al., *The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions*. BMC Health Serv Res, 2010. **10**: p. 65.
21. Salisbury, C., et al., *How should continuity of care in primary health care be assessed?* Br J Gen Pract, 2009. **59**(561): p. e134-41.
22. Freeman, G.K., F. Olesen, and P. Hjortdahl, *Continuity of care: an essential element of modern general practice?* Fam Pract, 2003. **20**(6): p. 623-7.
23. Agarwal, G. and V.A. Crooks, *The nature of informational continuity of care in general practice*. Br J Gen Pract, 2008. **58**(556): p. e17-24.

24. Gulliford, M., S. Naithani, and M. Morgan, *What is 'continuity of care'?* J Health Serv Res Policy, 2006. **11**(4): p. 248-50.
25. Grouwels, D., L. Seuntjens, and P. Vanden Bussche, *Dokteren met kwaliteit*. 2008, Antwerpen: Standaard uitgeverij.
26. Mainz, J., *Defining and classifying clinical indicators for quality improvement*. Int J Qual Health Care, 2003. **15**(6): p. 523-30.
27. Schoenmakers, B., J. De Lepeleire, and B. Aertgeerts, *Praktijkmanagement voor de huisarts*. . 2012, Leuven: Acco.
28. Jessup, R.L., *Interdisciplinary versus multidisciplinary care teams: do we understand the difference?* Aust Health Rev, 2007. **31**(3): p. 330-1.
29. Samuelson, M., et al., *Improving interprofessional collaboration in primary care: position paper of the European Forum for Primary Care*. Qual Prim Care, 2012. **20**(4): p. 303-12.
30. Wagner, E.H., *The role of patient care teams in chronic disease management*. Bmj, 2000. **320**(7234): p. 569-72.
31. Amireh, G. and T. Bodeheimer, *Sharing the Care to Improve Access to Primary Care*. The New England Journal of Medicine,, 2012. **366**(21).
32. Segal, L. and M.J. Leach, *An evidence-based health workforce model for primary and community care*. Implement Sci, 2011. **6**: p. 93.
33. J., H., N. T., and H. L., *Monitor multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de eerste lijn*. 2007, NIVEL: Utrecht. p. 69.
34. Xyrichis, A. and K. Lowton, *What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review*. Int J Nurs Stud, 2008. **45**(1): p. 140-53.
35. Rumball-Smith, J., et al., *Under the same roof: co-location of practitioners within primary care is associated with specialized chronic care management*. BMC Fam Pract, 2014. **15**: p. 149.
36. Sinsky, C.A., et al., *In search of joy in practice: a report of 23 high-functioning primary care practices*. Ann Fam Med, 2013. **11**(3): p. 272-8.
37. Meeus, P., *Belang van de toegang tot eerstelijnszorg voor de kwaliteit van het gezondheidssysteem*, in *Groenboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België*. . 2014, Wolters Kluwer Belgium SA Waterloo. p. 362.
38. Avalosse H., V. S., and M. L., *Gezondheidsongelijkheden en het belang van sociale invloeden op de gezondheidstoestand*, in *Groenboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België*. 2014, Wolters Kluwer Belgium SA: Waterloo.
39. Krols, N. *Sector reageert op slechte score voor huisartsen in grootschalige Europese studie*. Weliswaar.be 2014 28/08/2014]; Beschikbaar via: www.weliswaar.be.
40. De Ridder, R., *Besluit in Groenboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België*. . 2014, Wolters Kluwer Belgium SA: Waterloo. p. 362.
41. Taspinar, B. and E. Vandeperre, *Levensbeschouwing en etnisch-culturele diversiteit. De impact op de hulpverlening*. Alert – voor sociaal werk en politiek, 2013. **39**(3): p. 25-31.
42. Van Braeckel, L., *Ziek is in elke taal ziek*, in *Weliswaar.be*. 2014. p. 27.
43. Prévost, M., et al., *De nieuwkomers*. , in *Groenboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België*. 2014, Wolters Kluwer Belgium SA: Waterloo.
44. WHO. *Health Promotion - Track 2: Health literacy and health behaviour* 2014 29/08/2014]; Beschikbaar via: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>.
45. Maurits, E.E.M., A.J.E. de Veer, and A.L. Francke, *Kloof tussen directie en zorgverleners wordt kleiner*. Tijdschrift voor Verpleegkundig Experts, 2014. **124**(3): p. 45-46.