

VAN
DOKTER IK HEB OOK
IETS TE ZEGGEN
NAAR
MINISTER IK HEB OOK
IETS VOOR TE STELLEN

SOCIALE GEZONDHEIDSKLOOF: STIJGING MOET DALING WORDEN

WERKGROEP SOCIALE GEZONDHEIDSKLOOF

TREKKER: JAN DE MAESENEER

CO-AUTEUR : SARA WILLEMS

LEDEN: GUY TEGENBOS, LOUIS FERRANT, WERNER ROGIER, YVO NUYENS

WAT IS HET PROBLEEM?

Hoewel onze gezondheidszorg een goede reputatie heeft, en de toegankelijkheid ervan wellicht de meest geciteerde beleidsdoelstelling is, neemt de sociale gezondheidskloof toe; zowel de ongelijkheid in gezondheid, als de ongelijkheid in het gebruik van de gezondheidszorg nemen toe. En arm maakt ziek en ziek maakt arm.

- De algemene levensverwachting neemt toe, maar veel sterker voor hoger opgeleiden dan voor de anderen. Een hooggeschoolde man van 25 jaar wordt gemiddeld 80 jaar; een man zonder diploma maar 72,5. Op 25 jaar heeft een hooggeschoolde vrouw nog meer dan 47 gezonde jaren te verwachten, een vrouw zonder diploma maar 29.
- Lager opgeleiden zijn vaker ziek dan hoger opgeleiden. Chronische aandoeningen komen voor bij 20% van de hoger opgeleiden en bij 44% van de laagst geschoolden.
- Almaar meer mensen stellen het gebruik van gezondheidszorg uit om financiële redenen: tot 42% bij de laagste inkomensgroepen in Brussel.

WELKE INGREPEN ZIJN NODIG?

Vier clusters van ingrepen zijn noodzakelijk:

De sociale determinanten van gezondheid

- Zet in op armoedebestrijding
- Zet ook in op de ruimere inkomenshervreiding met onder meer de verhoging van de laagste inkomens en de verhoging van de 'minima', zeker voor langdurig zieken en personen met een chronische aandoening;
- Democratiseer het onderwijs, ook voor etnisch-culturele minderheden.
- Versterk het sociaal kapitaal van individuen, gezinnen, gemeenschappen en wijken.
- Pak gezondheidseffecten van milieufactoren aan op lokaal en regionaal vlak.

De toegang tot gezondheidszorg

- Zorg voor voldoende gezondheidszorgaanbod in kwetsbare gebieden door een uitbreiding van de IMPULSEO-strategie naar andere disciplines dan de huisartsgeneeskunde.
- Rekruteer meer gezondheids- en welzijnswerkers uit kansarmere gezinnen en etnisch-culturele minderheden.
- Maak het aanbod transparant en toegankelijk: zorg in de eerste plaats voor een toegang via de eerste lijn; dat veronderstelt een echelonnering en een inschrijving bij een huisarts of een eerstelijnspraktijk; die eerste lijn mag dan geen drempel hebben; een echt 'rem'-geld voor eerstelijnszorg is dus fout; waar de eerste

lijn nog betaald wordt 'per prestatie', is de regeling derde betaler aangewezen; het forfaitair betalingssysteem zoals toegepast in wijkgezondheidscentra, verdient verdere verspreiding.

- Rationaliseer het gebruik van spoeddiensten maar let op, want die vangen ook veel sociale problemen op. Werk aan een alternatief dat kwetsbare patiënten door 'toeleiding' en 'aanklampende zorg' van CAW, OCMW, diensten maatschappelijk werk van ziekenfondsen, naar sterke eerstelijnsvoorzieningen leidt.
- Vermijdt 'inequity by disease': ziekte-gerichte programma's die soms nieuwe ongelijkheden creëren tussen groepen patiënten met een gelijkaardige functionele beperking of zorgnood, maar een verschillende diagnose (b.v. kankerprogramma).
- Werk met gemeenschapsgerichte strategieën om de sociale gezondheidsverschillen aan te pakken via werk, opleiding, wonen, ...

Levensstijl

- Vermijd 'blaming the victim' in campagnes die focussen op levensstijl.
- Informeer, ondersteun, versterk alle patiënten, zeker die met chronische aandoeningen.
- Betrek actief verenigingen van etnisch-culturele minderheden en verenigingen waar armen het woord nemen bij campagnes rond levensstijl en zorg dat de programma's vertrekken van de percepties van gezondheid van die doelgroep.

Kinderen: doelgroep en hefboom

Het is om drie redenen absoluut nodig kinderen vooraan te zetten in de strijd tegen de gezondheidskloof: ten eerste omdat de periode van de zwangerschap en de eerste levensjaren zo bepalend zijn voor de latere gezondheid, ten tweede omdat het belangrijk is kinderen zo jong mogelijk vertrouwd te maken met de zorg voor hun gezondheid, en ten derde omdat het thema 'gezondheid van het kind' vaak de ideale hefboom is om gezinnen en gezondheidszorg dichter bij elkaar te brengen.

Specifieke maatregelen zijn:

- Zet via de Huizen van het Kind vroedkundigen in om kwetsbare zwangeren en vrouwen met een mogelijke risicozwangerschap te begeleiden.
- Breng de begeleiding van de normale zwangerschap naar de eerstelijns door vroedkundigen in te zetten voor pre- en postnatale zorg.
- Hervorm de kinderbijslag zo, dat die naast een vast basisbedrag per kind, ook een vouchersysteem omvat voor kinderopvang dat ruimer is voor kwetsbare groepen.
- Realiseer een breed aanbod van opvoedingsondersteuning.
- Elk kind op 2,5 jaar naar de kleuterschool.
- Realiseer informatie- en opvolgingscontinuïteit van geboorte tot 18 jaar (afstemming Kind&Gezin, CLB, Integrale Jeugdhulp, ...).
- Maak geneesmiddelen op voorschrift in de eerste 3 levensjaren gratis.

WELKE OMKADERENDE MAATREGELEN ZIJN NODIG?

- Versterk de eerstelijnsgezondheidszorg op nano-, micro-, meso- en macro-niveau.
- Versterk de rol en de deskundigheid van de lokale besturen in de aanpak van de sociale gezondheidskloof; een lokale gezondheidsraad kan een goede hefboom zijn.
- Versterk de participatie van burgers, gebruikers, patiënten op alle niveaus en versterk daarin de participatie van kansarmen en etnisch-culturele minderheden.
- Van beleidsmaatregelen moet getoetst worden of ze effecten hebben op de sociale gezondheidskloof.
- Er is nog veel wetenschappelijk onderzoek nodig over de gezondheidskloof.
- Opleidingsinstituten van gezondheidswerkers dienen in hun programma's ruime aandacht te besteden aan sociaaleconomische gezondheidsverschillen en de bestrijding ervan.

STELLINGEN

1. In de komende regeerperiode moet de groeiende gezondheidskloof – de toename van de sociaaleconomische gezondheidsverschillen – worden omgebogen naar een substantiële afname ervan. Zeker één operationalisering daarvan – de afname van de verschillen in de verwachte gezonde levensjaren – moet een nieuwe gezondheidsdoelstelling worden.
2. De toegang tot eerstelijnsgezondheidszorg voor patiënten ingeschreven in eerstelijnspraktijk dient drempelloos te zijn. Dit betekent dat hoogstens een minieme bijdrage wordt gevraagd.