

Zich kunnen verzorgen

Het is verbazend dat de gezondheidszorg in België zo'n goede reputatie heeft, terwijl er tegelijkertijd toch heel wat drempels zijn wat betreft de toegang ertoe. In vergelijking met andere Europese landen, hinkt België achterop voor een aantal fundamentele determinanten van toegankelijkheid, zoals de wachttijd om een specialist te zien of de kosten ten laste van de patiënt (Baeten, Spasova, & Vanhercke, 2018). De slechte prestatie op dit vlak resulteert in aanzienlijk uitstel van of verzaking aan zorg en enorme gezondheidsverschillen, bijvoorbeeld in het aantal gezonde levensjaren. Volgens ons is de kloof tussen de perceptie van toegankelijkheid en de realiteit ervan te wijten aan een te enge definitie van toegankelijkheid. Te vaak beperkt deze zich tot materiële toegankelijkheid, namelijk financiële en geografische toegankelijkheid. Deze twee determinanten zijn natuurlijk van cruciaal belang, maar ze volstaan niet om de afstand tussen het gezondheidssysteem en de bevolking, vooral de meest kwetsbare, te verkleinen. Ons artikel, *Toegang tot gezondheidszorg, definitie en uitdagingen*, biedt een basiskader om over toegankelijkheid na te denken volgens de verschillende determinanten ervan: financiële en geografische toegankelijkheid, redelijke wachttijden, maar ook het vermogen om de eigen gezondheidstoestand in te schatten (gevoeligheid), een goede kennis van het gezondheidssysteem zodat men weet waar de juiste zorg kan gevonden worden, en de aanvaardbaarheid van het bestaande zorgaanbod. Deze laatste voorwaarde is cruciaal om het potentieel discriminerende karakter van het aanbod in de Belgische gezondheidszorg te begrijpen.

Het vermogen om een inschatting te maken van de gezondheidstoestand toont aan dat het, om zich goed te verzorgen, belangrijk is dat men in staat is om uit te maken of men al dan niet nood heeft aan zorg. In onze studie leggen we uit dat het niet zoeken van zorg deels gerelateerd is aan het vermogen om de eigen gezondheidsbehoeften in te schatten en hierop te anticiperen. We hebben het hier dus niet langer over het vermogen om de zorg te betalen of zich te verplaatsen, maar over het vermogen om de gezondheidstoestand te beoordelen en dit om te zetten in het nemen van actie binnen het gezondheidssysteem. Aangezien voor een juiste inschatting van een klinisch probleem een specifieke kennis nodig is, beginnen patiënten met weinig opvolging al met een groot nadeel in de vroegtijdige opsporing van toekomstige gezondheidsproblemen. De aanvaardbaarheid van het aanbod heeft dan weer betrekking op het waardesysteem van de patiënt en het potentieel conflict met wat het systeem te bieden heeft. Zo kan de patiënt er bijvoorbeeld voor kiezen om de zorg uit te stellen omdat het aanbod niet beantwoordt aan bepaalde behoeften, die niet noodzakelijk medisch van aard zijn (specifieke verwachtingen van praktische, organisatorische, informatieve, culturele of spirituele aard, enz.). Ook de manier waarop de zorg is georganiseerd, kan in sommige gevallen problematisch zijn (bijvoorbeeld thuiszorg). In het geval van telegeneeskunde, kan de patiënt weigeren hiervan gebruik te maken omdat hij of zij niet bereid is persoonlijke gegevens

te delen in een digitale omgeving. Ook kan een patiënt weigeren beroep te doen op een zorgverlener, die zich niet respectvol tegen hem of haar gedraagt (omwille van de religieuze of ideologische overtuiging, de genderidentiteit of de kwetsbare sociaaleconomische positie van de patiënt). Deze dimensie is een cruciale parameter waarmee we rekening moeten houden om discriminatie in de gezondheidszorg en bij het al dan niet gebruik maken van het gezondheidssysteem te verminderen (Cès & Baeten, 2020).

De gezondheids crisis die we net hebben doorgemaakt, is bijna een illustratie van de verschillende dimensies van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg aangezien het beheer ervan drastische beperkingen heeft opgelegd aan toegankelijke zorg. Deze beperkingen hebben vooral invloed gehad op de continuïteit van de geestelijke gezondheidszorg. In onze eerste studie over raadplegingen op afstand (Avalosse, Henry, et al., 2020) wezen we reeds op het mogelijk afhaken van psychiatrische patiënten aan het begin van de pandemie, omdat de contacten met hen op initiatief van de artsen gebeurden en niet op vraag van de patiënten zelf. Deze vorm van raadpleging, hoewel noodzakelijk tijdens de eerste lockdown, heeft tal van belangrijke beperkingen: weerstand van sommige patiënten, onderdiagnose en een toenemende gezondheidskloof tussen minder gegoede en andere patiënten. Er is inmiddels een jaar verstreken en we wilden in een specifiek domein, dat van de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren, de situatie van het zorggebruik objectiveren. Onze nieuwe studie *De impact van de COVID-19-pandemie op de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren* bevestigt de dramatische impact de ontoegankelijkheid van het gezondheidssysteem op de geestelijke gezondheid van jongeren. Kijken we naar de fysieke toegankelijkheid, dan zien we in onze cijfers een drastische terugval in het gebruik van geestelijke gezondheidszorg in het tweede kwartaal van 2020. Deze terugval wordt niet volledig gecompenseerd door raadplegingen op afstand. Als we kijken naar de betaalbaarheid en de aanvaardbaarheid, moeten we vaststellen dat de sociale gradiënt een bepalende factor is voor het type geestelijke gezondheidszorg waarvan gebruik wordt gemaakt: de meest kwetsbaren hebben een grotere kans om medicatie te gebruiken of in het ziekenhuis te belanden, maar minder kans om een specialist te zien. Ook wat de inschatting van de eigen gezondheidstoestand (gevoeligheid) betreft, blijkt uit observaties bij de kwetsbare groep jongeren tijdens de pandemie, dat het raadplegen van zorgverleners is afgenomen. Een gevolg hiervan is een sterke toename van het zorggebruik in het vierde trimester. We zien dan ook dat preventie een cruciale factor is om zwaardere curatieve behandelingen te voorkomen en dat bij gebrek aan preventie deze behandelingen toenemen. Ten slotte heeft de crisis nog maar eens de ontoereikendheid van het aanbod van geestelijke gezondheidszorg aangetoond. Het systeem is reeds verzadigd, nog voor het diegenen die het verst van het gezondheidssysteem afstaan, kon bereiken. Hoewel dit artikel

een specifieke situatie analyseert, toont het ook meer algemeen aan dat de sociale ongelijkheden in de geestelijke gezondheid de directe vertaling zijn van het gevoerde beleid.

Erger nog, zonder een proactief beleid om ongelijkheden, die al van bij de geboorte ontstaan, in te dammen, zullen deze gedurende de rest van het leven alleen maar verder toenemen. In dit nummer publiceren we *Heropname na een verblijf op de kraamafdeling: een groeiend risico?*, het derde artikel over de analyse van het traject van moeder en kind in de eerste dertig dagen na de geboorte. Sinds de verblijfsduur op de kraamafdeling na bevallingen werd ingekort, is het aantal heropnames van baby's in het ziekenhuis tussen 2015 en 2019 aanzienlijk toegenomen, met bijna 6%. Dit percentage stijgt zelfs tot 7,7% bij baby's wiens moeder recht heeft op de verhoogde tegemoetkoming (VT, een indicator waarmee we kinderen identificeren in gezinnen met een laag inkomen). Onze conclusies zijn duidelijk: het aantal heropnames van baby's stijgt sterk, en hetzelfde geldt voor risico-zwangerschappen en het aantal VT-moeders. Eén ding is zeker, hoewel we natuurlijk hopen dat elke moeder en kind adequate postnatale zorg krijgt, is het een feit dat de terugkeer naar huis, een goede nazorg nu eenmaal lastiger maakt, zeker als het aan de patiënt is om die nazorg te organiseren. Wij zijn van mening dat een beoordeling van de economische en sociale situatie van de moeder en haar kind nodig is om het soort postnatale zorg aan te passen, zelfs als dit betekent dat hun verblijf op de kraamafdeling verlengd moet worden om te garanderen dat deze patiënten de best toegankelijke zorg krijgen.

Tot slot zijn we geïnteresseerd in een vroegtijdige planning van het levenseinde, in het kader van de CM-campagne *Patiëntenrechten*. Deze aanpak bestaat uit het anticiperen op de discussie tussen de (toekomstige) patiënt en de zorgverleners, zodat rekening kan worden gehouden met de voorkeuren van de patiënt bij beslissingen rond zijn of haar levenseinde, vooral als de gezondheidstoestand het niet langer toelaat om zich hierover uit te spreken. Zo'n praktijk is een concrete vertaling van de dimensie aanvaardbaarheid in de zorg. De gesprekken gaan over zowel fysieke als psychologische en spirituele aspecten, die verband houden met de waarden van de patiënt, om het levenseinde zo goed mogelijk te omkaderen. Deze praktijk laat niet alleen toekomstige patiënten toe om hun levenseinde op een serene manier te benaderen, maar biedt ook families en zorgverleners de mogelijkheid om te anticiperen en hun behoeften samen met hun waarden te integreren in de planning van de toekomstige zorg.

In dit nummer wilden we u laten zien dat zich kunnen verzorgen niet een vaardigheid is die alleen van het individu afhangt. Het is in feite een uiterst relatief vermogen, want het werkt alleen als men weet waar de relevante informatie te vinden is, weet hoe een klinische behoefte kan worden geïdentificeerd, over de nodige middelen beschikt (financiële middelen, vervoer), de plaatselijke taal machtig is om te benoemen wat men voelt en

dit uit te leggen aan een derde, met de administratieve last kan omgaan en verschillende (soms digitale) communicatiemethoden kan gebruiken. En ten slotte moet men dan ook nog een zorgverlener vinden die zijn/haar waarden en keuzes respecteert. Het zorgaanbod moet zo georganiseerd kunnen worden dat iedereen toegang tot gezondheidszorg heeft wanneer dat nodig is. We denken altijd aan toegankelijkheid in termen van **kunnen doen**, met andere woorden vanuit het vermogen van het individu om zich te laten verzorgen, maar de afstand tussen de patiënt en een adequate zorg is veel groter dan sommige indicatoren suggereren. Een beleid dat ervoor kiest om de toegankelijkheid voor iedereen te vergroten, moet dus eerder denken in termen van **empoweren**: het moet proactief optreden op alle plaatsen waar weerstand, wrijving en discriminatie sommige mensen ervan weerhouden zichzelf adequate zorg te verschaffen. Het moet de gezondheidszorg op alle mogelijke manieren dichter laten aansluiten op de behoeften van de hele bevolking. Dit vraagt om een evenwichtige aanpak tussen aan de ene kant een universalistisch beleid om structurele problemen binnen het gezondheidssysteem te corrigeren, via een groter aanbod van voor iedereen betaalbare zorg – onder meer door de beperkte conventioneringsgraad bij bepaalde specialismen aan te pakken of meer mogelijkheden te integreren om het zorgaanbod aan te passen – en aan de andere kant specifieke regelingen voor kwetsbare groepen, zoals betere terugbetaling of een beter gecoördineerd zorgtraject, een grotere proactiviteit en sensibilisering van gezondheidswerkers om kwetsbare groepen te bereiken en een ambitieuzer preventief beleid. Een beleid dat de gezondheidskloof verkleint is zeker mogelijk. Sterker nog, alleen beleid kan de gezondheidskloof verkleinen, maar dit vergt permanente actie om het zorgaanbod dichterbij de hele bevolking te brengen, en niet alleen bij diegenen die toch al weten hoe ze het op de adequate manier kunnen gebruiken.

Élise Derroitte
Directrice Studiedienst

Bibliografie

- Avalosse, H., Henry, H., et al. (2020). Raadplegingen op afstand: wat vinden de Belgen hiervan? Een intermutualistische enquête. *CM-Informatie*, 282, 46-59.
- Baeten, R., Spasova, S., & Vanhercke, B. (2018). *Inequalities in access to healthcare - A study of national policies*. European Social Policy Network (ESPN). Brussel: Europese Commissie.